ANNÉE 1864.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

DIRIGÉE PAR LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

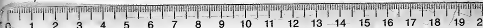
TRENTE-QUATRIÈME ANNÉE. — TROISIÈME SÉRIE.

TOME DIX-NEUVIÈME.



PARIS

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE, RUE CHANOINESSE, 12.



IMPRIMÉ PAR E. THUNOT ET Ce,
rue Racine, 26.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES : DISTRIBUTION DES PRIX. — ÉLOGE DE M. DUMÉRIL.

Chaque année l'Académie des sciences met en évidence, eu les couronnant, quelques travaux qui méritent de fixer l'attention. Après la couronne académique, le suffrage et les applaudissements de l'opinion publique. Cette année le nombre des élus n'a pas été considérable : soit sévérité de la part des juges, soit pénurie de la part des concurrents, nous trouvons à peine quelques noms à citer. Cependant la moisson était belle, et, grâce au nombre toujours croissant des fondateurs, elle va toujours en augmentant.

Le concours de physiologie a mis en lumière de curieuses recherches sur la nature des gaz renfermés dans la vessie natatoire des poissons. C'est bien de l'oxygène, de l'azote et un peu d'acide carbonique, variant dans les limites les plus étendues, comme l'avaient dit MM. Biot et de Humboldt; mais M. Moreau a fait voir que les causes et conditions de ces variations complétement ignorées jusqu'ici, tenaient à la quantité de gaz sorti de la vessie natatoire; si bien que lorsqu'on la vide artificiellement plusieurs fois de suite, elle finit par ne plus contenir que de l'oxygène pur. D'où vient cet oxygène? Le rapport ne le dit pas ni le savant non plus; cela eût été intéressant à savoir.

Cet ordre de faits sera sans doute repris, car il touche directement à une question fort à l'ordre du jour, à la question de la navigation aérienne. Si les grands promoteurs de cette idée étudiaient un peu plus le mécanisme physiologique de la locomotion des poissons dans l'eau et du vol des oiseaux, peut-être arriveraient-ils à des résultats plus prompts et plus sûrs que ceux fournis par les applications de l'hélice et des machines à vapeur. Tout le problème nous semble contenu dans la connaissance du mécanisme à l'aide duquel les oiseaux dans l'air comme les poissons dans l'eau savent faire varier incessamment leur pesanteur spécifique, et le sens suivant lequel ils la font varier.

Un second prix a été accordé à MM. Philipeaux et Vulpian pour leurs greffes nerveuses. Mais c'est plutôt une voie nouvelle que des résultats nouveaux que l'Académie a encouragée. Comme la commission, nous pensons que cette soudure organique des nerfs du sentiment et du mouvement pourra conduire à quelques données sur le système de leurs spécialités fonctionnelles. Mais il faudrait avant tout être mieux fixé sur le caractère des différences réelles qui existent entre les nerfs du sentiment et les nerfs du mouvement : on n'en est guère encore à cet égard qu'aux apparences.

Le concours de médecine et de chirurgie est venu un peu tardivement récompenser une invention dont la pratique a eu depuis fort longtemps l'occasion d'apprécier le mérite. L'*écrasement linéaire* de M. Chassaignac est une de ces inventions trop connues pour avoir besoin d'être expliquées. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE savent tout ce qu'il faut savoir à cet égard; mais ils retrouveront au compte rendu un résumé sous forme de conclusions, qui caractérise très-bien la méthode. Peut-être eussions-nous désiré que l'ingénieux physiologiste qui a tenu la plume eût porté plus loin l'analyse des conditions qui, à la suite de l'écrasement linéaire, favorisent et accélèrent la cicatrisation des tissus et diminuent les chances de résorption purulente. Cet examen était digne de son attention et de sa sagacité.

Nous sommes obligé de passer rapidement sur les travaux secondaires que la commission a distingués et encouragés : le mémoire de M. Debout, intitulé : *Des vices de conformation produits par l'arrêt de développement des membres*, qui constitue un chapitre additionnel à l'ouvrage classique de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire; le travail très-fin et très-complet de M. Gallois sur l'*Inosurie;* le mémoire de M. Bourdon sur l'*Ataxie locomotrice progressive* qui, en faisant connaître l'origine et la condition matérielle des phénomènes groupés artificiellement sous ce titre, a substitué une chose à un nom; enfin la *monographie* de M. Cahen *sur les névroses vaso-motrices et leur traitement*. Ce dernier travail touche à un ordre de phénomènes qu'il est peut-être prématuré de catégoriser, comme l'a fait l'auteur, mais sur lesquels on ne saurait trop appeler l'attention de la génération médicale actuelle. Il y a là tout un ordre de choses qui doit conduire à un horizon nouveau, et pour la théorie et pour la pratique. L'œuvre de M. Cahen n'est qu'un pressentiment de cet avenir.

Nous avons hâte d'arriver au nouvel Éloge de M. Flourens, que nos lecteurs auront la bonne fortune de lire en entier. Ce morceau, qui est comme le croquis d'un maître, — tel que les grands peintres en crayonnent à leur heure de délassement, — porte néanmoins l'empreinte, le cachet de l'auteur. C'est Duméril esquissé, crayonné, plutôt que peint et étudié, mais esquissé à grands et fidèles traits, et raconté avec autant de grâce que d'esprit. Le sujet prêtait à ce genre d'éloge, si l'on peut appeler ainsi une ébauche pleine d'aperçus et de détails anecdotiques sur une individualité plus remarquable par le milieu où elle a vécu que par son originalité propre. L'éloge de Duméril n'a été pour M. Flourens qu'un nouveau prétexte à célébrer, à déifier son illustre maître. Dans cet Éloge, en effet, il est bien plus question de Cuvier que de Duméril. Le grand naturaliste a eu la main heureuse en choisissant un tel disciple! Quel dévouement, quelle reconnaissance, quelle admiration! et quelle persévérance dans ces qualités du cœur et de l'esprit. Cuvier est devenu l'idée, le système et la passion de M. Flourens : il en a fait le Socrate de la science. Duméril n'a été, il est vrai, qu'un des satellites du grand astre, mais ce satellite méritait peut-être qu'on le montrât aux yeux de la science moins effacé par l'éclat du soleil. Comme professeur et même comme savant, mais surtout comme homme, Duméril a eu son originalité. Sous ces trois aspects il formait un tout indivisible. Si c'est le rapport et l'harmonie des parties qui constitue l'originalité, Duméril en réunissait les conditions. Nous qui l'avons vu, dans un temps, d'assez près, nous avons cru trouver dans ce caractère placide, mais non dépourvu de fermeté, dans cette intelligence scientifique un peu limitée en portée, mais non en étendue, dans cette sûreté de raison et de cœur dont il était le type accompli, le secret de tous ses succès et de tous ses bonheurs. On peut être surpris, à la distance qui nous sépare des luttes où Duméril a été préféré à Bichat et à Dupuytren, d'un pareil triomphe, et l'on ne serait pas éloigné d'y voir une injustice; rien de cela pourtant. Duméril avait tous les mérites qu'on apprécie dans les con-

---

FEUILLETON.

ÉLOGE HISTORIQUE D'ANDRÉ-MARIE-CONSTANT DUMÉRIL

Par M. FLOURENS, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences (1).

Il y a quelques années à peine que siégeait encore parmi nous un vénérable vieillard, resté le dernier représentant de cette génération de naturalistes contemporains de Cuvier, qui, animés au souffle de son génie, contribuèrent, à des titres divers, aux grands résultats obtenus dans les sciences au commencement de notre siècle: résultats dont le souvenir, on peut le croire, sera éternel. Ils ont donné la méthode à la zoologie, et à l'histoire naturelle, la science des êtres perdus, ou la paléontologie.

Buffon, après avoir travaillé toute sa vie, après s'être assimilé tout savoir qui avait pu lui venir en aide, traçait d'une main glacée par l'âge, mais non lassée, des expressions d'espérance et de généreuse sympathie ! « D'autres viendront après moi qui... »

Dix ans ne s'étaient pas écoulés qu'un successeur parut et reprit la tâche.

« Le goût de l'histoire naturelle me vint, dit Cuvier, chez un de mes « parents, ministre protestant à la campagne, qui avait une jolie biblio- « thèque et qui possédait entre autres un exemplaire complet de Buffon. « Tout mon plaisir d'enfant était d'en copier les figures et de les enlu- « minoer d'après les descriptions. »

La vue de ses *petits dessins*, comme il les appelait, intéressa à lui. Par cet intérêt, il fut mis en possession de toutes les ressources que donne une instruction complète. Tracer par la dureté de la fortune à une vie sévère, il apprit à méditer, Ceci, pour lui, valut mieux que le plus riche patrimoine.

Durant un séjour aux bords de la mer, il observa les seuls êtres qu'il eût à sa disposition : les animaux inférieurs. Il les compare, il les décrit, et de là naissent les premiers germes de la rénovation de l'anatomie comparée.

Puis il divise en groupe ces êtres, jusqu'alors confondus entre eux, assigne à chacun de ces groupes une place, et les lois de la création se retrouvent dans ces premiers essais de l'application de la *methode naturelle* à la zoologie.

Tout le monde sait qu'à l'audition de ces vues, émises devant une petite société d'histoire naturelle d'une de nos villes maritimes, le bon Tessier prédit à Cuvier un grand avenir. Déjà celui-ci avait envoyé des

(1) Lu dans la séance publique du 28 décembre 1863.

cours : une grande richesse de connaissances actuelles méthodiquement classées, dans son esprit comme dans ses livres : de l'argent comptant et en bonne monnaie. Bichat et Dupuytren n'avaient que des traites sur l'avenir.

Si M. Flourens est le type de la fidélité à ses affections, il ne se montre pas moins fidèle à ses antipathies. Geoffroy-Saint-Hilaire et de Blainville manquent rarement sous la plume de M. Flourens d'être les repoussoirs de Cuvier, comme les deux antagonistes du législateur de l'anatomie comparée l'avaient été durant sa vie. Mais la passion conduit quelquefois à l'injustice. Si M. Flourens a cru devoir, en deux mots, protester contre une honnête et récente exagération des mérites de Blainville, il aurait peut-être bien fait de se dispenser d'amoindrir l'auteur de la philosophie anatomique. Dans l'avenir, la grande et austère figure de l'illustre Geoffroy-Saint-Hilaire ne le cédera peut-être en rien à celle de l'auteur du *Règne animal*. Si, comme l'a dit si bien M. Flourens, la passion scientifique a quelquefois entraîné Geoffroy-Saint-Hilaire au delà de la vérité, la sévérité trop réservée de Cuvier ne l'a peut-être pas laissé la suivre jusqu'où elle allait.

JULES GUERIN.

CHIMIE ORGANIQUE

SUR LES ÉTATS DE VIRULENCE ET DE PUTRIDITÉ DE LA SUBSTANCE ORGANISÉE ; mémoire lu à la Société de biologie, dans sa séance du 7 février 1863, par M. CHARLES ROBIN, professeur d'histologie à la Faculté de médecine, etc.

L'instabilité de la composition de la substance organisée liquide ou solide fait qu'elle est susceptible de présenter divers modes d'altérations chimiques. Il en est qui tiennent à la différence de composition immédiate de chacune des espèces de parties qu'elle forme ; mais chacune de celles-ci individuellement peut être le siége de plusieurs sortes d'altérations, selon qu'elle est encore vivante, c'est-à-dire soumise au mouvement continu de rénovation moléculaire, ou morte, c'est-à-dire après qu'elle a cessé toute assimilation et désassimilation : d'autres altérations encore tiennent aux conditions de milieu extérieur, d'alimentation, d'activité, etc., auxquelles se trouvent soumises ces parties.

Les premiers modes d'altération de la substance organisée dont il y a lieu de parler consistent en certains changements catalytiques qui surviennent dans les substances organiques des humeurs en général, mais des éléments anatomiques solides également.

Elles conservent d'autre part toutes leurs qualités physiques ; mais au point de vue dynamique, elles ont acquis la propriété de transmettre à toute autre substance organique saine un état analogue au leur, et c'est d'après ces qualités anormales nouvelles plus frappantes et mieux connues que la perturbation de leur état moléculaire qu'on les désigne. C'est ce qu'on appelle l'*altération virulente des humeurs et des tissus* ; c'est un des modes d'altérations les plus élémentaires, les plus simples de la substance organisée, et par suite un de ceux dont l'état caractéristique se transmet le plus aisément à la substance saine, liquide ou solide.

On peut reconnaître que les substances organiques des humeurs principalement ont subi, par catalyse isomérique, une modification telle que, sans que leurs caractères physico-chimiques soient notablement changés, elles ont pris la propriété de transmettre la modification acquise aux substances organiques avec lesquelles elles sont mises en contact. C'est là un changement d'état spécifique qu'elles transmettent aux substances organiques, et par suite à la substance organisée de tout autre être vivant. Elles transmettent cet état en vertu de cette propriété qu'ont toutes les substances organiques de déterminer, par leur simple contact avec des substances saines d'espèce semblable ou d'autre espèce, le mode même d'altération qu'elles ont subi, et cela, lors même qu'elles sont en quantité minime, parce que la modification a lieu graduellement, de proche en proche, molécule à molécule.

Quant à la production de l'état virulent, elle s'accomplit d'après les lois mêmes du phénomène qui détermine la formation des substances organiques normales par catalyse isomérique, et la transmission, par simple contact, de cette propriété, permet d'en comprendre rationnellement toutes les phases. D'abord spécial à l'animal chez qui a lieu l'altération de l'humeur, l'état virulent pourra être communiqué à d'autres individus de la même espèce ou d'espèces différentes : soit directement, c'est ce qu'on appelle l'*inoculation* ; soit indirectement, c'est-à-dire sans contact immédiat de l'humeur virulente ou de l'animal sain avec le malade, c'est ce qui caractérise l'*infection*. Si l'espèce animale est trop différente, par son organisation, de celle dont quelque humeur est virulente, la transmission pourra ne pas avoir lieu, quels que soient les moyens employés, ou au moins la forme de la maladie transmise sera changée dans le cas où il y aura eu action. L'état virulent étant caractérisé par la modification d'une substance organique, il n'est pas étonnant de voir certaines maladies simplement épidémiques ou même endémiques offrir des cas manifestes de contagion miasmatiques, comme la suette, le choléra, la dyssenterie, la fièvre typhoïde, le typhus, etc. Il suffit, en effet, qu'un individu atteint de quelqu'une de ces affections se trouve placé dans des conditions telles que ses humeurs subissent une certaine altération, dont la nature est encore peu déterminée, à un degré plus prononcé que chez les autres malades. C'est aussi ce qu'on observe dans l'altération des humeurs et des tissus sur les cadavres donnant lieu à la production de l'état virulent qui cause les accidents des *piqûres anatomiques*. Les substances organiques altérées qui constituent le virus peuvent être entraînées par la vapeur d'eau qu'exhale le poumon et rejetées dans l'atmosphère ; on comprend alors comment, de même qu'au contact cet état se transmettait à un individu, de même, respiré par des populations entières, il se transmet à la manière d'un miasme. C'est ainsi qu'agissent les virus variolique, typhique, scarlatineux, etc. Selon le mode d'altération des substances organiques qui cause l'état virulent, le mode de transmission de celui-ci varie. Ainsi, certains des modes de ces états ne se transmettent que d'une seule manière ; le virus charbonneux, syphilitique, rabique, par contact ou par inoculation, quelques-uns par ces deux modes ; le virus-

mémoires à Lamétherie, à Lacépède : ils n'avaient pas été lus. Tessier l'adresse à Geoffroy, qui aussitôt écrit à Cuvier : « Venez jouer parmi nous le rôle d'un Linné, » qui l'accueille avec chaleur et s'empresse de lui faciliter l'accès de nos collections.

Bientôt l'introducteur étonné se sent grandir à ce contact ; sa nature ingénieuse, hardie, mais incapable de critique, trouve un frein dans la raison supérieure de son sagace protégé. Des travaux, commencés en commun, marquèrent, dès l'abord, des dissemblances qui ont été l'aliment de la vie de Geoffroy : il a de la pénétration, mais elle n'est pas contenue ; il passe au delà de l'idée juste ; veut que ses exagérations remuent, émeuvent ; et c'est au phlegme allemand de Cuvier qu'il s'adresse ! De là naît une controverse dans laquelle Geoffroy a puisé tous les éléments de ses succès et de sa réputation.

La suppléance de Mertrud ayant été confiée à Cuvier, le vieux Danbenton, frappé de la rapidité avec laquelle ce jeune homme prenait son rang, disait : « Il est venu comme un champignon, mais il est des bons champignons. »

N'ayant étudié jusqu'alors que les invertébrés, Cuvier sentit le besoin de connaître les animaux supérieurs. Avec ce coup d'œil pénétrant qui décuple les forces, il cherche, s'ingénie et découvre un jeune homme que distinguent son savoir, ses succès, sa loyale bonhomie : c'est Duméril. Le travail sérieux attire les âmes honnêtes et sincères. L'excellent Duméril apporte chaque jour, soigneusement cachée dans ses poches, une pièce d'anatomie, souvent d'anatomie humaine ; plus soigneusement encore, il la décrit ; il instruit dans l'intimité Cuvier, qui deviendra son maître.

C'est de ce professeur d'anatomie de Cuvier que nous nous occuperons aujourd'hui.

Durant une période de plus de trente ans, les travaux qui parurent dans les sciences naturelles semblèrent se rapprocher merveilleusement pour devenir les corollaires les uns des autres. L'esprit souverainement organisateur de Cuvier les réunissait, les groupait, les faisait entrer dans les cadres qu'il se traçait. Ils firent ainsi non-seulement la gloire de chacun de ceux qui les produisirent, mais, grâce à la critique d'un homme supérieur, ils devinrent l'honneur du siècle.

Dans des *Mémoires* intimes, qui m'ont été confiés, et qu'aujourd'hui je puis ouvrir sans réserve, Cuvier fait remonter à 94 les débuts de son enseignement, et les place à l'École normale, qui venait d'être créée par la Convention.

« On m'offrit, dit-il, de m'y faire nommer élève, ce qui m'aurait valu « quelque argent, mais je ne voulus pas me mettre dans une position « inférieure ; je crus plus politique de m'asseoir gratis au banc des pro- « fesseurs... C'est là que je fis la connaissance de M. Laplace. »

Alors Laplace s'asseyait aussi *gratis* au banc des professeurs, et l'a-

vaccin, par inoculation seulement; les virus de la scarlatine, du typhus, etc., par l'intermédiaire de l'air respiré seulement; le virus variolique, par tous ces différents modes à la fois. L'action d'un virus opère en raison de la propriété qu'ont les substances organiques, prises en quantité très-minime, de transmettre d'une manière lente, mais continue, leur état moléculaire propre aux substances organiques avec lesquelles elles sont en contact, quelle que soit la masse de celles-ci, parce que la petite portion d'entre elles qui est modifiée est bientôt cause d'altération semblable pour les parties voisines. C'est ainsi que dès qu'il y a matière virulente, la question de sa quantité devient insignifiante devant celle de la nature des actes qui caractérisent la *virulence;* car par leur nature, les effets des actes dits catalytiques étant graduels, ils ne sont pas comparables à ceux des autres actes moléculaires, tels que ceux dus aux états de température, d'acidité, d'alcalinité, etc., dans lesquels les effets produits sont simultanés, proportionnels au degré de ces états et à la quantité de la matière qui les présente.

C'est ainsi que certains liquides, virus lents (syphilitique, etc.), peuvent déterminer graduellement une modification moléculaire particulière dans toutes les parties de l'organisme tant solides q e liquides; c'est là ce qui caractérise l'*infection*. Quelques-unes de ces modifications peuvent être transmises héréditairement d'une manière analogue. Du reste, pour qu'une humeur virulente détermine une modification analogue à celle qui la caractérise, dans les humeurs d'un autre individu que celui qui la porte, il faut que ce dernier soit dans certaines conditions naturelles ou accidentelles de constitution, de nourriture, etc. C'est ce qui fait que l'on voit des virus, même le syphilitique, ne pas avoir prise sur tous les individus et causer des actions différentes sur la constitution de chacun.

C'est pour avoir méconnu ou mal étudié les substances organiques et leurs propriétés, celles, entre autres, de transmettre graduellement leur état d'altération à d'autres espèces de substances que le mode d'action et de transmission des états virulents est resté inconnu, et que la nature des *principes contagieux* l'est encore généralement, lorsque leur existence n'est pas niée. On ne savait en effet à quelle base objective, à quelle sorte de corps on pouvait les rattacher, ni quelles propriétés pouvaient rendre compte de leur action; de là l'impossibilité de se guider sur quoi que ce fût pour expérimenter. On ne comprenait pas comment, par l'intermédiaire du sang de la mère déjà variolée ou vaccinée, le fœtus dans l'utérus est atteint de variole sans que la mère le soit, il n'est pas besoin, on le voit, que le virus soit doué d'une prétendue résistance à l'action de la circulation et des actes assimilateurs et désassimilateurs. On comprend actuellement comment la substance organique modifiée qui représente le virus peut conserver ses propriétés un temps considérable, lorsqu'elle est desséchée sans décomposition par la chaleur ni putréfaction. On comprend comment les matières virulentes peuvent être transportées par des individus ou des objets divers; comment ils peuvent naître partout où des animaux ou des végétaux se trouvent agglomérés au delà de ce que permet la nature des milieux nécessaires à leur existence; comment le sol, les saisons, la température, l'état de sécheresse ou d'humidité, etc., ont une certaine influence sur l'intensité ou la rapidité de l'altération virulente de la matière organisée, ainsi que sur sa transmission à celle qui est encore saine, bien que ces conditions extérieures ne soient pas les agents essentiels de l'apparition de ces effets.

Ainsi, les virus ne sont pas une chose pondérable, un corps, un principe distinct et séparable des humeurs ou des tissus; ce sont ces tissus et ces humeurs même arrivés graduellement à un certain état d'altération *totius substantiæ*, dit *virulence*; ce sont le sang, les mucus, le pus, les muscles, etc., devenus *virulents*.

D'autres changements dans la composition de la matière organisée consistant encore en de simples modifications catalytiques des substances organiques des humeurs, se manifestent extérieurement par des différences dans le mode de coagulation de celles-ci, dans la rapidité de leur putréfaction. Par suite des relations moléculaires que la nutrition établit entre les humeurs et les solides, des altérations correspondantes se transmettent à ces derniers et en modifient la consistance. L'odeur naturelle, en rendent la putréfaction plus prompte en lui donnant un cachet particulier selon diverses circonstances. Il en résulte naturellement des troubles dans les propriétés spéciales inhérentes à la substance organisée dont les manifestations reposent sur la persistance de sa composition immédiate, et ces troubles déterminent ce que l'on nomme des maladies générales Ces altérations de la substance organisée proviennent soit de la mauvaise nature des matériaux alimentaires qui arrivent au sang, soit de la pénétration dans l'économie de matières miasmatiques venues du dehors.

Les *miasmes*, très-voisins des virus, sont des particules des substances organiques altérées, volatiles ou emportées par les liquides volatils lors de leur évaporation, qui proviennent des tissus animaux ou végétaux en voie de décomposition, des déjections, des exhalations pulmonaires ou sudorales d'animaux sains ou malades et déterminant alors des accidents différents. Ces substances, ou les matières qui les fournissent, peuvent être retenues ou non, selon leur nature, par les vêtements ou autres corps ayant touché ou avoisiné l'homme ou les animaux; ils peuvent par là, comme par leur transport dans l'atmosphère, devenir un moyen de transmission de maladies dites *contagieuses* ou *épidémiques* selon qu'il a besoin ou non du contact avec le malade (ce qui rapproche des virus certains d'entre eux); leur manière de déterminer des accidents par transmission de l'état d'altération qu'ils offrent est analogue à celui des virus; le temps qu'il faut à partir du moment de l'action du miasme pour qu'il amène les accidents morbides, porte le nom d'*incubation*. Quelque court que soit ce temps, le mode d'action des matières virulentes et des miasmes est bien différent de celui des poisons par sa lenteur et par la nature des accidents. Quand l'économie est en souffrance, le miasme qui l'a causée n'y est plus, c'est l'altération des humeurs et des tissus consécutivement qu'il a causés qui existe. Pour guérir alors il ne s'agit donc pas (comme de fausses notions sur les miasmes le font dire) de détruire ou de neutraliser le miasme, puisqu'il n'est point fixé dans l'économie à la manière d'un *poison*, mais il s'agit de ramener les humeurs à leur état normal par des moyens propres à faire cesser leur éta td'altération et non pas ceux qui hâtent l'élimination des poisons.

Les matières virulentes se rapprochent des miasmes en ce point: car ce sont des humeurs qui se trouvent dans de mauvaises conditions, s'altèrent spontanément, ou qui le font au contact d'une hu-

---

venir s'est chargé de justifier, dans ce cas, la *politique* de ces deux grands hommes.

Cet enseignement de Cuvier a été le point de départ du puissant effort scientifique dont nous relevons. S'abandonnant dans ses leçons à toute l'expansion d'une grande âme, il y développait ses pensées, il se les dévoilait en quelque sorte à lui-même. De là sont nés, non-seulement ses ouvrages, mais souvent ceux de ses rivaux, ceux de ses contradicteurs.

Une première publication, qui lui révéla peut-être tout ce qu'il pouvait attendre de lui-même, a été provoquée par Duméril.

Voici comment Cuvier en parle; « Un de mes amis, élève d'anatomie « comparée, M. Duméril, qui avait suivi mes cours dès l'origine, me de- « manda la permission de publier les notes qu'il avait prises... J'aimai « mieux le refaire avec lui... Je rédigeai seul tous les articles généraux « et philosophiques, et la partie du cerveau et des organes des sens. « Duméril travailla davantage aux détails de la zoologie, de la myolo- « gie, de la névrologie... Je rédigeai, avec Duvernoy, les trois derniers « volumes... Duméril, à qui la rédaction des deux premiers volumes « avait fait honneur et profit, car ce fut le seul motif qu'on allégua « lorsqu'il fut préféré à Bichat pour la chaire d'anatomie à l'École de « médecine, fut détaché de suivre ce travail... Les trois derniers vo- « lumes m'ont toujours paru plus complets et plus méthodiques que le « premier dans ses articles particuliers, mais le second est le plus inté- « ressant des cinq. »

Duvernoy était l'un de ces *travailleurs, de ces chercheurs de faits*, dont Cuvier savait si bien développer les aptitudes, dont il aimait tant à se voir entouré, et qu'il rendait heureux en les associant à son ardent amour de la découverte.

« Dès janvier 1796, je commençai aux écoles centrales, poursuit Cu- « vier, un cours d'histoire naturelle. Mon *Tableau élémentaire des ani-* « *maux* prit alors naissance, et je continuai à le perfectionner en l'im- « primant. » C'était la manière de ce grand maître. En 1817, le *Tableau élémentaire* était devenu le *Règne animal*; et il avait ouvert ses pages pour consigner les résultats des labeurs continus de plusieurs existences.

Dans cet ouvrage sont masquées, par la multiplicité même de leurs applications, des études d'un mérite supérieur sur les caractères propres à chaque espèce de mammifères. Ces études étaient de Frédéric Cuvier.

« A l'homme de l'Europe qui a le plus profondément étudié les in- « sectes, disait l'auteur, j'ai confié l'*entomologie*. » Cet homme était le timide et scrupuleux Latreille, lequel, après Dieu et les insectes, n'admirait rien à l'égal de Cuvier.

« Lorsque je jetai les bases de mon règne animal, dit Cuvier, je m'ar- « rogeai au Muséum une espèce de pouvoir usurpé. Je mis en ordre tous « les animaux vertébrés: les mammifères et les oiseaux surtout furent

meur déjà altérée. Mais, dans le sang, par exemple, modifié par suite du contact d'une humeur virulente, c'est comme sang qu'il est lésé tout entier et le virus ne s'y trouve nullement, comme on le voit, au contraire, dans le cas pour un poison, on n'y découvre point une matière pondérable étrangère venue du dehors, ajoutée et combinée à l'humeur comme le répètent presque tous les ouvrages. L'humeur a subi une perturbation et non un empoisonnement. Aussi l'analogie des états virulents et des miasmes avec les poisons, admise faute de notions suffisantes touchant les propriétés des substances organiques (et faute par suite de pouvoir comprendre le mode d'altération des humeurs) doit être rejetée parce qu'elle donne une idée inexacte de la nature des maladies qu'ils causent.

Lorsque la rénovation moléculaire continue de la matière organisée, ayant cessé, elle vient à rentrer dans le domaine des lois générales de la matière brute, on reconnaît qu'elle acquiert par sa décomposition des propriétés nouvelles, autres que celles qu'elle possédait pendant qu'elle était douée de la propriété de nutrition. Ces propriétés ne sont ni les qualités normales de la substance organisée vivante, ni celles des corps bruts; elles dérivent particulièrement des qualités inhérentes aux *substances organiques*, principes immédiats qui sont des corps de composition chimique non définie et très-altérable, présentant isolément des modes divers de modifications graduelles (précédant leur destruction en composés définis), dont les corps cristallisables ou volatils sans décomposition n'offrent pas d'exemples.

La matière organisée présente des modifications graduelles diverses aux diverses phases des phénomènes d'altération cadavérique dont elle est le siége. Elles portent d'abord sur les substances organiques, qui entraînent ensuite la décomposition des principes cristallisables, d'origine organique et même d'un certain nombre de sels d'origine minérale (1).

Les modifications des substances organiques commencent par être catalytiques avant d'arriver au degré de décomposition, caractérisé par la formation d'acides carbonique, butyrique, d'ammoniaque, etc. Ces modifications isomériques donnent à la substance organisée morte des propriétés nouvelles par rapport à celles qu'elle possédait avant d'être altérée et nouvelles par rapport à la matière organisée vivante, propriétés qui diffèrent aux diverses phases de ces altérations. C'est là un fait des plus importants et sur lequel on ne saurait trop insister qui est en rapport avec ce qu'offrent de si remarquable la constitution des substances organiques, par suite des changements catalytiques survenant dans cette matière et particulièrement dans les substances organiques qui en constituent la partie fondamentale, elle devient d'abord virulente, c'est-à-dire apte à transmettre aux humeurs des êtres vivants des modifications analogues aux siennes, elle est ainsi la source de troubles graves de la nutrition. Ces troubles sont divers, selon le degré ou le mode d'altération de la substance et selon la constitution de l'individu. Ce peuvent en effet être, tantôt des troubles généraux, avec ou sans manifestations locales, tantôt ce sont des altérations locales principalement inflammatoires, qui sont le point de départ des maladies auxquelles sont exposés les anatomistes.

Ces altérations de la substance organisée sont analogues à celles qui sur le vivant, rendent virulents les humeurs et certains tissus, mais ne sont identiques à aucune d'elles, car elles siégent dans la matière organisée morte, tant solide que liquide et non spécialement dans les humeurs produites durant la vie.

En raison de ces particularités de décomposition graduelle des *substances organiques*, ces dernières, ainsi que la matière organisée, lorsqu'elles sont altérées, transmettent cette altération aux substances analogues et à la matière organisée vivante d'une manière graduelle aussi. Cette altération n'est pas subite, instantanée, comme les décompositions opérées entre composés chimiques définis, mais se propage de proche en proche, plus ou moins vite, selon les conditions dans lesquelles se trouve l'être vivant. De là vient aussi qu'une quantité de substance altérée extrêmement petite entraîne des modifications analogues à celles dont elle est le siége, et des accidents dont la gravité semble disproportionnée avec la quantité minime de matière qui les a déterminés, de là vient qu'il n'est pas nécessaire, comme pour les composés chimiques définis, que la quantité de substance qui entraîne ces modifications isomériques précédant la décomposition, soit équivalente à celle qui subit les altérations.

Ces faits sont importants à connaître, parce que c'est sur une notion exacte des lois d'après lesquelles ils s'accomplissent, que repose l'interprétation de toutes les actions morbifiques relatives aux affections virulentes et contagieuses. Ils le sont d'autre part, pour la détermination de la nature des actes dont la matière est le siége d'une manière générale et sous les divers états spéciaux qu'elle présente. C'est pour n'avoir connu les propriétés des substances organiques en particulier, les lois qui président à leurs modifications isomériques, à leur décomposition et à l'influence des unes sur les autres lorsqu'elles passent par ces divers états, que beaucoup d'auteurs ont admis à tort qu'elles étaient le siége de qualités mystérieuses, inconnues et à jamais inexplicables, en raison d'une origine supposée surnaturelle.

Mais il importe de remarquer d'abord, qu'en raison des différences qui les séparent au point de vue de leur composition non définie et de leur non-cristallisation, l'action qu'exercent les unes sur les autres, lorsqu'elles sont prises isolément en quantité suffisamment considérable, ne saurait être comparée à celle que présentent des composés définis dans des conditions analogues.

Quant à l'action exercée sur les tissus vivants par une quantité infiniment petite de certaines d'entre elles, arrivées à un état particulier d'altération, elle n'est pas plus étonnante en soi que l'action de fort petites quantités de certains composés cyanhydriques, etc., sur l'économie seulement, elle s'accomplit d'après des lois en rapport avec leur composition non définie, etc.; lois propres aux composés de cette nature et qui ne sont pas celles que suit l'action des composés cristallisables ou volatils sans décomposition.

Ces lois sont celles de transmission graduelle de l'état de ces substances à leurs analogues, encore normales et dont il a été question plus haut. Seulement tant que les caractères propres aux substances organiques et leurs modes d'altération (1) n'étaient pas connus, ces phénomènes complexes et variant sous de faibles influences ne pou-

(1) *Chimie anatomique*, Paris, 1853, t. III, p. 142.

(1) Voyez *Chimie anatomique*, Paris, 1853, in-8, t. III, p. 142, § 1293.

« entièrement retournés, tout fut classé d'après nature... En ce qui « regarde les poissons, j'ai formé depuis M. Valenciennes pour me se- « conder. »

Ce dernier travail, auquel notre confrère consacre un savoir unique en son genre, reste, aujourd'hui encore, l'expression fidèle de la pensée du maître.

C'est en étudiant les crânes des éléphants, que le doute sur l'identité des espèces actuelles et des espèces fossiles atteignit Cuvier. Des ossements conservés à Saint-Pétersbourg lui permirent la comparaison; bientôt il fut convaincu que les éléphants du Nord, les éléphants couverts de poil, n'ont jamais été les contemporains de ceux dont les espèces existent aujourd'hui.

Dès lors sa pensée, sa grande pensée, reste attachée à la solution de ce problème; le labeur, les années, rien ne compte; il fouille, il pénètre, il interroge : à son appel incessant, des créations successives apparaissent et lui révèlent des espèces inconnues, des êtres innombrables.

Un immense passé, un passé complètement ignoré, lui dévoile ses secrets et le rend maître d'une science qui n'appartiendra qu'à lui.

Les formes étranges, la fragilité extrême de tant d'objets d'études imprévues, demandent une adresse infinie, dirigée par un dévouement plus grand encore. C'est dans l'atelier d'un peintre que Cuvier va chercher, cette fois, un de ses compatriotes; il le transforme en paléontologiste; et Laurillard, en lui donnant sa vie, fournit aux collections que fonde son protecteur cette main d'une habileté prodigieuse qui a tant contribué à les enrichir.

M. Cuvier m'a souvent raconté qu'ayant fait placer à la porte de la galerie d'anatomie comparée le premier des animaux qu'il ait reconstitués, Faujas de Saint-Fond, très-âgé alors et son plus opiniâtre adversaire se tenait à côté de ce *paleotherium* interpellant les visiteurs et leur demandant si cet animal, qu'on prétendait être un animal ancien, un animal perdu, ne ressemblait pas à un cheval trait pour trait.

« La singularité des animaux dont je découvrais les ossements à Mont- « martre me désirer, » dit Cuvier, « de connaître plus en détail la com- « position géologique des environs de Paris. Mon ami Brongniart s'asso- « cia à moi pour ce travail. Je découvris, à force de combinaisons et « de rapprochements, l'uniformité de nos couches... La forêt de Fontaine- « bleau nous démontra l'immensité des pierres d'eau douce, qui s'inter- « calent entre les couches marines. Ces recherches qui ont donné une « face nouvelle à la géologie, ont occasionné toutes celles qui ont été « faites ensuite en Angleterre. »

Au botaniste de Candolle Cuvier écrit : « Je suis bien flatté que notre « travail sur les environs de Paris vous ait plu. Tout le mérite en est au « soin et à la précision que Brongniart y a mise. Je n'aurais à moi seul « jamais pu avoir cette patience; mais le résultat est réellement impor- « tant. Il a été jugé tel par les géologistes de l'Allemagne. »

Après s'être associé avec ardeur aux recherches les plus ingénieuses, les plus heureusement hasardeuses que jamais Cuvier ait entreprises,

vaient être rattachés à leur cause réelle ni reliés entre eux d'après leurs caractères de similitude et de succession.

Les substances organiques qui composent essentiellement en masse et en poids la substance organisée, et par suite cette dernière considérée comme un tout, pouvait, dans un assez grand nombre de conditions, s'arrêter aux états isomériques signalés plus haut, mais souvent aussi ces modifications s'étendent jusqu'à une véritable décomposition.

La matière organisée, tant solide que liquide, est susceptible de se détruire chimiquement dans l'organisme vivant lui-même, mais d'une manière locale seulement et sur des portions préalablement mortifiées. Cette altération, qui caractérise la putridité, s'opère d'après les lois de la putréfaction, en offrant des différences d'une partie à l'autre du corps selon la composition immédiate de celles qui sont atteintes selon leur consistance, et la plus ou moins grande quantité de liquide dont elles sont imbibées. Les différences sont encore plus considérables lorsque cette putréfaction reconnaît pour cause un changement préalable dans la composition immédiate des humeurs qui fournissaient à la rénovation nutritive des parties atteintes (*gangrène et pourriture d'hôpital*), ou au contraire la cessation de tout afflux du sang; tels sont les cas dits de gangrène sèche et sénile par suite de coagulation du sang dans les vaisseaux. L'étude de ces divers modes d'altérations de la substance organisée qui entraînent des troubles importants, puis la cessation des actes dont les parties atteintes sont le siége, se lie d'une manière directe à la connaissance de la composition immédiate de la matière organisée; ces lésions se rattachent en particulier essentiellement aux modes divers d'altérations des substances organiques qu'elles reconnaissent pour cause (1). C'est également par décomposition des substances organiques, puis des composés d'origine organique lorsque vient à cesser la rénovation moléculaire nutritive, que commence la putréfaction cadavérique de la matière organisée. Les phénomènes essentiels de cette putréfaction ont été décrits d'après ce qu'on a observé sur la matière organisée considérée en masse, bien plus que d'après leur examen fait sur chaque principe immédiat en particulier. Il en résulte qu'ils ont toujours servi de base à la description de la putréfaction en général; c'est en raison de cela qu'ils ont déjà été exposés ailleurs (2) et que je n'ai pas à y revenir ici.

La putridité est un mode d'altération de la substance organisée mortifiée qui succède graduellement à son état virulent cadavérique, qu'il importe d'autant plus de ne pas confondre avec celui-ci qu'il est malfaisant pour l'organisme vivant, mais d'une autre manière. La putridité, en un mot, n'est pas la virulence, et la détruit même lorsqu'elle est arrivée à un certain degré.

La putridité commence lorsqu'aux dépens des éléments chimiques des substances organiques qui se décomposent se forment des carbonate et sulfhydrate d'ammoniaque, des traces d'hydrogène phosphoré et carboné, associés à des acides gras volatils, tous composés chimiques définis. Elle ne saurait, par conséquent, être confondue dans sa nature ni dans ses effets avec la virulence provenant d'un simple changement isomérique. Ces états isomériques des substances organiques se trouvent en effet détruits par la décomposition même de ces substances, ou modifiés par l'influence qu'exercent sur elle les composés sulfurés et autres qui ont la propriété de changer le caractère des actions catalytiques ou de les faire cesser sur la plupart des corps qui en sont le siége.

C'est ainsi que la putridité détruit ou modifie beaucoup le caractère de la virulence, parce qu'elle est le résultat de la décomposition des substances organiques ou change le caractère des portions qui ne sont pas encore décomposées. Aussi depuis longtemps a-t-on remarqué que l'inoculation par les piqûres anatomiques de la substance organisée devenue virulente par décomposition cadavérique, est d'autant moins grave au point de vue des accidents généraux que cette dernière est plus avancée. On sait, de plus, que les effets de la putridité sur l'économie sont à peu près proportionnés à la quantité de la matière putride, et disparaissent avec elle, comme lorsqu'il s'agit d'un poison dont les matières putrides représentent une espèce particulière; mais ces dernières n'ont pas, comme les substances virulentes, une action qui se continue et se propage comme état local et comme état général d'une manière prolongée et graduelle. Cela tient à ce qu'elles ne représentent pas, comme les virus, un simple état isomérique particulier des éléments anatomiques et des humeurs, nullement décomposés; ce sont des matières distinctes formées d'un mélange de composés divers. Par suite leur état de putridité ne se propage pas à la substance organisée vivante comme dans le cas des virus, mais ne gagne que la matière mortifiée dont elles favorisent du reste la mortification en se mêlant aux principes assimilables; mais leur action sur l'organisme cesse lorsqu'on vient à les enlever.

Dans les divers actes moléculaires passés ici en revue, depuis les états isomériques dits virulents jusqu'à ceux de putridité, pas plus que dans les actions de combinaison de la substance organisée à certains sels ou pas plus que dans les actes de destruction par les acides, il n'y a quoi que ce soit qui puisse être assimilé aux propriétés inhérentes à la substance organisée qu'elle seule possède et qui sont dites vitales. Les unes et les autres se rattachent aux lois d'après lesquelles se manifestent les actes dits moléculaires ou chimiques, soit qu'ils aient lieu sur le cadavre, soit qu'ils s'accomplissent sur l'organisme vivant; rien n'est vital dans la production de ces états isomériques dits virulents des substances organiques placées dans certaines conditions actuellement déterminées ou susceptibles de l'être; rien n'est vital non plus dans la transmission graduelle de ces états, transmission qui s'accomplit d'après les lois mêmes des actions qui les ont amenés. Il n'y a de vital que les troubles que ces modifications ainsi transmises suscitent dans les propriétés naturelles de la substance organisée, jusque-là demeurée saine.

Seulement la plupart des actes précédents ayant pour siége des composés chimiques non définis, rentrent dans l'ordre des actions chimiques dites indirectes, de contact ou catalytiques, dans lesquelles se rangent les fermentations. A la vérité, ces actions chimiques ont été longtemps considérées elles-mêmes comme de nature vitale, c'est à-dire obscure et mystérieuse, ou comme dues à une cause siégeant en dehors du corps même où se passaient ces actions. Mais bien que

(1) *Chimie anatomique*, Paris, 1853, in-8, t. I, p. 478, et t. III, p. 142.
(2) *Ibid.*, t. I, p. 502 et suiv.

Brongniart, judicieux et modéré, lui laisse sans conteste, sans humeur, sa large part de gloire, et se conserve ainsi tous les priviléges d'une noble amitié.

Dès le début de sa carrière, Cuvier poursuit des vues continues. Rien ne le détourne; avec lui, tout s'enchaîne, tout s'ordonne: l'*Anatomie comparée* conduit au *Règne animal*: celui-ci amène les *Recherches sur les ossements fossiles*; la science n'a jamais été si grande, et elle n'a jamais été si simple.

Énumérer tous les efforts qui vinrent s'unir au mouvement imprimé par Cuvier serait infini; tous y concoururent, tous il sut les utiliser, et ceux des contradicteurs plus peut-être qu'aucun des autres. C'est surtout en face d'une opposition systématique qu'un esprit modéré paraît avec avantage.

La parole de Cuvier, écoutée avec admiration, retentissait dans le monde. Un jour, elle séduisit Blainville: on sait tout ce que cette grande acquisition coûta, et tout ce qu'elle valut.

Esprit vigoureux, mais contredisant, entrant dans la science comme dans une arène, attaquant sans cesse, prenant le contre-pied de toute théorie, découvrant avec une rare sagacité le côté faible de chacune, il a fait multiplier les preuves: si ses dénégations ont quelquefois amené le doute, elles ont aussi parfois, il faut le reconnaître, donné plus de grandeur aux questions.

Il y a, chez Blainville, parti pris de se poser en antagoniste de Cuvier et de se donner *raison*.

Ce grand *raisonneur* avait été élevé à la même école que Laplace. On se rappelle le dédain que celui-ci affectait pour les sciences naturelles, et aussi la vieille amitié qui l'unissait à Berthollet. Leurs discussions étaient fréquentes, car Berthollet n'entendait pas raillerie et Laplace entendait avoir toujours raison. « *Enfin*, s'écriait-il, croyant fermer la bouche à son adversaire, *ce que je dis là est mathématique.* — *Eh par Dieu!* répondait Berthollet, *ce que je dis est physique, et cela vaut bien autant!* »

C'était *mathématiquement* que Blainville entendait avoir raison. C'était *philosophiquement* que Cuvier acceptait ses attaques. « Ne vous laissez pas ébranler, écrivait-il à de Candolle, soumis aussi aux contrecoups de la confraternité, ne vous laissez pas ébranler; *partez à l'Europe.* »

Voilà comment, autant que Buffon, et peut-être plus encore que lui, Cuvier a fait concourir à ses vues toutes les existences qui ont été mises en contact avec sa grande existence.

Pourquoi faut-il que les forces humaines restent inférieures devant les dons de l'intelligence? Pourquoi se brisent-elles lorsqu'une pareille voie a été ouverte? La trace en sera-t-elle jamais retrouvée!

Je l'ai dit, Duméril, fort jeune, eut l'honneur d'enseigner à Cuvier l'anatomie des vertébrés.

Enseigner! cela a été sa vocation, cela a été la pensée, la joie, l'orgueil de sa vie; jamais il n'a rien prisé à l'égal du titre de professeur.

plus complexes que les actes dont sont généralement le siége les corps tirés du règne inorganique, ces phénomènes ont été de mieux en mieux connus à mesure qu'ils ont été plus étudiés et qu'on a mieux observé les corps non cristallisables, ni volatils sans décomposition. Tous aujourd'hui se trouvent ramenés à une même conception générale, et sont définitivement assimilables aux actions de présence provoquées par le contact des acides étendus surtout et d'autres agents chimiques proprement dits. Le manque de notions suffisamment précises touchant les actions catalytiques de fermentations et autres, touchant les caractères des substances organiques et la constitution de la substance organisée sont les seules raisons qui font que l'origine et l'action de ces états virulents sont encore considérées comme mystérieuses ou comme vitales.

Ici enfin les actes d'après lesquels s'accomplissent ces modifications isomériques, et ceux plus nets encore qui entraînent la décomposition des substances non cristallisables dans la matière organisée, sont de même ordre que ceux d'après lesquels ont lieu leur formation. Les seules conditions extérieures à ces matières dans lesquelles s'accomplissent ces actes sont différents. Si nous connaissions à fond les premiers, nous arriverions, non pas peut-être à la synthèse de la substance organisée, en raison de la difficulté de réunir l'ensemble des conditions extérieures ci-dessus, mais nous pourrions facilement ramener la substance modifiée accidentellement à son état naturel, c'est-à-dire faire cesser sa transmission nuisible, et en d'autres termes arriver à la thérapeutique de ces effets accidentels.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES; par le docteur GALLAVARDIN (de Lyon).

Étant connue l'action purgative de la magnésie, c'est-à-dire son *action élective* sur l'intestin, on peut l'utiliser suivant trois méthodes, par exemple :

1° Suivant la méthode révulsive, dérivative, en produisant une forte révulsion sur l'intestin dans les cas de congestion du cerveau;

2° Suivant la loi des contraires, en traitant la constipation par ce purgatif;

3° Suivant la méthode homœopathique ou substitutive, en traitant la diarrhée par ce remède qui produit artificiellement la diarrhée.

Cet exemple le démontre, la connaissance des *actions électives* des médicaments est la base fondamentale de toutes les matières médicales possibles, et. pour parler d'une manière plus générale, la *loi d'électricité* est le point de départ commun des méthodes thérapeutiques les plus opposées. Le médecin qui relate impartialement les actions électives d'un remède peut donc compter sur l'accueil bienveillant des partisans des écoles les plus diverses, car il leur fournit à tous également des matériaux qu'ils peuvent employer, chacun à leur guise. C'est encouragé par cet espoir que je viens exposer ici quelques-unes seulement des nombreuses propriétés électives du phosphore. Je me bornerai à démontrer son action d'abord sur les nerfs de la motilité (muscles de la vie de relation et muscles de l'appareil génésique), puis sur les nerfs de la sensibilité sensorielle (tact, vue, ouïe). Dans cinq chapitres je traiterai successivement :

1° *Des paralysies musculaires;*

2° *Des paralysies musculaires de l'appareil génésique;*

3° *Des paralysies de la sensibilité tactile;*

4° *Des paralysies du nerf optique;*

5° *Des paralysies du nerf auditif.*

Dans chacun de ces chapitres je montrerai d'abord les effets du phosphore chez l'homme malade, ensuite les effets de ce même remède chez l'homme et les animaux en état de santé. Cette double expérimentation nous enseignera, dans la conclusion, suivant quelle méthode thérapeutique et dans quels états morbides nous devrons désormais employer le phosphore.

CHAPITRE I. — PARALYSIES MUSCULAIRES.

§ I. — Paralysies musculaires guéries par le phosphore.

OBS. I. — PARAPLÉGIE AVEC ŒDÈME DES DEUX MEMBRES, CONSÉCUTIVE A UNE FIÈVRE TYPHOÏDE chez une femme âgée, guérie par l'éther phosphoré. La paralysie avait duré vingt jours. (GAULTIER DE CLAUBRY, *Journal général de médecine*, 1803, XVI, 3.)

OBS. II. — PARAPLÉGIE ET PARALYSIE DU SPHINCTER VÉSICAL AVEC ŒDÈME DES DEUX MEMBRES, CONSÉCUTIVES A UNE MALADIE AIGUE, chez un enfant, guéries par l'éther phosphoré. (*Id.*, *id.*)

PARALYSIE DE LA JAMBE DROITE AVEC LÉGÈRE ATROPHIE DU MEMBRE, CONSÉCUTIVE A UNE FIÈVRE TYPHOÏDE, chez une enfant guérie par le phosphore.

OBS. III. — Une petite fille de 3 ans et demi avait eu, l'année précédente, une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle elle devint pâle, bouffie et perclue de la cuisse et de la jambe droite. Le membre malade était moins gros que l'autre et sans mouvement. L'éther phosphoré, administré à l'intérieur et à l'extérieur, guérit complétement cette enfant dans l'espace de deux mois environ. (*Id.*, *id.*)

HÉMIPLÉGIE AMÉLIORÉE PAR LE PHOSPHORE QUI PLUS TARD, DONNÉ A TROP FORTE DOSE, EMPOISONNE LA MALADE.

OBS. III. — Brera avait employé, sans succès, diverses médications chez une femme atteinte d'hémiplégie. En désespoir de cause, il lui administra le phosphore à la dose d'un grain. La malade en éprouva d'abord quelque soulagement, et même le lendemain après avoir pris une pareille dose, elle vit le mouvement se rétablir dans le membre inférieur.

Cependant, comme il y avait quelques symptômes d'empoisonnement, le phosphore fut suspendu durant trois jours et, au bout de ce temps, administré de nouveau, mais en lavement et à une dose deux fois plus forte (deux grains). Cette fois-ci il y eut encore des symptômes d'empoisonnement, mais tellement violents que la malade y succomba. (BRERA, *Riflessioni sull uso interno del fosforo. Pavia*, 1798.)

FAIBLESSE GÉNÉRALE; TREMBLEMENT DU BRAS DROIT; DOUBLE AMAUROSE AVEC LÉGER STRABISME. (Suite d'apoplexie.)

OBS. V. — A. Hiller, homme de 65 ans, employé dans un marché pu-

---

Son père avait été juge au tribunal civil d'Amiens, et avait eu sept enfants. André-Marie-Constant, né le 1[er] janvier 1774, était l'avant-dernier. Ses premières courses, ses premiers ébats eurent pour objet de recueillir des insectes; leur possession était le seul trésor qu'il enviât; ses poches endommagées par l'accumulation, l'excès de cette sorte de richesse, lui valurent les seules réprimandes qu'une mère ait jamais pu lui adresser.

Curieux et pétulant, plus pressé du besoin de communiquer que de celui de réfléchir, il enrôlait ses petits compagnons pour leur faire subir une sorte d'enseignement. Préludant avec bonheur à l'avenir, il leur communiquait de naïves observations. Ces observations suivirent les progrès de l'âge, passèrent de l'entomologie à la botanique, et les choses allèrent ainsi jusqu'à sa dix-septième année. Il fallut alors, contraint par la médiocrité de la fortune, que Duméril s'éloignât du foyer paternel: Envoyé à Rouen pour être admis à une sorte d'apprentissage chez un droguiste, l'excellent jeune homme intéressa, par sa courageuse résignation, le maître auquel il était confié. Des heures lui furent laissées pour qu'il pût continuer à s'instruire, des livres lui furent prêtés, des relations lui furent ouvertes.

A quelque temps de là, l'Académie des sciences de Rouen décernait un prix de botanique au jeune apprenti, et comblait ainsi de joie l'homme généreux qui a aidé Duméril et dont celui-ci ne parlait jamais qu'avec un profond attendrissement.

Un chirurgien habile, qui à cette époque professait à l'École secondaire de Rouen, l'admit à son enseignement. Les progrès de Duméril furent assez rapides, pour qu'après quelques mois on le nommât prévôt d'anatomie. Dès lors, ce furent des leçons véritables qu'il eut le bonheur de donner.

Le district de sa ville natale, ayant à envoyer un élève à l'école de santé qui venait d'être fondée à Paris, le désigna. Il y vint : après un an, il obtenait au concours la place de prosecteur.

Rendu confiant par le succès, il se présenta pour les fonctions de chef des travaux anatomiques à l'École pratique. Il eut pour concurrent Dupuytren, l'énergique, le judicieux Dupuytren, au nom duquel se rattachent des souvenirs si glorieux pour l'art chirurgical. Duméril l'emporta. « Sur dix-neuf votants, écrivait-il à son père, j'ai obtenu quinze suffrages. Parmi les concurrents est mon ami Dupuytren. Quand j'y pense!... je crois rêver... » De longues années après, à cette question : « Vous aviez dû faire des études bien profondes ? il répondait loyalement : « Mais non, j'ai réussi parce qu'à cette époque Dupuytren n'était pas fort. »

Pendant les années de troubles qui amenèrent la destruction de l'ancienne Académie des sciences, de jeunes hommes, qui ne possédaient alors guère que l'espérance, mais qui étaient unis par l'amitié, se réunirent pour s'entr'aider dans leurs études. « A peine arrivé à Paris, écrit Cuvier, je lus quelques mémoires à la Société philomathique, et je fus bientôt aussi connu qu'aucun de ceux qui s'étaient occupés des

blic, souffrait depuis trois ans d'une violente céphalalgie semi-latérale intermittente. Peu à peu il perdit complétement la vue. La céphalalgie augmenta et s'accompagna d'un violent tremblement du bras droit, du même côté que la céphalalgie; il survint ensuite une faiblesse telle qu'il ne pouvait pas se lever; il se plaignait d'éprouver des frissons par tout le corps. On ne pouvait méconnaître l'amaurose; il y avait un léger strabisme; les pupilles étaient dilatées d'une façon anormale, un peu allongées et insensibles à la lumière; la cornée claire et transparente; nulle part trace d'inflammation. Hiller ne percevait pas le moindre rayon lumineux, était d'ailleurs très-abattu et parlait beaucoup de mourir.

Le 17 avril 1807, le docteur Lœbenstein prescrivit 4 grains de phosphore dissous dans une demi-once d'éther, à prendre 25 à 30 gouttes toutes les deux heures, et, en outre, des frictions avec de l'alcool. Le 27 avril, le malade était encore sur son lit, mais, pour la première fois, bien disposé et de bonne humeur; la céphalalgie n'était pas revenue; le tremblement du bras droit avait complétement disparu; mais il n'y avait rien de changé aux yeux. Au commencement de mai, on suspendit pendant quelques jours l'usage du phosphore, qui produisait des nausées et une sensation de brûlure dans l'estomac, puis on fit des frictions d'éther phosphoré sur le front et les paupières jusqu'au 9 juin.

Le 10 juin, le malade fut congédié complétement et définitivement guéri. Cependant il ne put dès lors jamais plus lire les caractères imprimés ou manuscrits, quoiqu'il vît très-clairement et que ses yeux ne présentassent aucun signe de maladie. (Lœbenstien von Lœhel, *Horn's Archiv für medicinische Erfahrungen*, 1812, 1er cahier, p. 84-94.)

HÉMIPLÉGIE DROITE; PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ DU MÊME CÔTÉ; SUITE D'AMÉNORRHÉE.

OBS. VI. — Une jeune villageoise fut mordue à l'âge de 5 ans par un chien que l'on croyait enragé. Deux mois après cet accident qui lui causa une vive frayeur, elle fut frappée d'un terrible paroxysme épileptique qui reparut au bout de vingt-quatre heures. Les accès devinrent de plus en plus fréquents, de sorte qu'à la fin de la deuxième année ils se renouvelaient trois fois par jour. On mit alors en usage les remèdes appropriés, qui continués pendant deux ans et secondés par les bains de Montecatini, dissipèrent l'épilepsie; mais cette affection fut remplacée par une gastrodynie continue, accompagnée d'une dyspnée irrégulièrement intermittente.

La jeune fille devint pubère à l'âge de 14 ans, et le flux menstruel diminua considérablement ses souffrances. Mais peu de temps après elle fut attaquée par des voleurs et tellement épouvantée, que ses menstrues qui coulaient alors se supprimèrent tout à coup.

Elles furent supplées, dans le court espace de quelques heures, par une hématémèse. Le sang continua de prendre cette route, sans qu'il fût possible de le rappeler vers les voies naturelles. Les membres thoracique et abdominal du côté droit furent en même temps frappés d'un engourdissement profond qui dégénéra bientôt en une paralysie complète. Reçue au grand hôpital de Florence, la malade fut traitée par divers médecins alternativement pendant plusieurs années, et toujours sans succès. Elle était regardée comme incurable, lorsque le docteur Pouzoni crut devoir tenter l'emploi du phosphore. Il en incorpora un grain avec une quantité suffisante de sirop et de poudre de réglisse pour former quatre pilules, que la malade prit dans l'espace de douze heures, et qu'elle continua pendant trois jours. Ces pilules renouvelèrent la gastrodynie et l'hématémèse sans apporter aucun soulagement à l'affection paralytique.

Le docteur Rossi proposa de renoncer à l'usage intérieur du phosphore, et d'appliquer ce corps combustible sur la partie malade.

On fit en conséquence dissoudre un grain de phosphore dans une once d'huile d'olive, et la première friction avec ce liniment développa dans les membres paralysés une sorte de fourmillement qui fit concevoir les plus flatteuses espérances. En effet, dès le lendemain le fourmillement devint plus remarquable; le surlendemain le pouce et le doigt indicateur exécutèrent des mouvements de flexion et d'extension, et dans le court espace d'une semaine les membres recouvrèrent le sentiment, le mouvement et la force, anéantis pendant une longue suite d'années. (Targioni-Tozzetti, *Journal de littérature, sciences et arts de Pise*, 1809. *Bibliothèque de thérapeutique de Bayle*, t. II, p. 82.)

HÉMIPLÉGIE, SUITE D'APOPLEXIE.

OBS. VII. — Hufeland raconte que dans ce cas le phosphore réussit très-bien. Il l'employait en frictions faites avec le liniment suivant :

Phosphore.............	10 grains.
Camphre..............	3 gros.
Axonge...............	1 once.

(*Journal de Hufeland*, 1811, t. VII, p. 80.)

HÉMIPLÉGIE DROITE; PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ DU MÊME CÔTÉ, A LA SUITE D'UN REFROIDISSEMENT.

OBS. VIII. — Le malade avait été atteint de cette paralysie après avoir porté des habits mouillés; il fut rapidement guéri par le phosphore dissous dans l'huile d'olive et employé en frictions sur les membres paralysés. Ces frictions produisirent une éruption herpétique sur les parties où elles furent faites. Dès le troisième jour de l'apparition de l'exanthème, la sensibilité et le mouvement revinrent d'abord à la figure et à la partie supérieure du bras et de la cuisse, puis peu à peu aux doigts et aux orteils. L'engourdissement et la difficulté des mouvements qui persistèrent, cédèrent à l'usage interne de l'arnica. (Dr Fr. Ad. Koechling, *Horn's Archiv-Schmidt's Jahrburcher*, t. X.

Sans doute on ne sera pas étonné en me voyant relater ci-après quelques observations de convulsions guéries par le phosphore, car les convulsions forment le cortége habituel des paralysies, et leur guérison démontre également l'action élective du phosphore sur le système musculaire; action élective déjà constatée depuis un siècle comme vont le prouver les deux observations suivantes :

SPASME CYNIQUE; STRABISME; RÉTRACTION D'UN PIED; DEMI-PARALYSIE DE LA LANGUE.

OBS. IX. — Une petite fille de 5 ans, d'une constitution faible, fut prise tout à coup, au commencement de l'été, de douleurs intestinales très-violentes; elle se roidit et tomba dans un état tétanique: après la cessation de l'accès, elle rendit un peu de sang pur. Trois heures après nouvel accès plus fort et plus violent, suivi d'un flux de sang qui pouvait s'élever à une demi-mesure; elle guérit ensuite parfaitement.

Trois ans après elle eut la variole qui fut suivie d'une suppuration louable. Dans la période de dessiccation, il survint une diarrhée d'abord muqueuse et ensuite chyleuse, à laquelle succéda une extrême faiblesse malgré tous les moyens employés.

Cinq mois après, elle eut un nouvel accès tétanique qui fut suivi de strabisme, de la rétraction d'un pied et d'un spasme cynique qui ren-

---

mêmes objets que moi... Ce qui me donna le plus de faveur parmi les savants, c'est que j'étais presque le seul qui envisageât l'histoire naturelle sous un point de vue philosophique et qui fît entrer l'anatomie dans la zoologie... C'est alors, ajoute-t-il, que je me liai avec Brongniart et Lacroix. »

Ceux-ci étaient les fondateurs de la Société philomathique, qui, à ce moment, comptait déjà parmi ses membres Biot, Laplace, Monge, Berthollet, Duméril, le modeste Vauquelin, le malheureux Savigny. Cette association ouvrit plus tard ses rangs à toutes les intelligences d'élite, et devint la pépinière de l'Académie nouvelle, à laquelle il a été donné d'inaugurer la brillante renaissance des sciences.

On se réunissait tous les samedis. De là vinrent, lors des années de prospérité, les samedis de Cuvier, restés fameux dans le monde savant.

« J'ai beaucoup appris d'histoire naturelle..., disait de Candolle, de « la Société philomathique; j'y ai vu éclore et entendu discuter, entre « amis éclairés, tous les travaux de Cuvier, de Duméril, de Geoffroy, etc.; « cette réunion de gaieté, de commérages et d'instruction..., me laisse « le souvenir de l'une des choses les plus agréables de ma vie. »

« Il est l'idéal du caractère franc des Picards, » disaient de Duméril ses condisciples. Cuvier appréciait tout ce que cette franchise donnait de sûreté aux relations: de là l'étroite amitié qui a uni ces deux hommes.

La jeunesse et l'affection aidant, nos zélés investigateurs modifiaient les formes de l'étude. Des courses étaient entreprises. Brongniart, chef élu, dirigeait ses amis. Si l'on allait vers la forêt de Fontainebleau, Duméril, Dejean, couraient les insectes; de Candolle, Bonnard, recueillaient des plantes; Cressac des oiseaux; Cuvier creusait les terrains et rêvait peut-être aux populations qu'il se donnait mission de faire revivre. Mais il n'était aucune méditation qui eût force de troubler ces joies pures de l'âge de l'espérance et de la confraternité exempte de nuages.

Au printemps de 98, quelques membres se détachèrent de la Société. Il eût été difficile que de jeunes hommes résistassent à l'entraînement: l'expédition d'Égypte se préparait. « Berthollet me proposa d'en être, dit Cuvier; mon calcul fut bientôt fait. J'étais au centre des sciences et au milieu de la plus belle collection, et j'étais sûr d'y faire de meilleurs travaux, plus suivis, plus systématiques, et des découvertes plus importantes que dans le voyage le plus fructueux. J'indiquai Savigny à ma place; il fut accepté, et je me suis toujours félicité de cette détermination. »

Geoffroy, dès cet âge, exalté de cœur et d'esprit, se ployait difficilement au calme, à la contrainte de l'étude. Sa nature ardente aspirait à une vie d'émotions. Il se laissa enrôler. Quatre années passées sous le soleil de l'Égypte n'étaient propres ni à le calmer ni à avancer sa carrière.

Tandis qu'il courait le monde, Cuvier, nommé secrétaire de l'Académie, écrit à Duméril : « Figure-toi donc mon bonheur! à mon âge, avec

dait la prononciation difficile. Aucun moyen n'ayant réussi dans ce cas, Hartmann eut recours au phosphore. Le septième jour après son administration, rémission légère des convulsions de la face, pied moins rétracté. Dans l'espace de trois semaines environ, non-seulement le spasme et le strabisme cessèrent, mais elle recouvra encore et d'une manière durable la liberté entière de la prononciation et de la marche. G. H. Hudemann, *Dissertatio exhibens quasdam observationes ad cicutæ, mercurii sublimati et phosphori usum internum pertinentes.* Helmstadii, 1763, p. 32, *Bibliothèque de thérapeutique de Bayle*, t. II, p. 9.)

STUPEUR; INSENSIBILITÉ; PAROLE DIFFICILE; ÉPUISEMENT ET FAIBLESSE EXTRÊME; SYMPTOMATIQUES D'UNE CONGESTION CÉRÉBRALE. URINES INVOLONTAIRES, EFFET DU PHOSPHORE.

Obs. X. — Un homme fort robuste, chasseur de son métier, âgé de 70 ans, était sujet depuis dix ans à une migraine avec des étourdissements et des bourdonnements dans les oreilles. Il crut se guérir par des saignées, mais elles ne firent qu'augmenter le mal. Il consulta ensuite un médecin qui lui ordonna le musc et la liqueur de corne de cerf; ces remèdes lui procurèrent quelque soulagement. Au bout d'un an le malade fut repris de son ancien mal, qui était accompagné de vertiges et de somnolence continuelle. La parole était difficile, il y avait stupeur, insensibilité, et en général tout annonçait une attaque d'apoplexie. Avant l'arrivée du médecin un chirurgien avait déjà pratiqué une saignée. Les symptômes augmentèrent aussitôt, et le malade se trouva dans un état de faiblesse et d'épuisement extrêmes. Le médecin prescrivit sur-le-champ 2 grains de phosphore dissous dans de l'huile. Le succès de ce remède fut tel que le malade commença vers le soir à se promener dans sa chambre. Tous les symptômes diminuèrent. Cependant la nuit suivante vers deux heures du matin, le malade eut une nouvelle attaque de sa maladie, mais qui céda bientôt au phosphore.

Le lendemain on vit encore reparaître les mêmes symptômes avec une grande propension au sommeil. Le phosphore les chassa de nouveau; le malade se ranima et devint gai, et reprit bientôt après ses travaux accoutumés.

Pendant l'usage du phosphore le malade urina copieusement, et la première fois les urines coulèrent involontairement. (*Vermischte medic. schriften, von A. Weickard*, 1780, t. II.)

CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES.

Obs. XI. — Le sujet de cette observation est une jeune demoiselle de 16 ans, d'une constitution délicate et d'un caractère très-irascible. Le moindre accident excitait en elle des cardialgies, des coliques violentes, auxquelles succédaient des convulsions épileptiques. On avait inutilement tenté tous les moyens. Un jour qu'elle sentait déjà les signes avant-coureurs de l'accès, au lieu de faire usage d'une infusion de menthe poivrée qui la soulageait toujours beaucoup, elle se méprit et but par mégarde une once de l'eau d'une fiole qui contenait du phosphore dont son frère se servait pour des expériences physiques. Cet accident fit manquer le paroxysme.

Le docteur Handel jugea par induction que le phosphore pourrait peut-être guérir cette maladie. Il s'empressa de l'administrer et le prescrivit de la manière suivante :

Phosphore...........................	2 grains.
Dissous dans de l'huile de jusquiame.....	1/2 once.
Extrait de camomille.	
Eau de menthe poivrée............	2 onces.

A prendre par cuillerées de deux en deux heures.

La malade, après avoir fait usage pendant deux mois de cette potion, en observant un régime convenable, eut le plaisir de se voir délivrée d'une maladie qui lui rendait la vie odieuse. (*Journal de Hufeland. Bibliothèque de thérapeutique de Bayle*, t. II, p. 62.)

CONVULSIONS, TREMBLEMENT ET DÉBILITÉ DE TOUT LE CÔTÉ GAUCHE.

Obs. XII. — Une femme de 19 ans avait éprouvé à plusieurs reprises de la lassitude dans le bras et la jambe gauches, symptôme qui s'était dissipé après plusieurs semaines. Elle fut remplacée par une affection spasmodique dans laquelle il y eut d'abord un sentiment de formication dans le côté gauche du corps. Il survint ensuite des convulsions du bras, de la jambe, du pied et de la face du même côté. L'attaque dura une minute environ, et laissa après elle des douleurs, des tremblements et de la débilité du côté gauche. Après avoir vainement tenté tous les moyens, Bennekenius administra 3 grains de phosphore sous la forme de bol. Après que la malade en eut pris 18, le spasme cessa. (Bennekenius, *Commentarii de rebus in scientia naturali et medicina gestis*, 1763, t. II, p. 529. *Bibliothèque de thérapeutique de Bayle*, t. II, p. 10.)

CONVULSIONS DE TOUT LE CÔTÉ DROIT. GRANDE FAIBLESSE DU CÔTÉ GAUCHE SYMPTÔMES APOPLECTIQUES.

Obs. XIII. — Je fus appelé au mois de novembre 1804 pour voir une femme âgée de 62 ans, maigre, faible, pâle, sujette depuis quelques mois à de violents maux de tête. Elle avait été saisie tout à coup, à six heures du soir, sans cause connue, d'un vertige et de convulsions violentes du côté droit; elle avait une grande faiblesse du côté gauche, mais pas de paralysie. Les convulsions se succédaient rapidement; chaque attaque devenait plus violente et offrait ceci de particulier que les pupilles qui étaient dilatées, se dilataient davantage pendant les attaques, et restaient toujours plus dilatées dans les intervalles; elles oscillaient d'une manière convulsive très-remarquable, symptôme qui n'est pas rare dans l'hydrencéphale et dans l'apoplexie, et qui, dans ce temps-là, me portait à croire qu'il se faisait un épanchement dans les ventricules. Le pouls était faible et fréquent. Je n'osai pas la saigner; les vésicatoires et les autres stimulants eussent agi trop lentement, ce n'était pas le cas de l'émétique. Je lui donnai la solution huileuse de phosphore à la dose d'une cuillerée à café d'heure en heure. Dès la seconde dose elle fut mieux. On continua le remède; les convulsions se calmèrent. A onze heures, elle était faible, se plaignait de douleurs générales, de pesanteurs dans la tête; le pouls était plein, développé, la peau chaude, la figure colorée; elle eut une nuit assez agitée, mais le lendemain elle se leva et fut promptement rétablie. Je lui donnai des soins pour ses douleurs de tête, qui cédèrent à un traitement régulier. Elle mourut d'anasarque plusieurs années après. (Coindet, *Mémoire sur l'hydrencéphale*, Genève, 1817, p. 206.)

(La suite au prochain numéro.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

1° BROMURE DE POTASSIUM CONTRE L'ÉPILEPSIE. — 2° ERGOT DE SEIGLE CONTRE LA COQUELUCHE. — 3° LE TARTRE STIBIÉ COMME AGENT PROVOCATEUR DES CONTRACTIONS UTÉRINES. — 4° BITARTRATE DE POTASSE DANS LA VARIOLE.

TRAITEMENT DES ÉPILEPSIES PAR LE BROMURE DE POTASSIUM.

Notre *Gazette médicale* a signalé dans une de ses précédentes re-

« le peu de soutien que j'avais dans l'origine, être au comble des jouis« sances de l'esprit!... »

Duméril voyait son nom adjoint au nom de celui que ses forces supérieures désignaient à la suprématie, et, à 27 ans, il venait d'être nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine.

Un demi-siècle d'enseignement a permis à Duméril de donner dans cette Faculté droit de cité à l'art d'écrire, de démontrer, art dans lequel excellait celui qui avait eu à lutter avec Bichat, avec Dupuytren, et dont Cuvier, sans contredit le plus brillant de ses élèves, disait : « Pour juger de la valeur de Duméril, il faut l'entendre faire une démonstration myologique ou névrologique. »

L'étude de l'anatomie comparée valut à Duméril ses plus heureux travaux.

Un problème de myologie, rapidement conçu, le conduisit à l'un des plus beaux résultats de l'anatomie moderne.

Il cherchait à débrouiller le chaos si confus des muscles du col. Il y trouvait des difficultés insurmontables, tant qu'il ne voyait dans la tête qu'une partie sans analogue.

Tout à coup une idée le frappe : la tête, se dit-il, n'est qu'une vertèbre, et les muscles qui l'unissent aux autres vertèbres ne sont que les muscles mêmes qui les unissent entre elles, mais plus développés, plus énergiques, parce que les mouvements de la tête sur le tronc sont plus considérables et plus étendus.

On était trop peu avancé alors pour saisir tout ce qu'un pareil résultat avait d'important. On l'était si peu, que les jeunes amis de Duméril ne l'abordaient qu'en lui demandant plaisamment : comment se portait sa *vertèbre pensante*.

Le temps marche et les questions grandissent. Quelques années plus tard, l'un des plus ingénieux et des plus hardis penseurs de l'Allemagne, M. Oken, trouva, directement et de génie, la belle analogie du crâne et des vertèbres.

Le crâne n'est qu'une réunion de plusieurs vertèbres, associées ensemble pour loger le développement le plus considérable des centres nerveux : l'encéphale. C'est à cette belle analogie, découverte par M. Duméril, qu'on a voulu rattacher depuis toutes les recherches de ce genre qui ont paru, et que, de ces recherches, on a cru pouvoir faire une science à part sous le nom d'*anatomie philosophique*.

L'anatomie philosophique, bien vue, n'est que l'anatomie comparée, qui n'est jamais plus *philosophique* que lorsqu'elle s'en tient aux analogies vraies. Au fond, les dissemblances ne comptent pas moins, dans l'organisation animale, que les ressemblances. On se souvient qu'après un long débat, Geoffroy menaçant Cuvier d'un livre sur l'*Unité de composition*, celui-ci se contenta de répondre : « Si vous en faites un sur l'*Unité*, j'en ferai un sur la *Variété*. »

En 1803, Cuvier fut chargé par Lacépède d'offrir à Duméril de le remplacer dans sa chaire d'*Erpétologie* et d'*Icthyologie*. Effrayé d'un en-

vues (1863, p. 713) les effets obtenus par les médecins anglais dans la coqueluche à l'aide des bromures alcalins; nous retrouvons dans le *Medical Times* un heureux essai du bromure de potassium dans l'épilepsie. Il s'agit d'une enfant de 12 ans épileptique depuis cinq ans et qui éprouvait au moins un accès dans les vingt-quatre heures. Le bromure fut administré à la dose de 40 centigrammes trois fois par jour. Le traitement, commencé à la fin de juillet, amena d'abord la diminution, puis la cessation des attaques. En janvier 1863, l'enfant n'en avait plus eu depuis six mois.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR L'ERGOT DE SEIGLE.

Pendant qu'en Angleterre on administrait les bromures alcalins dans la coqueluche, en Allemagne on essayait, pour combattre cette maladie, l'emploi de l'ergot de seigle. D'après le *Deutsche Klinik*, M. le docteur Griepenkerl ne compte pas moins de 200 cas traités de cette manière et presque tous avec succès. La formule suivante a été adoptée par M. Griepenkerl, comme la plus propre à donner un composé stable, dépourvu de toutes propriétés irritantes :

Pr. Poudre grossière de seigle ergoté.... 1gr,50 à 2 gr.

Faites bouillir une demi-heure avec :

Eau commune........................	Q. S.
Colature............................	32 grammes.

Ajoutez :

Sucre blanc en poudre.............	48 grammes.

M. d. s. Une cueillerée à café toutes les deux heures pour un enfant de 5 à 7 ans.

Pour les plus jeunes, on réduit la quantité de l'ergot à 1 gramme ou 75 centigrammes pour le même poids de sirop. Il faut, pendant toute la durée du traitement, éviter tous les aliments contenant du tannin. L'expérience a montré qu'il convient de ne commencer l'emploi de l'ergot qu'après la troisième semaine, après la cessation de toute complication, et, de plus, que les quintes s'aggravent souvent pendant les premiers jours, pour diminuer et disparaître ensuite rapidement.

LE TARTRE STIBIÉ COMME AGENT PROVOCATEUR DES CONTRACTIONS UTÉRINES.

Puisque nous venons de parler de l'ergot de seigle, mentionnons, mais sous toutes réserves, une assertion d'un médecin belge, qui propose un succédané de ce précieux agent provocateur des contractions utérines.

Le docteur Parker, s'appuyant sur une expérience de seize années et sur un grand nombre de faits, recommande le tartre stibié pour proquer les douleurs, et il établit les propositions suivantes :

1° Le tartre stibié relâche les muscles tant volontaires qu'involontaires qui offrent de la résistance aux douleurs, en d'autres termes, il détruit la rigidité du col de la matrice et celle du périnée.

2° Il augmente la sécrétion muqueuse du vagin, lubrifie sa surface et facilite ainsi l'accouchement.

3° Il augmente la force contractile des fibres longitudinales et transverses. L'auteur l'a également employé avec succès dans les cas d'inertie.

4° Il ne provoque pas, comme le seigle ergoté, des contractions continues, mais il renforce les douleurs régulières. Il n'amène pas non plus de contraction partielle et n'empêche jamais la délivrance. Le docteur Parker ajoute qu'il administre le tartre stibié d'une manière peu désagréable. Il en dissout 5 à 10 centigrammes dans un demi-verre d'eau et en donne une cuillerée à café toutes les dix ou quinze minutes jusqu'à ce qu'il survienne des nausées. Il compare l'action de ce médicament sur l'utérus à celle qu'il possède sur le canal intestinal, c'est-à-dire qu'il provoque la contraction des fibres circulaires et longitudinales en même temps qu'il relâche les sphincters. (*Annales de la Soc. médico-chir. de Liége*, novembre 1863.)

DE L'EMPLOI DU BITARTRATE DE POTASSE DANS LA VARIOLE.

L'épidémie de variole qui a sévi à Londres au commencement de 1863 a donné lieu à des essais thérapeutiques divers. Déjà la *Gazette* a mentionné (1863, n° 45) les bons effets que l'on croit avoir obtenus de l'administration du *sarracenia purpurea*.

Voici maintenant un autre médicament que l'on a préconisé contre cette maladie : c'est le bitartrate de potasse. Ce sel paraîtrait avoir, lorsqu'on le donne au début de l'affection, une action abortive sur l'éruption : administré lorsque celle ci s'est déjà manifestée, il la modifierait d'une façon très-avantageuse. Le *Medical Times*, et d'après lui *the Dublin medical Press*, ont rapporté des faits qui plaident en faveur de ce nouveau mode de traitement; mais ces faits ne nous semblent pas très-probants, il faudrait pouvoir vérifier l'effet du médicament chez des sujets non vaccinés; car chez des enfants vaccinés il faut un peu se méfier du *post hoc ergo propter hoc*. Quoi qu'il en soit, nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces intéressantes tentatives si elles viennent à se renouveler.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. OESTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUR PRACTISCHE HEILKUNDE;

Journal publié par le Collége des médecins de Vienne; rédacteurs MM. Patruban et Basslinger.

Les numéros de l'année 1862 (1) contiennent les travaux originaux qui suivent : 1° *Communications cliniques du professeur Remak, à Berlin.* (IV. *Sur la curabilité de l'atrophie musculaire progressive.*) 2° *Inflammation furonculeuse et charbonneuse de la face*, par Günt-

(1) Nous n'avons pas reçu les nos 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 23. C'est une lacune regrettable.

---

seignement si nouveau pour lui, Duméril voulait refuser. « Je te donne « rai tous mes manuscrits, lui dit Cuvier, et Lacépède te communiquera « ses notes... Ce que tu dois considérer, c'est la confiance dont on « t'honore, la préférence qu'on te donne sans que tu l'aies sollicitée. Il « faut accepter. » — Duméril écrit à son père : « Cuvier a dit : « Il faut accepter, » et j'accepte. »

Ce fut l'un des événements les plus importants de sa carrière.

Son livre de l'*Erpétologie* est le seul ouvrage complet qui existe sur la classe si nombreuse et si peu connue des reptiles. Il n'a pas moins de dix volumes. L'auteur a mis, pendant vingt ans, une infatigable ardeur à le préparer, à le rédiger, à classer toutes les espèces. Cet ouvrage est destiné à rester la base de ce genre d'études.

De la collection de reptiles qu'il avait créée, et dont la démonstration fut l'une des joies de sa vie, il disait à juste titre : « C'est la plus « nombreuse qu'on ait en Europe et dans le monde. J'éprouve un or- « gueil national à le proclamer. »

Enfin, Duméril a fondé une *ménagerie*, une première *ménagerie de reptiles*, et c'est là un service réel. La dépouille ne permet que la description anatomique et la classification. Une étincelle de vie fait un être qui, quelle que soit son infériorité relative, devient l'objet de ces observations philosophiques dont le lien se retrouve partout.

Un jour, j'accompagnais dans nos galeries un naturaliste norwégien : « Ah! me disait-il, en considérant tristement les élans et les rennes *empaillés*; vous croyez ainsi les connaître! vous ne les avez jamais vus en liberté, bondir dans la neige; vous n'avez jamais vu leur regard plonger dans le vôtre ! »

En retour de tant de services rendus, les naturalistes, le monde des naturalistes, le monde des classificateurs, aréopage qui se fait l'illusion de croire ses arrêts éternels, décerna à M. Duméril le titre de *Père de l'erpétologie*.

C'est qu'en effet, personne n'a fait autant que lui pour cette branche de l'histoire naturelle. Il a sacrifié plus d'un demi-siècle à la développer, à l'éclairer!

On regrette, il faut l'avouer, qu'après avoir touché à l'une des grandes lois de l'organisation, il ait abandonné la science générale, où ses débuts avaient été si heureux, et l'on a peine à comprendre comment M. Duméril, qui avait eu la gloire de concourir à la création de l'anatomie comparée, et, par conséquent de la vraie méthode, n'ait pas toujours et en tout respecté l'ordre naturel. Il y contrevenant sans doute le moins possible; mais enfin il y contrevenait, et ce peu qu'il y a d'artificiel dans sa méthode en altère la pureté et l'autorité.

Il appelait la méthode particulière qu'il s'était faite *méthode analytique*, parce que l'objet principal de cette méthode est de distinguer, et que c'est par l'analyse que l'on distingue.

Il l'appelait aussi *méthode mixte*, parce qu'c'était un mélange de la *méthode naturelle*, qui dominait, et d'un *système artificiel*, qui, sous forme de *tableau synoptique*, dressé sur des caractères exclusifs et

ner. 3° *Helminthes parasites de l'homme*, par Molin. (Suite.) 4° *Sur la ligature de l'artère iliaque externe*, par Lewinsky. 5° *Communications anatomo-pathologiques tirées de l'hôpital de Gratz*, par Heschl. (Autopsie d'une femme morte hydropique, dont l'un des poumons renfermait une multitude de petits ostéoïdes ayant une structure tout à fait comparable à celle des véritables os.) 6° *Cas de pharyngolaryngite granuleuse avec aphonie guérie par inhalation des eaux thermales d'Ems*, par L. Spengler. 7° *De quelques formations nouvelles, rares*, par Schub. (Cet article comprend la description d'une tumeur osseuse à la mâchoire supérieure, d'un ostéoïde aux orteils, d'un sarcome colloïde sous l'ongle du pouce et d'une formation nouvelle (de nature cancéreuse) dans le canal inguinal.) 8° *Transmission de la syphilis par le vaccin*, par Glatter. 9° *Valeur séméiotique des altérations de la voix chez les aliénés*, par L. Schlager. 10° *Sur la laryngoscopie et la rhinoscopie*, par Wagner. 11° *Clinique chirurgicale du professeur de Pitha. Des plaies par armes à feu*, par Podrazki. 12° *Efficacité des eaux de la source dite Schlossbrunn* (à Carlsbad) *contre les catarrhes chroniques des voies respiratoires*, par L. Fleckles. 13° *Études sur la syphilis*, par Jos. Hermann. 14° *De l'inhalation des liquides sous forme de poussière*, par Fr. Fieber. 15° *Communications cliniques*, par Ch. Niessl. (Trois cas de rhinoplastie pratiquée avec succès.) 16° *Rapport médico-légal*, par Maschka. (Enfant nouveau-né; signes d'asphyxie avec suffusions sanguines à la tête et au visage; mort violente. Corps putréfié d'un enfant trouvé dans les lieux d'aisances; constation de la mort par suffocation.) 17° *Nouvelle méthode de ligature des artères*, par Middeldorpf. 18° *Rapport sur l'hospice des accouchements de Gratz pendant les années* 1859-60 *et* 1860-61, par Bossi. 19° *Ossification des cellules nerveuses dans le cerveau d'un aliéné*, par Heschl. 20° *Expériences helminthologiques*, par F. Küchenmeister. (Extrait d'un article du journal rédigé par ce médecin et dont rend compte la *Gazette médicale*.) 21° *Sur l'etiologie de l'othématome*, par Rodolphe E. Hofmann. (Il est questio de cette suffusion sanguine qui envahit le cartilage de l'oreille chez certains aliénés et qu'il faut regarder comme un résultat d'une maladie congestionnelle du cerveau et non comme produite par de mauvais traitements. L'auteur a vu un othématome traumatique se développer sur une petite fille de 13 ans, parfaitement saine d'esprit, à la suite de mauvais traitements longtemps prolongés.) 22° *De la réorganisation de l'hospice des orphelins à Vienne*, par Th. Helm. 23° *Sur le traitement des aliénés*, par L. Schlager. (Il s'agit surtout du mode d'administration des médicaments; entre autres conseils, l'auteur donne celui de ne jamais mêler les remèdes aux aliments. surtout quand ces remèdes sont des vomitifs.) 24° *Un cas de guérison par l'hydropathie dans l'établissement hydrothérapique de Vienne*, par Ch. Linhart. (Affection céphalique grave, chronique, survenue à la suite d'une chute et qui guérit par l'hydrothérapie après avoir résisté aux traitements les mieux dirigés. L'hydrothérapie, dit l'auteur, doit être regardée comme une partie intégrante et indispensable de la thérapeutique; le médecin doit s'attacher à reconnaître les cas où son emploi peut être utile.) 25° *La pneumonie à l'hôpital* « Auf der Wieden » *pendant le dernier quinquennium de* 1857-1861, par Ferd. Dinstl. 26° *Sur la galvanocaustique*, par Zsigmondy. (Suite.) 27° *Les communications les plus récentes sur l'épidemiologie de la diphthérite*, par M. Schuller. (Revue critique.) 28° *Pour servir à l'anatomie pathologique des taches de la membrane du tympan et sur la signification de ces taches pour le diagnostic des maladies de l'oreille*, par Adam Politzer. (Études sur l'opacité partielle ou totale du tympan.) 29° *Des sténoses de l'œsophage*, par Aloïse Keller. (L'auteur décrit un assez grand nombre de strictures de l'œsophage chez des enfants produites par l'ingestion accidentelle d'une substance qu'il appelle essence de lessive et qui est sans doute une forte solution de potasse. Les révélations de l'auteur montrent une négligence incroyable des parents et un désordre dans leur ménage dont il est impossible de se faire une idée.) 30° *Rapport sur la transmission probable de la morve du cheval à l'homme, sur la marche et sur la nature de la maladie*, par Ch. Spitzer. (Le malade était marchand de chevaux et avait un cheval morveux; la maladie dura deux mois et se termina par la mort.) 31° *La rage à Vienne pendant l'année* 1862, par Glatter. (L'auteur signale un grand nombre de chiens qui ont eu la rage spontanée, c'est-à-dire sans avoir été mordus par d'autres; sur 28 chiens malades, il y avait 26 mâles; de plusieurs chiens mordus par le même chien enragé, les uns ont eu la maladie, les autres en ont été exempts; la rage s'est transmise à des bêtes à cornes, à des porcs et à un âne.) 32° *Un cas d'hydrophobie*, par A. Zsigmondy. (La rage transmise à l'homme est une maladie si rare à Vienne, dit l'auteur, que, depuis 1848, il ne s'est pas présenté un seul hydrophobe au grand hôpital. Cette circonstance engage l'auteur à publier le fait qu'il a eu l'occasion d'observer.) 33° *Fracture de la mâchoire inférieure produite par un coup de pistolet*, par Linhart. 34° *Du tabes dorsalis*, par Remak, 35° *Plaie par arme à feu, tétanos, inefficacité du curare*, par Ch. Spitzer. 36° *De la circoncision rituelle*, par Marx Berggrün. (Cette opération délicate ne doit être confiée qu'à un chirurgien expérimenté. L'auteur signale les inconvénients qui peuvent résulter d'une opération mal faite, et rapporte un cas où il exis tait une adhérence complète entre le prépuce et le gland.)

Curabilité de l'atrophie musculaire progressive; par le docteur Remak, professeur à Berlin.

Cet article est la fin d'un travail dont la première partie se trouve dans les n°s 45 et 48 de l'année 1860 du même journal. Voici le résumé des conclusions données par l'auteur.

1° L'atrophie musculaire progressive, caractérisée par des secousses fibrillaires, n'est pas une maladie des muscles, mais bien une affection des centres nerveux, particulièrement de la région cervicale de la moelle et quelquefois aussi des ganglions du sympathique.

2° A son début la maladie paraît être de nature inflammatoire et nécessite l'emploi de sangsues à la nuque, lorsque cette région n'est le siége d'aucune douleur.

3° Quand on ne peut pas employer le courant constant, les douches chaudes sur la nuque sont à recommander comme réveillant l'excitabilité des cellules ganglionnaires centrales.

4° Il faut absolument rejeter l'emploi du courant induit sous des conditions favorables, le courant constant peut amener la guérison dans l'espace d'une année.

5° Même dans les cas invétérés où l'atrophie des cellules ganglion-

---

tranchés, vient à la fin de chaque chapitre et semble rendre le travail plus court et plus facile.

Cette plus grande facilité n'est qu'apparente. Le système artificiel est toujours faux par quelque endroit; et, après s'en être servi pour se dissimuler certaines difficultés, il faut toujours finir par l'abandonner. M. Duméril dit lui-même, et dit très-bien : « Le systeme artificiel n'est « qu'un *échofaudage provisoire*, qui, l'objet une fois connu, ne doit « plus être conservé (1). »

L'*Ichthyologie* doit à M. Duméril le classement des collections recueillies aux Terres australes par le célèbre Commerson. Ce long travail pouvait seul donner à ses richesses toute leur valeur,

L'Académie des sciences devenait pour les membres de la Société philomathique la patrie commune.

Dès 1803, à l'occasion d'une élection prochaine, Cuvier écrit à Duméril : « Je n'ai jamais été si embarrassé de ma vie que je le suis à présent entre Geoffroy, Brongniart et toi; je voudrais que vous arrangeassiez entre vous lequel je dois servir L'inclination me porte pour toi, la reconnaissance pour Geoffroy, à qui je dois en quelque sorte mon élévation actuelle; Brongniart, de son côté, ne se fâchera-t-il pas contre vous et contre moi ?... » Duméril ne se présenta pas,

Il fut nommé en 1816. Il possédait ces nobles et rares qualités qui imposent à l'amour-propre un jugement sain et généreux; il avait d'ailleurs alors la vie la plus remplie et la mieux remplie par les devoirs de la pratique médicale.

Une clientele nombreuse trouvait en lui un esprit toujours libre, un cœur toujours bienveillant et tout le savoir que réclament de si graves responsabilités.

Ami sûr et zélé, il excellait partout où le cœur était essentiel, et volontiers un service rendu était, pour lui, une occasion de joie. Voici ce que j'ai entendu raconter à M. Cuvier :

De Candolle, à une époque où le titre de docteur avait été jugé nécessaire pour enseigner la botanique dans une Faculté, fut, grâce à l'amitié de Duméril, admis, sans trop de rigueur, au résultat définitif. Convaincu que désormais il est en possession de tous les grades qu'on peut exiger de lui, et, plein de reconnaissance, il court chez Duméril.

Mais celui-ci s'est transformé; et ce nouveau *Béralde* lui déclare que là, dans son salon, il va trouver une *faculté amie*, sans la consécration de laquelle rien n'est fait. Les portes s'ouvrent et les yeux étonnés du malheureux de Candolle ont peine à reconnaitre. pourvus des insignes voulus, Cuvier, Biot, Brongniart, Lacroix, et d'autres graves académiciens, qui lui annoncent qu'il devient le héros de la réception du *Malade imaginaire*. Aussitôt on affuble le malencontreux *bachelier* d'un immense bonnet garni de lampions. « Chacun débita son rôle avec le plus grand « sérieux, et j'y fis de mon mieux; nous ne lui épargnâmes ni les *bene*

(1) *Ichthyologie*, p. 4.

naires centrales et, par suite, celle des muscles existe déjà, les progrès de la maladie ne peuvent être arrêtés que par l'emploi du courant constant appliqué sur la moelle épinière, particulièrement sur sa portion cervicale et sur les ganglions sympathiques.

6° La marche irrégulière de l'atrophie progressive et surtout cette circonstance qu'elle ne suit pas les divisions d'un nerf, mais qu'elle affecte en même temps des muscles dépendant de divers troncs nerveux (ce qui a conduit à placer dans les muscles le siége de la maladie), s'explique parce que la maladie part des organes centraux, et que les cellules ganglionnaires de ces centres, desquelles dépend l'état trophique des muscles, ont une autre disposition que les fibres qui partent de ces cellules pour se rendre dans les cordons nerveux.

7° La disparition de l'excitabilité électrique dans les muscles atrophiés n'est pas toujours un signe de leur dégénérescence graisseuse.

Ossification des cellules nerveuses dans le cerveau d'un aliéné; par le professeur Heschl.

Il n'est pas rare de rencontrer dans le cerveau une ossification des gaînes des vaisseaux ou du tissu connectif de la substance cérébrale; mais l'ossification des cellules nerveuses elles-mêmes est un fait rare et curieux.

Cette altération a été trouvée sur un jeune homme de 26 ans atteint de mélancolie, et mort à l'hôpital des aliénés de Vienne.

La face convexe du lobe antérieur gauche offrait sur l'arachnoïde une lamelle osseuse blanchâtre de la grosseur d'une lentille: une portion de la substance grise était changée en une petite masse filamenteuse, grosse comme une fève, imprégnée de sérosité rougeâtre; le cerveau était très-injecté, surtout du côté gauche, et les enveloppes adhéraient à plusieurs points de sa surface par de petites concrétions blanchâtres.

Le petit foyer hémorrhagique fut examiné avec soin. Il était formé, comme à l'ordinaire, par des vaisseaux en partie changés en graisse et par du tissu connectif chargé de pigment. Les parois du foyer étaient de couleur grisâtre et plus consistantes que le reste de la substance cérébrale. Plusieurs groupes assez étendus des cellules nerveuses qui composaient cette portion indurée se trouvaient ossifiées les unes totalement, les autres en partie. Quelques-unes étaient transparentes et offraient un gros noyau rond ou ovale, d'autres tout à fait opaques étaient chargées de matière calcaire. L'acide chlorhydrique dissolvait immédiatement cette substance grumeleuse sans dégagement de gaz. Ces cellules avaient plusieurs prolongements qui les rattachaient les unes aux autres. On avait donc sous les yeux une véritable ossification, c'est-à-dire un dépôt de phosphate calcaire dans l'intérieur des cellules et même dans leurs prolongements nerveux.

II. Medizinische Jahrbuecher.

(Journal de la Société des médecins de Vienne.)

L'année 1861 de ce journal (cahiers 1, 2, 3, 4 et 6) et le premier cahier de 1862 (1), les seuls qu'ait reçus la *Gazette médicale*, contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Des nerfs de la duremère des fosses moyenne et postérieure du crâne*, par F. Arnold. 2° *Sur le scorbut*, par A. Duchek. (Plusieurs analyses de l'urine; le résultat de ces analyses ne jette aucune lumière sur la nature du scorbut.) 3° *Rapports sur les travaux entrepris dans l'ensemble du domaine médical* (Sous ce titre, la Société des médecins de Vienne publie des analyses détaillées des principaux travaux qui se publient dans les différentes branches de la médecine.) 4° *De l'aconitum lycotonum au point de vue pharmacognostique, toxicologique et historique*, par C. Schroff. (Étude intéressante et très-complète.) 5° *Sur le muscle orbiculaire de la bouche*, par C. Langer. (Description de l'arrangement des fibres qui composent la musculature de la bouche.) 6° *Du mode de fixation de la tête de l'humérus dans l'articulation de l'épaule*, par le même; 7° *Le cathétérisme de la trompe d'Eustache et le miroir pharyngien*, par Vottolini. 8° *De la séparation du mercure pendant et après le traitement mercuriel*, par F. C. Schneider. (Il résulte des analyses faites avec soin par l'auteur que le mercure continue à être éliminé de l'organisme plusieurs semaines encore après la cessation de tout traitement. L'auteur ne croit pas qu'il reste dans l'organisme plus de 25 pour 100 du mercure employé. La question de l'élimination complète du métal n'est pas vidée.) 9° *De la contraction du sphincter de l'iris par des excitants médicaux*, par J. Hoppe. 10° *Présence de glandes solitaires dans le grand épiploon*, par C. Wedl. (Un jeune nègre mort au Caire de la dyssenterie avec le grand épiploon comme saupoudré de petits grains blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle, dont la structure ressemblait parfaitement à celle des glandes solitaires de l'intestin.) 11° *De la production des phlébolithes*, par le même. (Les phlébolithes proviennent d'un coagulum fibrineux.) 12° *Quelques mots sur les mouvements des disques ligamenteux de l'articulation du genou*, par C. Langer. (Étude assez détaillée des mouvements de cette articulation.) 13° *De la différence des virus syphilitiques et des formes morbides qui en résultent*, par C. Sigmund. 14° *Remarques théoriques et pratiques sur les voies lacrymales*, par Ch. Stellwag de Carrion. 15° *Sur le sycosis*, par Gustave Wertheim. 16° *Fragments sur la pathologie des valvules de l'artère pulmonaire*, par Jules Klob. 17° *Notes sur l'action physiologique du trichlorméthyle sulfureux de carbone*, par W. Bernatzik. 18° *Étude sur la pellagre*, par Wilhelm Winternitz. 19° *Sur une racine du nord de l'Afrique (de la Cyrénaïque) et sur le silphium des anciens Grecs*, par C. Schroff. 20° *De la distinction du chancre et de la syphilis*, par Albert Reder.

(1) Depuis ce premier cahier de l'année 1862, la *Gazette médicale* n'a rien reçu de ce recueil.

Notes sur l'action physiologique du trichlorméthyle sulfureux de carbone; par le professeur W. Bernatzik.

Cette préparation, recommandée contre la maladie de Bright par le professeur Koerner (d'Innsbruck), est connue sous les noms de *chloridum methylii trichlorati sulfurosum, methylium terchloratum sulfuroso-chloridum, carboneum perchloratum sulfurosum*; on l'obtient en mettant pendant assez longtemps du sulfure de carbone en contact avec du chlore.

Le professeur Koerner a remarqué que son emploi est suivi d'une abondante expectoration, d'une augmentation d'activité du cœur et de la disparition de l'albumine des urines.

« ni les *juro*, » disait Cuvier en riant avec une parfaite bonhomie, et comme s'il y était encore.

A la population sans cesse renouvelée des écoles, Duméril fut toujours extrêment sympathique. C'était avec clarté, feu, savoir et bonté qu'il s'adressait à la jeunesse: habile dans l'art de l'encourager, pour elle, c'était surtout son cœur qui était éloquent.

Jamais homme n'a pris plus au sérieux la carrière de l'enseignement. Professer, exposer, était pour lui le charme et l'idéal de la vie savante: dans certains cas, il faut en convenir, il se résignait difficilement à admettre qu'on pût rompre *ce charme, cet idéal*, et l'astreindre à faire ce qui ne lui convenait pas.

A une époque où le zèle belliqueux de la bourgeoisie parisienne donnait à la garde nationale une naïve et fabuleuse importance, Duméril, appelé à payer de sa personne, déclara qu'il n'en ferait rien; on insista, nouveau refus; les pourparlers se prolongèrent; on menaça Duméril de la prison: entêté comme l'est un Picard, il n'en tint compte. — Enfin, un matin la force publique se présente à lui, munie de l'ordre de le conduire à la maison d'arrêt. Aussitôt il se revêt de la robe rouge et de la toque de professeur, et, se plaçant entre deux fusiliers, il annonce l'intention de traverser ainsi à pied tout Paris. Les choses se passèrent comme il le voulait, au grand ébahissement de la foule, et cet excellent homme fut incarcéré, comme on peut l'être pour le manquement à de pareils devoirs.

Son activité, qui était prodigieuse, lui permettait de se livrer à un enseignement multiple, au travail de ses collections, à la rédaction de ses nombreux ouvrages, et lui laissait encore la possibilité de consigner, dans des mémoires particuliers, des faits d'histoire naturelle sur lesquels ses consciencieuses recherches ont souvent jeté de la lumière.

Qui le croirait? Duméril a plus écrit que Cuvier. Ces deux hommes étaient le contre-pied l'un de l'autre, l'un agissant toujours, l'autre méditant sans cesse. Au fond, Cuvier a très-peu écrit, à ne considérer que l'étendue. C'est lui qui a le moins écrit dans son anatomie comparée; Duméril et Duvernoy ont fait la plus grande part. Il a rédigé lui-même une partie des mémoires sur les ossements fossiles, mais Laurillard a beaucoup aidé, et Brongniart a été chargé de tout ce qui se rapporte à la géologie. Il n'a écrit de sa propre main que ses éloges, son discours sur les révolutions du globe, chef-d'œuvre de géologie, écrit d'inspiration, et son admirable *Dictionnaire de la création*, pour lequel ce classificateur par excellence a trouvé le mot juste en l'intitulant: *Le règne animal distribué d'après son organisation*.

A la fois laborieux et simple, Duméril sut éloigner de sa vie les désastreuses émotions que cause l'ambition. « Tu es bien heureux, lui « écrivait Cuvier, alors qu'ils n'avaient, tous deux, que 25 ans: tu es « bien heureux, toi qui jouis, sans tant de soucis, de ton caractère, et « qui sais attirer toutes les amitiés. » Menant, au milieu d'un intérieur patriarcal, l'existence d'un sage, concentrant là ses joies, Duméril a

L'auteur a fait prendre cette substance à cinq jeunes gens vigoureux et bien portants, dans le but d'établir son action physiologique. Il croit pouvoir conclure des phénomènes observés qu'elle excite fortement le nerf vague. Le pouls se ralentit, mais devient plus dur et plus petit, par suite d'une pression latérale plus forte dans le système artériel. L'action de cette préparation sur les appareils circulatoire et respiratoire explique les effets avantageux qu'on en a retirés dans le traitement de la maladie de Bright.

L'auteur appelle aussi l'attention sur les propriétés antiseptiques de cette substance, propriétés qu'on pourrait utiliser dans le typhus, la pyémie, etc. Les expériences cliniques pourront seules faire apprécier sa valeur thérapeutique et les indications de son emploi.

A. Lereboullet.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

NOMINATIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie en remplacement de feu M. B. Brodie.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 46,

M. Lawrence obtient. . 45 suffrages.
M. Simpson. . . . . . . 1 —

— M. de Saint-Cricq Casaux oppose aux cas que l'on a cités enpreuve des inconvénients des alliances consanguines, le cas des anciens rois de Perse qui, ayant, dit-il, depuis le temps de Cambyse, l'habitude de prendre pour femmes leurs sœurs, quelques-uns même leurs filles, n'en auraient pas moins propagé une très-belle race.

(Renvoi à l'examen des commissaires désignés pour les diverses communications relatives à ce sujet : MM. Andral, Rayer, Bernard et Bienaymé.)

— M. Becquerel présente à l'Académie la troisième édition du *Traité d'hygiène privée et publique* de feu son fils Alfred, avec additions et bibliographie par le docteur Beaugrand.

Cet ouvrage présente, sous une forme concise, un tableau complet de cette science. M. Alfred Becquerel a profité de ses connaissances en physique et en chimie pour aborder un grand nombre de questions entièrement négligées dans la plupart des traités d'hygiène, en même temps qu'il a réuni les applications de toutes les sciences à l'hygiène privée et publique. Cet ouvrage est mis au courant des progrès de la science par de nombreuses additions et augmenté d'une bibliographie très-étendue pour chaque article. La première partie est relative à l'étude de l'homme à l'état de santé; la deuxième, à l'influence de l'atmosphère, comprenant celle de la chaleur, de la lumière, de l'électricité et des agents divers qui s'y trouvent constamment, dont quelques-uns en proportions variables. La troisième et dernière partie traite de l'hygiène appliquée aux professions.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU LUNDI 28 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. VELPEAU.

ORDRE DES LECTURES.

1° Proclamation des prix décernés pour 1863 et des sujets de prix proposés.

2° Éloge historique d'André-Marie-Constant Duméril, par M. Flourens, secrétaire perpétuel. (Voir le *Feuilleton*.)

3° Notice sur la vie et les travaux de Képler, par M. Bertrand.

PRIX DÉCERNÉS.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

(Commissaires : MM. Flourens, Milne-Edwards, Longet, Claude Bernard, Coste, rapporteur.)

Rapport sur le concours de l'année 1863.

La vessie natatoire des poissons a été le sujet des recherches de M. Armand Moreau. Cet organe, dont les savants ont surtout considéré le côté statique, est rempli d'un air formé, comme l'air atmosphérique, par le mélange de trois gaz, l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, le dernier de ces gaz s'offrant toujours en quantité très-faible.

D'après les analyses faites au commencement de ce siècle par M. de Humboldt et par M. Biot, l'oxygène et l'azote, qui remplissent presque à eux seuls la capacité de la vessie natatoire, avaient été trouvés comme variant dans les limites les plus étendues, tel poisson, par exemple, offrant 90 pour 100 d'oxygène, tel autre de la même espèce 90 pour 100 d'azote.

Les causes de ces variations étaient restées tout à fait inconnues jusqu'au travail de M. Armand Moreau, qui a placé cette question dans son véritable jour en déterminant les conditions physiologiques de ces variations et en s'en rendant maître.

L'auteur a présenté, en effet, à la commission deux poissons, en annonçant que la vessie natatoire de l'un ne contiendrait point d'oxygène, tandis que celle de l'autre en offrirait plus de 80 pour 100.

Ces deux sujets appartenaient à l'espèce perche qui, normalement, offre de 20 à 30 pour 100 de ce gaz dans l'air de la vessie natatoire.

Les poissons sacrifiés et les analyses faites sous les yeux de la commission ont justifié les prévisions du physiologiste.

Pour faire augmenter l'oxygène de la vessie natatoire, M. Moreau vide l'organe à l'aide de la machine pneumatique ou à l'aide de la ponction, suivant que la vessie natatoire est munie d'un canal aérien ou en est dépourvue. Les sujets en expérience sont ensuite abandonnés à eux-mêmes dans les conditions normales. Seulement, on dispose sous l'eau un diaphragme pour empêcher les poissons qui ont un canal aérien de venir à la surface.

L'air se reforme alors dans la vessie natatoire et contient d'énormes proportions d'oxygène. On est autorisé à penser que c'est de l'oxygène pur qui se produit dans ces conditions, parce que la proportion de ce gaz va en augmentant à mesure que la vessie se remplit, et s'exagère encore si l'on vide plusieurs fois l'organe.

L'indispensable condition pour le succès de ces expériences est que le poisson sur lequel on opère soit en pleine santé; car, dans le cas con-

complétement goûté la douceur des affections de famille et de ces longues amitiés qui ne cessent qu'avec le souffle qui les anima.

Inébranlable dans son attachement pour Cuvier, longtemps il suivit, en spectateur ému, toutes les phases du développement de son génie, toutes les péripéties de ses succès; et lorsqu'une fin foudroyante lui rappela, dans celui que la nation pleurait, l'ami, le compagnon de sa jeunesse, il alla recueillir dans la ville natale de Cuvier des souvenirs et des expressions du juste orgueil de ses concitoyens.

Il fut profondément impressionné : au retour, il modifia ses habitudes, borna ses fatigues, quitta la pratique médicale, reprit avec ardeur le travail de rédaction, et, sagement, successivement, se prépara à la vieillesse : non qu'il n'eût encore beaucoup de verdeur; il fallait toujours se garer de l'impétuosité de son esprit, de ses préventions, de ses opinions qui, une fois formées, ne se modifiaient jamais, soit qu'il s'agît des hommes, soit qu'il s'agît des choses. Mais, toujours et avant tout, homme de bien, bon, franc, serviable, il a attaché à son nom un sentiment de sympathie durable, béritage bien doux et garantie d'avenir la plus sûre pour le digne fils dont il a fait son continuateur.

Jusqu'à sa dernière heure il travailla. L'*Entomologie*, qui avait été son premier goût, devint sa dernière joie. L'Académie, pleine de respect pour ce patriarche de la science, a consacré trois volumes de ses mémoires à la publication de son *Ichthyologie analytique* et de son *Entomologie*.

Vigoureux de corps, et surtout judicieux dans l'emploi de ses forces, il fut exempt d'infirmités, et ne cessa de vivre qu'à 87 ans. Un redoublement de bonté, de tendre reconnaissance pour les soins dont il était l'objet, indiquèrent seuls qu'il prévoyait l'éternelle séparation.

Il est mort le 14 août 1860.

— La lettre suivante, adressée par M. le préfet du Nord aux maires et aux membres des bureaux de bienfaisance de son département, est un acte qui témoigne d'une bienveillance et d'un esprit de justice dont nous aimons à espérer que l'exemple ne sera pas perdu :

« ..... Mon attention a été appelée sur la situation peu rétribuée des médecins des bureaux de bienfaisance. Cependant les services que rendent dans les campagnes les médecins des pauvres sont d'une importance trop grande, et ces praticiens sont en général trop dévoués pour qu'il ne soit pas désirable et juste qu'il leur soit alloué une rémunération plus en rapport qu'elle ne l'est souvent avec ces services et avec les ressources des établissements charitables et des communes.

« Je vous invite donc à examiner, au moment de la formation des budgets des bureaux de bienfaisance, ce qu'il serait possible de faire à cet égard. Si les ressources dont peuvent disposer ces administrations font défaut, je verrais avec plaisir l'intervention des conseils municipaux, et je m'empresserais d'ouvrir les crédits qui me seraient demandés. »

traire, l'oxygène diminue, et c'est sur la connaissance de ce fait que M. Moreau se fonde pour obtenir à volonté la diminution et la disparition de ce gaz.

Ayant observé que, sur les poissons morts hors de l'eau, la proportion d'oxygène avait diminué, la pensée lui vint d'asphyxier les sujets. et il vit que, dans ces conditions, c'est-à-dire quand l'animal ne peut plus emprunter le gaz au milieu ambiant, il l'emprunte au gaz de sa vessie natatoire, où l'oxygène diminue en proportion de cet emprunt et peut même disparaître presque complétement.

Toutes ces expériences délicates ont été exécutées avec une précision qui ne laisse rien à désirer.

La commission décerne à leur auteur le prix de physiologie expérimentale.

La commission a eu à examiner deux travaux intéressants de MM. Philipeaux et Vulpian relatifs à la physiologie du système nerveux.

Dans un premier travail intitulé : *Recherches sur la réunion bout à bout des fibres nerveuses sensitives avec les fibres nerveuses motrices*, les auteurs ont cherché à voir si après la section du nerf hypoglosse, qui donne le mouvement à la langue, on ne pouvait pas, en soudant le bout périphérique de ce nerf avec le bout central du nerf lingual sensitif également coupé, obtenir le rétablissement de la fonction motrice.

Ils ont montré, en effet, que quand, trois ou quatre mois après cette opération, on pince ou on irrite mécaniquement le nerf lingual au-dessus de sa soudure avec l'hypoglosse, on éveille à la fois la douleur et le mouvement dans la langue, bien que la fonction motrice normale du nerf hypoglosse ne soit pas rétablie.

Ils ont rendu l'expérience plus précise encore en divisant le nerf lingual vers son origine aussi loin que possible de sa soudure avec l'hypoglosse, et, dans ce cas encore, ils ont constaté que le pincement et l'irritation mécaniques du fragment du nerf lingual séparé du centre nerveux déterminaient également des mouvements manifestes dans la moitié correspondante de la langue.

Cette expérience, qui avait déjà été réalisée par d'autres observateurs, plus catégorique que celles dans lesquelles on a employé l'électricité comme agent d'incitation, ne laisse aucun doute sur la réalité du phénomène.

Dans un second travail intitulé : *Sur une modification physiologique qui se produit dans le nerf lingual par suite de l'abolition temporaire de la motricité dans le nerf hypoglosse du même côté*, MM. Philipeaux et Vulpian ont constaté un fait singulier qui consiste dans une sorte de propriété motrice qui apparaît dans le nerf lingual, normalement sensitif, un certain temps après que le nerf moteur du même côté, c'est-à-dire le nerf hypoglosse, a été détruit par arrachement.

Lorsqu'on découvre, en effet, le nerf lingual sur un chien chez lequel on a extirpé depuis plusieurs mois le nerf hypoglosse correspondant, on voit que, en irritant mécaniquement ou par le pincement le tronc du nerf lingual, on détermine à la fois la douleur et des mouvements manifestes dans la langue. Si, après cette épreuve, on sépare le nerf lingual du centre nerveux, le pincement du bout périphérique de ce nerf provoque des mouvements dans la langue, mouvements qui paraissent être dus à une modification survenue dans le nerf lingual du côté où le nerf hypoglosse a été arraché; car le nerf lingual du côté opposé est complétement dépourvu de cette propriété nouvelle.

Ces curieux résultats, dont on ne saurait encore, en l'état actuel de la science, donner d'explication, sont de nature à provoquer de la part des physiologistes de nouvelles recherches et deviendront peut-être un premier jalon pour d'importantes découvertes sur la fonction du système nerveux. A ce point de vue, la commission les a jugés dignes d'une récompense, et, après avoir décerné le prix de physiologie expérimentale à M. Moreau, elle demande à l'Académie de vouloir bien l'autoriser à en donner un autre à MM. Philipeaux et Vulpian.

La commission accorde une mention très-honorable à M. Battaille, professeur au Conservatoire de musique, pour ses recherches physiologiques et anatomiques sur la voix humaine. A l'aide d'un laryngoscope cet observateur a étudié avec soin les modifications qui surviennent dans les lèvres de la glotte, lors de la production des sons de poitrine et des sons de tête, et a contribué ainsi à l'avancement de nos connaissances sur la théorie de la voix.

Enfin la commission a vu avec intérêt un travail de M. Hœrkel sur les radiolaires de la Méditerranée; mais ce travail ne rentre pas dans les conditions du concours, et, par conséquent, n'a pu être pris en considération.

L'Académie approuve les propositions de la commission.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

(Commissaires : MM. Rayer, Cl. Bernard, Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe, Flourens, Serres, Milne Edwards, Longet, rapporteur.)

Rapport sur le concours de l'année 1863.

La commission des prix de médecine et de chirurgie a l'honneur de proposer à l'Académie de décerner. cette année, un prix et quatre mentions honorables aux auteurs dont les noms suivent : à M. Chassaignac, un prix de *deux mille cinq cents francs*; à MM. Bourdon, Cahen, Debout et Gallois, des mentions honorables avec *quinze cents francs* pour chaque mention.

La commission a cru devoir distinguer surtout les recherches que M. Chassaignac a entreprises avec talent depuis plus de douze années, recherches qui l'ont amené à constituer une méthode chirurgicale nouvelle, désignée sous le nom de *méthode de l'écrasement linéaire*.

Diviser les tissus vivants en employant un moyen moins dangereux que les moyens ordinaires, c'est-à-dire de façon à prévenir et à conjurer, autant que possible, dans bien des cas, l'effusion du sang et les autres accidents du traumatisme chirurgical, tel a été le but que s'est proposé M. Chassaignac.

L'instrument dont il se sert se compose d'une chaîne à maillons articulés, d'un fourreau à l'intérieur duquel la chaîne est ramenée au moyen d'une double crémaillère et d'un double levier qui lui impriment un mouvement alternatif de va-et-vient, pouvant produire un tassement, une mâchoire linéaire des tissus, au point d'en amener, séance tenante, la séparation complète.

Certains modes opératoires, usités en chirurgie à diverses époques, semblent se rapprocher de l'écrasement linéaire. Ainsi l'entérotome, de Dupuytren, les pinces de Breschet pour le varicocèle, exercent bien une sorte d'écrasement; mais la différence essentielle entre leur mode d'action et celui de la chaîne de M. Chassaignac consiste, d'une part, en ce que l'entérotome et les précédentes pinces n'amènent la séparation des tissus que par l'intermédiaire forcé de la gangrène; en ce que, d'autre part, ces instruments ne sauraient opérer la section immédiate des parties par le seul fait de leur puissance mécanique. En donnant à l'ancien serre-nœud de Graefe un volume suffisant et en l'armant d'un fil de fer, sans doute on peut (comme le pratiquent aujourd'hui certains chirurgiens) diviser les tissus organiques assez rapidement et d'après un mode semblable à celui de l'écrasement linéaire; mais il faut reconnaître que cette pratique ne s'est vulgarisée que depuis les travaux de M. Chassaignac, dont le mérite d'ailleurs consiste bien moins dans l'invention d'un instrument particulier que dans la création d'une méthode de diérèse trouvant son application dans un certain nombre des opérations de la chirurgie.

Un exemple de section rapide par écrasement fort irrégulier, il est vrai, s'observe dans le cas de morsure où il y a rarement hémorrhagie; c'est, comme on le sait, par ce mode particulier d'écrasement que les femelles de la plupart des mammifères opèrent la séparation du cordon ombilical, pour ainsi dire sans écoulement de sang.

Ce dernier exemple, aussi bien que celui des plaies par les roues à engrenage, par les projectiles de guerre, etc., ces exemples, disons-nous, étaient autant de raisons pouvant faire présumer certains avantages particuliers aux sections mousses que produirait une pression suffisante concentrée sur un trajet linéaire.

C'est en 1850 que M. Chassaignac a pratiqué pour la première fois, à titre d'opération réglée, la section de tissus vivants à l'aide de l'instrument dit écraseur.

Depuis cette époque, des résultats cliniques et des expériences en grand nombre sont venus légitimer les premiers essais de cet habile chirurgien.

Au jardin des plantes, des expériences furent instituées dans le laboratoire de M. Flourens, et toutes démontrèrent que, quand les tissus animaux, même les plus vasculaires, sont divisés à l'aide d'un écrasement conduit avec lenteur, les solutions de continuité ne donnent lieu, le plus ordinairement, à aucune hémorrhagie, ni primitive ni consécutive.

A l'abattoir de Grenelle, d'autres expériences faites sur la carotide du mouton, sur les artères ovariques de la vache, donnèrent les mêmes résultats.

Enfin à toutes expériences vinrent encore s'ajouter celles qui furent exécutées, à l'École vétérinaire d'Alfort, par MM. Bouley et Delafond sur le cheval et le taureau. La section complète du cordon testiculaire, au moyen de l'écraseur, a été notamment tout à fait exsangue, et le travail de cicatrisation a marché avec une simplicité et une rapidité remarquables.

Des essais analogues souvent répétés, à Saint-Pétersbourg, par le professeur Roschnof, ont confirmé l'exactitude des premières observations.

Il convient d'ajouter que, depuis une communication faite à la Société de médecine vétérinaire de Paris en 1856, M. Bouley a appliqué la méthode dont il s'agit dans maintes occasions à la clinique de l'École d'Alfort. C'est cette méthode qu'il emploie exclusivement aujourd'hui pour opérer, par exemple, les tumeurs fibreuses du cordon, les sarcocèles, et, en général, toutes les tumeurs profondément placées, telles que les tumeurs fibreuses du fourreau et les tumeurs mélaniques du rectum.

Chez l'homme, les résultats cliniques se déduisent des relevés de mortalité communiqués à l'administration des hôpitaux de Paris, relevés qui établissent que les nombreuses opérations faites par l'écrasement linéaire ont donné lieu à une mortalité relativement faible.

Comme document venant concorder avec les précédents relevés, figure aussi la relation détaillée de beaucoup d'observations recueillies par les élèves internes des hôpitaux de Paris et consignées dans diverses thèses inaugurales, ou bien dans l'ouvrage que M. Chassaignac a publié lui-même, en 1856, sous le titre de *Traité de l'écrasement linéaire*.

Depuis lors, bien d'autres faits encore ont été publiés dans différents recueils de la presse médicale française et étrangère, et, à de rares exceptions près, ces faits démontrent que les résultats obtenus ont été les mêmes, aussi bien dans les hôpitaux français que dans les hôpitaux étrangers.

En résumé, d'après la masse imposante d'observations publiées jusqu'ici, les avantages qui peuvent être attribués à la méthode de l'écrasement linéaire sont les suivants :

1° Elle permet de détacher, séance tenante, des portions plus ou moins considérables du corps, alors même qu'elles sont revêtues de leur enveloppe naturelle muqueuse ou cutanée (exemples : langue, testicules, bourrelets hémorrhoïdaux, polypes, col de l'utérus, tumeurs souscutanées ou profondes).

2° Généralement elle donne lieu à un travail inflammatoire moindre que celui qui succède à l'emploi du bistouri; d'où une cicatrisation, en général aussi, plus rapide.

3° Si elle ne prévient pas l'hémorrhagie dans tous les cas, du moins elle rend cet accident sensiblement plus rare.

4° Sans mettre à l'abri de l'infection purulente, ce redoutable écueil des opérations chirurgicales, elle paraît en diminuer la fréquence.

5° En somme, la méthode de l'écrasement linéaire, *restreinte aux cas auxquels son emploi convient*, donne des résultats cliniques d'une valeur réelle.

Aussi la commission propose-t-elle de décerner à son auteur un prix de *deux mille cinq cents francs*.

Parmi les divers mémoires que M. le docteur Debout a adressés à l'Académie, votre commission en a remarqué un qui a pour titre : *Des vices de conformation produits par l'arrêt de développement des membres*.

Ces vices de conformation offrent différents degrés, depuis l'avortement d'un seul doigt jusqu'à celui d'un membre tout entier ou même de plusieurs d'entre eux. Dans son *Histoire des anomalies de l'organisation*, notre illustre et regretté confrère Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire s'était appliqué à rassembler tous les exemples alors connus de ces sortes d'anomalies, rapportées par lui à trois groupes qu'il désigne sous les noms de : *phocomélie*, *hémimélie*, *ectromélie*. M. Debout a complété cette classification en y introduisant l'avortement borné au segment terminal des membres, c'est-à-dire au pied ou à la main, « modification « ou anomalie qui ne m'est encore connue, dit M. Isid. Geoffroy-Saint- « Hilaire, par aucune observation authentique. »

Or, dans son travail, M. Debout rapporte d'abord dix-sept exemples de cette anomalie affectant un seul des membres; puis, de plus, il met en relief un fait nouveau. Quoique les membres apparaissent à peu près à la même époque de la vie embryonnaire, l'arrêt de leur développement ne se fait point sentir sur le même segment : ainsi, au membre inférieur c'est le segment crural qui avorte, tandis que c'est toujours l'avant-bras au membre supérieur. Une autre particularité non moins curieuse est encore signalée par l'auteur : tous les muscles de ce membre supérieur *avorté* appartiennent à l'avant-bras, quoique le squelette soit constitué par l'humérus.

Après avoir mis en évidence ces faits intéressants au point de vue tératologique, M. Debout s'occupe du mode d'union du fémur avorté avec le bassin, mode d'union qui supplée l'articulation coxo-fémorale absente. Puis, rassemblant les observations de neuf individus vivants et affectés de phocomélie pelvienne unique, il montre les différentes ressources dont la prothèse dispose pour rétablir la fonction des membres abdominaux ainsi conformés.

Votre commission a l'honneur de vous proposer d'accorder à M. Debout une mention honorable de *quinze cents francs*.

M. le docteur Gallois a soumis au jugement de la commission un mémoire digne d'intérêt sur l'*Inosurie*, c'est-à-dire sur le passage de l'inosite dans l'urine.

Ce principe (que M. Schérer a découvert d'abord dans les muscles, et que sa composition chimique a fait classer parmi les sucres) peut, en effet, passer accidentellement dans l'urine d'individus atteints de glycosurie ou bien d'albuminurie, ainsi que l'a reconnu le premier M. Cloetta, professeur à l'Université de Zurich.

Partant de cette première donnée, M. Gallois a entrepris de longues et persévérantes recherches dans le but de reconnaître si l'*inosurie* constitue un état morbide spécial et défini, ou bien si elle n'est qu'un symptôme commun à plusieurs affections. De plus, il s'est appliqué à découvrir un réactif capable de déceler de faibles proportions d'inosite dans une petite quantité d'urine.

Sous ce double rapport, les efforts de ce laborieux investigateur ont été profitables à la science.

Voici les principales conclusions auxquelles il est arrivé :

Dans l'état normal, l'urine de l'homme ne renferme point d'inosite; il en est de même de l'urine d'un certain nombre de carnivores qui a été examinée à ce point de vue. Dans l'état morbide, l'*inosurie* s'observe, non comme une maladie proprement dite, mais seulement comme un symptôme. Ce symptôme, recherché par M. Gallois dans un assez grand nombre de maladies, n'a pu être retrouvé que dans le diabète sucré et dans la néphrite albumineuse aiguë ou chronique. L'inosurie et la glycosurie, ou bien l'inosurie et l'albuminurie, peuvent donc exister simultanément : en effet, si dans 40 urines, rendues par des sujets atteints de maladies diverses, l'inosite n'a jamais été trouvée, au contraire elle a été rencontrée cinq fois sur 30 urines diabétiques et deux fois sur 25 urines albumineuses, résultat qui déjà indique, d'après la remarque de l'auteur, une relation entre les conditions qui donnent lieu à certains diabètes, à certains cas d'albuminurie, et les conditions qui provoquent le passage de l'inosite dans l'urine. Ce qui autorise encore à croire qu'il en est ainsi, c'est qu'on peut, comme l'a vu M. Gallois, en piquant le plancher du quatrième ventricule, déterminer parfois artificiellement l'inosurie, comme on détermine artificiellement la glycosurie.

Enfin, après de nombreux tâtonnements, M. Gallois est parvenu à découvrir un réactif très-sensible qui permet de reconnaître dans de petites quantités d'urine (15 grammes, par exemple) l'existence de minimes proportions d'inosite : ce réactif est un azotate de mercure donnant lieu à une coloration rose plus ou moins foncée suivant la proportion d'inosite. L'auteur s'est d'ailleurs assuré qu'aucun des principes qui se trouvent naturellement dans l'urine n'est susceptible de produire cette coloration avec le réactif indiqué.

La commission propose d'accorder à M. Gallois une mention honorable de *quinze cents francs*.

Elle propose également à l'Académie d'accorder la même marque de distinction (mention honorable de *quinze cents francs*) à M. Bourdon pour avoir trouvé la véritable lésion anatomique de l'*ataxie locomotrice progressive*, lésion qui consiste essentiellement en une dégénérescence, avec atrophie, des tubes nerveux des racines spinales postérieures et des cordons postérieurs de la moelle épinière, et en une altération analogue des cellules nerveuses de la substance grise. Cette dégénérescence, qui se retrouve dans les nerfs moteurs oculaires, dans le nerf optique et le plus souvent dans sa papille, s'accompagne d'une hyperémie plus ou moins considérable des mêmes parties, s'étendant ordinairement aux bandelettes optiques et aux tubercules quadrijumeaux.

Depuis la publication du premier travail de M. Bourdon, sept autopsies ont été faites dans les hôpitaux de Paris, et dans toutes on a rencontré les mêmes altérations.

Cependant M. le docteur Bourdon admet, d'après des faits observés, qu'une lésion d'une autre nature (comme une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse, même une simple congestion), lorsqu'elle occupe les racines postérieures et les cordons médullaires correspondants, peut produire un défaut de coordination dans les mouvements. Il ne s'agit plus alors de l'*entité morbide* décrite par M. Duchenne (de Boulogne), ayant une symptomatologie tout à fait caractéristique, une marche particulière, une durée en général fort longue et une terminaison fatale; ce désordre du mouvement est simplement un *symptôme*, comme l'anesthésie, la contracture ou la paralysie.

M. Bourdon va plus loin : il admet que l'ataxie locomotrice peut aussi exister sans lésion matérielle appréciable.

Dans la partie clinique de son travail, il explique ce qu'on doit entendre par ataxie locomotrice, et fait connaître les caractères propres à différencier ce phénomène morbide des autres troubles de la myotilité qu'on observe notamment dans les affections du cervelet, dans la chorée et dans les divers tremblements.

M. Bourdon a ainsi avancé nos connaissances sur la séméiologie des maladies du système nerveux, maladies qui, longtemps encore, offriront un vaste champ aux investigations des médecins.

M. Cahen a présenté au concours une monographie remarquable intitulée : *Des névroses vaso-motrices et de leur traitement*.

La plupart des idées qui y sont exprimées sont neuves et déduites à la fois de l'observation attentive de faits pathologiques et des découvertes récentes de la physiologie. M. Cahen ne s'est pas borné à donner une interprétation nouvelle de phénomènes généralement connus; mais il a, un des premiers, introduit les nerfs vaso-moteurs dans le domaine de la pathologie. Après avoir démontré l'existence des névroses vasomotrices, il les étudie dans différentes parties de l'économie; il appelle l'attention sur les rapports de sympathie qui s'établissent entre les nerfs vaso-moteurs et les nerfs de sensibilité générale; puis il termine en indiquant un traitement dont l'efficacité, dans des maladies en apparence si diverses, tend à sanctionner son opinion sur l'unité de nature de ces maladies.

De tout temps on avait observé que les névralgies peuvent être accompagnées de rougeur et de gonflement; mais on considérait ces symptômes comme accessoires, ou bien on les attribuait à l'intensité de la douleur. M. Cahen a établi que ces phénomènes congestifs existent dans des névralgies peu douloureuses, et qu'ils peuvent manquer dans les névralgies qui s'accompagnent des plus violentes douleurs. Il démontre que le système circulatoire éprouve localement, dans ces congestions, une dilatation, une turgescence réelle, et admet que ces effets

sont sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs. Il donne pour exemples : l'injection de l'œil qui accompagne les névralgies de la branche ophthalmique du tri-jumeau ; le gonflement des gencives et d'une portion de la face dans les névralgies de la branche maxillaire supérieure, etc.

Les névroses vaso-motrices peuvent déterminer des congestions sans névralgie, et ces congestions, que l'on confond généralement, à tort, avec les inflammations, produisent, dans certains cas, des hypersécrétions ou des hémorrhagies (exemples : larmoiement, salivation, leucorrhée, métrorrhagie, etc.).

Les névralgies des nerfs périphériques du système cérébro-spinal peuvent se propager aux filets du grand sympathique avec lesquels ils ont d'ailleurs des rapports anatomiques, et causer ainsi, indirectement, des congestions dans les organes : par exemple, à la névralgie des nerfs ilio-lombaires, l'auteur a vu succéder des congestions de l'utérus, ou bien des congestions douloureuses du testicule.

L'acide arsénieux paraît être l'agent le plus efficace dans le traitement des névroses vaso-motrices.

Telles sont les principales conclusions de l'estimable travail de M. Caben. Basées sur des faits bien observés, elles apportent une confirmation pathologique à une notion importante de physiologie, et, en constituant une *unité morbide* de symptômes épars, elles pourront contribuer au progrès de l'art de guérir.

La commission propose d'accorder à M. Cahen une mention honorable de *quinze cents francs*.

Indépendamment des précédents travaux, auxquels elle est d'avis de décerner un prix ou des mentions, la commission croit devoir citer plusieurs autres travaux qui lui ont paru dignes, à plus d'un titre, de l'attention de l'Académie. Tels sont :

1° Des recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet, par MM. Leven et Ollivier ;

2° Un traité de l'érisypèle, par M. Armand Desprès ;

3° L'exposé d'un moyen nouveau et très-simple de prévenir la roideur et l'ankylose dans les fractures, par M. Morel-Lavallée ;

4° Enfin un mémoires sur les maladies virulentes comparées chez l'homme et les animaux, par M. Michel Péter.

L'Académie adopte les propositions de la commission.

PRIX DIT DES ARTS INSALUBRES.

FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

(Commissaires : MM. Boussingault, Rayer, Dumas, Payen, Chevreul, rapporteur.)

Rapport sur le concours de l'année 1863.

Parmi les pièces qui ont été renvoyées par l'Académie à la commission des prix Montyon concernant l'amélioration des arts insalubres, la commission a distingué la pièce n° 4 et la pièce n° 2.

§ I. La pièce n° 4 est un livre intitulé : *Des eaux publiques et de leur application aux besoins des grandes villes, des communes et des habitations rurales. Principes fondamentaux concernant la recherche, l'aménagement de l'eau dans tous les pays, la détermination de sa qualité, sa conservation et sa distribution*, par G. Grimaux de Caux.

L'ouvrage de M. Grimaux de Caux s'est présenté à la commission sous deux aspects, au point de vue général et au point de vue particulier.

Au point de vue général, tout en rendant justice à la manière dont les faits généraux y sont exposés, au choix des matériaux, à l'esprit d'après lequel ils sont classés, à la clarté et à la distinction du style, la commission aurait pu hésiter à proposer à l'Académie de décerner un prix à ce livre ; mais en examinant au point de vue spécial, et dans ses rapports avec la pensée qui a inspiré la fondation des récompenses qu'elle est appelée à décerner, la commission a cru qu'en s'abstenant de le présenter comme digne d'un prix, elle serait en désaccord avec la pensée du fondateur.

Effectivement, en prenant en considération les efforts tentés actuellement chez toutes les nations pour mettre à la portée des populations les meilleures eaux potables et à les y mettre en abondance, en voyant l'importance que l'administration française attache non-seulement à la salubrité des usines, mais encore à la salubrité des lieux où elles sont placées, et sous ce rapport aux bons effets de la puissance des cours d'eau pour disperser au loin des matières sortant des usines sans être insalubres, mais susceptibles de le devenir par suite de la putréfaction, la commission n'a point hésité à proposer de décerner un prix de *deux mille cinq cents francs* à M. Grimaux de Caux, tout en faisant une réserve relative à quelques opinions de l'auteur.

Ce n'est point dans l'isolement d'une bibliothèque où M. Grimaud de Caux aurait compulsé les matériaux de son livre, qu'il a écrit un *Traité général* : c'est comme observateur des lieux mêmes où de grands travaux ont amené des eaux de source et de rivière, où des citernes ont recueilli et conservé des eaux pluviales ; c'est après avoir vu de ses yeux, donné des conseils et pris part lui-même à des explorations exécutées sur une grande échelle, qu'il a écrit et recommandé les préceptes les plus sûrs pour atteindre le but, en ayant égard aux moyens d'amener les eaux là où l on doit les consommer, aux lieux qu'il convient de choisir dans les rivières où on les puise au moyen de pompes. Il a parfaitement apprécié les circonstances qui se présentent lorsqu'on filtre les eaux de rivière dans le sol perméable de leurs berges, il a montré les causes qui doivent, après un temps plus ou moins long, diminuer la perméabilité du filtre et dès lors la quantité du liquide filtré qu'il débite.

Il a montré comment, dans certaines localités, ces filtres, en rendant la limpidité à une eau qui y est entrée plus ou moins trouble, peuvent cependant agir par leur composition chimique de manière à rendre en réalité cette eau moins pure qu'elle n'était en y pénétrant.

D'un autre côté, l'auteur, comme médecin, préoccupé de l'influence des eaux sur la santé des populations qu'elles abreuvent, a consulté la statistique pour savoir si dans des contrées comparables par le climat on trouvait dans les éléments recueillis par cette science des faits propres à éclairer sur les maladies qui peuvent atteindre ces populations.

Enfin nous ajouterons qu'après avoir étudié sur les lieux mêmes la construction des citernes de Venise et avoir acquis la conviction de leur efficacité pour conserver les eaux pluviales, il a usé de tous les moyens qu'il avait à sa disposition pour en propager l'usage dans les communes et les habitations rurales dépourvues d'eau de source et de rivière, et qu'avec un sentiment de véritable philanthropie il a rédigé une instruction pour l'aménagement et la conservation de l'eau de pluie, qu'il a fait tirer à ses frais à plusieurs milliers d'exemplaires afin de la mettre *à l'usage des agents voyers*.

§ II. La pièce n° 2 est une préparation, désignée par l'expression *vert-nature*, propre à remplacer les verts arsenicaux, notamment le *vert de Schweinfurt* si dangereux pour les fleuristes ; et ici nous pourrions citer plus d'un exemple d'empoisonnement produit chez de jeunes ouvrières employées au travail des fleurs dites artificielles de percale et de papier colorés par le vert de *Schweinfurth*. Ce qui fait rechercher cette préparation, c'est la beauté de sa couleur, son éclat extrême à la lumière des bougies, surtout quand elle est associée à des fleurs rouges.

Après nous être assurés que le *vert* dit *nature*, résultant du mélange de l'*acide picrique* avec le *vert de chrome* de Guignet, conserve sa couleur à la lumière artificielle, nous sommes dans l'esprit du fondateur du prix Montyon en proposant à l'Académie de décerner une récompense de *quinze cents francs* à M. Bouffé, fabricant de tissus et d'apprêts pour fleurs artificielles, qui a eu l'heureuse idée de substituer aux verts arsénicaux un vert dont l'emploi ne présente aucun inconvénient, soit pour le travail, soit pour les personnes qui portent des fleurs ou des tissus colorés avec le *vert-nature*.

§ III. La commission, après avoir apprécié le service rendu à la préparation des fleurs dites artificielles par M. Bouffé, sous le rapport de la salubrité, a pensé que M. Guignet, l'inventeur du *vert de chrome* employé par M. Bouffé, avait lui-même rendu un service assez grand à l'industrie en la dotant d'un vert propre à l'impression des étoffes et à la fabrication des papiers peints, pour qu'on lui décernât un prix de *deux mille cinq cents francs*.

En conséquence, elle soumet cette proposition à l'Académie.

Toutes les propositions de la Commission des Arts insalubres ont été faites à l'unanimité de ses membres, et l'Académie les a adoptées. En conséquence :

1° *Un prix* de deux mille cinq cents francs *est décerné à* M. Grimaux de Caux pour son livre *des Eaux publiques et de leur application aux besoins des grandes villes et des habitations rurales*.

2° *Un prix* de deux mille cinq cents francs *est décerné à* M. Guignet *pour la préparation d'un vert de chrome* salubre, *propre à l'impression sur tissus et à la fabrication des papiers peints*.

3° *Une récompense* de quinze cents francs *est donnée à* M. Bouffé *pour avoir substitué aux verts arsenicaux, dans la coloration des tissus employés pour les fleurs artificielles, un vert résultant de l'acide picrique avec le vert de Guignet*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1863. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un tableau statistique concernant l'épidémie de choléra qui a régné en 1849 dans les arrondissements de Cherbourg, Coutances et Mortain. (Commission du choléra ; MM. Briquet, rapporteur).

— M. le ministre de l'instruction publique fait informer l'Académie qu'il recevra MM. les membres du bureau le jeudi 31 décembre.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. Reynaud, inspecteur général du service de santé de la marine, informe l'Académie que les circonstances particulières qui sont venues augmenter beaucoup ses occupations ordinaires, le mettent, à son grand regret, dans l'impossibilité de poursuivre, comme il l'aurait désiré, sa candidature; il prie, en conséquence, l'Académie de considérer comme nulle la demande qu'il avait faite à l'effet d'être compris au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène.

— M. Hillairet prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats dans la section d'hygiène.

— M. le docteur Guibert (de Louvain) adresse un exemplaire de la *Flore médicale belge*, qu'il vient de publier en collaboration avec M. Van Hemck (d'Anvers).

— MM. Allard, Amable Dubois et Ang. Voisin remercient l'Académie pour les distinctions dont ils ont été l'objet à la séance publique annuelle.

— M. Gavarret fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Marey, de la deuxième partie de son *Traité sur la circulation*.

— M. Guibert présente un *Traité de pathologie vénérienne* de MM. les docteurs Belhomme et Aimé Martin.

— M. Robin présente au nom de M. le docteur Georges Pouchet un *Traité d'histologie humaine*.

— M. Cruveilhier dépose sur le bureau un travail de M. le docteur Albert Puech, sur les *Atrésies des organes génitaux de la femme*.

— M. Bouillaud dépose également une brochure en grec moderne, sur les maladies épidémiques de l'île de Corfou, par M. le professeur Typaldos.

— M. Larrey présente enfin un ouvrage intitulé : *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, par M. Alph. Guérin, leçons recueillies par M. Picard.

— M. le Président annonce, avant d'indiquer l'ordre du jour, que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre un rapport sur les candidats à une place vacante d'associé libre étranger.

EAUX MINÉRALES.

M. Gobley, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de trois rapports officiels tendant à autoriser l'exploitation pour l'usage médical des sources de Moutiers (Savoie), Monjot (Aveyron) et Villelongue (Hautes-Pyrénées).

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

REMÈDES SECRETS.

M. Boudet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination d'un membre associé libre.

Sur 80 membres votants, majorité, 41.

M. Husson a obtenu au premier tour	73	suffrages.
M. Faubert	2	—
M. Legoyt	1	—
M. Reynaud	1	—
Billets blancs	3	—

M. Husson ayant réuni la majorité des suffrages, M. le président le proclame membre associé libre de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à la sanction de l'empereur.

— L'Académie procède ensuite à quatre scrutins successifs pour le renouvellement partiel des commissions permanentes pour l'année 1864.

Sont élus :

Pour la commission des épidémies : MM. Michel Lévy et Roche.

Pour la commission des eaux minérales : MM. Mélier et Poggiale.

Pour la commission des remèdes secrets : MM. Bussy et Guibourt.

Pour la commission de vaccine : MM. J. Guérin et Blot.

Pour le comité de publication : MM. Larrey, Michon, Louis, Berthelot et Chatin.

— M. le Président annonce qu'avant de cesser ses fonctions il se propose, conformément au précédent établi par l'un de ses prédécesseurs, de présenter à l'Académie un exposé de sa situation et un résumé de ses travaux pendant l'année qui vient de s'écouler. M. le président commence par rappeler les pertes nombreuses et regrettables que l'Académie a faites cette année parmi ses membres titulaires et ses correspondants, et félicite à la fois les nouveaux élus qui ont été appelés à remplir les vides et l'Académie elle-même de ces heureuses acquisitions. Puis, après avoir énuméré rapidement les devoirs officiels de l'Académie, ses rapports avec l'administration, les travaux considérables de ses commissions permanentes, les nombreuses séances des commissions particulières, il a passé en revue, en appréciant leurs résultats, les importantes discussions qui ont eu lieu pendant le cours de cette année. Il a surtout insisté sur l'intérêt particulier qu'a présenté cette année la séance publique, dans laquelle M. le secrétaire perpétuel, en introduisant une heureuse innovation, a fourni à son jeune collègue M. Béclard l'occasion de se révéler dans un brillant début comme l'un des premiers écrivains de l'Académie. Il a rappelé, enfin, l'éclat qu'a donné à cette séance la présence inattendue de M. le ministre de l'instruction publique, et les bienveillants encouragements ainsi que les espérances que l'Académie a reçus de la bouche du ministre. Il termine en priant ses collègues de recevoir l'expression de sa reconnaissance pour l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à la présidence, et pour la bienveillance avec laquelle ils l'ont soutenu et encouragé dans l'exercice souvent délicat de ses fonctions.

Les applaudissements de l'assemblée accueillent cette allocution.

— La parole est à M. Delpech, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, pour la lecture d'un mémoire.

LECTURE. — INFLUENCE DES CHROMATES SUR LA SANTÉ DES OUVRIERS.

M. Delpech lit un fragment d'un mémoire intitulé : *De la fabrication des chromates et de son influence sur la santé des ouvriers*.

L'auteur résume les faits contenus dans ce travail en disant :

1° Que les ouvriers employés à la fabrication des chromates de potasse sont soumis aux accidents suivants : plaies d'un caractère tout particulier, sphacéliques, tendant à gagner en profondeur, accompagnées d'indurations passagères, et laissant après elles des cicatrices indélébiles, siégeant aux mains et aux pieds de préférence, et particulièrement sur les parties latérales des orteils et des doigts, éruptions pustulo-ulcéreuses ou sphacélo-ulcéreuses occupant les bras, le plus souvent souvent chez les individus dont les vêtements sont trop légers ou trop flottants, quelquefois les autres parties du tégument cutané et les parties génitales en particulier, enfin, une rhinite spéciale qui se termine par la nécrose ou plutôt la destruction d'une partie du cartilage de la cloison des fosses nasales et par une perforation complète,

2° Que si les premiers accidents se renouvellent indéfiniment chez le même ouvrier, ce dernier ne se reproduit plus lorsqu'il a parcouru toutes les périodes, et cela dans un très-court espace de temps.

3° Que les ouvriers qui l'ont subi ne ressentent plus en général les symptômes du coryza simple que d'une façon très-légère.

4° Qu'ils conservent le plus souvent leurs facultés olfactives;

5° Que ceux qui, avant d'entrer dans la fabrique, ont l'habitude de priser du tabac, ne perdent pas ordinairement leur cloison nasale, fait qui souffre des exceptions.

6° Que la muqueuse oculaire, celle des voies digestives et respiratoires supérieures, restent chez les ouvriers ainsi malades indemnes de toute irritation.

7° Que tous ces accidents se produisent aussi bien dans la fabrication et au contact du chromate neutre que du bichromate, bien que ce dernier les développe avec une notablement plus grande énergie.

8° Que pour ce qui touche les lésions des fosses nasales, les vapeurs qui s'échappent des chaudières pendant la fabrication du bichromate semblent surtout puissantes à les produire.

L'auteur établit ensuite que tous ces accidents sont dus à une action directe et escharotique des chromates, et dans cette opinion, facile à démontrer pour les ulcérations de la peau, il explique l'action élective, plus obscure au premier abord, qu'ils exercent sur les fosses nasales.

Le travail de M. Delpech est renvoyé à l'examen de la section d'hygiène et de médecine légale constituée en commission d'élection.

— Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anesthésie chirurgicale; par Maurice Perrin et Ludger Lallemand, professeurs agrégés à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, lauréats de l'Institut, etc. Paris, Chamerot, libraire-éditeur, 1863.

Malgré de nombreux travaux publiés depuis plusieurs années sur l'éthérisation, malgré une vaste expérimentation reproduite chaque jour sous le triple contrôle de la diversité des lieux, des opérations et des observateurs, l'anesthésie chirurgicale avait encore à enregistrer bien des questions obscures ou litigieuses, dont la solution importait à la confiance des médecins et à la sécurité des malades.

Quelle est la valeur comparative des divers agents anesthésiques et des divers appareils? Quelle est la nature des accidents produits? Quels sont les meilleurs soins que ces accidents réclament? Quelle est

la valeur de l'anesthésie locale? Tont autant de problémes dont la science et la pratique attendaient une solution définitive.

Ainsi l'avaient compris sans nul donte MM. Ludger Lallemand, Maurice Perrin et Duroy, lorsqu'ils entreprirent leurs intéressantes recherches *sur le rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme*, recherches qui, basées essentiellement sur les données fécondes de la physiologie expérimentale, devaient forcément conduire leurs auteurs à l'étude complète et approfondie de l'anesthésie chirurgicale.

Tel est le but de l'ouvrage publié aujourd'hui par M. Maurice Perrin qui, mû par un sentiment digne et honorable de pieuse confraternité, a associé à son nom celui de son collaborateur, Ludger Lallemand, qu'une mort prématurée a enlevé glorieusement sur le champ d'honneur de la médecine militaire.

Voici, d'après M. M. Perrin, l'esprit général dans lequel a été entrepris ce travail: « D'abord bien connaître l'état éthérique chez l'homme, soit dans ses manifestations régulières, soit dans ses perturbations; puis déduire de cette notion tous les enseignements qui peuvent être utiles pour prévenir les accidents, pour les combattre s'ils se présentent, et pour tirer le meilleur parti des ressources de l'anesthésie.

« L'ouvrage se trouve ainsi partagé en deux sections, l'une abstraite, l'autre pratique; l'une affectée à l'étude dogmatique des principes de la méthode, l'autre à l'examen de toutes les applications utiles à l'anesthésie chirurgicale, qui en sont la conséquence naturelle. »

Examinons comment notre distingué confrère a rempli son programme.

Dans un historique relatif aux essais divers d'anesthésie chirurgicale dans les temps anciens, au moyen âge et dans les temps modernes, l'auteur passe successivement en revue la coutume des Assyriens, la pierre de Mempbis, la mandragore et les breuvages somnifères, le Ma-yo des Chinois, la compression des tissus, leur réfrigération, l'ivresse, les distractions et les émotions vives, le sommeil naturel, le somnambulisme et l'hypnotisme, dont il apprécie judicieusement l'action et discute avec sagacité les prétendus effets anesthésiques. C'est ainsi qu'après avoir admis l'existence de l'insensibilité pendant le somnambulisme provoqué et l'hypnotisme, M. Perrin s'empresse d'ajouter que l'observation ne saurait voir, dans les cas fort rares d'anesthésie persistante et profonde, qu'un fait exceptionnel, contingent, particulier à l'individu, dépendant de causes ignorées, et ne présentant aucun des caractères de permanence et de régularité que l'on est habitué à demander aux méthodes scientifiques.

La création de la véritable méthode anesthésique, longuement et savamment exposée au double point de vue des diverses substances successivement employées et de leurs inventeurs, termine le premier chapitre et sert ainsi de prélude au mode d'administration des agents anesthésiques et à leur mode d'action, aux phénomènes de l'anesthésie, aux accidents observés pendant l'administration des anesthésiques, ainsi qu'à la nature et aux causes des morts subites observées pendant l'état anesthésique, toutes questions dont l'ensemble embrasse la première section de cet ouvrage.

On ne saurait méconnaître l'importance majeure qui s'attache à la connaissance exacte de la nature et des causes multiples des morts subites qui sont survenues pendant l'anesthésie; et les théories diverses qui ont été émises et soutenues à ce sujet par nos illustrations chirurgicales attestent suffisamment l'intérêt pratique qui découle de la solution de ce problème.

Si l'on examine avec attention les principaux phénomènes offerts par les malades qui ont été victimes de pareils accidents, et si, d'autre part, on envisage les effets physiologiques produits chez l'homme ou les animaux pendant l'administration méthodique des éthers, on ne tarde point à reconnaître, avec M. Jules Guérin qui a montré le premier l'action toxique du chloroforme, que la mort ne doive être attribuée, soit à une dose excessive et brusquement administrée de vapeurs toxiques, c'est-à-dire à un véritable empoisonnement, soit à l'apparition d'un accident, préparé et aggravé si l'on veut par l'état anesthésique, mais qui par sa nature est indépendant et doit être séparé des phénomènes de l'éthérisme.

Mais, en dehors de l'hypothèse peu probable aujourd'hui d'une administration imprudente du chloroforme, la mort peut-elle être le résultat d'une action toxique qui se révélerait au contact de certaines idiosyncrasies, dont nul indice ne ferait prévoir l'existence? Patronnée par M. Jobert de Lamballe, qui n'a fourni nulle preuve à l'appui, cette théorie se trouve infirmée par la statistique mortuaire de M. Snow, qui, sur cinquante cas de morts subites provenant de la chloroformisation, fait mention de treize sujets déjà soumis impunément au chloroforme une ou plusieurs fois. Nul doute qu'il ne faille, par conséquent, rejeter l'existence de cette idiosyncrasie chloroformique qui, dans plusieurs circonstances, ne se manifesterait point dès les premières tentatives d'anesthésie.

Selon M. Faure, les accidents proviendraient de la concentration des vapeurs de chloroforme sur certaines parties du poumon, d'où résulteraient des modifications organiques telles que les fonctions respiratoires en seraient compromises au point de déterminer la mort. Mais ni les expériences sur les animaux qui démontrent l'innocuité complète de l'action topique du chloroforme administré en inhalation, ni les faits observés chez l'homme, et dans lesquels le tissu pulmonaire n'a présenté aucune altération organique spéciale, aucun de ces deux ordres de faits ne vient sanctionner l'opinion de M. Faure.

Nous ne saurions non plus attribuer la mort chloroformique à la présence accidentelle de fluides aériformes dans le système circulatoire ainsi que l'ont supposé quelques chirurgiens. L'analyse chimique n'a encore fait connaître ni la nature ni la provenance des fluides aériformes observés chez les cadavres des sujets chloroformisés; et d'ailleurs il n'existe aucun fait qui démontre ou rende même probable la formation dans le sang d'un gaz quelconque pendant l'anesthésie ou la pénétration de l'air dans les veines, soit pendant les inhalations, soit pendant le traitement des accidents. A la putréfaction cadavérique doit donc être rapportée la présence de bulles gazeuses dans le système nerveux, comme le rendent irrécusable quelques autopsies minutieusement décrites.

Signalée comme le résultat possible d'inhalations trop larges au début, d'un spasme de la glotte d'après M. Maisonneuve, de l'accumulation de mucosités dans les bronches selon MM. Bouisson, Demarquay et Robert, de la pénétration d'une trop faible quantité d'air dans les poumons pour M. Devergie, etc., la mort ne serait, en définitive, que la conséquence d'une asphyxie accidentelle. Mais tandis que la mort par asphyxie présente toujours les mêmes symptômes fondamentaux et dans le même ordre de succession, et qu'elle se caractérise par des lésions cadavériques constamment identiques, par contre, la mort subite survenue pendant la chloroformisation n'offre pas une phénoménisation semblable au point de vue de la marche et de la succession des accidents, ni même des caractères anatomo-pathologiques qui puissent lui être comparés. Preuves évidentes de la différence radicale de ces deux causes de mort.

Finalement, et par voie d'exclusion, la mort chloroformique est bien moins la conséquence de l'état des organes au moment de l'accident, que l'effet immédiat d'une perturbation dynamique, de troubles inexplicables du systeme nerveux, dont la syncope peut être envisagée comme l'expression unique. Et si l'on compare la nature des accidents graves survenus pendant l'éthérisation à ce qui existe dans la syncope produite en dehors de l'état éthérique, au point de vue du début des accidents, de leur marche et des traces positives ou négatives qu'ils laissent après la mort, on ne peut méconnaître une identité complète d'effets survenus seulement sous l'influences de causes occasionnelles spéciales.

L'étude pathologique de la syncope acquiert par conséquent une importance majeure, de même que la connaissance exacte des conditions générales qui favorisent sa production nous paraît d'une nécessité impérieuse, pour mieux apprécier les diverses causes de la syncope chloroformique.

Et pour ne parler que de celle-ci, bornons-nous à mentionner que ses causes prédisposantes comprennent: 1° l'état éthérique, qui non-seulement résume, d'après M. Perrin, les conditions fâcheuses représentées par une dépense nerveuse excessive, mais qui y ajoute l'impossibilité de réagir; 2° les affections organiques préexistantes, spécialement toute affection organique du cœur et des poumons; 3° l'état nerveux, qui n'appartient en propre à aucune organisation, qui peut se déclarer à chaque instant de la vie, et dans lequel le système nerveux devient très-impressionnable, fonctionne sans régularité et ne présente aucune force de résistance; 4° l'abus des boissons alcooliques.

Aux causes occasionnelles ou déterminantes se rapportent: 1° la réplétion de l'estomac; 2° la station verticale ou assise; 3° la mauvaise direction des inhalations qui, données d'une manière brusque, précipitée et trop hâtive, offrent l'inconvénient de faire absorber une trop grande quantité de chloroforme et surtout d'agir sur le système nerveux par secousses et saccades; 4° l'intervention du chirurgien qui peut favoriser la syncope, et par la perte de sang qui accompagne toute opération et surtout par l'ébranlement nerveux que celle-ci provoque.

Relativement à cette dernière, il importe de rappeler que l'excita-

tion des nerfs de la sensibilité qui agit directement sur les mouvements du cœur, exerce encore son action pendant le sommeil anesthésique, au point même d'arrêter brusquement les mouvements cardiaques. En relevant l'état du pouls chez huit malades pendant toute la durée de l'éthérisation, M. Perrin a remarqué qu'au moment de la période d'excitation, soit initiale, soit de retour, le pouls marquait les réactions dont nous venons de parler, même à l'occasion d'impressions douloureuses légères, comme les piqûres des aiguilles à suture. Mais, une fois l'anesthésie confirmée, le pouls ne subit plus en aucune façon le contre-coup de l'opération. « C'est précisément, ajoute l'auteur, pour échapper à son action désastreuse que nous avons fixé la période chirurgicale après la perte de la sensibilité et de tout sentiment perceptif. De la sorte, on court plus de risques de voir le malade succomber aux progrès de l'éthérisme, on le prédispose à la syncope par un épuisement plus complet des forces nerveuses; mais ces dangers sont loin d'être aussi sérieux que celui que l'on évite sûrement. En face de deux écueils, le parti de la sagesse est de choisir le moins dangereux. »

La *deuxième section*, qui a trait à la pratique de la méthode anesthésique, s'occupe dans autant de chapitres distincts des moyens de prévenir les accidents de l'éthérisation; des moyens de combattre les accidents survenus pendant l'éthérisation; de l'influence de l'anesthésie sur l'état des opérés et les suites des opérations; de l'application de la méthode anesthésique aux opérations spéciales; et enfin de l'anesthésie locale.

Nous ne pouvons nous arrêter sur ces diverses questions qui se trouvent savamment développées dans l'excellent ouvrage de notre distingué collègue; il nous suffira d'indiquer, d'après lui, les opérations qui, dans les conditions ordinaires, paraissent plus particulièrement contre-indiquer l'emploi des anesthésiques.

1° Dans un premier groupe se placent toutes celles qui sont du ressort de la petite chirurgie, les scarifications, incisions, ponctions, cautérisations, etc.

2° Dans un deuxième, doivent figurer celles qui sont très-rapidement faites, et pour lesquelles la sensibilité peut être émoussée par d'autres moyens et en particulier par l'emploi des agents de l'anesthésie locale; telles sont l'opération de l'ongle incarné, de la fistule anale ou lacrymale, du phimosis, l'avulsion des dents, l'ouverture d'un abcès, etc.

3° D'autres opérations, assez sérieuses elles-mêmes, devront aussi être pratiquées sans le secours de l'anesthésie, soit à cause du but particulier que se propose l'opérateur, soit à cause de l'état habituel ou accidentel du sujet; ici, le concours de l'intelligence ou de la volonté du malade est indispensable; là on trouve dans la sensibilité des parties un guide des plus utiles; d'un autre côté il n'est pas douteux que chez un homme atteint de paralysie de la sensibilité au niveau des points où l'on doit agir, que ce soit à la suite d'un grand traumatisme ou d'une affection des centres nerveux, le chloroforme ne soit à la fois une inutilité et un danger.

4° M. Perrin considère encore comme des exemples de contre-indication formelle, toutes les opérations dites de complaisance et toutes les recherches destinées soit à triompher d'une simulation ou d'une dissimulation supposées, soit à éclairer une question médico-légale. Mais nous craignons fort que l'auteur ne s'exagère les dangers que peuvent créer ces conditions toutes spéciales, et, pour notre part, les nombreux exemples d'innocuité chloroformique complète, que nous avons observés dans les circonstances signalées par M. Perrin, ne nous permettent point d'adopter sa manière de voir.

5° Enfin, une dernière contre-indication, c'est le refus du malade.

« Mais, ajoute notre sagace et intelligent collègue, en dehors des conditions générales que nous venons de mentionner et qui sont, partout où on les rencontre, des causes péremptoires d'abstention et mettant de côté les différences qui existent dans la susceptibilité individuelle, à l'égard de la douleur parce qu'elles ne s'apprécient bien qu'au lit du malade, les indications de l'éthérisation n'ont encore rien d'absolu. Pour être bien comprises et fructueusement appliquées, elles ont besoin d'être étudiées dans leurs rapports avec tout ce qui peut modifier la marche ou les effets de l'éthérisme et changer les chances d'accident: l'âge du sujet, son sexe, son tempérament, ses habitudes, l'état de sa santé, la nature de l'opération, etc. L'indication est d'avoir la même valeur, selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un vieillard, d'un sujet vigoureux ou affaibli, bien portant ou affecté d'une maladie organique du cœur ou des poumons, suivant qu'il s'agit d'amputer un doigt ou de pratiquer la taille ou la kélotomie. Cette étude révèlera rarement de nouvelles causes d'abstention formelle; mais le praticien y puisera les motifs d'un redoublement de surveillance. »

Quant à l'anesthésie locale, dont l'innocuité complète a contribué puissamment à multiplier les essais, rappelons que jusqu'à ce jour on n'a pu obtenir qu'une insensibilité incomplète, de courte durée, et limitée à la peau, à moins que l'on n'agisse sur des parties de faible volume et accessibles sur toute leur circonférence aux agents modificateurs. Aussi M. Perrin circonscrit-il les applications de l'anesthésie locale aux opérations qui se pratiquent sur les extrémités, ou qui sont d'une exécution rapide, ou dans lesquelles on n'intéresse que les plans superficiels dans ces limites, ajoute l'auteur, elle est encore une ressource précieuse, car elle peut être utilisée dans une foule de cas qui représentent comme le fond de la chirurgie usuelle, telles que l'opération de l'ongle incarné, l'amputation d'une phalange, l'ouverture d'un abcès, l'incision d'un panaris, le débridement d'un phlegmon, l'excision d'hémorrhoïdes, de végétations, etc.

Nous bornerons là l'analyse succincte de cet excellent ouvrage qui constitue une étude savante et complète de l'anesthésie chirurgicale au double point de vue de la science et de la pratique. Toutes les questions relatives à ce vaste sujet se trouvent ici traitées avec une richesse de documents et une puissance de logique qui entraînent toute conviction. A l'aide d'une relation textuelle de tous les faits graves qui avaient compromis un instant l'avenir de la méthode anesthésique, notre judicieux et savant collègue a soigneusement mis en relief les diverses causes d'erreur ou d'incertitude, et, finalement, en se basant à la fois sur les résultats féconds de la clinique et de son observation personnelle, ainsi que sur les données irrécusables de la physiologie expérimentale, il a tracé avec précision et méthode les préceptes dont l'observation exacte enlève à l'anesthésie tout danger.

Somme toute, cet ouvrage continue dignement les savantes recherches des auteurs *sur le rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme*, recherches qui ont été couronnées par l'Institut, et nous sommes heureux de pouvoir prédire à M. Perrin de nouveaux succès et de nouveaux lauriers pour son *Traité d'anesthésie chirurgicale.*

SISTACH.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

« Monsieur,

« C'est au point de vue de l'étiologie plutôt que par un vain amour propre que je m'applique à relever une assertion du docteur Sistach (numéro du 21 novembre), de laquelle il résulterait que Dupuytren et Marjolin, mes maîtres, auraient, ainsi que moi, exagéré la fréquence du *varicocèle* à l'époque du tirage au sort.

« La statistique a ses erreurs inévitables, si elle ne tient compte des temps, des lieux et des circonstances. Or, il faut se rappeler que Marjolin et Dupuytren, dont il ne faut pas séparer Bégin, son collaborateur, faisaient leurs observations sur une population dégénérée par les grandes guerres, que j'en examinais moi-même en 1829 et 1830 les tristes rejetons.

« J'ai signalé en tête de mon article : la faiblesse de constitution, le défaut de taille, le crétinisme, même au nord du département de la Dordogne, résultant de cette filiation et peut-être aussi de la nourriture exclusive par le *maïs* et les *châtaignes*, comme ayant nécessité pour faire le contingent l'examen d'un nombre triple de jeunes gens, ce qui ne se voit pas de nos jours. La proportion d'un sixième sur les exemptés n'atteint plus que celle du seizième ou dix-huitième sur les examinés.

« Les rapports officiels consultés par M. Sistach donnent-ils bien à cet égard toute la vérité? Ne doit on pas tenir compte de cette considération, que si les varices ou tout autre motif de réforme concomittant se peuvent énoncer on épargne au conscrit l'humiliation de proclamer le varicocèle; tandis que moi, parlant à des médecins, je n'ai pas plus négligé ces cas dissimulés que les cas légers qui ne donnaient pas lieu à l'exemption.

« Ainsi s'expliquent des différences qui n'ont que l'apparence de la contradiction.

« Le maïs et la châtaigne ne constituent-ils pas une cause du varicocèle par le séjour des résidus dans l'S du colon? »

RENNES,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

— Par arrêté du 24 décembre, M. Berthelot, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé d'un cours de chimie organique au Collége de France.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR L'ORIGINE DE LA VACCINE — DISCOURS DE M. J. GUÉRIN.

Lorsque je me suis fait inscrire pour prendre la parole dans la discussion sur la vaccine, j'y ai été provoqué par la première communication de notre honorable et savant collègue M. Bouley. L'Académie n'a pas oublié que notre collègue avait annoncé avoir produit du cow-pox en inoculant à une vache le liquide provenant de la stomatite aphtheuse du cheval. Il voulait prouver, ainsi qu'il avait déjà cherché à le faire précédemment, que non-seulement différentes maladies du cheval sont susceptibles de provoquer le développement du cow-pox sur la vache, mais ajouter une nouvelle maladie à toutes celles qui, d'après lui, avaient été reconnues expérimentalement douées de cette propriété. Je demandai la parole pour combattre ce que, séance tenante, j'ai déclaré à notre collègue être une erreur de fait et une erreur de principe. Je lui ai dit en deux mots : « Du bien ce que vous avez produit n'est pas le cow-pox, ou bien la maladie qui vous a fourni la matière inoculée est la variole. » Mû par des convictions dès longtemps exprimées, j'opposai cette première protestation à ce que notre collègue annonçait devoir être une révolution.

Cependant je n'avais pas été le premier à demander la parole. Un autre de nos collègues, M. Depaul, que cette question intéressait en quelque façon personnellement, avait protesté avec non moins d'énergie contre la prétention de M. Bouley. L'Académie sait avec quelle persévérance et, je me plais à le reconnaître, avec quel succès M. Depaul est parvenu à éclairer la question de fait et à convaincre son adversaire lui-même de sa méprise diagnostique. En effet, M. Bouley n'a pas hésité à reconnaître, avec la loyauté qui le caractérise, que ce qu'il avait pris pour une simple affection aphtheuse était une affection pustuleuse généralisée, et que cette affection était la variole du cheval. C'était un grand pas de fait dans la discussion, à tel point que je regardai mon intervention contre M. Bouley comme désormais superflue. Jusque-là je ne pouvais qu'applaudir aux résultats si vaillamment obtenus par M. Depaul.

Cependant M. Depaul n'avait traité la question qu'au point de vue des faits, qu'au point de vue du diagnostic, et il n'avait rien dit des principes au nom desquels j'avais cru devoir protester. Il ne s'était d'ailleurs pas borné au rôle de critique; il avait dogmatisé à son tour. Il avait même annoncé vouloir être plus révolutionnaire que M. Bouley lui-même; et en effet les différentes propositions qu'il a émises m'ont paru tellement avoir ce caractère, m'ont paru tellement subversives de ce que je crois être les saines doctrines, que je me suis trouvé devant un nouvel adversaire.

J'éprouve un assez grand embarras pour résumer les différentes opinions de M. Depaul. Non-seulement il les a modifiées en plusieurs points importants dans les trois ou quatre séances où il les a exposées, mais elles ont surtout varié dans les différentes éditions qu'il en a données : l'édition parlée, l'édition publiée par un journal et l'édition toute récente de notre BULLETIN. L'Académie me permettra une courte parenthèse à cette occasion.

Ce n'est que ce matin même qu'il m'a été possible de prendre connaissance dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE des différents discours prononcés par M. Depaul dans les séances des 10, 17 et 24 novembre. J'ai déjà signalé ce grave inconvénient du retard de la publication officielle de nos séances, et cherché à faire voir combien il importerait, pour la facilité et la régularité des discussions, d'avoir à la fin de chaque semaine, c'est-à-dire avant une nouvelle séance, le compte rendu de la séance précédente. Je n'ai jamais mieux senti la nécessité de cette mesure, que dans la circonstance actuelle et à propos des discours de M. Depaul, dont la dernière édition présente des changements notables, non de rédaction, mais d'opinions et même de doctrines d'avec ce qu'ils étaient lorsqu'ils ont été prononcés. Je serais heureux que l'Académie prît ma remarque en sérieuse considération.

Quoi qu'il en soit de la difficulté que je viens de signaler, on peut, je crois, ramener à trois principales toutes les propositions que M. Depaul a émises devant l'Académie, les autres n'étant que des développements ou des corollaires des premières.

Première proposition. La maladie ou les maladies décrites par les divers auteurs sous les noms d'*eaux aux jambes*, de *javart*, de *mal du talon*, de *feu de Saint-Antoine*, d'*affection aphtheuse*, ne constituent qu'une seule et même maladie, et cette maladie c'est la variole.

Seconde proposition. Le virus-vaccin n'existe pas; ce virus n'est autre que le virus varioleux lui-même. La prétendue découverte de la vaccine n'est qu'une pure méprise.

Troisième proposition. L'inoculation de la variole est sans danger, et depuis trois ans M. Depaul en est revenu à l'idée de cette méthode.

Il faut distinguer entre ces trois propositions. La première n'est guère contestable. Grâce à la discussion actuelle, grâce aux faits qu'elle a mis en lumière et aux principes qu'elle aura mieux fait comprendre, il ne sera plus permis désormais de révoquer en doute la véritable origine de la vaccine.

Il n'en est plus de même des deuxième et troisième propositions : pas de virus-vaccin, et la restauration de l'inoculation. Cela est véritablement révolutionnaire. En effet, c'est le renversement de toutes les idées reçues et la négation des croyances et de l'expérience de trois générations et du monde savant tout entier. De pareilles prétentions demandent donc à être examinées de près, et l'Académie comprendra toute l'importance de cette discussion.

Je commence par la première proposition de M. Depaul.

§ I. — ORIGINE DE LA VACCINE.

J'ai dit que je m'associais pleinement aux efforts qu'a faits M. Depaul pour prouver qu'en général toutes les maladies assignées par les auteurs comme ayant pu produire le cow-pox n'étaient, comme dans le cas de stomatite aphtheuse expérimenté par M. Bouley, que la variole du cheval. Grâce aux expériences de M. Bouley, grâce à l'insistante sagacité de M. Depaul, grâce aux expériences communiquées en dernier lieu par notre savant collègue M. Rufz, ce point nous paraît désormais incontestable. C'est un progrès nosologique dont la médecine vétérinaire aura à tenir compte, et c'est une lumière étiologique propre à éclairer la véritable origine et la constitution de la vaccine.

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DOCUMENTS SUR LE CHARLATANISME CHIRURGICAL AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

I.

Dans une bonne histoire de la médecine, un chapitre tout au moins devrait être consacré aux charlatans. Notre profession en a compté de tout temps un si grand nombre, que l'historien consciencieux de l'art médical ne saurait ni les oublier ni les exclure sans dommage. Ces artistes, qui se distinguent du commun, se recommandent particulièrement à la curiosité; sans être précisément des moralistes, ils présentent des éléments précieux d'intérêt pour l'étude des mœurs médicales.

Le mot charlatanisme est inscrit sur la bannière d'une puissante confrérie; mais il y a bien des variétés du genre. Les charlatans se ressemblent tous en tant que charlatans; les analogies qui les rapprochent sont assez connues; il n'en est pas de même des différences qui peuvent servir à les classer. L'ignorance et une certaine adresse pour tromper la foule sont l'apanage du charlatan vulgaire, et ce dernier ne se fait guère illusion sur sa propre valeur; tout son savoir ne consiste qu'à exploiter effrontément la sottise des gens, à son profit, en se conformant au proverbe si connu et si vrai : *Vulgus vult decipi; decipiatur*.

Le charlatan qui fait argent de la bêtise humaine n'est poussé que par la cupidité, passion ignoble à laquelle il obéit uniquement : son métier est de faire des dupes, et toute son ambition, de gagner beaucoup. Ce charlatan vulgaire n'a point d'amour-propre; il est effrontément cynique et débite sans s'émouvoir ses impostures et ses drogues.

Tout autre est le charlatan que tourmentent la vanité et le désir immodéré de paraître. Homme de talent, de savoir, pénétré de son mérite et toujours prompt à le mettre en évidence, celui-ci met toutes ses qualités, toutes ses facultés au service de son ambition égoïste; il n'épargne rien pour se faire valoir, et le plus souvent il sert l'art et la science d'un très-grand zèle, en vue de s'en servir pour la satisfaction de sa passion dominante.

Il arrive même que les charlatans de cette espèce méprisent l'argent ou le dédaignent. Il en est qui ne recherchent la fortune qu'à cause des avantages et des facilités qu'on en peut retirer pour la considération; car c'est de celle-ci qu'ils se préoccupent surtout, et si bien qu'ils se soucient moins d'être que de paraître, au rebours de l'artiste vraiment

Mais à qui doit-on cette solution, ce progrès? A M. Depaul tout seul? Il y a en à cet égard trois phases dans l'opinion et les prétentions de notre collègue. Le dépôt de son paquet cacheté témoigne de la première. Il est évident que lorsqu'il gardait un si profond silence en présence des faits que M. Bouley plaçait sous ses yeux, — silence qui a fourni à notre collègue d'Alfort l'occasion d'exercer sa verve avec tant de vigueur et de délicatesse, — M. Depaul croyait avoir fait une véritable découverte, et c'est ce sentiment qui a dominé sa première communication. Dans une séance suivante, il est vrai, lorsqu'il a rappelé les observations et les expériences de Ceely, de Parola, de Baron, de Thiélé, de Steinbrenner, il a pris un rôle plus modeste : il n'avait fait que rassembler, coordonner, que confirmer les faits observés par ces auteurs; mais dans la dernière séance, et surtout dans la rédaction du BULLETIN, à la place de cette abnégation, M. Depaul a pris les allures et le ton d'un novateur : ses idées sont nouvelles; il a une théorie qu'il revendique comme sienne : témoin ce passage où il parle du mémoire de Loy : « Dans le cours de cette « discussion, on m'a souvent parlé d'un mémoire de Loy, et l'on a eu « l'air de dire que *ma théorie* entière s'y trouvait. Je l'ai lu, et je puis « affirmer qu'il n'en est rien. » — Pour moi, messieurs, je crois que notre savant collègue se fait illusion. Il a bien reconnu, très-sagacement reconnu la variole du cheval, qu'on lui présentait comme un cas de stomatite aphtheuse; mais s'il avait abordé cet examen mieux imbu des principes de la science et surtout mieux pénétré de ce qu'ont écrit les auteurs sous l'inspiration de ces principes, il n'aurait pas eu autant d'efforts à faire pour reconnaître et faire reconnaître à son contradicteur le caractère de la maladie qu'il avait sous les yeux. En témoignage de ce que je viens de dire, je demande à l'Académie la permission de lui communiquer un passage extrait d'un article publié dix-huit mois avant cette discussion; elle y trouvera exprimé de la manière la plus nette, la plus explicite, le résultat clinique mis en lumière par M. Depaul :

« Pour quelques personnes, et pour M. Bouley en particulier, plu« sieurs maladies ulcéreuses du cheval auraient la propriété d'en« gendrer le vaccin. De deux choses l'une cependant : ou bien tou« tes les éruptions de cow-pox ne seraient pas identiques; on aurait « confondu sous ce titre des éruptions diverses; ou bien on admet« trait que des maladies différentes seraient susceptibles de produire « un résultat identique. Ces deux doctrines sont également incom« patibles avec les lois de la nature et les principes les mieux éta« blis de la philosophie médicale. Qu'est-ce à dire, cependant, et « comment mettre d'accord cet antagonisme de la théorie avec les « résultats de l'observation? Comment concilier ce prétendu fait de « la diversité des origines avec l'identité nécessaire des produits? « C'est que sans doute dans les cas qui ont fourni la semence du « cow-pox il n'y avait en réalité qu'une seule et même maladie....... « *La vraie philosophie médicale veut que toutes ces maladies ne soient* « *qu'une seule et même chose;* à MM. les vétérinaires de lever cette « difficulté, nous leur laissons volontiers ce privilége. Quelle que « puisse être leur réponse, voici provisoirement celle qui semble ré« sulter de la discussion académique et de la nature des choses : *c'est* « *que dans tous les cas où l'on a vu se développer le cow-pox (eaux* « *aux jambes, javart, feu de Saint-Antoine, mal du talon, ulcérations* « *du jarret), il n'y avait qu'une maladie, et cette maladie c'était la va-* « *riole elle-même.* Ce serait donc la variole du cheval qui, transmise « à la vache, engendrerait le vrai cow-pox, et celui-ci, inoculé à « l'homme, constituerait la vaccine. » (GAZETTE MÉDICALE, 7 juin 1862, p. 349.)

M. Depaul n'avait donc pas besoin de garder un si profond silence devant M. Bouley, ni de renfermer sous un pli cacheté ce que j'avais annoncé et publié dix-huit mois auparavant; et si notre gracieux collègue d'Alfort m'avait fait l'honneur de m'appeler en consultation avec M. Depaul, je n'aurais pas mis tant de mystère à lui faire voir la confirmation de mes inductions.

Mais M. Depaul traitera mes prévisions de rêveries de cabinet : c'est de la théorie, je n'ai pas observé, je n'ai pas expérimenté. Véritablement non; mais j'ai été conduit à ces conclusions par induction, par la seule force des principes au nom desquels j'avais protesté, mais dont M. Depaul fera sans doute bon marché, sous le prétexte que ce ne sont ni des faits ni des expériences. Ce serait le cas peut-être d'examiner la valeur de cette prétention, qu'on affiche aujourd'hui partout, laquelle consiste à établir la prééminence absolue de l'observation, de l'expérimentation et des faits, au détriment des conceptions de l'intelligence. C'est à mes yeux la plus grave des méprises et contre laquelle je ne puis m'empêcher de protester, parce qu'elle règne partout et tend à envahir tous les esprits. Depuis que Descartes a proclamé la liberté d'examen et la prééminence de la méthode, le premier venu se croit en droit de protester, sous prétexte d'observation et d'expérimentation, contre les vues les plus élevées et les plus sûres du génie. Quiconque se présente avec des expériences semble avoir un brevet d'infaillibilité. Cette doctrine a gagné les esprits les plus sérieux. Je lisais, il y a quelques jours à peine, dans un très-remarquable travail sorti de la plume d'un de nos collègues, que l'Académie peut s'honorer d'avoir appelé récemment dans son sein, le passage suivant, qui est comme l'expression la plus grave, mais aussi la plus exagérée du préjugé que je signale : « Dans l'ordre des con« naissances positives, l'homme *le plus ordinaire*, pourvu d'une in« struction moyenne, a une science *infiniment* plus *étendue* et plus « *profonde* que les *plus grands hommes* de l'antiquité et du moyen « âge (1). » Une méprise aussi considérable tient à ce que l'on a méconnu le caractère et la portée des méthodes, de l'observation, de l'expérimentation, de l'analyse, etc. Ces méthodes, dont personne n'apprécie plus que moi l'importance et l'utilité, ne sont que des instruments au service de l'esprit; mis en œuvre, ils n'ont de valeur que ce que vaut l'esprit qui les emploie. Ce n'est donc pas l'observation et l'expérimentation qu'il faut considérer en premier lieu, mais l'observateur et l'expérimentateur, c'est-à-dire la valeur, la rectitude et la portée de son intelligence; cette valeur, cette rectitude et cette portée se révèlent par la justesse et la grandeur de ses conceptions; et l'observation, l'analyse et l'expérimentation ne sont que des moyens propres à contrôler, vérifier et mettre en évidence la sûreté et la généralité de ses inductions. Cette subordination du mérite des

(1) *La science idéale et la science positive;* par M. BERTHELOT; REVUE DES DEUX-MONDES, 15 nov. 1863, p. 448.

---

honnête et désintéressé, qui se moque au besoin de l'opinion, pourvu que le devoir soit rempli et la conscience satisfaite.

Le charlatan, au contraire, déploie une grande habileté pour sauver les apparences; mais il se conduit plus volontiers d'après les impulsions d'une vanité insatiable que d'après les règles de la stricte probité et les inspirations salutaires du bon sens. La vanité peut aller jusqu'à l'extravagance, jusqu'à l'extrême folie.

Quand Archigène entreprit de refondre la théorie des fièvres en inventant une nomenclature impossible, la passion de l'art le dominait moins que l'amour exagéré de sa réputation. S'il eût sincèrement servi l'art médical par ses rares talents, au lieu de travailler pour sa satisfaction personnelle, il ne fût point tombé dans le ridicule, digne châtiment de ceux qui prétendent se singulariser par des innovations absurdes. Qui ne sait qu'Archigène a eu des imitateurs, et que des tentatives analogues à sa prétendue réforme ont abouti à un résultat semblable?

L'antiquité présente encore d'autres exemples de ce charlatanisme médical dont la vanité est le mobile. Sans remonter au mythologique Esculape dont les prétentions exagérées furent détruites par un coup de foudre, l'histoire nous montre Acron d'Agrigente, médecin empirique et vaniteux au point d'exiger du sénat de sa ville natale la concession d'un lieu en évidence pour y élever un monument à son père. Acron fondait sa demande sur la supériorité de ses talents en médecine, διὰ τὴν ἐν τοῖς ἰατροῖς ἀκρότητα, dit Diogène Laërce, en faisant un pauvre jeu de mots (1) qu'il emprunte, il est vrai, au philosophe Empédocle. Celui-ci, qui avait aussi sa bonne dose de vanité, ainsi que l'atteste sa mort théâtrale, rendit vaines les sollicitations d'Acron « ayant fait un discours sur l'égalité, peut-être pour prouver que les médecins sont tous égaux, et que l'un ne vaut pas mieux que l'autre, » remarque finement Leclerc (2).

Pline a bien des traits satiriques contre la vanité des médecins, qu'il a notée judicieusement comme un principe de charlatanisme. Mais sans relever les sarcasmes de Pline, nous ne produirons qu'un exemple rare de la vanité médicale dans l'antiquité.

Ménécrate de Syracuse, qu'il ne faut pas confondre avec un autre médecin du même nom et contemporain de Tibère, se vantait, entre autres merveilles de son habileté, de guérir radicalement l'épilepsie, et il obligeait quelques-uns des malades qu'il avait traités de lui faire escorte. Il allait ainsi traînant sa clientèle à sa suite et se pavanant dans les principales cités de la Grèce. Athénée, le compilateur encyclopédique, nous a conservé la lettre ridiculement insolente que Ménécrate écrivit à Philippe, roi de Macédoine, pour annoncer apparemment son arrivée. Le vaniteux médecin débutait ainsi : « Tu règnes sur la Macédoine, et moi sur la médecine, » et il poursuivait en prolongeant cette

(1) *Vit. philos.*, VIII, 2, à l'article *Empédocle.*
(2) *Hist. de la méd.*, Ire part., liv. II, c. 7, p. 103, édit. in-4.

méthodes est telle qu'elles sont aussi bien au service de l'erreur que de la vérité. Les plus grandes erreurs de notre temps ont eu les honneurs de l'expérimentation; et, dans la question qui nous occupe, ne voyons-nous pas, au dire de M. Bouley lui-même, que « le *grease* et « le *sore-heels* de Jenner, le *javart* de Sacco, que l'*affection furonculeuse* de Herwigt, que la *maladie pustuleuse* de Lafosse, ont été, « pour la plupart, démontrées *expérimentalement* pouvoir donner « naissance au cow-pox par inoculation (1). » A cette liste de démonstrations expérimentales illusoires, n'est-il pas permis d'ajouter les expériences de M. Bouley pour produire le cow-pox avec le pus de la stomatite, et les observations cliniques de M. Depaul pour prouver l'identité de la variole et de la vaccine.

Mais dans l'espèce, comment les vrais principes nous ont-ils conduit à prévoir ce que M. Depaul a confirmé par l'observation directe des faits? Voici : nous savions que toutes les maladies virulentes, exanthémateuses, en tant que maladies spécifiques, ont la propriété de se reproduire et de se transmettre par un principe émanant de leur essence propre, par un virus; nous savions de plus que cette semence de chacune d'elles ne peut reproduire qu'elle-même, et pas une autre maladie; cela résulte de leur caractère spécifique, c'est-à-dire de leur organisation propre, en vertu de laquelle elles sont comme un système à part, et forment, dans l'ordre pathologique, de véritables espèces, comme il y a dans l'ordre organique des espèces végétales et animales. Or le principe qui règle la reproduction des espèces pathologiques et organiques est un fait généralisé, c'est-à-dire un fait vérifié par l'expérience de tous les temps et de tous les pays; ce qui est infiniment plus sûr que le résultat fourni par une observation ou une expérience particulières, lesquelles ne sont jamais que des cas particuliers du fait général formant le principe. C'est ainsi que la vaccine, renfermant certains éléments et conservant quelques-unes des propriétés de la variole, ne pouvait venir que de la variole; et voilà donc comment j'ai pu, tout aussi sûrement que M. Depaul, affirmer qu'on s'était trompé quand on avait cru pouvoir produire du cow-pox avec une foule de maladies de natures diverses, et comment j'ai conclu à l'identité de ces maladies par l'identité de leur produit.

Cette méthode de démonstration, que nous nous sommes efforcé naguère, notre éminent collègue M. Bouilland et moi, d'appliquer à l'étude de la morve, repose sur des idées aussi anciennes que la science. Déjà Aristote avait dit: « Ce qu'il y a de plus scientifique, ce « sont les principes et les causes; c'est par leur moyen que nous con- « naissons les autres choses (2). »

J'ai dit que l'existence, si bien vérifiée par M. Depaul, de la variole — et non d'une autre maladie, — chez les animaux qui avaient servi à produire le cow-pox, constitue un élément étiologique précieux pour éclairer la véritable constitution de la vaccine. C'est ici, messieurs, que commence ma divergence avec M. Depaul; c'est ici que commencent aussi les prétentions révolutionnaires de notre collègue, prétentions qui, à mes yeux, c'est-à-dire suivant mes principes, ne sont que de graves erreurs, lesquelles n'ont même pas le mérite de la nouveauté.

§ II. — De la constitution de la vaccine.

L'élément variolique dans la genèse du cow-pox ou de la vaccine pouvait être considéré, ou bien : comme imprimant à ce produit le caractère absolu de son origine, et comme pouvant servir à établir la complète identité de la vaccine et de la variole; ou bien : comme simple élément d'un composé dont la différence avec la variole devait être réglée par ses effets. De ces deux thèses, l'une conduisait comme conséquence nécessaire à la négation de la vaccine, c'est celle que M. Depaul a adoptée lorsqu'il a dit très-explicitement : *le virus-vaccin n'existe pas*; l'autre conduisait à éclairer les rapports de la vaccine avec la variole, à les séparer l'une de l'autre sans les opposer l'une à l'autre : c'est celle qui me paraît conforme à la logique et à la saine interprétation des faits.

A l'appui de ce qu'il appelle sa théorie, M. Depaul invoque la ressemblance des pustules de la variole et de la vaccine. Cette ressemblance paraît en effet aussi complète que possible : mais les pustules stibiées aussi, celles surtout qui se développent sous l'influence des onctions avec la pommade stibiée, ne ressemblent-elles pas, quelquefois à s'y méprendre, aux pustules varioliques? de part et d'autre, ce sont des papules d'abord, puis des vésicules, puis des pustules et des pustules ombiliquées; mais cette ressemblance dans les trois cas n'est que pour la vue; il est certain que sous ces apparences de similitude il doit y avoir et il y a des différences, mais qui sont trop délicates pour être accessibles à nos moyens d'appréciation.

M. Depaul invoque ensuite la localisation assez fréquente des pustules de la variole inoculée, comme on l'observe dans la vaccine. Mais cette localisation qui dans l'inoculation de la variole est, au dire de tous les auteurs, la très-rare exception est, également, de l'opinion de tous, la règle presque invariable dans la vaccine. On verra tout à l'heure la portée de cette différence.

Mais il y a bien d'autres arguments, et des arguments d'une bien autre portée, en faveur de l'opinion qui considère la vaccine comme un composé très-différent de la variole.

Le fait de la variole chez un animal aussi différent et aussi éloigné de l'homme que le cheval établit une première présomption de diversité. Tout le monde sait que la variole du cheval est une maladie très-bénigne. Cette différence, cette bénignité reçoit un nouvel élément différentiel du passage du principe varioleux par la vache, dont l'organisation s'éloigne encore davantage de celle de l'homme. Est-ce trop présumer que de voir, dans cette succession de parcours du principe varioleux avant d'arriver à l'homme, de graves présomptions en faveur de la diversité des deux exanthèmes? Est-ce que l'eau, en filtrant à travers les couches de la terre, ne produit pas toutes les eaux minérales; est-ce que dans le règne végétal, la transplantation dans des terrains mieux cultivés ne change pas le caractère des végétaux; est-ce que les greffes d'arbres, les croisements d'animaux ne donnent

(1) Communication de M. Bouley à l'Académie, du 30 juin 1863. (Bulletin, 1863, p. 864.)

(2) *Métaphysique d'Aristote*; traduction de MM. Pierron et Zevors, citation de M. Berthelot. (Revue des Deux-Mondes, 15 novembre 1863, p. 451.)

antithèse ridicule. D'après Elien, l'épître de Ménécrate commençait par cette formule : « A Philippe, Ménécrate-Jupiter, souhaits de prospérité.» Philippe, qui connaissait bien son correspondant, répondit à son tour : « Philippe à Ménécrate, santé. Je te conseille de te rendre aux environs d'Anticyre. » Il voulait dire par là que Ménécrate avait besoin de prendre une forte dose d'ellébore pour guérir de sa folie. L'ellébore était le grand remède des anciens contre la manie avec exaltation, et le territoire d'Anticyre, ville de la Phocide, en produisait une espèce qui était fort estimée. Aller à Anticyre, c'était, comme on dirait de nos jours, entrer à Charenton (1).

C'était encore la vanité qui poussait Ménécrate à une exagération tellement ridicule de son propre mérite. C'était elle aussi qui égarait dans les plus faciles sentiers de la médecine ces sophistes si durement traités par Hippocrate en maints passages de ses écrits. Bien des faiseurs de systèmes n'ont obéi qu'à ce vice inhérent aux natures frivoles, et qu'il faut se garder de confondre avec l'orgueil. Celui-ci, qui inspire si souvent de grandes choses, non sans induire aussi en de graves erreurs, se distingue fortement de la vanité, inspiratrice ordinaire des sottises que commettent les gens qui n'usent de leurs facultés que pour les satisfactions de l'amour-propre. Paracelse était vaniteux au point d'en être fou. Il n'est pas le seul parmi les modernes qui puisse entrer en parallèle avec les médecins de l'antiquité dont nous avons parlé; mais il reste le type le plus achevé du charlatanisme engendré par l'envie de paraître.

C'est aussi dans cette catégorie de médecins vaniteux à l'excès qu'il faut ranger Lecat, célèbre chirurgien de Rouen et membre de l'Académie royale de chirurgie.

Cet homme habile, qui s'était fait une grande réputation dans son art, devait sa notoriété autant à ses talents, qu'on ne saurait justement contester, qu'aux soins assidus qu'il donnait à l'entretien et à l'accroissement de sa renommée. J'ai sous les yeux une lithographie qui le représente d'après un excellent portrait conservé à Rouen. Le front est découvert et l'œil très-vif; il y a sur ce masque beaucoup d'intelligence et de finesse. Mais ce nez proéminent et pointu, cette bouche largement fendue, ce menton court, arrondi et relevé, le pli qui avoisine la commissure des lèvres, et la saillie des pommettes, composent un visage d'une physionomie très-complexe, où l'on démêle pourtant trois sentiments en prédominance : la satisfaction de soi-même, l'inquiétude et l'ambition. Avec sa face osseuse et ses traits aigus, Lecat représente à merveille le type de la vanité soucieuse.

Le physique du personnage répond parfaitement à l'esprit et au carac-

(1) Φιλίππῳ Μενεκράτης ὁ Ζεὺς εὖ πράττειν. Ἀντέγραψε δὲ καὶ ὁ Φίλιππος· Φίλιππος Μενεκράτει ὑγιαίνειν. Συμβουλεύω σοι προσάγειν σεαυτὸν ἐπὶ τοῖς κατὰ Ἀντίκυραν τόποις. Ἠνίττετο δὲ ἄρα διὰ τούτων, ὅτι παραφρονεῖ ὁ ἀνήρ. Ælian, *Hist. var.*, XII, 51, et Athénée, liv. VII, c. 10. Cf. Leclerc, *Hist. de la méd*, Ire part., liv. IV, c. 3.

pas lieu à des produits nouveaux; est-ce que la semence humaine tombant sur des terrains différents, ne produit pas tour à tour un Homère ou un Thersite? Si nous ne connaissons pas les lois et les secrets de cette chimie organisante, il n'est pas permis pour cela d'en reconnaître les résultats.

Mais il y a des raisons bien plus directes de conclure à la diversité des deux virus.

Cette éruption secondaire, si rare dans la vaccine et si fréquente dans la variole, M. Depaul en a-t-il bien compris la portée? J'ai fait voir naguère, à l'occasion de la contagion de la fièvre jaune, que dans toutes les maladies éruptives et virulentes, cette période de l'éruption secondaire est le signal de la généralisation du principe morbide. A ce moment tout l'organisme entre en travail de fermentation et de fabrication de l'élément virulent, lequel sort par toutes les voies excrétoires : par la peau, par les muqueuses et en particulier par la voie pulmonaire, que j'ai dit être le principal centre d'exhalation éliminatoire. Dans la variole cette élimination pulmonaire peut se constater dès avant l'apparition des pustules, rien qu'à l'odeur *sui generis* de l'haleine. Je n'y ai jamais été trompé. Cela s'est-il jamais vu dans la vaccine, même dans le cas de pustulation secondaire? Si cela a quelquefois lieu, c'est si rarement et à un si minime degré, que personne n'en a parlé jusqu'ici.

Il est encore une conséquence plus grave de ce travail de fermentation morbide de la variole inoculée, à laquelle on n'a pas fait assez attention jusqu'ici : c'est la multiplication des foyers d'infection varioleuse, inséparable de l'inoculation, laquelle, à l'époque de la vogue de cette pratique en Angleterre, rendit dans ce pays la variole endémique, sans compter le surcroît d'épidémies et de mortalité qui en résulta. En effet, suivant un nécrologe anglais de cette époque, on a constaté de 1683 à 1720 une mortalité de la variole de 90 par 1,000 nouveau-nés, et de 1721 à 1758, époque correspondante à l'inoculation, cette mortalité par la variole s'est élevée à 127 sur 1,000 nouveau-nés. On a de plus constaté que, dans une période de trente huit ans, sous le règne de l'inoculation, il est mort de la variole 22,700 malades de plus qu'auparavant dans le même espace de temps (1).

A-t-on jamais entendu parler jusqu'ici d'infection, d'endémies ou d'épidémies vaccinales et de mortalité par la vaccine?

Enfin il est un argument d'un ordre plus élevé et par cela même plus péremptoire encore, c'est celui qui est fourni par ce que les mathématiciens appellent *la théorie des grands nombres*. Ainsi on pourrait à la rigueur invoquer le résultat d'*une* expérience, de *dix*, de *cent* et même *plus* pour faire croire à la fréquence de la localisation exclusive de l'inoculation varioleuse; comme on pourrait accroître de la même manière la fréquence de la pustulation secondaire de la vaccine; ce serait là cependant un résultat de l'observation et de l'expérimentation, mais de l'observation et de l'expérimentation vulgaires dont j'ai parlé tout à l'heure, lequel est mis à néant par cette immense et colossale expérience de près d'un siècle, et par les acclamations du monde entier. C'est à la lumière de cette gigantesque expérimentation que le bon sens de l'humanité tout entière aperçoit des différences inaccessibles et incompréhensibles à l'observation et à l'expérimentation d'un seul homme. La grande et universelle expérimentation de la vaccine est de ce nombre; et, quelque obstination qu'on mette à nier son suprême enseignement, il n'est personne ici qui puisse en méconnaître la portée.

Oui la vaccine diffère essentiellement de la variole; oui sa constitution est complexe; oui elle a reçu de son origine équine, de son passage à travers la vache, et de son installation chez l'homme, des éléments de diversité qui en ont fait un composé nouveau, un être à part, ayant des propriétés essentiellement différentes de celles de la variole, propriétés en vertu desquelles la vaccine reste et restera éternellement la vaccine, au grand bénéfice de la science et de l'humanité. (Très-bien! très-bien!)

J'ai dit que la conception, la théorie si l'on veut, mais l'erreur de M. Depaul n'a même pas le mérite de la nouveauté. Il suffit en effet, pour s'en convaincre, de parcourir l'excellente HISTOIRE DE LA VACCINE de notre collègue M. Bousquet : nous y voyons à chaque page que depuis Jenner une foule d'auteurs ont cru à l'identité plus ou moins complète des deux virus; si bien que pour arriver à la bénignité caractéristique de la vaccine, celui-ci proposait de mélanger le virus varioleux avec un alcali, celui-là avec du lait, mais tous n'aboutissant qu'à d'amères déceptions, à des accidents ou même à la mort des sujets inoculés, et finalement à l'abandon de leurs entreprises. C'est aussi de cette manière, sans doute, que finira la nouvelle tentative de M. Depaul.

J'arrive à la troisième proposition de notre collègue.

§ III. — DE L'INOCULATION DU VIRUS VARIOLEUX COMME ÉQUIVALENT DE LA VACCINE.

Ici, messieurs, mon embarras à formuler la pensée exacte de notre collègue redouble. Je vous ai signalé, en effet, les différentes transformations qu'ont subies, depuis ses premières allocutions, les doctrines de M. Depaul. Ces transformations ne sont nulle part aussi considérables qu'en ce qui concerne l'inoculation. Dans la séance du 10 décembre notre collègue a dit formellement que depuis trois ans il en était revenu à l'idée de l'inoculation.

M. DEPAUL : Je nie formellement cette allégation... Il n'y a que vous dans la presse, qui m'ayez prêté une pareille opinion.

M. J. GUÉRIN : J'affirme, au contraire, que telle a été la première expression des doctrines de M. Depaul. Plusieurs de nos collègues, que je m'abstiens de nommer, mais qui sans doute en témoigneraient au besoin, n'ont pu s'empêcher, au sortir de la séance, d'exprimer leur surprise, pour ne pas dire plus, de l'étrangeté et de la gravité des opinions de M. Depaul. La GAZETTE MÉDICALE, dont le compte rendu a été rédigé tout à fait en dehors de ma participation et de mon influence, rapporte textuellement les paroles prononcées par notre collègue dans la séance du 10, et je maintiens que sa rédaction est exacte (M. Depaul réitère ses dénégations.) (1).

(1) Ce renseignement est emprunté à un article de M. le docteur Bondet, publié par la *Gazette médicale de Lyon*, année 1863, p. 532.

(1) D'autres organes de la presse, et en particulier l'UNION MÉDICALE, ont adhéré à l'interprétation de la GAZETTE MÉDICALE.

---

tère qu'il fit paraître dans une carrière parcourue non sans éclat ni sans utilité, malgré la préoccupation qu'il eut constamment de contenter sa vanité sans mesure. Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie, a peint Lecat de main de maître. Le portrait est si ressemblant, qu'il semble vivre, et c'est vraiment avec raison que les commissaires de la compagnie qui furent chargés d'examiner l'éloge de Lecat par Louis, ont affirmé dans leur rapport que cet éloge est « un des meilleurs qu'il ait donnés. » Ils ont trouvé le mot juste en écrivant que cet éloge est un tableau.

Parlant de l'usage qui s'est établi dans les associations savantes, de faire l'éloge des membres défunts, Louis dit finement « qu'il est quelquefois très-embarrassant pour celui qui en est chargé par devoir de satisfaire également aux égards que méritent sa compagnie, le public et la vérité. Ce sont des intérêts différents assez difficiles à ménager lorsque, de temps en temps, on les trouve opposés l'un à l'autre. » Cette réflexion, si profondément vraie, est consignée dans l'exorde. On lit quelques lignes plus bas : « Nous n'avons pas à nous plaindre de la disette des matériaux. Peu d'hommes se sont occupés du soin de leur réputation avec autant de zèle et d'ardeur que M. Lecat. Il saisissait avec empressement et suivait avec feu toutes les occasions de montrer la part qu'il prenait à l'avancement des connaissances humaines (1). »

Louis connaissait bien le personnage, si bien, en effet, qu'il aurait pu dire que dans le bien qu'il faisait. Lecat ne cherchait que le prétexte et l'occasion de se mettre en plus grande évidence. Lecat convoitait vivement les honneurs et les places, moins pour l'argent que pour la considération qu'il en tirait. Ces places au demeurant lui assuraient un assez bon revenu et constituaient conséquemment une fort belle dot. Lecat, qui n'avait qu'une fille, voulait un gendre qui pût lui succéder dans toutes ses charges. « M. Lecat, dit spirituellement Louis, dans son Eloge de David, fit connaître ses intentions, et, sans indiquer précisément un concours, les choses s'arrangèrent de façon que plusieurs jeunes chirurgiens se rendirent de Paris à Rouen dans l'intention de mériter la palme. M. David était du nombre. On aurait pu parier, presque à coup sûr, qu'il aurait l'aveu du père d'après les succès académiques qui étaient si fort de son goût (1). »

(1) A ces réflexions de Louis, on peut comparer celles qu'il a faites au début de l'Eloge de Verdier. « Ceux qui ont été recommandables par des talents décidés, dont la vie active et laborieuse a été consacrée à l'utilité publique; ceux qui, sans intérêt pour eux-mêmes, se sont uniquement occupés de leurs devoirs, et qui ont plus considéré l'obligation de faire le bien que la satisfaction de l'avoir fait, de tels hommes ont un droit incontestable à nos hommages. » (Eloge de Verdier, prononcé aux écoles de chirurgie en 1759, page 42 de l'édition de M. Frédéric Dubois.) Que le lecteur fasse la comparaison et il sentira le contraste.

(1) Eloge de David, p. 350-351.

M. Bouley : Rappelez donc à M. Depaul qu'il a entretenu l'Académie d'un cas d'inoculation pratiquée par lui.

M. J. Guérin : Les dénégations réitérées de M. Depaul ne prouvent qu'une chose, c'est qu'il reconnaît son erreur : j'accepte sa rétractation et je l'en félicite. Mais ce n'est qu'à la faveur d'une contradiction formelle entre ses prétentions révolutionnaires, ses doctrines et sa pratique, qu'il peut parvenir à justifier les atermoiements auxquels il s'arrête aujourd'hui. Dans la rédaction du Bulletin, on lit en effet ce qui suit : « Mais je ne veux pas m'égarer sur un pareil terrain, et « je reviens à ce qui fait l'objet de ce travail, c'est-à-dire à *l'identité* « du virus-vaccin et du virus varioleux. Quoique je considère cette « identité comme chose *absolument démontrée*, je pense que dans la « pratique il faut se *souvenir* que la variole spontanée et surtout « inoculée des animaux, est plus douce, plus bénigne que celle de « l'homme, et c'est sur eux qu'il faut continuer à prendre le liquide « destiné à l'inoculation dans l'espèce humaine. » Tel est le compromis, suggéré sans doute à M. Depaul par la critique, et peut-être aussi par les avertissements de son bon sens. Mais le principe de *l'identité absolument démontrée* ne permettait pas cette capitulation. Entre deux choses identiques il n'y a pas de choix : c'est indifféremment l'une ou l'autre à prendre. Sans cela qu'eût voulu dire cette prétention d'être plus radical, plus révolutionnaire que M. Bouley qui l'était déjà bien assez. Que signifient ces efforts pour exonérer l'inoculation des méfaits qu'on lui attribue? Que veut dire enfin, après la reculade de M. Depaul, cette phrase insérée au Bulletin : « Ainsi, « soit qu'on prenne *ce qu'on appelle* du virus-vaccin, soit qu'on ino- « cule le virus varioleux, on peut être conduit à des résultats iden- « tiques... » Eh bien non! cela n'est pas : quelque réticente, quelque adoucie que soit cette opinion, elle peut encourager des esprits plus conséquents et moins prudents que M. Depaul ; et dès lors, sa doctrine n'est plus seulement, au point de vue scientifique, une grave erreur, mais elle est au point de vue philanthropique, une faute, un véritable danger qu'on ne saurait trop mettre en évidence. (Bravo! Très-bien. Applaudissements.)

Il faut qu'on le sache bien et qu'on le répète, messieurs, l'inoculation et la vaccine ont fait leurs preuves. L'une compte bon nombre d'accidents : des ophthalmies, des cécités, des morts, même avec le virus varioleux lacté; tandis que l'autre, depuis près d'un siècle, n'a à se reprocher aucune tache à sa réputation de parfaite innocuité.

§ IV. — Méthode de la vaccination générale.

Mais il est un dernier point de vue, non moins important que ceux qui précèdent, et que notre collègue a complétement méconnu : je veux parler de la vaccine considérée comme point de départ, comme première conquête de la méthode générale de vaccination des maladies virulentes. En proclamant la non-existence du prétendu virus-vaccin, M. Depaul n'a pas compris qu'il anéantissait du même coup l'une des plus belles conséquences de la découverte de Jenner.

L'Académie n'a peut-être pas oublié qu'à l'occasion de la discussion sur la fièvre jaune j'ai essayé de formuler les principes propres à diriger dans cette voie : j'ai montré qu'en interprétant et en généralisant comme il peut l'être le fait de la préservation variolique par la vaccine, on peut y trouver la clef d'une méthode générale de préservation des maladies infectieuses. Qu'est-ce en effet que la vaccine, que le cow-pox à ce point de vue? Ce n'est pas la maladie elle-même qu'il s'agit de provoquer artificiellement avec son caractère originel, dans le but d'en prévenir l'explosion spontanée plus dangereuse; c'est la découverte d'un principe réduit, dépouillé de sa virulence native par son passage à travers des organismes différents, et par son mélange avec d'autres éléments qu'il recrute dans ses migrations et qui le modifient sans rien lui faire perdre de sa propriété préservatrice : c'est, en un mot, ce composé mystérieux et bienfaisant dont il n'est plus permis de méconnaître le caractère, mais dont il faut s'efforcer de trouver les analogues, à côté de toutes les maladies virulentes et pestilentielles, qui en attendent la révélation. Telle est la vaccine généralisée, dont le génie de Jenner n'a pas eu sans doute le pressentiment, mais de laquelle il serait injuste de séparer son immortelle découverte.

Je conclus donc, messieurs, en disant :

1° Qu'il résulte de la discussion et des publications qui l'ont précédée, que les différentes affections, considérées jusqu'à ce jour comme susceptibles d'engendrer le cow-pox, se résolvent toutes dans une seule et même maladie, la variole, laquelle, transmise du cheval à la vache et de la vache à l'homme, constitue le véritable cow-pox, le virus-vaccin;

2° Que le virus-vaccin, quoique émanant originairement de la variole du cheval, et quoique conservant quelque chose de cette origine, a acquis, par son passage à travers la vache et son installation chez l'homme, des éléments de diversité et de nouvelles propriétés qui ne permettent plus de le considérer comme identique au virus varioleux;

3° Que l'inoculation de la variole ne doit et ne peut, à aucun titre, et sous aucun prétexte, être substituée à la vaccine, qui demeure en possession de son titre et de ses propriétés de préservatif de la variole (1).

(1) « Ce discours est accueilli par des marques nombreuses d'assentiment et par quelques applaudissements. » (Gazette des Hôpitaux.) « L'auteur reçoit, en descendant de la tribune, de chaudes et nombreuses félicitations. » (Union Médicale.)

PATHOLOGIE INTERNE.

De la méningo-encéphalite comme complication dans la fièvre typhoïde; par le docteur Vallin, répétiteur à l'École de service de santé de Strasbourg.

Ce n'est pas un des moindres mérites de l'École anatomique moderne d'avoir démontré, le scalpel à la main, que le délire, dans les fièvres, n'impliquait pas nécessairement une inflammation du cerveau ou de ses enveloppes. Sous le nom commun de *phrénitis*, les anciens désignaient à la fois le délire en général et la méningite cérébrale : M. Louis, s'appuyant sur un nombre immense d'autopsies,

---

Lecat avait en effet une passion si violente pour les couronnes académiques, qu'en 1755, l'Académie royale de chirurgie ayant proposé un prix double, il concourut en dissimulant son nom, malgré la disposition très-positive du règlement qui l'excluait du concours comme membre de la compagnie. On voit que Lecat ne put guérir de cette ambition académique, laquelle ne dure si longuement que chez les savants de second ordre qui, doutant d'eux-mêmes malgré leurs prétentions, recherchent avidement l'approbation officielle Baumes, ancien professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, était aussi un de ces concurrents infatigables et heureux qui mettent leur honneur à faire provision de couronnes. Malheureusement les couronnes académiques n'ont pas toujours l'éclat inaltérable de cette brillante auréole, qui désigne à la postérité les têtes vraiment illustres, et la gloire de Lecat n'a guère duré plus que celle de Baumes; c'est aujourd'hui une célébrité de province, une illustration un peu effacée de la Normandie.

Lecat, qui veillait sans cesse sur sa réputation et qui employait tous les moyens pour séduire l'opinion publique, Lecat, qui faisait prôner ses opérations et ses bonnes œuvres par les gazettes, était plus que sexagénaire, lorsqu'il obtint une faveur qu'il avait longuement sollicitée. En 1762, par le crédit du gouverneur de la Normandie, il reçut des lettres de noblesse, dont la copie se conserve dans les archives de l'Académie de chirurgie. Louis, dans son Eloge de ce glorieux personnage, a fait, au sujet de cette faiblesse, des réflexions qui, reproduites ici, ne seront ni hors de propos ni sans utilité : « Dans la carrière des sciences et des arts, remarque finement le judicieux écrivain, dans la carrière des sciences et des arts, où l'on ne dérogé point, les anoblis n'acquièrent que la considération dont ils auraient également joui sans la prérogative de la noblesse. Entre les gens d'une même profession, le mérite seul peut distinguer (1). »

Rien de plus juste, mais rien de plus ordinaire aussi que l'envie qui tourmente les plus méritants parmi les hommes voués aux professions libérales, d'obtenir ces distinctions officielles et apparentes qui ne décorent pas toujours le mérite. Lecat avait du sien une idée si avantageuse, qu'il ne fut amené que par des considérations très-singulières à l'étude et à la pratique de l'art chirurgical. Destiné en premier lieu à l'état ecclésiastique, il pensa plus tard que sa vocation véritable était pour les travaux du génie. Il s'appliqua en conséquence et avec une grande ardeur aux mathématiques; il se prit d'une belle passion pour la mécanique, et fut persuadé jusqu'à son dernier jour qu'il valait beaucoup comme physicien. C'est David, son gendre, qui nous apprend tout cela dans une lettre adressée à Louis, et qui accompagnait des documents pour servir à l'Eloge de son beau-père. Lecat disait volontiers que la chirurgie ne lui aurait jamais plu s'il n'avait découvert que, par la mécanique, elle pouvait se rattacher à la physique, et il ajoutait mé-

(1) Eloge de Lecat, p. 147-148.

établit définitivement que toujours, pour ainsi dire, les lésions cérébrales faisaient défaut dans la fièvre typhoïde, et le délire, désormais simple trouble fonctionnel, continua à s'appeler sympathique, d'un nom cher à Broussais. Comparant, en effet, l'état anatomique des centres nerveux chez 12 malades dont le délire avait été le plus violent et chez 12 autres où il avait été nul, M. Louis ne trouva aucune différence digne d'être notée.

Sur tous les cadavres qu'il a ouverts à la suite de fièvres typhoïdes, deux fois seulement « l'arachnoïde était tapissée, dans une mé- « diocre étendue, par une fausse membrane extrêmement molle. » (Louis, *Recherches sur la fièvre typhoïde*, t. I, p. 405.) Mais il est juste de dire que chez ces deux malades il y avait eu des escarres profondes, de vastes suppurations au sacrum, aux parotides, au phlegmon du cou, etc. (obs. 17 et 25); l'un d'eux même présentait de nombreux abcès, sans doute métastatiques, disséminés dans le foie.

Dans deux autres cas, « il y avait un ramollissement partiel, peu « considérable, borné à la cloison demi-transparente ou à l'une des « couches optiques. »

L'infiltration légère d'une sérosité citrine sous l'arachnoïde, la congestion, sont des lésions banales considérées bien moins comme des causes que comme des conséquences du délire, le résultat de l'agonie.

A cette même époque, cependant, quelques auteurs semblaient protester contre cette tendance à considérer le délire comme un trouble purement sympathique; en 1839, M. Piédagnel lisait à l'Académie, et résumait dans la *Gazette médicale* un mémoire où il établissait que toujours, dans la fièvre typhoïde, on trouvait des lésions qu'on peut résumer en les comparant à celles que M. Calmeil attribue à la périencéphalite générale diffuse. Cette opinion fut accueillie avec une médiocre faveur; plus tard, dans les *Archives* de 1852, M. Beau décrivit sous le nom de *paralysie générale aiguë* certains troubles des centres nerveux qui surviennent à une époque avancée de la dothiénentérie, et dont les lésions se confondent avec celles mentionnées par M. Piédagnel.

C'est donc un fait universellement accepté que, dans les fièvres graves, le délire ne s'accompagne pas, en général, de désordres matériels, grossièrement appréciables du moins.

Mais à côté de ces cas bien tranchés, il en est d'autres où l'on a affaire à la fois à une fièvre typhoïde et à une méningite; de telle sorte que le diagnostic, parfois si difficile entre ces deux maladies, devient complétement impossible, puisqu'elles existent toutes deux à la fois.

Dans l'observation que nous rapportons, la mort est survenue vers le dixième jour chez un sujet exempt de toutes traces d'une affection constitutionnelle, et les deux maladies ont marché de telle sorte qu'on ne peut dire laquelle a précédé, laquelle a compliqué l'autre.

Obs. — Monnet, âgé de 23 ans, canonnier à l'artillerie de la garde, est entré le 20 décembre 1859 à l'hôpital militaire de Versailles. Il est malade depuis quatre jours à la chambre : le mal a débuté par de la courbature fébrile, des troubles digestifs, parmi lesquels on ne mentionne pas spécialement le vomissement; la persistance, l'aggravation des accidents nécessitèrent bientôt l'envoi à l'hôpital.

Le 21 décembre, les traits sont altérés, la face est vultueuse, enflammée; le malade a les apparences d'une excellente constitution, d'une grande vigueur; on voit qu'il a été surpris brusquement au milieu d'un bon état de santé. Ses réponses sont assez nettes, mais courtes, et faites sur un ton excité; il ne souffre nulle part en particulier, il ne se plaint que de fatigue, de mal de tête, de manque d'appétit. Le pouls est à 110, de force moyenne, régulier, sans caractères spéciaux. La langue est sèche, fuligineuse, pas de vomissements, constipation; il ne souffre pas à la pression de l'abdomen; pas de gargouillement ni de taches rosées. Diagnostic réservé; une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 22, même état : insomnie et agitation légère la nuit; exaltation de la parole et de l'intelligence, mais sans divagations réelles. Calomel, 1 gramme; sangsues aux mastoïdes, n° 10.

Du 23 au 25, la fièvre continue à être très-intense; le malade n'a point de vomissements, il a des selles assez nombreuses provoquées et entretenues par des lavements laxatifs. Les idées se troublent de plus en plus; le délire est parfois violent, plus souvent tranquille comme celui de la typhomanie; il est nécessaire cependant de fixer le malade sur son lit avec un drap d'alèze. Glace sur la tête; sangsues.

Le 26, Monnet est plongé dans un assoupissement dont rien ne peut le tirer; la face est altérée, très-congestionnée; il ne montre point la langue quand on le presse de le faire; il ne semble rien entendre ni comprendre. Le pouls est à 100 pulsations.

Le 27, on remarque une déviation notable des traits qui sont entraînés à gauche; les membres de ce côté sont immobiles, insensibles, et retombent inertes quand on les soulève : le malade répond cependant, quoique très-imparfaitement, à ce qu'on lui demande; il semble comprendre ce qu'on lui dit. Pouls à 96, régulier, faible et dépressible. Vésicatoire sur la tête rasée.

Le 28, continuation des mêmes symptômes; assoupissement continuel; mort le 29 au matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Saillies musculaires remarquables; point d'amaigrissement.

Cerveau. Congestion considérable des veines méningiennes : il s'écoule une quantité insignifiante de sérosité claire quand on incise l'arachnoïde; celle-ci a son aspect normal dans la partie qui recouvre la convexité des hémisphères : transparence habituelle, point de granulations ni d'adhérences à la substance grise. Mais à la base, le bulbe, la protubérance, l'espace interpédonculaire et les pédoncules sont tapissés par une couche épaisse de matière crémeuse, jaunâtre, sous forme de gelée, retenue entre les mailles du tissu sous-arachnoïdien. Cette exsudation se prolonge sur la scissure de Sylvius et les enfoncements de toutes les circonvolutions de la base; il est impossible de découvrir sur ces méninges la moindre trace de granulations ou de matière tuberculeuse; le lambeau d'arachnoïde est lactescent quand on a exprimé le pus contenu dans les mailles du tissu sous-jacent, mais sa structure semble homogène dans tous les points.

Les ventricules latéraux contiennent une quantité médiocre de sérosité opaline, environ 50 grammes chacun. La substance des hémisphères a sa consistance et sa structure normales; l'injection vasculaire est considérable, et manifeste surtout dans le centre ovale de Vieussens; mais la moitié droite de la voûte à trois piliers; la couche optique et le corps strié droit sont manifestement ramollis; le septum lucidum est complétement détruit; cette altération est d'autant plus manifeste que les parties symétriques du côté gauche ont conservé leur consistance normale : à droite, la section avec le couteau les réduit en bouillie.

Abdomen. Le péritoine est sain, ne présente point de granulations tuberculeuses. La dernière moitié de l'intestin grêle, le cœcum surtout,

---

taphoriquement et fort galamment qu'il s'était résolu à embrasser l'école de chirurgie pour l'amour de sa maîtresse chérie.

Cet aveu explique le caractère de la plupart de ses travaux en chirurgie; ils sont d'un esprit ingénieux plutôt que d'un grand clinicien. Lecat mettait de la physique partout, et ses théories en physique étaient étranges ou bizarres. Il était de ces esprits plus singuliers qu'extraordinaires qui, ne pouvant s'élever jusqu'au génie, donnent constamment dans le paradoxe lorsqu'ils tentent de voler trop haut.

L'ambition tourmentait cet habile homme, et quoique la réputation à laquelle il était si sensible et la fortune à laquelle il ne fut pas indifférent eussent en apparence comblé ses vœux, sa satisfaction ne fut jamais pleine et entière. Le désir immodéré de paraître le domina souverainement, et ayant tout mis en œuvre pour contenter cette passion insatiable, il ne fit pas tout ce dont il était peut-être capable ou du moins tout ce que le public, qui l'avait gâté, était en droit d'attendre de lui. Aussi la postérité, qui juge avec impartialité et sans céder à ces illusions qui égarent trop souvent le jugement des contemporains, la postérité n'a point admis en sa faveur des circonstances atténuantes, et elle a ratifié l'appréciation à la fois si fine et si nette de Louis.

Ce juge, d'une inflexible droiture et d'un discernement quasi infaillible, a écrit au début de sa notice sur Verdier : « La multiplicité des éloges historiques serait désapprouvée avec raison si, dans ce genre d'écrit on trompait la postérité en voulant lui faire estimer des hommes par les titres qu'ils ont accumulés et par les places qu'ils ont remplies. »

Au moment de composer, dix ans après, l'Eloge de Lecat, le secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie n'eut garde de négliger l'observation d'un principe aussi sage qu'équitable, et il s'appliqua consciencieusement à faire un portrait ressemblant, ni chargé ni flatté, du modèle qui avait si longtemps posé devant lui. Lecat parut alors tel qu'il était de son vivant. On rendait justice à ses qualités, à son ardeur, à la prodigieuse activité de son esprit; mais on ne celait pas ses imperfections, et on laissait entrevoir les travers et les vices de son caractère. La famille du défunt se fâcha; les ennemis du secrétaire perpétuel manœuvrèrent sourdement; David présenta à l'Académie une protestation ridiculement exagérée, qui provoqua de la part de l'inculpé une réplique très-sensée et très-éloquente, et donna lieu au beau rapport de Sabatier (8 juin 1769). Enfin la veuve de Lecat, cédant à de mauvais conseils ou à une mauvaise inspiration, écrivit à Louis un billet injurieux. Louis, toujours ferme et convenable, répondit aux injures qu'on lui adressait par une lettre très-digne, qui est un modèle de raison et d'urbanité, et dont la fin est ainsi :

« Ma réputation, qu'il m'est permis de conserver, ne peut souffrir aucune atteinte de vos injustes emportements. M. le premier chirurgien du roi et la compagnie dont j'ai l'honneur d'être l'interprète ont approuvé mon travail. Je croirais même pouvoir me flatter de votre approbation,

offrent une coloration rougeâtre, violacée, extrêmement accentuée. Presque toutes les plaques de foyer sont tuméfiées, saillantes, pointillées de noir, légèrement ramollies; mais sur quelques-unes il existe des groupes de follicules beaucoup plus volumineux, ramollis et ulcérés: ces ulcérations ont leurs bords livides, déchiquetés, décollés, et laissent voir à nu la couche musculeuse; plusieurs contiennent un petit caillot noirâtre que le scalpel détache facilement. De nombreuses ulcérations de 1 à 1 1/2 centimètre de diamètre siégent sur les follicules isolés qui semblent plus spécialement atteints que ceux réunis en plaques; nulle part on ne trouve cette matière jaune, caséeuse, qui constitue les plaques dures. Les ganglions mésentériques sont volumineux, violacés, charnus à la coupe; ils ne contiennent pas de matière tuberculeuse. La rate est tuméfiée, noirâtre, se laisse facilement pénétrer par les doigts; le foie, les reins ne présentent rien d'anormal. Les poumons sont congestionnés, mais crépitants; ils ne sont nullement tuberculeux.

Pendant les deux premiers jours du séjour de cet homme à l'hôpital, le diagnostic fut indécis; on crut avoir affaire à une fièvre typhoïde: la fièvre, l'anorexie, l'absence de lésions appréciables dans les divers organes, l'excitation cérébrale légère, tout en un mot imposait un diagnostic réservé et semblait annoncer une fièvre typhoïde en voie de développement. Mais bientôt la constipation, l'absence d'épistaxis, de taches rosées, la forme du délire et ces mille nuances délicates dont l'appréciation constitue le tact médical, conduisirent le médecin traitant, M. le docteur Cambay, à porter le diagnostic de méningo-encéphalite aiguë. Dans les derniers jours de la maladie, quand on vit la déviation de la face, l'hémiplégie, le coma, etc., les réserves qu'on avait faites jusque-là furent abandonnées, et l'on rejeta la pensée d'une fièvre typhoïde; à l'autopsie surtout, les lésions des centres nerveux étaient si manifestes, si bien d'accord avec les symptômes observés, qu'on aurait pu être tenté d'arrêter là l'examen nécroscopique. Aussi que ne fut pas notre étonnement, en continuant nos recherches, de trouver en même temps les lésions de la fièvre typhoïde?

Une particularité qui nous frappa tout d'abord, c'est que les ulcérations de l'intestin, au lieu de siéger sur une plaque tout entière, semblaient affectionner de préférence les follicules isolés proprement dits, ou un petit groupe de ceux dont l'agglomération constitue les plaques de Peyer. C'est souvent ce qu'on observe dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin, et, dans cette hypothèse, un lien naturel réunissait les lésions des méninges et celles du tube digestif. Mais une recherche minutieuse ne nous fit découvrir dans les diverses séreuses, et spécialement sous l'arachnoïde, aucune espèce de granulations ni de dépôts tuberculeux; les poumons étaient sains; force était de trouver une autre explication.

Il n'était pas possible non plus d'invoquer l'action des purgatifs; le malade n'avait pris qu'un gramme de calomel, deux bouteilles d'eau de Sedlitz et des lavements laxatifs; il n'existait aucune trace de stomatite mercurielle, et les lésions étaient trop bien localisées à la partie inférieure de l'iléum.

Le malade avait été complétement sourd pendant plusieurs jours: cette surdité est souvent liée à une otite interne, et j'ai eu l'occasion de voir des traces irrécusables de cette inflammation sur d'habiles préparations faites par un de mes premiers maîtres, M. le professeur Hélie, directeur de l'École secondaire de Nantes. Peut-être l'inflammation, en se propageant de la caisse aux cellules mastoïdiennes, des canaux demi-circulaires aux parois osseuses et à la dure-mère crânienne, peut-être cette otite avait-elle été le point de départ d'une méningite étendue; mais il fut facile de constater l'intégrité complète de l'oreille profonde, du rocher et de la dure-mère qui le tapisse. Il n'y avait eu d'ailleurs aucun écoulement purulent à l'extérieur, et ces méningites, à la suite d'otite, surviennent presque toujours à une époque avancée, sinon pendant la convalescence de la fièvre typhoïde: or notre malade est mort neuf jours après son entrée à l'hôpital, treize jours après avoir éprouvé les premiers troubles de santé.

Les lésions de l'intestin concordent bien avec celles qu'on trouve d'ordinaire à cette époque peu avancée de la maladie; il n'y a point encore, il n'y avait pas ici ces escarres an sacrum, ces parotides, ces suppurations profondes qui sont l'indice d'une altération du sang et qui l'entretiennent. Dans ces conditions, les moindres causes produisent du pus dans les divers organes, comme dans les deux observations de M. Louis.

Chez notre malade, et c'est là un des points intéressants, laquelle des deux affections a précédé l'autre? en est-il une qui mérite le nom de secondaire?

Si l'on consulte les auteurs qui ont écrit sur la méningite, on voit qu'il est à peine question des méningites secondaires dans les maladies aiguës; toute l'attention semble absorbée par la tuberculisation des méninges. M. Bouillaud seul, dans sa *Nosographie médicale*, t. II, p. 37, fait une troisième classe des causes de méningites, celles par réaction de diverses phlegmasies, pneumonies, entéro-mésentérites. Au milieu de pages excellentes, le savant professeur tend à généraliser extrêmement cette complication de l'entéro-mésentérite, comme il l'appelle, par la méningite, et nous craindrions, en le suivant, d'être en désaccord avec le plus grand nombre des autres auteurs.

« Lorsque, dans l'entéro mésentérite, dit-il, il y a des soubresauts « de tendons, de l'agitation, du délire, c'est qu'il existe une véritable « méningite à un degré plus ou moins prononcé. » (T. III, p. 122 et p. 110.)

Les recherches de M. Louis, que nous citions en commençant, montrent avec quelles restrictions il faudrait accepter l'opinion de M. Bouillaud.

Nous n'avons trouvé qu'un nombre restreint d'observations de méningo-encéphalite accompagnant la fièvre typhoïde. Forget, dans son *Traité de l'entérite folliculeuse*, en cite un cas (page 332, obs. 37), où les lésions cérébrales se réduisaient à l'injection des méninges, avec un épanchement *séro-sanguinolent* ou nappe sous l'arachnoïde. M. Bouillaud (*loc. cit.*, t. III, p. 110); M. Gubler (*Archives*, t. XV, p. 406). en donnent quelques exemples.

Mais il importe beaucoup de distinguer la méningite qui débute pour ainsi dire en même temps que la fièvre typhoïde, de celle qui se développe à une époque avancée ou pendant la convalescence. La paralysie générale aiguë qui, d'après M. Beau, s'accompagne de ramollissement inflammatoire de la substance grise, est survenue dans toutes les observations à la suite d'une impression morale vive, vers le troisième ou quatrième septénaire, et qui a provoqué une rechute.

---

s'il vous était possible d'examiner de sens froid (1) ce que j'ai dit et de *me savoir gré de ce que j'ai tu.* »

Ce dernier membre de phrase n'est pas, comme on pourrait le supposer, une espèce de figure qu'aurait employée Louis pour sa défense. L'Eloge de Lecat abonde, il est vrai, en insinuations, en réticences, et pourtant le secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie n'a pas dit tout ce qu'il savait; il ne s'est pas même permis une allusion au sujet de cette affaire, dont les pièces sont entre nos mains et que nous pouvons révéler aujourd'hui sans crainte d'offenser personne.

J. M. Guardia.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de l'un de ces modestes praticiens dont le dévouement à leurs semblables honore entre toutes la profession médicale.

Berthelot (Jacques-Martin), né à Sury-aux-Bois (Loiret), le 11 septembre 1799, mort à Neuilly (Seine) le 3 janvier 1864, à l'âge de 64 ans. Orphelin dès son enfance, et sans aucune fortune, il triompha à force de travail des premières difficultés de la vie. Après avoir été chef de clinique de Récamier, il fut reçu docteur en médecine en 1825; il continua pendant plusieurs années à publier dans les recueils périodiques des observations et des recherches qui se distinguent par un esprit attentif et mesuré. On retrouve les mêmes qualités dans un ouvrage où il a réuni les résultats de sa pratique relatifs au choléra de 1832.

Cependant les soins d'une clientèle toujours plus nombreuse et dans laquelle le pauvre et le riche étaient traités avec la même sollicitude, absorbaient de plus en plus l'activité d'une nature passionnée pour ses devoirs. Son amour pour la science et pour les choses de l'esprit continuèrent à se manifester dans les discussions des sociétés scientifiques dont il faisait partie, et, s'il nous est permis de trahir les secrets de la famille, dans la direction donnée aux études de son fils, devenu aujourd'hui l'un de nos chimistes les plus éminents et l'un de nos professeurs les plus distingués.

Médecin du bureau de bienfaisance du 6e arrondissement (ancien), pendant trente ans, dans un des quartiers les plus pauvres et les plus populeux de Paris, décoré de juillet pour les soins donnés aux blessés en 1830, honoré de deux médailles à la suite des épidémies de choléra de 1832 et de 1849, décoré de la Légion d'honneur après les journées de juin 1848, la dignité de sa vie, la bonté et l'élévation de son caractère lui avaient attiré la sympathie générale. Tant d'efforts et de dévouement finirent par abattre ses forces. Il dut se retirer en 1861, dans un état d'épuisement désormais irréparable et qui l'a conduit au

(1) M. F. Dubois, qui a reproduit cette lettre dans ses notes à l'Eloge de Lecat, a imprimé *de sang-froid;* mais la minute de la lettre, qui est de la main de Louis, n'autorise point cette correction ou cette variante.

Chez notre malade, les ulcérations intestinales se développaient encore, que déjà du pus se formait dans les méninges.

Dans les inflammations les plus franches, dans la pneumonie par exemple, on a vu parfois la complication d'une méningite aiguë, rapidement mortelle. M. Louis en cite une observation dans ses *Recherches sur la fièvre typhoïde*, tome I, page 359. M. Racle, dans sa *Thèse inaugurale*, 1848, en cite deux autres, n°s 16 et 17; il insiste sur la fréquence de cette coïncidence, et il cherche à l'expliquer par une diathèse inflammatoire. Ne pourrait-on pas, dans bien des cas, en trouver l'origine, la cause dans les habitudes invétérées d'ivrognerie, l'âge, la décrépitude prématurée de certains malades, l'étendue extrême et le degré avancé des lésions pulmonaires (pneumonies doubles au troisième degré)? Telles sont, en effet, les conditions que nous trouvons notées dans la plupart des observations. En acceptant l'analogie entre la pneumonie et la fièvre typhoïde, en tant que maladie aiguë, fébrile, nous ne trouvons dans ce qui précède aucune interprétation satisfaisante du fait qui nous occupe. Dire avec M. Racle que le cerveau s'enflamme dans la fièvre typhoïde de la même manière que le poumon se congestionne et s'engoue, ce n'est qu'éloigner la difficulté et comparer des choses qui ne sont peut-être pas comparables.

Mais en présence du malade dont nous avons rapporté l'histoire, il est une affection à laquelle nous avons songé malgré nous, dans un hôpital militaire, à Versailles surtout: nous voulons parler de la méningite cérébro-spinale, que d'autres ont appelée méningo-typhus : bâtons-nous de dire que nul fait analogue ne s'est montré dans la garnison, que le canal rachidien n'a pas été ouvert, que rien en un mot ne nous autorise à penser que nous ayons eu affaire à un cas de cette terrible épidémie. Nous ne voulons faire qu'un simple rapprochement. Les lésions intestinales manquent dans la méningite épidémique tout comme elles manquent dans la fièvre puerpérale, par exemple; mais dans l'une comme dans l'autre, on voit une maladie infectieuse, zymotique, septique, caractérisée par une tendance singulière à produire du pus. De même encore dans la variole, il n'est pas très-rare de voir se développer des inflammations et des suppurations viscérales, dans le cours même de la maladie, indépendamment de la diathèse dite pyogénique qui se manifeste surtout dans la convalescence. Ceux qui s'efforcent de rapprocher la dothinenthérie des fièvres éruptives, et particulièrement de la variole, trouveraient peut-être un nouveau point de comparaison dans cette complication, rare d'ailleurs, de la fièvre typhoïde par la méningo-encéphalite.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES; par le docteur GALLAVARDIN (de Lyon).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

PARALYSIE DE LA MOTILITÉ ET DE LA SENSIBILITÉ DES QUATRE MEMBRES, DES SPHINCTERS VÉSICAL ET ANAL; DEMI-PARALYSIE DU PHARYNX, DE LA LANGUE ET DES MUSCLES RESPIRATEURS (SYMPTÔMES APOPLECTIQUES?); GUÉRISON PASSAGÈRE.

OBS. XIV. — Une femme âgée de 48 ans, mère de plusieurs enfants, était atteinte, un mois avant son entrée à la Policlinique de Berlin, d'une fièvre tierce qu'elle avait négligée. Un jour, au commencement de l'accès, la malade tomba par terre avec perte de connaissance; elle revint cependant à elle au bout de quelques heures, mais elle se trouva paralysée.

Les accès de fièvre n'étant plus aussi réguliers qu'autrefois et ne se terminant plus par des sueurs ni par des urines, la paralysie augmenta de jour en jour, et à la fièvre intermittente succéda une fièvre rémittente.

Le 26 avril, les quatre membres étaient privés de mouvement et de sensibilité: les selles et les urines coulaient involontairement, la déglutition, les mouvements de la langue et la respiration ne s'exécutaient qu'avec difficulté; il y avait chute des paupières supérieures. La malade avait conservé toute son intelligence; elle répondait en bégayant, mais encore avec précision.

Le 1er mai, somnolence, perte de l'appétit; les extrémités inférieures commencent à s'atrophier, il se déclare un asthme opiniâtre. On prescrit deux grains de phosphore dans 2 gros 1/2 d'éther sulfurique, à prendre quatre fois par jour, 25 gouttes dans une décoction de salep.

Les effets de ce remède se manifestèrent déjà le 3. L'excrétion des urines et des selles ne se fit plus involontairement; la malade se sentit plus de force dans les extrémités supérieures, et put même, avec ses mains, porter une cuillerée de vin à la bouche. Les extrémités inférieures résistèrent un peu plus longtemps à l'action du remède, cependant la somnolence se perdit peu à peu, la transpiration se rétablit, et bientôt elle fut en état de se traîner quelques pas dans sa chambre.

Le 13 mai, on prescrivit encore le phosphore de la manière suivante :

Phosphore.............	2 grains.
Huile de pavot..........	3 gros.
Gomme arabique........	4 onces.
Eau de Fenouil.........	4 —

A prendre une cuillerée quatre fois par jour.

Le 14 mai, la malade se trouva beaucoup mieux et pouvait parler plus facilement.

Cependant l'asthme et le décubitus firent des progrès, et à ce moment la malade fut négligée par ses gardes, qui ne lui donnèrent plus ses remèdes avec l'exactitude nécessaire.

Aussi la maladie, restée stationnaire pendant quelque temps, fit bientôt des progrès : le mouvement des extrémités diminua visiblement; les forces s'épuisèrent; la fièvre devint continue; le pouls petit, accéléré, intermittent, et la malade expira dans un accès d'asthme. (*Hufeland's journal*, 1811, 6 st., p. 72. — *Bibliotheque de thérapeutique de Bayle*, t. II, p. 45.)

PARALYSIE DE LA LANGUE ET DE LA VUE CHEZ UNE JEUNE FILLE A LA SUITE D'UN REFROIDISSEMENT ET DE LA SUPPRESSION DES RÈGLES.

OBS. XV. — J. Worm, fille de service, âgée de 18 ans, douée d'une forte et solide constitution, charnue, épaisse et extraordinairement phlegmatique, prit un refroidissement à la suite de nombreuses averses pendant la fenaison de l'année 1813, précisément à l'époque de l'écoulement menstruel. Le soir même, atteinte des frissons de la fièvre, elle éprouva des tiraillements partout le corps, de violentes douleurs, du malaise, de la pesanteur dans tous les membres, une soif inextinguible avec une chaleur brûlante, et ses règles s'arrêtèrent. Le lendemain d'une nuit sans sommeil, elle se plaignait d'une sensation particulière dans la région frontale, tout lui paraissait sombre devant les yeux, et elle parlait d'une façon très-inintelligible.

---

tombeau, après deux années de cruelles souffrances supportées avec une résignation toute chrétienne. Dans sa dernière retraite, il a eu du moins la satisfaction de se voir suivi par l'estime publique, comme par l'affection et la reconnaissance de tous ceux qui l'ont connu.

— Par divers décrets en date du 31 décembre 1863, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Longet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris; Sédillot, médecin-inspecteur.

Au grade d'officier : MM. Cambay, médecin principal de première classe; Martinenq, ancien chirurgien de la marine; Roubin, chirurgien professeur de la marine; Gourrier, chirurgien principal de la marine; Salis, chirurgien de première classe de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Jean, médecin aide-major commissionné; Dezon, Réju, Roure, Janin, Bertrand, Réeb et Fleury, médecins-majors de deuxième classe, Coulier, pharmacien-major de première classe; Glandier et Boyard Berthier, vétérinaires en premier; Favelier, vétérinaires en deuxième; Borel et Trémoulé, infirmiers-majors; Casal et Franquet, chirurgiens de première classe de la marine; Massion, chirurgien de deuxième classe de la marine; Aubert, Fournier, chirurgiens de première classe de la marine; Bonnescuelle de Lespinois, chirurgien de deuxième classe de la marine; Coutances, pharmacien de première classe de la marine; Germain, vétérinaire en second; Masson, infirmier-major à bord de *la Normandie*.

— Par décret en date du 31 décembre 1863, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires :

A un emploi de médecin principal de première classe : M. Marit, médecin principal de deuxième classe;

A deux emplois de médecin principal de deuxième classe : MM. Durand et Strauss, médecins-majors de première classe.

— ASSOCIATION GÉNÉRALE. — Dans sa séance du 6 janvier, le conseil général a procédé à l'élection des membres de la commission de surveillance de la caisse des pensions viagères d'assistance. Ont été nommés : MM. Bosviel, avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation; Davenne, ancien directeur de l'Assistance publique, et le docteur Brun, trésorier de la Société centrale.

Un don de la somme de 500 fr. vient d'être fait à l'Association générale par madame Henry de Saint-Arnould, veuve de l'honorable confrère de ce nom, que l'Association a perdu l'année dernière.

Un don de la somme de 100 fr., affecté à la caisse des pensions viagères d'assistance, a été fait par M. le docteur Durand-Fardel.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 6 janvier, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville.

Le même jour, le docteur Henning lui trouva une violente fièvre ; le pouls à 90, dur et très-plein ; une parole peu intelligible quand elle se plaignait d'une céphalalgie intolérable, de maux de cœur, de goût amer, d'envie de vomir et d'une violente soif.

Après avoir subi un traitement antiphlogistique, la jeune fille était beaucoup plus malade le jour suivant. La fièvre était, il est vrai, mieux réglée et le pouls moins fort, mais la parole consistait en un simple balbutiement inintelligible ; la vue était incapable de rien distinguer ; les deux pupilles très-dilatées, complétement insensibles et immobiles ; les vaisseaux de la sclérotique et des conjonctives fortement engorgés.

Après différents essais de traitement pendant deux semaines, la parole était devenue plus compréhensible. Les règles, impatiemment attendues, parurent à leur époque ordinaire, accompagnées de fortes crampes, et coulèrent du 4 au 7 juillet sans interruption et passablement fortes. Mais la parole n'en devint pas plus intelligible ; le regard était fixe ; les pupilles insensibles, inexcitables, dilatées largement et incapables de percevoir le moindre rayon lumineux.

Le docteur Henning prescrivit de l'huile phosphorée, en fit prendre 20 gouttes trois fois par jour, et en même temps conseilla de frictionner les arcades sourcilières avec du beaume d'Hoffmann, tous les autres remèdes étant mis de côté. Le résultat de ce traitement fut si surprenant qu'au bout de huit jours la jeune fille voyait et parlait aussi bien qu'avant la maladie. Trois ans après, elle était encore bien portante. (*Journal d'Hufeland*, 1817, t. XLIV, p. 52-60.)

PARAPLÉGIE.

Obs. XVI. — Un officier russe, âgé de 29 ans, d'une constitution très-délicate, entra à l'hôpital de Luoebourn pour y être traité d'une paralysie des membres inférieurs. Il avait eu précédemment une maladie vénérienne, contre laquelle il avait pris du mercure sous différentes formes.

Gumprecht, considérant cette paraplégie comme symptomatique de la syphilis, prescrivit au malade du précipité rouge de mercure. Celui-ci n'ayant produit aucun résultat, il lui administra le phosphore à l'intérieur et en frictions :

Phosphore	4 grains.
Ether sulfurique	1/2 once.
Huile de menthe poivrée	4 scrupules.

Prendre toutes les trois heures 10 gouttes de ce mélange dans une tasse de décoction d'avoine.

Dans l'espace de trois jours, le malade éprouva un soulagement manifeste ; il put faire quelques pas dans la chambre sans appui. La dose de phosphore fut augmentée graduellement à l'intérieur et à l'extérieur, et avant la fin de la sixième semaine, cet officier était parfaitement guéri. (Gumprecht, *The London Med. Repository*, mars 1815.—*Bibliothèque de thérapeutique de Bayle*, t. II, p. 84.)

PARALYSIE DES DEUX BRAS A LA SUITE D'ACCÈS DE GOUTTE.

Obs. XVII. — Un officier de la milice russe atteint de cette paralysie fut guéri par l'application d'un onguent phosphoré sur les parties malades. (*Idem.*)

PARAPLÉGIE DATANT DE TROIS ANS ET DEMI.

Obs. XVIII. — Une jeune fille de 16 ans, d'une très-faible constitution, fort amaigrie, pas encore réglée, était atteinte d'une paralysie de la moelle épinière. Depuis trois ans elle n'avait pas quitté le lit ; elle ne pouvait ni se retourner ni s'asseoir ; elle s'affaissait et retombait immobile quand on la retirait de sa couchette ; mais elle avait un bon sommeil, des selles normales et pas de douleurs ni de fièvre bien caractérisées. On ne pouvait dire d'une manière certaine la cause de sa paralysie, qui avait apparu peu à peu et s'était accrue graduellement. Un médecin déjà l'avait traitée sans succès, quand le docteur Franke lui prescrivit une solution de phosphore dans l'éther sulfurique, à prendre 25 gouttes quatre fois par jour. Cette médication fut si efficace que, après l'avoir employée durant deux mois, la malade put quitter son lit, ce qu'elle n'avait pas fait depuis trois ans et demi, et l'amélioration augmentant, elle commença à marcher.

En juin 1820, les règles parurent pour la première fois. Tout en continuant le phosphore, la jeune fille prit des bains tièdes au sulfure de potasse, et, au mois d'août, elle pouvait déjà marcher, sans efforts et sans bâton, l'espace d'un demi-mille (près de 4 kilomètres). L'amélioration persista. (Franke, de Landsberg.—*Hufeland's journal*, juillet 1824, p. 112.)

Obs. XIX. — Paralysie du côté de la face, a la suite d'un érysipèle du même côté, chez une jeune fille de 19 ans.

On prescrivit :

Onguent d'althéa et huile phosphorés	1/2 once.
Huile de jusquiame	2 onces.

Le matin d'abord, puis matin et soir, on fit des frictions sur la partie paralysée avec une cuillerée à café de mélange. La guérison fut complète au bout de huit semaines. (Tott, *Summarium*, t. XII.—*Schmidt's Jahrbuecher*, 1er supplément.)

Obs. XX. — Charles-Auguste Tott mentionne deux cas de *paralysie* (de quelle partie ?) guéris par l'huile phosphorée.

Je me demande si l'un de ces deux cas ne serait pas le même que celui mentionné dans l'observation précédente. (*Siebold's journal für Geburtsh.*, 1833, t. XIII, p. 318.)

HÉMIPLÉGIE ; PARALYSIE DE LA LANGUE ; DYSPNÉE ; A LA SUITE DE LA SYPHILIS, HÉMIPLÉGIE GUÉRIE PAR L'IODURE DE POTASSIUM ; PARALYSIE DE LA LANGUE GUÉRIE PAR LE PHOSPHORE.

Obs. XXI. — P. Z., âgé de 45 ans, d'une structure bien proportionnée, d'un tempérament sanguin-artériel, d'une position de fortune indépendante, avait déjà été atteint plusieurs fois d'affections syphilitiques, la dernière fois pendant le printemps 1840. Le chancre avait été guéri par le sublimé de Dzondi, mais à la suite avaient apparu une faiblesse et un amaigrissement considérables.

En novembre 1840, sans cause appréciable il fut pris d'une hémiplégie du côté gauche, contre laquelle plusieurs remèdes furent employés avec des résultats partiels.

Le 8 janvier 1841, les extrémités du côté paralysé pouvaient exécuter quelques mouvements, les yeux étaient tirés du côté gauche, l'œil gauche était fermé, la parole consistait en un balbutiement inintelligible, et il pouvait tirer la langue seulement du côté gauche. Les battements du cœur étaient plus lents, la respiration pénible et irrégulière, ce qui faisait tousser le malade continuellement sans qu'il pût expectorer. Eu avalant des liquides particulièrement, il déterminait une violente toux avec nausées qui le plus souvent étaient suivies de vomissements. La constipation était opiniâtre, la sécrétion urinaire normale, le sensorium nullement troublé. Dans la présomption que la syphilis était la cause déterminante de cette maladie, l'iodure de potassium fut administré à très-fortes doses. Tout fut amélioré peu à peu, mais il n'y eut aucun changement dans la parole balbutiante et la respiration bruyante. La strychnine, le quinquina, l'arnica, furent essayés successivement sans apporter aucun soulagement.

Après avoir laissé le malade huit jours sans traitement, le docteur Jankowich lui prescrivit :

Le phosphore		2 grains.
dissous dans	huile de térébenthine	2 scrupules.
	huile aromatisée	1 scrupule.
	éther sulfurique	2 gros.

Au début, le malade en prenait toutes les deux heures 6 gouttes sur du sucre ; plus tard il arriva progressivement à en prendre 20 gouttes.

Son aspect s'améliora de jour en jour, il prit des forces, cette toux d'un si mauvais présage et la respiration bruyante disparurent, la parole revint, mais le malade resta néanmoins un peu plus lourd qu'avant son hémiplégie. Il cessa le traitement après avoir pris 14 grains de phosphore, depuis le 10 mars jusqu'au 20 avril. (Docteur Jankowich, de Bude. — *Oestreichische med. Wochenschrift*, 1841, 2e trimestre, p. 580-82.)

AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL DU SYSTÈME MUSCULAIRE AVEC TREMBLEMENT DES MEMBRES PRODUIT PAR DES ÉMANATIONS SATURNINES ; AMÉLIORATION PAR LE PHOSPHORE, PUIS EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE DONNÉ A TROP FORTE DOSE.

Obs. XXII. — Un homme de 49 ans avait un affaiblissement général du système musculaire, avec tremblement des membres, produit par des émanations saturnines. Il avait été traité pendant longtemps par la strychnine et le chlorhydrate de morphine, il était sans fièvre. On prescrit une potion contenant 4 grammes d'éther phosphoré, qui représentait 12 milligrammes de phosphore ; pendant sept jours la potion fut continuée, et la dose de phosphore portée à 25 milligrammes, en même temps qu'une pommade phosphorée est ordonnée. Amélioration. Le huitième jour, prescription de 5 centigrammes de phosphore en dissolution dans de l'huile et mêlé à une potion émulsive. Saveur désagréable et sensation âcre et brûlante dans la gorge. Le lendemain, on continue l'usage de la potion ; mais elle avait été exposée au soleil et répandait des vapeurs abondantes d'acide hypophosphorique. A la troisième cuillerée, symptômes d'empoisonnement qui, le lendemain, augmentent en s'accompagnant de douleurs générales dans les membres et d'un affaiblissement de plus en plus considérable. Mort dans les vingt-quatre heures. (Martin-Solon, *Toxicologie d'Orfila*, 1852, t. I, p. 84.)

(La suite au prochain numéro.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

5° DIGITALE CONTRE L'ALIÉNATION MENTALE. — 6° TRAITEMENT DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE PAR LES PURGATIFS. — 7° ALCOOL A HAUTES DOSES DANS QUELQUES CAS D'ACCÈS D'ASTHME.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

EMPLOI DE LA DIGITALE CONTRE L'ALIÉNATION MENTALE.

Puisque nous sommes en train de dépouiller les journaux d'outre-Manche, mentionnons encore, d'après le *British medical journal*, les essais faits par M. Robertson contre l'aliénation mentale à l'aide de la teinture de digitale. Ce praticien a d'abord constaté que, dans la manie aiguë récente, elle déprime le pouls, cause des nausées, mais ne procure qu'un soulagement momentané, limité au temps durant lequel persévèrent les effets toxiques. Il n'en est pas de même pour l'excitation maniaque qui s'observe pendant le second degré de la paralysie générale. Ici la digitale agit presque comme spécifique, à titre de sédatif. Elle permet aux malades de passer dans un calme complet cette période de leur maladie, durant laquelle ils donnent tant de tourments et d'angoisses à ceux qui les entourent et qui sont chargés de les surveiller.

Il est remarquable que, dans ce cas, tout l'effet du remède se borne à produire du calme, sans que les fonctions organiques en ressentent la moindre perturbation. L'estomac est épargné. L'appétit semble même s'accroître, le pouls subit à peine un peu de dépression. Mais, si l'on veut obtenir de cette médication ses pleins effets, il ne faut pas l'interrompre un seul jour, tant que le résultat définitif n'est pas atteint.

M. Robertson l'a encore trouvée efficace dans la manie chronique avec des goûts destructifs, et dans la manie compliquée de phthisie, forme qui s'observe assez fréquemment dans les asiles d'aliénés.

Quant aux doses, il n'a jamais porté la quantité quotidienne de la teinture de digitale jusqu'à 15 grammes, ainsi qu'on l'a conseillé. A ce degré, elle serait toxique. Il en donne seulement 2 grammes deux ou trois fois par jour, et, au bout de deux ou trois semaines, cette médication apporte un apaisement complet et définitif à l'excitation cérébrale.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE PAR LES PURGATIFS.

Le traitement de la fièvre puerpérale par les purgatifs énergiques et répétés, fort préconisé au commencement de ce siècle par un certain nombre d'accoucheurs anglais, à peu près complètement abandonné depuis, a été remis en honneur récemment par M. Seyfert (de Prague). C'est après avoir étudié la pratique de ce médecin que M. Breslau s'est décidé à son tour à essayer cette méthode.

Les faits dont il rend compte dans son travail sont au nombre de 28. L'auteur n'entend pas affirmer que dans ces 28 cas il se soit toujours agi de véritables fièvres puerpérales, le traitement ayant été mis en exécution dans des cas douteux, dont une issue heureuse n'a pas permis de fixer la nature d'une manière tout à fait démonstrative. Toutefois les observations de ce genre ne sont guère qu'au nombre de 6; il en reste toujours 22 qu'on ne saurait récuser, et la plupart d'entre elles sont relatives aux formes les plus périlleuses de la fièvre puerpérale.

Voici quel a été, au total, le résultat du traitement :

Sur les 28 malades, 3 seulement succombèrent. En acceptant le chiffre restreint de 22, la mortalité n'est encore que de 13,6 pour 100, tandis que les proportions les plus habituelles varient de 25 à 40 pour 100. Parmi les 25 cas suivis de guérison, on compte 19 fièvres puerpérales graves. Deux fois seulement des affections consécutives sont survenues (un abcès pelvien et une mastite métastatique). L'influence avantageuse des purgatifs a toujours paru évidente : à part le soulagement éprouvé par les malades, leur emploi était suivi d'une diminution de la fièvre, d'un abaissement de la température, d'un ralentissement du pouls, de la disparition du météorisme et de la rétraction de l'utérus.

Les règles auxquelles M. Breslau s'est conformé, et qu'il recommande de suivre, sont les suivantes :

1° Il faut administrer un purgatif le plus tôt possible, et, dans tous les cas, avant que vingt-quatre heures ne se soient écoulées depuis le début de la fièvre. Dans tous les cas où la fièvre atteint rapidement une grande intensité, on ne devra pas hésiter, alors même qu'il est douteux si l'on a affaire à une fièvre puerpérale ou seulement à une fièvre d'irritation, à la fièvre de lait. Un purgatif donné dans ces conditions sera toujours exempt d'inconvénients, et il peut y avoir des dangers sérieux à en différer l'administration.

2° Il convient d'employer d'emblée un purgatif énergique et de le répéter dans un terme plus ou moins prochain, et à diverses reprises, lorsque les circonstances l'exigent. M. Breslau emploie de préférence un purgatif composé de 2 à 3 onces d'infusion de séné et 4 à 16 grammes de sel de Seignette ou de sulfate de magnésie : on obtient ainsi de deux à vingt selles. Mais ce n'est pas au nombre des évacuations qu'il faut attacher le plus d'importance, c'est de leur abondance surtout qu'il faut tenir compte, et ce sont surtout les selles franchement diarrhéiques qui exercent une influence décisive, critique, sur la marche de la maladie.

On répète le purgatif lorsqu'une première dose n'a pas produit un effet décisif et durable. Il est rare qu'une seule purgation suffise, et il convient de la répéter dès que la maladie paraît s'aggraver. L'auteur a alors recours le plus souvent à l'huile de ricin, au calomel, au jalap, etc. La persistance de la diarrhée après la première administration d'un purgatif est ordinairement l'indice d'une modification avantageuse et dispense le médecin de répéter le médicament.

3° Les purgatifs ne sont pas contre-indiqués par l'existence actuelle d'une péritonite générale ou partielle, d'une ovarite, d'une salpingite; donnés dans ces conditions, ils exercent une action antiphlogistique éminemment utile.

4° On peut, du reste, associer aux purgatifs d'autres moyens thérapeutiques (sangsues, frictions mercurielles, cataplasmes froids ou tièdes), lorsque les symptômes d'une péritonite commençante dominent. (*Archiv der Heilkunde*, 1863, 2e livraison.)

DE L'ALCOOL A HAUTE DOSE DANS QUELQUES CAS D'ACCÈS D'ASTHME.

Enfin nous livrons à l'appréciation de nos lecteurs le résumé d'un travail de M. Hyde Salter relatif à l'asthme :

Dans son excellent *Traité de l'asthme*, M. Hyde Salter, de même que tous les auteurs et les praticiens, est d'avis que les spiritueux doivent être proscrits du régime des asthmatiques. C'est une opinion qui, depuis la publication de son livre, n'a pas changé chez l'honorable professeur : il pense toujours que pour ces malades l'eau pure est la meilleure de toutes les boissons. Cependant il a eu occasion de voir des exemples démontrant, dit-il, que dans certains cas l'alcool possède à un haut degré le pouvoir d'arrêter ou de prévenir les accès de cette cruelle maladie.

M. Hyde Salter rapporte trois faits de ce genre.

Quant au mode suivant lequel les alcooliques peuvent agir dans l'asthme, M. Hyde Salter pense que c'est à la manière de tous les stimulants, tels que le café, les fortes émotions morales, etc., qui, en vertu de ce qu'il appelle une « dérivation nerveuse, » faute d'autre expression, arrêtent le développement d'un accès d'asthme, de la même manière qu'on voit, sous des influences analogues, une attaque d'épilepsie s'arrêter à son début.

Quoi qu'il en soit, l'alcool ne doit pas être donné comme faisant partie du régime, c'est-à-dire aux repas, ni être pris par petites quantités répétées graduellement. — Il faut au contraire l'administrer de suite à dose suffisante pour développer son action physiologique. — Les formes les plus concentrées sont les meilleures, l'eau-de-vie (*brandy*), le whisky, le gin, les formes plus faibles étant inefficaces en proportion de leur dilution. — Pour une raison ou pour une autre, mais probablement parce qu'il en résulte un accroissement de stimulation, l'alcool, dans de tels cas, doit être pris chaud, non pas tiède, mais très-chaud. — Enfin, la continuation de son usage réclame l'augmentation constante des doses, sans quoi les mêmes effets cesseraient d'être obtenus. (*Lancet*, novembre 1863.)

E. SALVA.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

III. WURZBURGER MEDICINISCHE ZEITSCHRIFT;
rédigé par BAMBERGER, FOERSTER et SCANZONI.

Les six cahiers composant le tome III (année 1862) renferment les travaux originaux suivants : 1° *De la présence du pigment grenu du sang dans l'urine*, par Mettenheimer. (L'élimination du pigment grenu du sang par l'urine est un phénomène plus général qu'on ne l'avait

cru jusqu'à présent. Ce phénomène, que l'auteur appelle *hématinurie*, ne se produit pas seulement après les fièvres intermittentes, comme l'a vu Oppolzer, il a lieu aussi dans le cours de la phthisie pulmonaire, quand cette maladie est accompagnée d'un état congestionnel des organes abdominaux. Le mémoire de M. Mettenheimer renferme plusieurs observations de tuberculeux chez lesquels l'urine offrait cette particularité. 2° *De quelques causes de l'enrouement catarrhal*, par C. Gerhart. (Boursouflement de la muqueuse laryngée constatée à l'aide du laryngoscope.) 3° *Cas de croup*, par le même. 4° *Cas d'inflammation de l'appendice vermiforme*, par E. Büchner. (Péritonite; abcès développé autour de l'appendice cœcal en partie détruit.) 5° *Sur la péricardite*, par Fréd. Roth. 6° *Un mot sur Mergentheim*, par J. B. Herz. (Note sur les eaux minérales de cette localité. 7° *Examen anatomique d'un monstre pérobrachié*, par Edwin Wagner. (Monstruosité par défaut. Description d'un fœtus né vers le commencement du septième mois.) 8° *Cas d'etranglement interne*, par Alfred Steiger. 9° *Opérations de kystes de la glande thyroïde*, par Steiger. (Relation de cinq opérations dont deux suivies de mort.) 10° *Chute du rectum occasionnée par des tumeurs hemorrhoïdales*, par Friedheim. 11° *Sur le colobome de l'œil*, par Ch. Baeumler. (Cinq observations dans lesquelles l'ophthalmoscope a permis de découvrir d'autres fentes que celle qu'on observe primitivement sur l'iris, circonstance qui modifie la théorie du colobome et la fait s'accorder avec l'embryogénie.) 12° *De l'entérosténose*, par Frédéric Roth. (Relation de plusieurs cas de rétrécissements aigus et chroniques.) 13° *Réponse au professeur Bamberger, à Würzburg*, par N. Friedreich. (Polémique au sujet des maladies du cœur.) 14° *Des différences qui existent entre les affections syphilitiques*, par Lindwurm. (Il est positif que la syphilis se présente sous des formes différentes, mais conclure de là que ces différentes formes sont déterminées par des virus distincts, cela nous paraît inadmissible. L'auteur reconnaît trois syphilis : la gonorrhée, le chancre et la syphilis constitutionnelle, et il dit que chacune de ces maladies a son virus propre et spécifique!) 15° *Position et mouvement du cœur*, par A. Geigel. 16° *Communications tirées de l'établissement anatomo-pathologique de Würzburg*, par A. Fœrster. (Articles sur les maladies du cerveau, sur la leucémie et sur diverses monstruosités.) 17° *Réplique au professeur Friedreich, à Heidelberg*, par H. Bamberger. 18° *Cas d'intussusception*, par A. Seofft. 19° *Paracentèse de la vessie urinaire*, par le même. (Rétention produite par une tuméfaction de la prostate. Cathétérisme impossible. Ponction vésicale sus-pubienne. Rétablissement ultérieur du trajet de l'urine.) 20° *Discours sur les progrès de la thérapeutique des maladies internes*, par C. Gerhardt. 21° *De la rétinite pigmentaire et particulièrement du mécanisme de la production du pigment dans la rétine*, par Bolliog Pope. 22° *Remarques sur le mémoire précédent*, par H. Müller. 23° *Suite des observations sur les rétrécissements trachéens produits par le goitre*, par Hermann Demme. (Relation de plusieurs cas intéressants, avec figures. Considérations sur les diverses formes de rétrécissement sur le traitement et sur les opérations à pratiquer.) 24° *Trachéostenose produite par une tumeur compacte de la thyroïde*, par Mettenheimer. 25° *Sur la précocité sexuelle*, par A. Kusmaul. (Petite fille âgée d'un an et 7 mois chez laquelle les seins étaient développés comme ceux d'une jeune fille pubère, les grandes lèvres couvertes de poils; écoulement sanguinolent qui se répète le mois suivant et prend le caractère de véritables menstrues. L'enfant était hydropique; il mourut à un an et 9 mois, après avoir été plusieurs fois ponctionné. A l'autopsie on trouva une tuméfaction considérable de l'ovaire droit et les organes génitaux internes développés comme chez l'adulte. L'auteur donne une description détaillée de ces organes et mentionne les auteurs qui ont observé des cas analogues.) 26° *Cas d'aspermatisme*, par Grégoire Schmitt. (Histoire d'un homme marié qui exerçait les fonctions génitales avec érection et sensation voluptueuse, mais sans aucune émission spermatique, et cependant l'acte se terminait subitement par la même sensation d'abattement qu'on éprouve après un coït régulier. Cet homme, d'ailleurs robuste et parfaitement constitué, n'avait jamais éjaculé et n'avait eu aucune maladie sexuelle. L'auteur pense qu'il existait chez lui une oblitération des conduits éjaculateurs, ou peut-être réunion de ces conduits dans la prostate et oblitération des canaux de cette glande.) 27° *Fistule broncho-œsophagienne*, par C. Gerhardt.) 28° *Etiologie de la glossite superficielle*, par Wilh. Th. Reuz. (Histoire d'une femme qui, toutes les fois qu'elle mangeait des fruits, quels qu'ils fussent, avait une irritation superficielle de la langue; une fois cette irritation fut remplacée par une urticaire aux jambes. 29° *Statistique médicale de Würzburg pour l'année* 1860-61, par F. A. Vogt. 30° *Fragments ophthalmologiques*, par Arnold Pagenstecher. (Rétinite pigmentaire. Ossification du bulbe oculaire. Tumeur choroïdienne.) 31° *Myosis et corectopie, par suite de l'inégale répartition de fibres accessoires du sphincter de l'iris*, par F. Simroch. 32° *Description d'une affection particulière de la cornée et de la sclérotique chez un malade affecté de diabète insipide*, par le même. (Infiltration de la cornée et de la sclérotique; résorption de la matière infiltrée.) 33° *Cas de pyélite pendant la grossesse, suivi de guérison*, par A. Steffen. (Maladie reproduite pendant deux grossesses consécutives; diagnostic difficile; l'examen de l'urine et l'analyse des symptômes font conclure à une inflammation aiguë du bassinet.) 34° *Contractions utérines spasmodiques ; version spontanée ; respiration intra-utérine*, par O. de Franqué. 35° *Cas rare de grossesse et d'accouchement*, par M. Hirsch. (Une femme présente tous les signes de la grossesse et ne ressent qu'au bout de quinze mois les douleurs de l'enfantement. La tête se présente, mais ne peut être extraite, malgré plusieurs applications de forceps. L'enfant étant mort, on pratique l'excérébration, et l'on finit par extraire le fœtus. On découvre alors que le fond de l'utérus était occupé par une énorme môle. La femme mourut d'épuisement.) 36° *Sur le début de la résolution dans la pneumonie*, par F. Roth (Réflexions sur la difficulté de déterminer d'une manière précise le moment où la résolution commence à s'opérer. L'auteur donne cinq observations détaillées; il se loue de la vératrine à la dose d'un dixième de grain trois fois par jour; elle lui a paru hâter la résolution.)

IV. JOURNAL FUER KINDERKRANKHEITEN;
publié par MM. Behrend et Hildebrand.

Les six doubles cahiers composant l'année 1862 renferment les mémoires originaux suivants : 1° *De la scoliose, de son mode de production et de ses moyens prophylactiques et curatifs*, par Eulenburg. (Longue monographie comprenant les formes de la scoliose, des considérations physiologiques sur la colonne vertébrale, la pathogenese et l'étiologie, puis les symptômes, la marche, l'anatomie pathologique, les moyens d'arriver à un diagnostic exact, le pronostic, la prophylaxie et le traitement.) 2° *De la synostose prématurée des os du crâne chez les enfants et de ses suites*, par Fr. J. Behrend. (Mémoire rédigé d'après des observations propres à l'auteur, et d'après un travail de Jacobi sur le même sujet.) 3° *Sur la lordose*. (Leçon faite à l'hôpital orthopédique de Londres, par William Adams.) 4° *De l'intermittence chez les enfants*, par Joseph Bierhaum. (Long travail contenant de nombreuses observations sur les fièvres intermittentes simples et sur les fièvres pernicieuses.) 5° *Bases d'une méthode de gymnastique des organes vocaux comme moyen curatif du bégayement chez les enfants*, par Clemens. (Le médecin tient les mains de l'enfant, et tire fortement les bras en bas à chaque syllabe qu'il prononce; les syllabes doivent se succéder de plus en plus rapidement, et le même exercice se continuer avec persévérance.) 6° *Du diagnostic et du traitement de la scoliose et de la luxation de l'épaule*, par Eulenburg. 7° *De la thermométrie chez les enfants*, par R. Fœrster. 8° *De la gangrène de la bouche chez les enfants (cancrum oris)*, par Alex. Keiller. (Mémoire présenté à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg.) 9° *De la kyphose ou courbure de la colonne vertébrale en arrière*, par Willam Adams. (Leçon faite à l'hospice orthopédique de Londres.) 10° *Observations du docteur A. Clemens, médecin à Francfort*. (Diphthérite vaginale. Blépharite chronique blennorrhoïdale. Tumeur dermoïque entre la sclérotique et la cornée.) 11° *Pour servir à la casuistique de la coxalgie*, par Bartscher. 12° *Remarques cliniques sur la diphthérie*, par Thomas Hillier. (L'auteur, médecin d'un hôpital de Londres, cherche à remettre en honneur le calomel à dose réfractée, et les frictions mercurielles; toutefois il est nécessaire d'en suivre les effets et d'avoir égard à la constitution du malade. 13° *Tumeur polypeuse de nature cancéreuse siégeant sur le voile du palais chez un enfant*, par R. Bergh. (Article emprunté à un journal danois.) 14° *Lèpre véritable chez l'enfant*, par Brunniche. (Relation communiquée à la Société de médecine de Copenhague.) 15° *Nouvelles observations sur la paralysie des enfants*, par Kennedy. (Mémoire lu à la Société d'accouchement de Dublin.) 16° *De la scarlatine et de ses suites*, par Thomas Hillier. (Deux leçons cliniques faites à l'hôpital des Enfants à Londres.) 17° *Quinzième rapport sur l'hôpital des Enfants du docteur Hauner, à Munich*. 18° *Extraits des publications de la Société des médecins de Suède pour les années* 1859-1861. *a. Tumeur carcinomateuse de l'os pétreux chez un enfant*, par Sydow. *b. Cas d'invagination intestinale*, par Kjellberg. *c. Corps étrangers avalés par des enfants*. (On montra, entre autres objets, un morceau de verre d'un demi-pouce de longueur rendu avec les selles par un enfant de 3 ans, sans autres accidents que de légères douleurs au

cardia, au ventre, et plus tard au rectum.) *d. Dentition précoce.* (M. Lamm montre une incisive extraite de la mâchoire inférieure d'un enfant de 4 jours; la dent était mobile et facile à enlever. D'autres médecins ont fait des observations analogues.) *e. Cas de cardite et de péricardite.*

V. ZEITSCHRIFT FUER RATIONELLE MEDICIN ;
par Henle et Pfeufer.

Les tomes XII (année 1861) (1) et XV (année 1862 de ce recueil renferment les articles et mémoires originaux suivants : 1° *Le tissu de la cornée à l'état normal et à l'état pathologique*, par Th. Langhans. 2° *Recherches sur la digestion des matières albuminoïdes*, par G. Meissner et C. Buttner. (Continuation de recherches publiées précédemment sur le même sujet. Dans le présent mémoire les auteurs s'occupent de la fibrine.) 3° *Action de l'ammoniaque sur les troncs nerveux*, par E. Harless. (Long travail dans lequel sont relatées un grand nombre d'expériences tendant à constater les effets des courants électriques sur les nerfs, après application d'ammoniaque sur leur trajet.) 4° *Moyens d'union des fibres musculaires avec leurs points d'attache*, par Auguste Weismann. 5° *Sur la théorie des sensations*, par Wilh. Wundt. (Quatrième article : *De la vision binoculaire*, et cinquième article : *Du travail psychique de la perception*.) 6° *Sur l'état électrique de la surface du corps humain*, par G. Meissner. (Etudes sur l'électricité naturelle de la peau, constatée avec un condensateur et un électroscope à lames d'or très-sensible.) 7° *Histologie des formations osseuses dans le tissu connectif*, par Sigmund Lessing. 8° *Nouvelle méthode pour déterminer la moyenne de la pression du sang dans les artères*, par J. Setschenow. 9° *Casuistique des anomalies du goût*, par Lockemann. 10° *Communication relative à l'électricité des muscles*, par G. Meissner. 11° *De la formation nouvelle des fibres musculaires striées*, par Aug. Weismann. (Réfutation d'un article du professeur Budge relatif à ce sujet.) 12° *Des synostoses congénitales aux extrémités mobiles de la colonne vertébrale*, par K. Bocksbammer. 13° *Sur l'état électrique du muscle en activité*, par G. Meissner et François Cohn. 14° *Des deux types de tissus contractiles, de leur répartition dans les grands groupes du règne animal, et de la signification histologique de leurs éléments constituants*, par Aug. Weismann. (Il est question des fibres striées et des fibres lisses; l'auteur admet ces deux types et s'applique à montrer leurs différences dans le règne animal tout entier. Il admet que les fibres musculaires primitives des muscles du tronc chez les vertébrés ne dérivent que d'une seule cellule, l'enveloppe de celle-ci devenant le sarcolemme. Il n'en est pas de même des muscles des insectes; ceux-ci ne proviennent pas de l'allongement d'une cellule, ils sont formés par une agglomération d'éléments histologiques qui s'entourent d'une membrane. La musculature des vers et des mollusques est établie d'après le type simple des muscles lisses de l'homme et des vertébrés.) 15° *Sur les capsules de Bowman et sur les canalicules urinifères de la substance corticale des reins*, par A. Meyersteiu. (Pour étudier la substance du rein, on peut traiter des tranches minces de cet organe par l'acide chlorhydrique concentré, recouvrir la préparation d'une lamelle de verre et comprimer graduellement. L'auteur a employé diverses autres méthodes, et il n'est jamais parvenu à constater l'existence de capsules à deux canaux comme le prétend Moleschott.) 16° *Remarques sur quelques controverses histologiques*, par W. Krause. (Cette discussion porte sur la terminaison des nerfs dans la conjonctive et sur celle qui a lieu dans les muscles. L'auteur admet que les dernières fibrilles nerveuses ont une enveloppe, un véritable névrilemme, et que les boutons nerveux terminaux décrits par Kühne sont des noyaux appliqués sur le névrilemme.) 17° *Etudes histologiques et physiologiques*, deuxième série, par G. Valentin. (Article consacré surtout à une longue série d'observations sur le courant musculaire.) 18° *Des troubles de la nutrition qui surviennent dans l'œil et dans d'autres organes après la section du trijumeau*, par C. Büttner. 19° *Supplément au mémoire précédent sur l'histologie des muscles*, par Weismann. (L'auteur a étudié la formation des muscles dans l'œul des insectes, et il a vu qu'elle se faisait de la même manière que dans la larve.) 20° *Sur les entozoaires du cerveau de l'homme;* par G. Rodust. (*Cysticercus cellulosæ, echinococcus altrici pariens*, plusieurs observations.) 21° *Comparaison de l'urine de deux reins également actifs*, par Max Hermann. (Expériences sur des chiens, ligature d'un uretère; quantité plus grande d'urée produite par le rein dont l'uretère avait été lié.)

(1) Dans le dernier compte rendu inséré au n° 23 de la *Gazette médicale* (1863), l'année 1861 a été oubliée. Nous réparons cet oubli en donnant ici le contenu de cette année.

Le tome XVI, comprenant trois cahiers, est entièrement consacré à la *Revue des travaux publiés en* 1861 sur l'anatomie, la physiologie, etc. L'anatomie est traitée par le professeur Henle, l'embryologie par le professeur Keferstein et la physiologie par le professeur Meissner.

Du mode d'union des fibres musculaires avec leurs points d'attache, par Aug. Weismann, à Francfort.

Quelques auteurs ont admis la continuité des fibres musculaires et de leur tendon; d'autres ont dit que les fibrilles de ce dernier se confondaient avec le sarcolemme. L'auteur a constaté que ni l'une ni l'autre de ces deux opinions n'est exacte. Il n'y a pas de continuité entre le tendon et le sarcolemme, mais simple juxtaposition des extrémités des cylindres musculaires aux parois des prolongements tendineux. Il a pu s'assurer du fait à l'aide d'un réactif qui lui a rendu de grands services; c'est une lessive potassique de 35 pour 100. Au bout d'une demi-heure les faisceaux primitifs se détachent avec la plus grande facilité de leurs insertions tendineuses, sans aucune déchirure, fait qui suffirait à lui seul pour prouver l'absence de continuité. L'auteur recommande le muscle gastrocnémien de la grenouille comme surtout propre à ce genre de recherche. De nombreuses figures sont jointes à ce mémoire.

Histologie des os du tissu connectif; par Sigmund Lessing.

L'auteur ayant eu l'occasion d'examiner un tendon d'Achille ossifié se livra à des recherches sur l'ossification des tendons, et fit de ses observations l'objet d'une thèse inaugurale présentée à la Faculté de médecine de Gœttingue en 1861.

L'auteur commence par examiner les tendons ossifiés des oiseaux. Quand on éraille un tendon, on aperçoit les noyaux qui occupent les intervalles des fibrilles, et de petites écailles disposées en séries longitudinales et affectant différentes formes. Ces écailles, qu'on ne rencontre que dans quelques mammifères et qui n'existent pas chez l'homme, sont dues à des métamorphoses des noyaux. Du reste l'ossification, dans ces tendons d'oiseaux, consiste en un simple dépôt de substance calcaire; traités par les acides, ils reviennent à leur structure primitive, et ne diffèrent nullement des tendons non ossifiés.

Il n'en est pas de même de l'ossification du tendon d'Achille. Il se passe ici de véritables modifications histologiques, puisqu'il y a eu formation de cellules cartilagineuses et de cellules osseuses. L'auteur se réserve de donner plus tard le résultat de ses recherches à ce sujet.

A. Lereboullet.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 JANVIER 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Bouvier, au nom de M. Reveil, offre en hommage à l'Académie un volume intitulé : *Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles depuis vingt-huit ans.*

— M. Larrey, au nom de M. le docteur Tholozan, dépose sur le bureau une brochure écrite en persan, sur les fièvres et sur l'action du quinquina. Il n'avait rien paru, jusqu'à présent, dans la langue persane, sur les propriétés du quinquina.

— M. Tardieu dépose sur le bureau un exemplaire de la thèse, devenue très-rare, de M. Camille Gros, professeur à Alger, et relative au diagnostic de la rage; — et la thèse inaugurale de M. le docteur E. Fritz, sur quelques symptômes spinaux de la fièvre typhoïde, observés et recueillis, dit M. Tardieu, avec un sens critique remarquablement droit.

— M. le Président donne lecture de l'allocution suivante :

« Messieurs et chers collègues,

« En venant occuper cette place si souvent illustrée, ma première pensée est de vous remercier et de vous exprimer ma gratitude; elle est vive, elle est proportionnée à cette bienveillance extrême qui m'a choisi lorsque, de toutes parts, je vois dans cette enceinte tant de collègues si dignes de m'être préférés.

« Présider aux délibérations de l'Académie est un immense bonneur. Vous êtes les grandes et permanentes assises de la science médicale, vous formez un tribunal respecté de tous, car nul n'en est exclu, tous peuvent avoir la légitime ambition d'y atteindre, d'y siéger, puisque vous ne connaissez d'autre titre à vos suffrages que l'honorabilité de la vie et les services rendus à la science.

« Vous inspirant sans cesse de cette idée de progrès qui créa les Académies scientifiques, dans vos rapports comme dans les discussions qu'ils suscitent, vous donnez toujours à l'observation rigoureuse, à la méthode expérimentale, à la philosophie des faits, pour me servir de l'heureuse expression de Fontenelle, cette prééminence qui a rendu à jamais impossible le retour de la scolastique, des discussions vaines, et imprimé à la science contemporaine cette marche progressive qui se continue sans interruption depuis Bichat, et que nul effort ne pourrait désormais même ralentir. Nous pouvons être rassurés sur l'avenir lorsque nous voyons, à nos côtés et derrière nous, cette vigoureuse, cette vaillante cohorte de travailleurs qu'une commune ardeur anime et qui est pénétrée d'une même pensée, la nécessité, pour établir quelque chose de durable, d'avoir comme base de nos raisonnements l'observation rigoureuse des faits.

« L'Académie peut revendiquer une très-large part dans cette puissante impulsion donnée aux esprits de notre temps. Elle a merveilleusement compris sa mission qui est celle, d'ailleurs, de tous les corps savants. Leur rôle, on l'a dit avec raison, n'est pas de faire des découvertes, mais de les reconnaître, de les consacrer, d'avertir, de diriger parfois l'esprit d'innovation pour le préserver de ses écarts, pour doubler ainsi son énergie en l'empêchant de s'égarer, et prévenir de la sorte ces grandes secousses, ces invasions brusques des systèmes qui, convenons-en, n'ont pas toujours été inutiles, mais qui le plus souvent, néanmoins, retardent le progrès régulier par les ruines qu'ils accumulent autour d'eux. Outre cette grande tutelle que vous exercez, vous aidez encore puissamment au perfectionnement de la science par les distinctions que vous accordez, que vous vous efforcez de rendre plus nombreuses encore, car vous vous êtes pénétré de cette pensée de Cuvier : que rien n'est plus propre à multiplier les travaux que les marques publiques d'estime qu'ils reçoivent.

« Messieurs, si de marcher à la tête d'un corps illustre, qui exerce sur le mouvement de notre science une si légitime influence, est une haute distinction, je ne saurais me dissimuler aussi que l'honneur est périlleux. Croyez-le bien, messieurs, ce n'est pas un vain sentiment de modestie qui me fait redouter en ce moment l'exercice de fonctions si nouvelles pour moi. Si un dévouement absolu aux intérêts, à la dignité, à la gloire de l'Académie, pouvait suffire, je rêverais peut-être en ce moment de devenir un président accompli. Mais, hélas ! les bonnes intentions sont bien souvent impuissantes, même lorsqu'elles peuvent se fortifier par l'exemple des meilleurs modèles. Celui que vous m'avez en quelque sorte plus particulièrement désigné, qu'une affection déjà ancienne et la plus haute estime m'eussent spontanément fait choisir, restera pour moi comme un des plus accomplis. Mais, messieurs, quelque vif désir que j'éprouve de suivre les bons exemples, je compte avant tout sur votre bienveillant appui ; car je ne peux et, d'ailleurs, je ne voudrais gouverner que par vous. Permettez-moi d'espérer que, lors que dans un an je remettrai mon éphémère pouvoir dans les vaillantes mains qui doivent en hériter, j'aurai acquis quelque titre de plus à votre estime et à votre amitié. »

M. Grisolle rend compte ensuite des visites officielles de l'Académie à l'occasion du premier jour de l'an ; et, enfin, il provoque l'expression des remerciments de l'Académie pour M. le baron Larrey, président sortant, pour les secrétaires et le trésorier. (Applaudissements.).

— M. Gavarret lit un très-ceurt rapport sur des appareils inspirateurs.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées sans discussion par l'Académie.

ÉLECTION.

L'Académie procède ensuite, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé étranger.

La commission propose :

En première ligne..... MM. Stromeyer (de Hanovre).
En deuxième ligne.... Porta (de Pavie).
En troisième ligne.... Chelius (de Heidelberg).

Sur 51 votants, MM. Stromeyer obtient 43 suffrages.
Chelius... — 6 —
Porta..... — 2 —

En conséquence, M. Stromeyer est élu associé étranger.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccine.

La parole est à M. J. Guérin. (Voir plus haut son argumentation.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

The diseases of the prostate, their pathology and treatment. (Des maladies de la prostate, de leur pathologie et de leur traitement); by Henry Thompson, assistant-surgeon to university college hospital, consulting surgeon to the St. Marylebone infirmary; fellow of university college, etc. — London, John Churchill, New Burlington street.

Nos connaissances exactes sur les maladies de la prostate, qui remontent à peine à une quarantaine d'années, n'ont pas suivi le développement progressif qui a été imprimé aux diverses branches de la pathologie chirurgicale; car on ne saurait méconnaître qu'il y existe encore de nombreuses lacunes à remplir, malgré les intéressants travaux d'Everard Home, Amussat, Bégin, Leroy-d'Etiolles, Mercier, M. Velpeau, et depuis même la bonne thèse de M. Béraud (1) qui a exposé d'une manière assez complète l'état de la science sur ce vaste sujet.

Et cependant les affections de la prostate, remarquables par leur fréquence, leur gravité, leur incurabilité même dans la plupart des circonstances, fixent l'attention des médecins et réclament d'autant mieux leurs soins, qu'elles surviennent de préférence à un âge qui s'impressionne péniblement de leur persistance ainsi que des complications ou des infirmités qu'elles provoquent.

Tout autant de circonstances qui nous font accueillir avec faveur ce nouvel ouvrage qui offre la réunion et de la deuxième édition du travail de M. Thompson publié en 1857 sur *The enlarged prostate*, et de sa dissertation sur *The healthy and morbid anatomy of the prostate gland*, à laquelle le collége royal des chirurgiens d'Angleterre a décerné en 1860 le prix Jackson.

Divisé en deux parties distinctes, ce livre comprend, dans *la première*, une étude minutieuse et complète de l'anatomie de la glande prostatique.

Ses limites, sa forme, son volume, ses diverses mensurations, son poids, ses rapports anatomiques, ses vaisseaux et ses nerfs, ses lobes; la portion prostatique de l'urètre, son trajet et ses caractères; les conduits éjaculateurs, etc., tout en un mot, jusqu'à la manière de procéder à une dissection délicate afin de ménager tous les rapports de cet organe glandulaire, se trouve exposé ici avec un soin et une précision remarquables.

Relativement aux diamètres de la prostate, M. Thompson a constaté qu'ils correspondaient à peu près à ceux indiqués par Deschamps, Senn et Hodgson.

Quant au poids, l'auteur a adopté les données fournies par le docteur Messer qui avait examiné 100 prostates appartenant à des sujets âgés de plus de 60 ans.

Or le chirurgie de l'hôpital royal de Greenwich avait rangé dans une première classe les prostates qui, pesant moins de 4 drachmes, devaient être considérées comme anormalement petites (*abnormally small*), c'est-à-dire atrophiées.

A la deuxième classe se rapportaient les prostates qui, pesant de 4 à 6 drachmes, étaient regardées comme normales; ce poids a été constaté 45 fois, ce qui donne une moyenne de 4 drachmes 57 grains sur des vieillards âgés de 60 à 94 ans.

Enfin la troisième classe comprenait les prostates qui, pesaut plus de 6 drachmes, devaient être estimées comme anormalement grosses (*abnormally large*), c'est-à-dire hypertrophiées (2). Toutefois Thompson s'empresse d'ajouter que ces divers chiffres n'expriment que des données approximatives.

Everard Home avait émis l'opinion qu'en dehors de ses deux lobes latéraux, la prostate possédait encore à l'état normal un troisième lobe, ou lobe moyen qui était surtout très-appréciable sur le bord postérieur de cet organe. Abordant et traitant cette question avec une grande richesse de faits, M. Thompson finit par conclure que toute proéminence en ce point n'est autre qu'une production morbide, puisque sur de nombreux cadavres âgés de moins de 50 ans il n'a pu constater nulle trace de ce prétendu lobe moyen. Conclusion conforme aux recherches de M. Velpeau qui avait également observé que ce corps globuleux ou engorgement médian, de nature essentiellement pathologique, pouvait exister en nombre unique ou multiple sur les autres points de la prostate.

(1) Thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1857.
(2) Rappelons que le drachme vaut 3 grammes 885 milligrammes.

Mentionnons encore avec éloges les particularités anatomiques et les aperçus histologiques que l'auteur a exposés fort habilement, à l'occasion de l'étude anatomique de la glande aux diverses époques de la vie.

La *deuxième partie*, qui a trait aux maladies de la prostate, embrasse l'étude de l'inflammation aiguë et chronique, de la suppuration diffuse et circonscrite, des ulcérations, de l'hypertrophie, des tumeurs, de l'atrophie, du cancer, du tubercule et des calculs de cet organe glandulaire.

Tandis que des blennorrhagies antérieures, auxquelles s'ajoutent le plus souvent des fatigues ou des excès de toute sorte, déterminent généralement chez les jeunes gens des inflammations aiguës de la prostate, superficielles ou profondes, par contre, la prostatite chronique, chez les vieillards, dépend assez ordinairement de la production de tissus anormaux ou de tumeurs diverses dans la profondeur de cet organe. Si nous ajoutons que fréquemment cette inflammation chronique se présente avec prédilection sur des organismes entachés de quelque vice diathésique, on comprendra facilement, en pareilles circonstances, et l'opiniâtreté du mal, et l'impuissance radicale des diverses médications locales successivement employées.

Les diverses inflammations de la prostate acquièrent une telle importance clinique, que la suppuration de cet organe, qui peut être la conséquence du processus pathologique ou d'un traitement inopportun, expose longtemps le malade à de vives souffrances et à des dangers excessivement graves.

Le chapitre consacré par M. Thompson aux abcès de la prostate nous paraît un peu écourté; l'article relatif à leur traitement méritait surtout de plus grands développements. Les issues multiples, par lesquelles le pus prostatique peut arriver jusqu'à l'extérieur, réclament toujours la plus grande vigilance de la part du chirurgien, et doivent être constamment à ses yeux l'objet d'indications thérapeutiques diverses.

La résorption de l'abcès prostatique devenue impossible, convient-il d'abandonner à l'art ou à la nature le soin d'en évacuer le contenu? Quels sont les avantages et les inconvénients des incisions périnéale, rectale, ou urétrale? Tout autant de questions qui méritaient un examen d'autant plus approfondi, que presque chaque méthode a obtenu l'approbation exclusive de quelque illustration chirurgicale.

C'est ainsi qu'à Montpellier, Lallemand et plus tard (1) M. Courty (dont le mémoire sur les maladies de la prostate n'a été cité dans aucun des ouvrages les plus récents) adoptent de préférence l'incision périnéale. Cette incision, accompagnée de la taille bilatérale ou des incisions multiples de la prostate, paraît à M. le professeur Courty le moyen le plus puissant auquel il faut recourir non-seulement dans les cas d'abcès prostatiques, de trajets urinaires fistuleux profonds, mais encore dans certains cas d'engorgements de la prostate susceptibles d'arriver, par la voie de l'inflammation, à une résolution plus ou moins complète. Dans ce dernier cas, l'incision agit comme moyen résolutif.

M. Henry Thompson a consacré plusieurs chapitres très intéressants à l'hypertrophie de la prostate, qu'il examine avec un soin extrême sous le point de vue de ses caractères anatomiques, de ses causes, de ses symptômes, de ses effets immédiats et consécutifs, de son diagnostic et de son traitement. Cette étude, dans laquelle l'auteur aborde successivement les questions les plus pratiques, mérite à tous égards une mention spéciale et nos félicitations.

Relativement aux changements qu'imprime au trajet de l'urètre l'hypertrophie de la prostate, M. Thompson signale et explique en même temps, et les modifications que doit subir le cathétérisme pour combattre la rétention d'urine, et les bons résultats obtenus en pareilles circonstances par les sondes fortement coudées.

Les recherches de M. Thompson, si elles ne nous éclairent pas complétement sur les causes de l'hypertrophie prostatique, viennent du moins infirmer l'opinion de M. Mercier qui considérait ce gonflement hypertrophique comme l'état naturel de la prostate dans la vieillesse. Sur 164 sujets âgés de 60 à 94 ans, M. Thompson a trouvé 97 fois la prostate à l'état normal, 9 fois son atrophie et 56 fois son hypertrophie. Preuve évidente que la majorité des vieillards échappe à cette affection.

Rien de particulier à signaler sous le double point de vue de la symptomatologie et du diagnostic des lésions de la prostate.

Quant aux diverses complications des maladies prostatiques, parmi lesquelles figure en première ligne la cystite catarrhale chronique, notre savant confrère d'outre-Manche s'en occupe très-minutieusement sous le rapport de la thérapeutique; et à ce sujet M. Thompson nous signale quelques pratiques anglaises que nous croyons fort peu connues en France.

C'est ainsi que, pour combattre les catarrhes chroniques de la vessie, les chirurgiens d'Angleterre se servent fréquemment des infusions de buchu, de pareira brava, etc., et surtout de la première, dont on accroît l'action médicamenteuse par l'addition de la teinture de la même plante. Et M. Thompson ajoute que ces médicaments exercent une action réellement efficace pour calmer l'irritabilité vésicale qui succède à certains engorgements de la prostate.

Les diverses médications, successivement préconisées (compression, iode, chlorhydrate d'ammoniaque, électricité), pour combattre avec succès l'hypertrophie de la prostate, sont à tour de rôle discutées et appréciées judicieusement par M. Thompson qui, après avoir conclu à leur impuissance complète, s'applique à formuler le mode de traitement à suivre.

L'hypertrophie et les diverses tumeurs de la prostate exerçant une influence manifeste sur la longueur, la forme et la capacité de l'urètre, au point de déterminer son allongement, sa déformation en sens multiples et variables, ainsi que la production de brides, de crêtes urétro-vésicales, il importe par conséquent au chirurgien, chargé de remédier à une rétention d'urine consécutive, d'adapter, dans le cathétérisme, la forme des instruments au genre de déformation uréthrale secondaire, et d'essayer au besoin les divers procédés d'exploration qui ont quelquefois réussi à Desault, Leroy-d'Étiolles, M. Maisonneuve, M. Gosselin, etc.

Mais si, malgré des essais longtemps prolongés, la sonde ne peut parvenir jusque dans la vessie, faut-il recourir immédiatement à la ponction vésicale, et dans ce cas quel est le procédé qui doit être préféré?

M. Thompson fait observer avec raison que le cathétérisme forcé peut rendre parfois de grands services chez les vieillards affectés à la fois d'hypertrophie de la prostate et de rétention urinaire consécutive. Dans ces circonstances, le cathéter, n'ayant à intéresser que le tissu prostatique à partir de l'obstacle, ne devra parcourir qu'un minime trajet pour donner issue à l'urine, et les révélations cadavériques nous ont appris depuis longtemps que de semblables perforations sont bien loin d'être fréquemment mortelles. Mais il appartient à de nouvelles recherches de venir légitimer, par des faits précis, l'application heureuse de cette pratique, et déterminer les cas qui seront le plus favorables au succès du cathétérisme forcé.

Relativement à la ponction vésicale que l'auteur conseille de pratiquer en dernier ressort, nous ne saurions partager ses prédilections pour la ponction à travers le rectum qui est à juste titre abandonnée en France, et nous lui préférons la ponction sus-pubienne que recommandent son efficacité et son innocuité.

Les trois derniers chapitres de ce livre renferment un résumé complet des données scientifiques les plus récentes, et sur la *barrière vésico-urétrale*, et sur les *concrétions* et les *calculs* de la prostate. En dernier lieu, l'auteur s'occupe des rapports qui existent entre l'hypertrophie de la prostate et les calculs vésicaux.

Nous ne pouvons nous arrêter sur ces diverses questions qui nous entraîneraient trop loin. Il nous suffira, en terminant, de recommander aux lecteurs cet intéressant ouvrage qui contient, au double point de vue de la science et de la pratique, un exposé fidèle des recherches les plus modernes sur les maladies de la prostate. Les treize planches intercalées au commencement de ce livre représentent avec exactitude les types les mieux caractérisés des lésions prostatiques, ainsi que l'examen microscopique des concrétions de la prostate.

SISTACH.

VARIÉTÉS.

— Par dépêche du 14 décembre 1863, le ministre de la guerre a invité M. le directeur de l'École du service de santé militaire à prendre les dispositions nécessaires pour que les élèves soient admis, le plus promptement possible, à suivre les deux cliniques annexes établies à l'hôpital militaire de Strasbourg, dans les divisions de fiévreux confiés à MM. Haspel et Netter.

— La Société de biologie, dans sa dernière séance du mois de décembre, a ainsi constitué son bureau pour 1864 :

Président perpétuel : M. Rayer; — Vice-présidents : MM. Jacquard (Henri) et Luys; — Secrétaires : MM. Ball, Bert, Laborde et Dumontpallier; — Trésorier : M. Gallois; — Archiviste : M. Fournier.

(1) *Compte rendu de la clinique chirurgicale de Montpellier*, 1851.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR L'ORIGINE DE LA VACCINE : MM. REYNAL ET MAGNE.

L'agitation produite au sein de l'Académie par la discussion sur la vaccine ne fait que croître avec le développement des questions qui s'y rattachent. Cette agitation s'étend même au dehors; elle met en émoi tous les esprits qui ont compris la fécondité et la portée de cette grande question. En effet, par les maladies dont elle est destinée à réformer le diagnostic, elle touche à la nosologie; par la filiation qu'elle tend à mieux préciser des phénomènes locaux et généraux de la vaccine et de la variole, elle éclaire la pathogénie; par la mise en lumière des différences entre la variole des animaux et la variole humaine, elle conduit à montrer les rapports de la pathologie humaine avec la pathologie comparée; enfin, par l'analyse des phénomènes différentiels de l'inoculation et de la vaccination, elle jette un nouveau jour sur la théorie de l'infection et de la contagion. A tous ces points de vue ajoutons celui d'un immense intérêt hygiénique et social, et l'on comprendra comment la discussion sur la vaccine est destinée à marquer sa place parmi les plus importantes et les plus intéressantes de l'Académie.

Les deux honorables membres qui ont occupé la dernière séance ont repris la question où nous l'avons laissée. D'accord avec nous pour reconnaître le bien fondé de nos observations au sujet de l'origine varioleuse du cow-pox, ils pensent aussi, avec nous, que cette origine n'implique ni l'identité absolue de la variole du cheval et de la variole humaine et encore moins l'identité de la variole et de la vaccine. M. Magne va beaucoup plus loin : si nous avons bien compris son argumentation, il n'y aurait qu'une simple analogie de forme entre la variole et la vaccine, celle-ci constituant, ainsi que M. Bousquet l'a soutenu avec un grand talent, une espèce à part et tout à fait distincte de la variole. On sait maintenant la limite qui nous sépare de cette doctrine trop absolue; cette doctrine pouvait, avant les lumières produites par la discussion, se soutenir jusqu'à un certain point; elle n'a plus de raison d'être depuis les observations et les expériences de MM. Depaul, Bouley et Rufz.

C'est le lieu de mentionner les nouvelles expériences communiquées par MM. Auzias-Turenne et Mathieu dans cette dernière séance, desquelles il résulte que le *grease* pustuleux (cow-pox) ne posséderait pas la propriété de se propager par *infection*, mais par inoculation seulement. Ce résultat, entièrement confirmatif des propositions que nous avons émises à ce sujet dans la dernière séance, mérite qu'on s'y arrête. Vingt-cinq chevaux, inoculés avec du pus de *grease* pustuleux d'un cheval arrivant d'Angleterre, et qui ont présenté, dans le lieu de l'inoculation, des pustules caractéristiques, sont restés, pendant tout le cours de cette éruption, au milieu d'un grand nombre de chevaux et de vaches sans provoquer, chez aucun de ces animaux, le moindre symptôme de la maladie. Le cheval anglais qui a fourni le pus de la vaccination était resté lui-même, pendant le cours de son éruption, en rapport immédiat avec d'autres chevaux, qui n'en avaient rien éprouvé.

Ces résultats sont on ne peut plus curieux. Cependant, comme nous ne voulons appeler au secours de la vérité que des arguments et des faits non récusables, nous ferons quelques réserves à l'égard de ceux fournis par MM. Auzias-Turenne et Mathieu. En effet, le cheval arrivé d'Angleterre avec le *grease* pustuleux qui a servi à inoculer les vingt-cinq vaches et chevaux, avait-il la variole ou le cow-pox (les auteurs disent le cow-pox)? Si c'est la variole, leurs expériences prouveraient que le principe varioleux, quand il est inoculé, perdrait de sa faculté de transmission, qu'il ne se transmettrait pas, ou du moins difficilement, par voie d'infection, alors qu'il se transmet sûrement par voie d'inoculation. Mais n'est-ce pas ce qui résulterait aussi d'un grand nombre d'expériences pratiquées avec le virus varioleux *inoculé* chez l'homme, si l'on subordonnait la transmissibilité de la maladie par voie d'infection au fait de la généralisation de l'éruption? Il ne faudrait donc pas confondre ces deux thèses, et mettre au bénéfice du cow-pox exclusivement ce qui appartiendrait, dans une moindre proportion il est vrai, à la variole inoculée. La part de l'influence de l'inoculation dans l'atténuation de la propriété infectieuse des virus doit être impartialement et logiquement réservée. Il n'est pas impossible même que l'observation et l'expérience ne trouvent plus tard, dans la succession de plusieurs inoculations avec le même virus, un des moyens d'en diminuer le degré de virulence et d'en affaiblir, si ce n'est anéantir, le caractère infectieux. Les expériences de MM. Auzias-Turenne et Mathieu ont donc besoin d'être plus précises et répétées avec ces nouvelles conditions de précision.

L'argumentation de M. Reynal a eu surtout pour but de démontrer que l'affection aphtheuse du cheval et la clavelée du mouton doivent être maintenues comme maladies différentes de l'affection pustuleuse vaccinogène, du *grease* pustuleux du cheval. Les réserves de M. Reynal semblent fortifiées par les expériences de MM. Auzias-Turenne et Mathieu. Il y a quelques mois, disent ces expérimentateurs, vingt-deux vaches d'un laitier d'Auteuil étaient affectées de la fièvre aphtheuse; deux d'entre elles ont été inoculées avec du cow-pox; de magnifiques pustules se sont développées sur les points inoculés; le pus de ces pustules, inoculé postérieurement à d'autres vaches en convalescence de la fièvre aphtheuse, a provoqué également chez ces dernières les pustules caractéristiques du cow-pox : or, comme le *grease* pustuleux rend réfractaire à l'inoculation les animaux qui l'ont éprouvé, MM. Auzias-Turenne et Mathieu en concluent que la maladie aphtheuse qu'avaient les vaches, efficacement inoculées avec le cow-pox, ne saurait être identique à ce dernier. Cela semble péremptoire. MM. Reynal, Auzias-Turenne et Mathieu auront donc à préciser ultérieurement les caractères qui différencient ces deux maladies pour leur conserver une place distincte dans le cadre nosologique de la pathologie vétérinaire.

Nous aurions à répondre, pour notre compte particulier, aux différentes observations critiques qui nous ont été adressées, soit par lettres, soit par la presse. La plupart de ces observations portant sur des malentendus causés par une audition inexacte ou incomplète de notre argumentation, la publication textuelle de notre discours nous dispense de répondre à cette première catégorie d'observations. Quant à celles qui s'adressent réellement à nos idées, fidèlement ren-

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DOCUMENTS SUR LE CHARLATANISME CHIRURGICAL AU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

II.

Les commissaires de l'Académie royale de chirurgie chargés d'examiner l'Eloge de Lecat par Louis ont parfaitement défini en quelques lignes la vraie nature du trop célèbre chirurgien de Rouen :

« Cet Eloge, dit Sabatier, organe de la commission, est un tableau de la vie de M. Lecat, qui y est présenté partout comme un homme de beaucoup d'esprit, avide de connaissances, très-versé dans son art, zélé pour l'honneur des lettres et pour celui de la chirurgie, auquel il a beaucoup contribué par ses ouvrages et par son habileté généralement reconnue, dont la vie a été fort laborieuse, qui a remporté un grand nombre de prix dans diverses Académies; que les sociétés savantes de l'Europe les plus considérables ont adopté; qui a reçu du prince les marques de distinction les plus flatteuses; en un mot, comme un de ces bommes rares, nés plutôt pour être admirés de leurs contemporains que pour servir de modèles. »

Juste et très-fine appréciation. Lecat était, en effet, un esprit ingénieux, brillant même, mais peu solide; il subordonnait son art aux décevantes théories qui régnaient alors en physique et dans lesquelles il intervenait volontiers, soit comme réformateur, soit comme novateur. Son caractère ressemblait beaucoup à son esprit : le vain désir de paraître le poussa et le soutint dans la carrière qu'il avait finalement choisie, après de longues hésitations, entre l'état ecclésiastique et la profession d'ingénieur. Le culte assidu des mathématiques, funeste trop souvent à la rectitude de la raison, ne dispose point à l'humilité. Lecat, qui tenait beaucoup à rester mathématicien, fut un chirurgien subtil et d'une subtilité poussée jusqu'au paradoxe; mais il ne connut point la modestie, cette vertu si douce, quand elle est vraie, naturelle, sincère. Son amour-propre trop impatient provoquait les louanges et ne savait pas les attendre; mécontent de ses panégyristes les plus complaisants, ce vaniteux faisait très-volontiers son propre éloge, et le faisait sans mesure, sans ménagements. Il alléguait sans discrétion ses travaux, ses découvertes, ses livres, ses palmes et ses titres académiques. Laborieux et actif, il prétendait jouir sans retard de la réputation qu'il s'était faite, et qui probablement eût été plus durable, s'il avait consacré à la consolider le temps qu'il perdit à se faire valoir, en ayant recours à ces moyens peu légitimes dont l'amour de la publicité a malheureusement rendu l'usage vulgaire.

dues et exactement interprétées, nous les comprendrons dans la seconde argumentation, qui sera sans doute rendue nécessaire par les développements de la discussion.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

NÉO-MEMBRANES ET EXTRAVASATIONS SANGUINES PRODUITES PAR L'INFLAMMATION DE L'ARACHNOÏDE CRANIENNE PARIETALE ; par le docteur DANIE BRUNET, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Niort, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la Société médico-psychologique et de la Société d'anthropologie.

On peut trouver dans la grande cavité de l'arachnoïde des couches lamelleuses de fibrine coagulée, plus ou moins colorée en jaune par des globules de pus qu'elle a englobées et des membranes de nouvelle formation, formées de fibres lamineuses, de fibres dartoïques et qui sont ou peuvent devenir vasculaires. Les premières, qu'on doit appeler *pseudo-membranes*, parce qu'elles ne s'organisent jamais, sont bien moins fréquentes que les secondes, dont la structure est celle des séreuses ou des fibreuses, et auxquelles nous avons, pour cette raison, donné le nom de *néo-membranes*.

Ces deux espèces de productions membraneuses diffèrent non-seulement par leur structure, mais encore par leur siége, leur fréquence et la cause de leur formation. Les pseudo-membranes sont produites presque constamment par le feuillet viscéral de l'arachnoïde sur lequel elles reposent, ne s'observent que dans les méningites aiguës très-intenses et sont bien moins fréquentes que les néo-membranes dues a une exsudation de blastème de l'arachnoïde pariétale a la suite d'un travail phlegmasique assez peu intense pour qu'un grand nombre d'auteurs l'aient contesté.

Dans notre dissertation inaugurale (1), nous avons étudié d'une manière aussi complète que possible l'histoire des néo-membranes sous les deux formes qu'elles revêtent, la forme lamelleuse et la forme kystique, en mettant à profit les faits nombreux que nous avions observés à la maison impériale de Charenton et ceux que la science possédait déjà, et nous nous sommes attaché surtout a réfuter la théorie qui était alors généralement admise et qui les rattachait à l'organisation de la fibrine du sang épanché.

Nous nous proposons dans ce mémoire de résumer les idées que nous avons soutenues et de les compléter par l'examen critique des travaux qui ont paru sur le même sujet pendant ces dernières années.

Les productions néo-membraneuses de la grande cavité de l'arachnoïde sont organisées presque constamment par la face interne de la dure-mère, et il importe d'abord de rechercher s'il existe sur cette face un feuillet séreux distinct.

L'opinion de Bichat qui, guidé par l'analogie de tout ce qui a lien pour toutes les membranes séreuses, en admit le premier l'existence, fut adoptée pendant longtemps sans aucune contestation. On pensait même que ce feuillet, malgré sa ténuité et ses adhérences intimes avec la dure-mère, pouvait être décollé sans rupture par de vastes collections sanguines. Personne aujourd'hui n'admet plus la possibilité de ce dernier fait, et plusieurs anatomistes vont même jusqu'à rejeter complétement l'existence de ce feuillet (MM. Richet, Velpeau, Kolliker, etc.). La face interne de la dure-mère serait tapissée par un épithélium ne reposant sur rien de spécial, qui puisse être considéré comme le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

M. Sappey dit que l'existence de ce feuillet est établie par l'épithélium pavimenteux qui recouvre la dure-mère et par la continuité manifeste des deux feuillets au niveau de toutes les gaînes arachnoïdiennes, mais que la lamelle sur laquelle repose l'épithélium est unie à la dure-mère d'une manière si intime qu'elle ne peut en être séparée ni par la dissection, si habile qu'elle soit, ni par la voie d'arrachement.

Pour M. Cruveilhier, ce feuillet est bien distinct. Il semble, dit-il, à l'inspection pure et simple ne pas exister, sa transparence permettant de voir comme à nu les faisceaux fibreux de la dure-mère; mais si l'on entame très-superficiellement cette membrane, on peut, à l'aide d'une pince fine, en détacher des lambeaux d'une excessive ténuité.

Enfin, il n'est pas très-rare de voir des ecchymoses entre la dure-mère et le feuillet arachnoïdien qui le revêt. Les ossifications de la dure-mère étant développées sous l'arachnoïde permettent quelquefois d'isoler ce feuillet de la manière la plus manifeste.

Nous avons examiné un grand nombre de dures-mères pour chercher la solution de ce point d'anatomie, et, comme à M. Cruveilhier, l'opinion de Bichat nous a paru la plus conforme aux faits. L'arrachement au moyen de pinces fines est le procédé qui nous paraît le meilleur pour constater l'existence de ce feuillet; la macération prolongée, le contact avec l'eau bouillante ne nous ont conduit à aucun résultat plus précis. Les deux faces de la faux du cerveau, la partie supérieure de la dure-mère sont les points où il est le plus facile de détacher des lambeaux de ce feuillet pariétal. Les adhérences qui l'unissent à la dure-mère diminuent beaucoup dans certaines affections cérébrales et particulièrement dans la paralysie générale: chez tous les aliénés qui avaient succombé à cette affection, excepté dans deux ou trois cas, nous avons pu détacher a la face interne de la dure mère des lambeaux pellucides de quelques millimètres à quelques centimètres d'étendue qui évidemment n'étaient pas un résultat artificiel et que rien ne pouvait faire soupçonner de nouvelle formation.

Ce feuillet pariétal est formé, comme la dure-mère, par des faisceaux de fibres lamineuses et quelques fibres dartoïques; mais les premières y sont plus incrustées de matière amorphe, et celles-ci plus rares.

Les vaisseaux qu'il contient sont aussi moins nombreux que ceux

(1) *Recherches sur les néo-membranes et les kystes de l'arachnoïde.* Thèse, 1859. Paris, Adrien Delahaye.

La méthode qu'il avait constamment suivie de son vivant pour se mettre le plus possible en évidence ne fut que trop imitée par ses amis, et qui pis est, par ses parents les plus proches. Les gazetiers, travaillant sans discernement, sans conscience, sur les mémoires fournis par sa famille, dépassèrent le but et firent du mort un portrait trop flatté. Louis, jaloux de rétablir la vérité et de juger sainement, n'écouta que sa haute raison et ce sentiment d'équité souveraine auquel il faut obéir quand on veut porter un juste jugement, et par une savante analyse de tous les éléments divers de cette nature complexe, il reproduisit l'homme tel qu'il était, tel qu'il l'avait connu, si bien que les esprits droits furent de son côté et firent bonne justice des injustes réclamations.

On reconnut alors que la vie de Lecat pouvait se résumer en une formule d'une admirable netteté et d'une profonde justesse, que Pline a trouvée dans une de ses éloquentes diatribes contre le charlatanisme médical. *Ostentatio artis et portentosa scientiæ venditatio manifesta est* (*H. N.* XXIX, 8), dit excellemment le pittoresque écrivain, et il faut convenir que l'appréciation de Louis a mis en relief et en parfaite évidence cette ostentation de l'art chirurgical et cette manie de paraître avec éclat qui fut la passion prédominante de Lecat.

Dans la liste des membres de l'Académie royale de chirurgie, au 1er janvier 1755, Lecat est porté en tête des *associés regnicoles*, avec tous les titres que voici : « M. Lecat, correspondant de l'Académie royale des sciences, membre des Académies de Rouen, Madrid et Berlin, professeur en anatomie et chirurgie et chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu à Rouen (1). » Il était aussi, depuis 1740, correspondant de la Société royale de Londres, et il y a des travaux de lui dans les *Transactions* de cette célèbre compagnie.

Lecat ne parut pas d'abord très-sensible à l'honneur que lui avait fait l'Académie de chirurgie en se l'associant. « La compagnie, qui avait récompensé ses premiers travaux d'une manière si honorable, dit Louis dans son Éloge, et qui avait tant contribué à sa réputation naissante, lui donna des lettres d'associé en 1739. Il ne s'aperçut que fort longtemps après qu'il avait toujours été sur la liste à la tête de cette classe; car il ne prit que dans ces dernières années, au frontispice de ses ouvrages, la qualité de doyen des associés regnicoles de l'Académie royale de chirurgie. »

Tout cela est d'une grande exactitude. Lecat, qui s'était constitué à Rouen une sorte de royauté scientifique, était parvenu à fonder dans cette ville une Académie des sciences, belles-lettres et arts. Il y trônait en qualité de secrétaire perpétuel, et il déploya dans l'accomplissement de ses fonctions beaucoup de zèle et d'activité. Mais il reconnut enfin que cette Société, dont il était l'âme, ne pouvait le disputer en éclat à l'Académie royale de chirurgie, et dans les dernières années de sa vie, il se souvint un peu tard des obligations et des égards qu'il devait à

(1) *Registres de l'Acad. roy. de chirurg.*, t. III, p. 400.

de la dure-amère; à peine apparents à l'état normal, ils sont très-développés dans certaines conditions morbides.

Les cellules épithéliales pavimenteuses qui le recouvrent ont de 0mm,011 à 0mm,013 de diamètre, contiennent un noyau arrondi ou ovalaire de 0mm,005 à 0mm,009 et forment une couche multiple, d'après Henle, double d'après Luschka. Souvent chez les adultes elles ne forment pas une couche continue.

Le feuillet pariétal de l'arachnoïde ne pourrait-il pas, sous l'influence d'un travail phlegmasique, se ramollir, s'épaissir, s'infiltrer de blastème, de sang, perdre presque entièrement les adhérences intimes qui l'unissent à la dure-mère, de manière à simuler une membrane de nouvelle formation?

Cette question, résolue négativement par la plupart des auteurs, nous semble appeler de nouvelles recherches. En admettant cette hypothèse, la distinction entre ces productions morbides serait très-difficile dans certains cas, les néo-membranes pouvant revêtir tous les caractères des séreuses, et la présence du feuillet pariétal de l'arachnoïde n'étant pas toujours facile à constater dans tous les points.

ÉTIOLOGIE.

On observe surtout les productions membraneuses de l'arachnoïde pariétale chez les individus atteints d'aliénation mentale, chez les vieillards et les enfants au-dessous de 3 ans.

Parmi ces derniers, ceux qui sont rachitiques et dont la vascularisation crânienne est très-considérable y sont plus prédisposés que les autres. Bayle les a trouvées une fois sur six dans la démence paralytique, M. Baillarger une fois sur huit. Nous les avons rencontrées vingt-deux fois sur cent individus atteints de cette affection, et encore n'avons-nous pas tenu compte des productions membraneuses très-ténues, n'occupant qu'un très-petit espace, qu'il est souvent difficile de distinguer de l'arachnoïde pariétale.

Elles sont plus fréquentes dans la démence paralytique qui présente de nombreuses attaques comateuses ou convulsives, que lorsqu'elle n'est pas accélérée dans sa marche par ces phénomènes hypérémiques intenses.

Toutes les causes de méningite chronique, excès de tous genres, et particulièrement excès de boissons, rhumatisme, érysipèle du cuir chevelu, chutes sur la tête, peuvent, du reste, produire des néo-membranes arachnoïdiennes, et c'est ce qui explique leur plus grande fréquence chez les aliénés, les enfants et les vieillards.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES; par le docteur GALLAVARDIN (de Lyon).

(Suite. — Voir les nos 1 et 2.)

PARAPLÉGIES.

OBS. XXIII. — Bennet a écrit sur l'utilité du phosphore dans les paraplégies (*Monthly journal*, février 1855). N'ayant pu consulter ce journal, je ne saurais dire si l'auteur y a cité des cas de guérison.

OBS. XXIV. — PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE DES NERFS CRÂNIENS.

OBS. XXV. — PARALYSIE DE LA SIXIÈME PAIRE DES NERFS CRÂNIENS.

Je cite textuellement l'article du *Moniteur des hôpitaux* (1858, p. 1022), dans lequel M. le docteur Tavignot relate ces deux observations de guérison :

« *Des paralysies musculaires de l'œil, traitées par les préparations phosphorées.*

« Plusieurs cas de paralysie, soit de la troisième, soit de la sixième paire de nerfs, se sont présentés à nous; quelques-uns sont même encore en traitement. La médication que j'emploie est très-simple et généralement des plus efficaces.

« Elle m'a fourni d'ailleurs, depuis plusieurs années, des succès trop nombreux pour que l'idée me vienne de dédaigner sitôt son usage.

« Cette médication consiste à prescrire le phosphore à l'intérieur et à l'extérieur en frictions circumorbitaires.

« A l'extérieur, voici la formule du liniment dont on use tous les soirs en se servant d'un morceau de flanelle qui est ensuite dédoublée et fixée pendant toute la nuit sur le front :

Huile de noix..........	100 grammes.
Naphte................	25 —
Phosphore............	25 centigrammes.

« A l'intérieur, je fais usage de pilules préparées avec de l'axonge dans laquelle on fait fondre le phosphore. Chaque pilule contient 2 milligrammes de phosphore, et je commence par une pilule par jour, en allant progressivement jusqu'à trois.

« Dans ces derniers temps, toutefois, j'ai suivi le conseil de mon savant ami le docteur Ducom, pharmacien en chef de Lariboisière, et j'ai substitué l'émulsion suivante :

Huile d'amandes douces...	10 grammes.
Sirop de gomme..........	90 —
Gomme..................	2 —
Phosphore..............	10 centigrammes.

« On recommande d'agiter chaque fois le flacon, et l'on fait prendre au malade une cuillerée à café par jour de cette potion, puis deux et même trois.

« Règle générale : quand le phosphore ainsi administré doit guérir, il guérit très-vite; or il guérit souvent.

« Je ne puis rapporter ici les observations détaillées qui trouveront leur place dans mon *Traité des affections nerveuses des yeux*; je dirai seulement que deux faits nouveaux viennent encore de me prouver dernièrement l'efficacité de ce traitement.

« Dans le premier cas, il s'agit de la femme d'un tapissier qui m'avait été adressée par le docteur Huvée. La paralysie de la troisième paire était complète, ptosis, strabisme externe, mydriase, etc. Depuis deux mois l'électricité avait été mise en usage sans résultat marqué. En vingt-cinq jours, cette dame fut guérie sous l'influence de la médication phosphorique.

« Le second cas est encore plus intéressant à un autre point de vue.

« Un riche propriétaire de la province vient à Paris se mettre entre

---

cette illustre compagnie. Voici une lettre de lui qui témoigne de ses sentiments de respectueuse déférence :

« *A messieurs de l'Académie royale de chirurgie.*

« Messieurs,

« Permettez-moi de vous présenter deux ouvrages dont l'un est tout récemment imprimé et l'autre, quoique un peu plus ancien, n'auoit cependant pas encore été placé dans votre bibliothèque. Je voudrois, messieurs, pouvoir y fournir des choses qui en fussent plus dignes. Peut-être y parviendray-je, si le ciel daigne prolonger mes jours. Je n'ay gueres employé l'âge de vigueur qu'à amasser des materiaux dans l'esperance de les arranger et de les produire auec plus d'utilité dans l'âge de sagesse. J'en suis à ce dernier acte du petit roolle que je joüe dans ce bas monde, et j'y vais employer tout le loisir que me procure ma retraite de la ville de Rouen. Un des motifs qui me soutient le plus dans cette entreprise, messieurs, c'est l'esperance de voir mes efforts applaudis par votre respectable compagnie et mes ouvrages placés au rang de ceux qu'elle estime.

« J'ay l'honneur d'etre avec un profond respect,

« Messieurs,

« Votre tres humble et tres obeissant serviteur.

« LECAT.

« A Rouen, ce 15 aoust 1759. »

Il écrivait ainsi neuf ans avant sa mort (1).

En donnant un échantillon de sa manière et de son orthographe, nous regrettons de ne pouvoir montrer un spécimen de son écriture, assez lisible, mais irrégulière et peu nette; les caractères en sont incertains, et les nombreuses liaisons des lettres entre elles y jettent un peu de confusion : ces traits accusent plus d'inquiétude que de fermeté d'esprit. Pour ce qui est du style, dont le lecteur verra bientôt un autre morceau, Lecat était tout à fait digne de réfuter le discours paradoxal de J. J. Rousseau qui avait remporté le prix de l'Académie de Dijon. Il ne fut pas heureux dans cette réfutation, et sa défense des arts et des belles-lettres, loin de lui valoir une couronne, provoqua le blâme de la part de la Société littéraire dont il convoitait l'approbation.

Mais comment, après une si longue indifférence à l'égard de l'Académie royale de chirurgie, Lecat fut-il amené à se préoccuper de cette savante compagnie avec une telle sollicitude? Il n'est pas difficile de deviner le motif de cette préoccupation un peu tardive. En 1755, quatre années par conséquent avant qu'il n'écrivît une lettre si flatteuse, l'Académie royale de chirurgie, qui ne perdait jamais de vue aucun de ses membres, avait particulièrement fixé sur lui son attention en des circonstances qui doivent être rappelées en détail.

(1) Né à Blérancourt, bourg de Picardie, le 6 septembre 1700; mort à Rouen, le 20 août 1768.

les mains d'un specialiste pour être guéri de pertes séminales déjà anciennes; le traitement n'est pas encore commencé que le malade est pris d'une paralysie de la sixième paire de nerfs de l'œil droit. Ce spécialiste m'adresse son malade, que je guéris en huit à dix jours par le phosphore. Je me fais dès lors un devoir de renvoyer ce malade à son premier médecin pour suivre ses avis dans le traitement des pertes séminales; mais le malade avoue, à ma grande surprise que, sous l'influence de la médication phosphorée, il était complétement guéri de ses pertes séminales.

« Voilà un fait, comme on le voit, digne de fixer l'attention des praticiens; car il ne s'agit pas, dans l'espèce, d'une simple coïncidence, le phosphore pourra être utilisé contre une affection restée jusqu'à présent assez difficile à traiter. »

PARAPLÉGIE INCOMPLÈTE; TREMBLEMENT DES MEMBRES.

OBS. XXVI. — Un enfant de 12 ans, d'une bonne constitution, se plaignait depuis longtemps d'une douleur dans les lombes et d'une faiblesse dans les jambes qui augmentait peu à peu, si bien qu'il ne pouvait plus marcher qu'en faisant des efforts extraordinaires; aussi habituellement restait-il étendu sur son lit. Quand il essayait de marcher, il faisait exécuter à ses jambes un mouvement particulier : il les jetait en avant vacillantes et pliées en arc, comme s'il avait de la peine à s'appuyer sur la colonne vertébrale. Fourmillement et picotement dans la moitié inférieure du canal rachidien; les apophyses épineuses très-saillantes. Tremblement des membres et paresse du canal intestinal. Il n'y avait rien autre d'anormal à signaler.

+ Prescription : Phosphore, quatrième dilution dans de l'éther, tous les soirs 5 gouttes pendant quatorze jours.

Dans l'espace de quatre semaines, l'enfant devint plus fort; il pouvait marcher assez bien et s'acquitter de toutes les commissions qu'on lui donnait à la maison. Le seigle ergoté fit disparaître les autres symptômes. (GROSS, *Archiv. für Homoeop.*, 17, 3, 152. — *Rückert's Kl. Erf.*, t. III, p. 471.)

PARALYSIE INCOMPLÈTE DES MAINS, SURTOUT DES MUSCLES SUPINATEURS; IMPUISSANCE DATANT DE SIX ANS; MYÉLITE (?) A LA SUITE DE LA SYPHILIS.

OBS. XXVII. — Un homme de 41 ans, de petite taille, brun, la figure blême, avait eu six ou sept fois la blennorrhagie et deux fois des chancres. Il avait essayé la médication hydrothérapique de Priesnitz; celle-ci ne provoquant chez ce malade aucune réaction, il s'adressa au docteur Liedbeck, le 17 août 1846.

Depuis six ans il était impuissant, et depuis six mois il n'avait plus d'érections. Il était en très-mauvais état et avait les mains paralysées, particulièrement les muscles supinateurs, si bien qu'il ne pouvait enlever quelque chose de dessus la table qu'avec peine et à la suite d'efforts manifestes; chaque jour plusieurs selles; chute des cheveux. Il y avait des symptômes d'irritation de la moelle épinière, et le malade devenait de plus en plus faible et frileux.

Après plusieurs autres remèdes, le docteur Liedbeck lui prescrivit un grain de phosphore dans une once d'huile et il lui fit faire des frictions sur le ventre avec une cuillerée à thé de cette solution. Cette médication lui procura plus de soulagement que toutes celles essayées précédemment, et, vers le milieu de décembre, il était assez bien rétabli.

Au commencement de l'année 1847, il retourna voir son médecin et lui raconta que plusieurs fois il avait eu des rapports sexuels avec sa femme, laquelle, maintenant, se trouvait enceinte. Celle-ci mourut en couches, et son enfant peu après; et le père, malgré son affliction et ses chagrins, est actuellement mieux portant et plus robuste que jamais, comme il l'affirmait lui-même. (LIEDBECK, *Hygea, Zeitschrift für Heelhunst*, t. XXII, p. 495.)

HÉMIPLÉGIE DROITE; PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ DU MÊME CÔTÉ; PARALYSIE DE LA LANGUE CHEZ UNE CHLOROTIQUE.

OBS. XXVIII. — Une jeune fille de 19 ans, d'une constitution délicate et d'une menstruation irrégulière, vivant dans une condition indigente, avait été deux fois chloritique et depuis cinq mois elle n'avait pas vu apparaître ses règles; elle se traînait péniblement depuis deux semaines, paraissait très-pâle, se plaignait de vertige, d'un sommeil agité et de perte de mémoire, et ne répondait que lentement aux questions.

Le 20 novembre 1851, elle tomba de sa chaise et resta un quart d'heure sans connaissance. Le 24, vers le soir, elle perdit encore connaissance, elle eut des mouvements convulsifs dans le membre gauche, et par contre de la roideur dans le droit. Deux jours après, elle reprit connaissance; mais tout le côté droit resta paralysé autant de la sensibilité que du mouvement jusqu'au 4 décembre. A cette époque, elle avait de la peine à remuer les membres; la mâchoire inférieure se mouvait difficilement, elle tirait la langue au dehors seulement un peu à droite, mais l'usage de la parole était complètement perdu.

Le docteur Arnold traita ce cas, du 4 décembre au 10 janvier, simplement avec le phosphore à la troisième dilution, en lui donnant chaque jour d'abord quatre fois 10 gouttes et plus tard quatre fois 5 gouttes de cette préparation. La guérison était complète à la fin de janvier 1852.

Le 6 décembre, apparut le premier signe de sensibilité et de motilité au pied et à la jambe.

Le 8, elle pouvait remuer la jambe droite tout entière, quoique difficilement et avec maladresse.

Le 10, un peu de sensibilité et de mouvement dans la main droite.

Le 11, elle tirait la langue au dehors, mais toujours à droite.

Le 15, sensibilité jusqu'au bras, dont les mouvements étaient meilleurs; elle pouvait se servir de la jambe droite pour monter; l'usage de la parole était quelque peu revenu.

Le 10 janvier 1852, apparurent les règles sans amener d'amélioration avec elles : ce qui prouve que le phosphore seul a guéri cette paralysie complexe. (ARNOLD (*d'Heidelberg*). — *Homoeop. viertel Jahrschrift*, t. III, p. 173.)

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.

Les numéros de janvier à juillet 1863 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la formation naturelle des eaux sulfatées ferroso-sodiques par la décomposition de la pyrite martiale*, par M. Lefort. 2° *Sur la préparation de l'acide acétique cristallisable*, par M. Tillmaos. 3° *Mastic à la gutta-percha*, par M. Defays. 4° *Analyse chimique d'anciens collyres romains*, par MM. Baudrimont et Duquenelle. 5° *Recherches sur la composition d'un liquide céphalo-rachidien*, par M. Jolly. 6° *Assimilation des substances isomorphes*, par M. Ronssin. 7° *Sur le phénomène de la dissociation de l'eau*, par M. Sainte-

---

Dans les *Registres manuscrits de l'Académie royale de chirurgie*, aux pages 450 51 du tome IIIe, qui renferme le résumé des actes et des travaux de la compagnie, depuis le 1er avril 1751 jusqu'au 18 décembre 1755 inclusivement, sous la date du 24 juillet 1755, on lit à la fin du procès-verbal : « On a dénoncé au comité des lettres des magistrats de Lille, imprimées et répandues dans le public pour y annoncer l'arrivée de M. Lecat, d'une manière qui marquerait du charlatanisme, si ces lettres eussent été concertées avec M. Lecat; on a délibéré, et l'on est convenu que M. le secrétaire écrirait à M. Bagieu, qui doit être actuellement à Lille, pour le prier de s'informer de la vérité des faits, et d'en rendre compte à l'Académie. »

A cette époque, l'Académie était dirigée par Lafaye, sous la présidence de Lamartinière. Morand, qui remplissait les fonctions de secrétaire perpétuel, ne perdit point de temps, et il adressa à son collègue Bagieu (Jacques), bon observateur et praticien excellent, cette lettre que nous avons heureusement trouvée dans les cartons de l'Académie :

« L'Académie royale de chirurgie, monsieur, a vu avec peine que M. Lecat s'est fait annoncer à Lille avec des précautions qui ne conviennent point à un maître d'une aussi grande réputation, et membre de l'Académie en qualité d'associé. Elle a lu des espèces d'affiches imprimées pour notifier aux curés et aux baillis de différents lieux son arrivée dans les premiers jours de juin et des lettres contenant sur les opérations qu'il a faites des détails peu avantageux à M. Lecat s'ils étaient vrays.

« L'Académie, ayant à cœur ce qui intéresse son honneur et celui de ses membres, serait fâchée que M. Lecat se fût comporté dans son voyage comme le font les charlatans et les batteurs de campagne, et elle désire d'être informée par vous, monsieur, de tout ce qui s'est passé sur cela à Lille et peut-être sous vos yeux, espérant que vous voudrez bien prendre cette peine le plus tôt qu'il vous sera possible.

« J'ai l'honneur d'être très-parfaitement, monsieur, votre très-humble et très-obéissant serviteur,

« MORAND.

« Ce 31 juillet 1755. »

Quoique cette pièce fort curieuse porte la date du 31 juillet, il y a grande apparence qu'elle fut écrite sans retard, après la décision prise par l'Académie d'instruire une affaire qui pouvait être de nature à compromettre sa dignité dans la personne d'un de ses membres. On lit, en effet, dans le tome cité ci-dessus des registres de la compagnie, sous la date du 31 juillet 1755, le passage suivant :

« Il y a eu comité dans lequel on a agité l'affaire qui regarde M. Lecat. M. le secrétaire a lu la lettre qu'il avait écrite à M. Bagieu, chargé par l'Académie d'instruire le fait. M. Bagieu, de retour à Paris dans ces entrefaites et actuellement présent, a dit que prévoyant les justes inquiétudes de l'Académie sur cela, il avait approfondi l'affaire étant à

Claire Deville. 8° *Note sur le cuivre normal des végétaux*, par M. Commaille. 9° *Sur quelques phénomènes consécutifs au mélange des solutions salines*, par M. Regnault. 10° *Action réciproque des protosels de cuivre et des sels d'argent*, par MM. Millou et Commaille. 11° *Sur la composition des cendres du suc de bananier et du bois de rhus pentaphyllum*, par M. Commaille. 12° *Étude biographique sur Scheele*, par M. Cap. 13° *Sur une nouvelle classe de combinaisons chimiques*, par M. Nicklès. 14° *Sucs éthérés des plantes vireuses; dosage approximatif des alcaloïdes dans leurs extraits*, par M. Lepage. 15° *Analyse de l'eau du volcan de Popocatepetl*, par M. Lefort. 16° *Composition des monnaies et des médailles romaines antiques*, par M. Commaille. 17° *Nouvelles études sur le camphre gauche de matricaire*, par M. Chautard. 18° *De l'épaisseur des écussons magistraux*, par M. Falières. 19° *De la purification des gommes-résines fournies par la famille des ombellifères, et de leur emploi en pharmacie*, par M. Mayet.

Analyse chimique d'anciens collyres romains; par MM. Ernest Baudrimont et Duquenelle, pharmacien à Reims.

Il y a quelques années, on découvrit à Reims, au milieu de débris d'origine romaine, une collection de dix-huit instruments de chirurgie, datant de l'époque reculée de l'occupation des Gaules par les Romains. Elle se composait de pinces de plusieurs formes, de spatules, de scalpels, d'érignes simples et doubles, et d'une petite balance dite romaine, parfaitement intacte. Tous ces instruments sont en bronze dans la totalité de leurs parties, aussi bien leurs manches que les lames des scalpels, qui sont très-aigues. Le tout formait sans doute une trousse de médecin-oculiste, car on a trouvé, au même endroit, des fragments de collyres secs (40 grammes environ), ainsi qu'un cachet d'oculiste. Malheureusement, les inscriptions en relief de ces collyres étaient trop altérées pour qu'on pût les comparer aux légendes du cachet.

Les collyres sont en petits pains allongés, rétrécis aux extrémités; les uns sont d'un brun foncé, les autres ont une couleur rouge brique. MM. Baudrimont et Duquenelle en ont soumis quelques débris à l'analyse chimique.

Le collyre brun, réduit en poudre, et successivement traité par l'eau, l'alcool et l'éther, n'a rien cédé à aucun de ces dissolvants. L'eau bouillante même est restée parfaitement pure, et le tanuin n'y a pas indiqué la présence de gélatine ou de gomme.

Ce collyre, réduit en poudre et exposé sur une lame de platine à la chaleur de la lampe à alcool, a rapidement pris feu bien avant le rouge sombre. Il est donc probable que la substance organique qui avait servi à alimenter les produits minéraux du collyre, avait subi une sorte d'érémacausie, c'est-à-dire de pourriture sèche, déterminée par le séjour prolongé de la matière dans le sol. C'est ce que paraît encore prouver l'action de l'acide chlorhydrique bouillant, qui a dissous la partie minérale en laissant un dépôt noirâtre de matière ulmique.

On a reconnu facilement que cette dernière était azotée, car elle a dégagé une assez forte proportion d'ammoniaque sous l'influence de la potasse en fusion.

Le résidn de l'incinération a été traité par l'acide chlorbydrique étendu. Il y a en effervescence, ce qui a indiqué la présence d'un carbonate.

A l'aide de l'ébullition, la matière s'est en partie dissonte, laissant un faible résidu blanc, formé par de la silice.

La liqueur acide a dépnsé par le refroidissement des cristaux blancs, brillants, qui n'étaient autre chose que du chlorure de plomb.

Après avoir converti tout le plomb en sulfate, qu'on isola par le filtre, de l'ammoniaque fut versée en excès dans le liquide restant. Il se fit un précipité brun d'oxyde de fer, nageant dans une liqueur d'un beau bleu céleste, indice de la présence du cuivre.

Ayant recueilli à part l'oxyde de fer, le cuivre fut à son tour éliminé par l'hydrogène sulfuré; puis on put constater enfin dans le liquide qui avait subi ces traitements successifs, une certaine quantité d'un sel de chaux dont la base fut précipitée par l'oxalate d'ammoniaque.

L'analyse quantitative donna les résultats suivants :

Matière organique azotée	33,33
Silice	4,00
Peroxyde de fer	16,00
Oxyde noir de cuivre	4,32
Oxyde de plomb	23,00
Carbonate de chaux	17,66
Perte	1,69
	100,00

Quant au collyre rouge, il a offert les mêmes éléments de composition que le précédent, à cela près qu'il était plus riche en fer et surtout en plomb, tandis qu'il ne contenait que de très-minimes proportions de cuivre.

On remarque, en définitive, dans ces collyres, la présence du plomb en proportion très-forte, celle du fer et du mercure, en un mot des astringents qu'aujourd'hui encore on emploie très-fréquemment dans le traitement des maladies des yeux. Seulement, il n'a pas été possible de reconnaître sous quelle forme ces corps entraient dans la composition du collyre.

Recherches sur la composition d'un liquide céphalo-rachidien; par M. Jolly.

Le liquide analysé par M. Jolly a été recueilli sur un enfant; il était renfermé dans une poche située à la région pariétale gauche et communiquant avec l'intérieur du crâne par une perforation consécutive, à ce qu'il paraît, à une fracture. C'était un liquide rougeâtre, mélangé d'un peu de sang, neutre et de saveur salée. D'après l'analyse faite par M. Jolly, sa composition était la suivante :

Eau	97,560
Mucus et matière organique insoluble dans l'alcool	0,960
Matière organique soluble dans l'alcool	0,840
Albumine, fibrine, sang	Traces.
Chlorures sodique et potassique	0,426
Phosphates alcalins et sels non déterminés.	0,196
Phosphate et carbonate de chaux	0,018
	100,000

Lille; que MM. les magistrats avaient fait imprimer et répandre d'office les lettres circulaires en question, que M. Lecat n'y avait aucune part, et qu'il s'est comporté partout d'une façon honorable. Dans le moment, M. le secrétaire venait de recevoir une lettre de M. Lecat adressée à l'Académie. conforme au rapport de M. Bagieu, et par laquelle il se justifie en détail. M. le secrétaire a été chargé d'écrire à ce sujet à M. Lecat une lettre de politesse.

« Signé : Morand. » (P. 483.)

Il est probable que six jours n'avaient point suffi pour l'enquête que l'Académie jugea à propos d'instituer. La poste n'allait pas alors d'une grande vitesse, et Bagieu n'eut pas, en conscience, le temps de recevoir à Lille la lettre du secrétaire perpétuel, de faire les recherches qu'on lui demandait, et de retourner à Paris pour rendre compte de sa mission. Ou l'affaire de Lecat fut menée rondement, ou elle fut étouffée dès le début, l'Académie ayant peut-être craint de compromettre sa réputation en appelant trop vivement l'attention publique sur un de ses membres les plus connus. Il se peut encore, et c'est le cas le plus probable, que Lecat ait été averti à temps, officieusement ou par les amis qu'il comptait parmi les académiciens, car sa lettre de justification est du 28 juillet. Or les registres de l'Académie royale de chirurgie ne font mention de l'affaire qui le concernait que deux fois, le 24 et le 31 juillet. Il est vrai que cette affaire remontait au moins à deux mois, car les imprimés que nous allons reproduire et qui figurent au dossier comme pièces justificatives, sont du mois de mai 1755. Ces imprimés sont au nombre de trois; les voici, sans commentaire :

(n° 1.)

« A Lille, le 16 may 1755.

« L'intérêt que nous prenons, messieurs, à ce qui peut contribuer à l'avantage des habitants de votre paroisse, nous engage à vous informer que M. Lecat. docteur en médecine et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Roüen, dont le mérite et l'habileté sont parfaitement connus, doit arriver en cette ville dans les premiers jours du mois de juin prochain ponr y faire des opérations à quelques personnes, et comme il a bien vouln s'engager pendant le séjour qu'il doit y faire de neuf à dix jours d'opérer la cataracte, le bec-de-lièvre, l'extirpation du cancer, et toutes autres opérations de chirurgie. à l'exception de la taille, aux personnes pauvres et aisées qui se présenteront, ceux de votre communauté qui peuvent être attaquez de ces sortes de maladies, pourront profiter d'une occasion aussi favorable.

« Nous croyons aussi devoir vous adresser les préparations que le sieur Lecat a prescrit aux malades de cette ville, pour les trouver en état d'être opérés dans les premiers jours de son arrivée, afin que les étrangers qui voudraient avoir recours à lui pendant son séjour ici, puissent s'y préparer de la même maniere.

« Nous sommes, messieurs, vos affectionnez serviteurs, les baillis des

De l'assimilation des substances isomorphes; par M. Z. Roussin.

M. Roussin a entrepris une série d'expériences dans le but de rechercher si l'isomorphisme de forme et de composition n'entraînerait pas des propriétés physiologiques particulières. Ces expériences ont été faites sur des poules et sur des lapins.

Dans une première série d'expériences, l'auteur s'est occupé exclusivement de la question ci-dessus énoncée au point de vue de la composition de l'enveloppe calcaire des œufs de poule. On sait que le carbonate calcaire y figure dans la proportion de 90 p. 100. Il s'agissait de rechercher si d'autres carbonates isomorphes et quelques oxydes métalliques ne pourraient pas être assimilés, et passer comme le carbonate de chaux dans l'enveloppe de l'œuf.

A cet effet, on prenait les poules quelques jours avant la ponte, et on les isolait dans des cages de bois, distantes du sol et des murs voisins. Leur nourriture consistait en un mélange de pommes de terre cuites et d'avoine, ou d'avoine seule trempée dans de l'eau. On mélangeait à ces aliments les diverses substances à expérimenter. Les œufs étaient recueillis au fur et à mesure de leur apparition, et pans leur coquille on recherchait immédiatement l'oxyde assimilé.

Voici ce qui résulte de ces expériences :

Les carbonates de baryte, de strontiane, de magnésie, de peroxyde de manganèse, de protoxyde de fer, de zinc, de cuivre, de plomb, de cobalt, ou les oxydes de ces métaux, sont facilement assimilés par les poules et s'éliminent de l'économie sous forme solide par l'enveloppe calcaire des œufs.

L'alumine, le sesquioxyde de fer, de manganèse, les oxydes d'antimoine ne se retrouvent jamais dans les coquilles des œufs.

La deuxième série d'expériences est relative aux parties molles de l'œuf de poule. L'albumine et le jaune d'œuf donnent à la calcination une notable proportion de chlorure de sodium. Or les iodures, bromures et fluorures alcalins sont isomorphes avec ce dernier sel. On pouvait donc s'attendre à retrouver l'iode, le brome et le fluor dans la partie liquide de l'œuf après l'administration des iodures, bromures et florures alcalins.

L'expérience est venue confirmer de la manière la plus remarquable cette prévision. Non-seulement l'iode, le brome et le fluor se retrouvent dans la partie liquide de l'œuf, mais la quantité de ces principes est tellement considérable qu'il est permis de supposer que la majeure partie s'élimine par cette voie lorsque les poules commencent à pondre. L'iode, le brome et le fluor semblent se répartir en quantités égales dans le jaune et le blanc de l'œuf. L'œuf lui-même n'acquiert par l'introduction de ces substances aucun goût étrange. Peut-être sera-t-il possible d'utiliser cette observation pour la thérapeutique.

Un fait singulier accompagne parfois l'administration des iodures, et surtout des bromures alcalins. A mesure que l'iode et le brome augmentent dans la partie liquide des œufs de certaines poules, l'enveloppe calcaire diminue et finit même par disparaître complétement. Dans quelques cas, les œufs n'étaient plus protégés que par une pellicule membraneuse.

Les poules sur lesquelles ce phénomène a été observé vivaient en liberté, et trouveraient de tout côté le carbonate calcaire nécessaire à leur alimentation.

Ce fait bizarre ne se produit pas d'une manière constante avec toutes les poules. Ceux de ces animaux qui sont doués d'une constitution robuste et d'un appétit considérable, semblent échapper de préférence à cette anomalie.

D'après ces expériences donc, les substances isomorphes tendent à s'assimiler de la même manière dans les organismes vivants, affectent pour s'éliminer de l'économie le même mode et la même allure générale, et conservent au sein même des tissus et des liquides si variables de l'organisme cet air de famille et cette affinité mystérieuse que Mitscherlich avait si bien caractérisé dans ses recherches sur les corps isomorphes.

Reste une dernière série d'expériences. Les arséniates étant isomorphes avec les phosphates de même base et de même composition, il était intéressant de savoir si l'assimilation de l'arséniate calcaire pourrait avoir lieu, et si ce dernier composé se fixerait dans le squelette osseux. Les expériences que M. Roussin a instituées à cet effet sont extrêmement curieuses, mais nous ne saurions les résumer sans dépasser les limites qui nous sont ici tracées, et il nous faut renvoyer à l'original les personnes qui désireront en connaître les détails. Il nous suffira de dire qu'il résulte de ces expériences qu'une lapine, dans l'alimentation de laquelle entrent de faibles proportions d'arséniate calcaire, produit des petits dont le squelette osseux renferme de notables proportions d'arsenic, tandis que le tissu musculaire de ces mêmes animaux en renferme à peine quelques traces. L'élimination du composé arsenical introduit dans l'organisme se fait d'ailleurs aussi par les urines à l'état d'arséniate ammoniaco-magnésien.

L'auteur formule en ces termes la conclusion générale de ses expériences :

Les substances isomorphes au point de vue chimique et cristallographique s'assimilent et s'éliminent de la même manière dans l'économie animale, et peuvent être regardées comme isomorphes au point de vue physiologique.

E. Fritz.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

L'Académie a procédé à l'élection d'un vice-président pour l'année 1864. M. le général Morin, vice-président en 1863, passant à la présidence. La majorité des votes s'est portée sur M. Decaisne, qui a été proclamé vice-président et a pris place immédiatement au bureau en cette qualité.

M. Velpeau, président sortant, a rendu compte à l'Académie, avant de quitter le fauteuil, de l'état de ses publications et des changements survenus, pendant le cours de l'année, parmi ses membres et ses correspondants.

---

quatre seigneurs hauts-justiciers, représentants l'état des châtelenies de Lille, Doüay et Orchies. »

Suscription imprimée :

A messieurs

les baillis et gens de loy

de. . . .

(N° 2.)

« A Lille, le 24 may 1755.

« Par notre lettre du 16 de ce mois, nous avons informé, monsieur, les gens de loi de nos communantés de l'arrivée de M. Lecat, chirurgien très-habile, dans cette ville, dans les premiers jours du mois prochain, et qu'il y fera pendant les neuf à dix jours qu'il y restera les opérations de la cataracte, du bec-de-lièvre, de l'extirpation du cancer, et toutes autres opérations de chirurgie, à l'exception de la taille; nous croyons, monsieur, que dans la vuë d'être utile à vos habitants, vous voudrez bien vous charger de vous informer de tous les pauvres de votre paroisse qui sont dans le cas d'avoir recours à M. Lecat, et de nous envoyer un état de ces personnes avec leurs noms, leur âge et leur incommodité; ils pourront se rendre ici avant l'arrivée de M. Lecat pour se faire voir par le sieur Vandergracht, chirurgien de cette ville, qui les examinera et leur dira s'ils sont dans le cas d'être opérés; à l'égard de ceux qui seront dans ce cas-là, ils pourront se rendre à Lille dans l'endroit que nous aurons marqué pour être traités et pansés sans aucuns frais.

« Nous sommes parfaitement, monsieur, vos très-humbles et très-obéissants serviteurs, les baillis des quatre seigneurs hauts-justiciers, représentants l'état des châtelenies de Lille, Doüay et Orchies. »

Suscription :

A monsieur,

Monsieur le curé d. . . . .

(N° 3.)

PRÉPARATION.

« Il est absolument nécessaire que les malades qui désireront se faire opérer par M. Lecat, de la cataracte, se préparent six à sept jours devant de la manière suivante :

« Le premier jour ils se feront faire une petite saignée, le second jour une autre pareille, le troisième ils pourront se reposer, le quatrième ils se purgeront, le cinquième, le sixième et le septième ils ne viveront qu'avec deux soupes et quelques bouillons dans l'intervalle par jour, ils pourront boire de l'eau panée ou de la ptisane ; s'il se rencontre quelques malades sujets aux fluxions ou mal de tête, ils feront sagement de se faire établir un cautère à la nuque deux ou trois jours avant l'opération.

Voici en quelques mots l'exposé de ces changements :

L'Académie a perdu trois membres titulaires et un associé étranger : M. Bravais, de la section de géographie et de navigation; M. Despretz, de la section de physique générale; M. Moquin-Tandon, de la section de botanique, et M. Mitscherlich (de Berlin).

Elle a élu trois membres nouveaux en remplacement des trois membres titulaires décédés : M. le contre-amiral Paris dans la section de géographie et de navigation; M. Edme Becquerel dans la section de physique générale, et M. Nandin dans celle de botanique. Il lui reste à pourvoir à deux places, une de titulaire dans la section d'économie rurale, en remplacement de M. le comte de Gasparin, et une d'associé étranger en remplacement de Mitscherlich.

Parmi les correspondants décédés en 1863, nous trouvons M. Renault (d'Alfort), de la section d'économie rurale; sir Benj. Brodie (de Londres), et M. Denis (de Commercy), de la section de médecine et de chirurgie. Dans les mêmes sections, l'Académie a élu cette année quatre correspondants : M. Martins (de Montpellier) et MM. Bouisson (de la même ville), Ehrmann (de Strasbourg), et Lawrence (de Londres). Elle a à pourvoir aux deux places laissées vacantes par le décès de M. Renault et de M. Denis dans les sections d'économie rurale et de médecine.

M. Velpeau, après l'exposé de la situation de l'Académie, a prononcé l'allocution suivante :

« Je demande la permission, avant de céder le fauteuil au savant général qui doit avoir hâte de s'y asseoir à son tour, d'exprimer ma gratitude à l'Académie pour l'honneur insigne qu'elle m'a fait en me décernant sa plus éclatante dignité; je la remercie en outre de la bienveillance dont elle n'a cessé de m'entourer, des marques de confiance et de sympathie qu'elle m'a données durant mon fragile pouvoir.

« L'esprit calme et indépendant, la haute raison, l'amour réfléchi de toute bonne discipline, qui vous distinguent tous, chers collègues, ont rendu ma tâche facile sans doute, en mettant mon règne d'un instant à l'abri de troubles, de perturbations, de discussions animées ou irritantes, de tout désordre enfin.

« Mais veuillez me laisser croire que, de mon côté, j'ai fait tous mes efforts pour user de l'autorité qui m'a été confiée avec impartialité, dans les limites de nos usages, sans en abuser, sans l'avoir rendue oppressive; sauvegarder les intérêts de la science sans gêner la liberté des savants, rester fidèle aux exigences du règlement sans cesser d'être libéral et patient envers tout le monde, telle a été ma devise et mon but.

« Si je résilie volontiers, à l'heure convenue, une aussi noble magistrature sans regrets et l'âme sereine, en reprenant ma modeste place au sein des travailleurs et des simples amis de la science, je n'en serai pas moins éternellement fier, croyez-le, de l'avoir exercée! Etre appelé par le libre suffrage de la plus haute expression du savoir humain à la tête du premier corps savant du monde, n'est-ce pas en effet, pour moi, chétif et parti de si bas, la plus belle des distinctions que j'eusse jamais pu rêver? Oui, je l'affirme en toute sincérité, cette faveur de l'Académie restera dans ma mémoire comme le souvenir le plus glorieux et le plus doux de ma vie scientifique. »

— M. le Ministre de l'instruction publique transmet une ampliation du décret impérial en date du 22 décembre, qui confirme la nomination de M. Naudin à la place vacante dans la section de botanique par suite du décès de M. Moquin-Tandon.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. Naudin vient prendre place parmi ses confrères.

De la yerba maté ou thé du Paraguay; par M. Schnepp.

Dans la note dont il lit un extrait, M. Schnepp donne des détails sur le lieu de naissance, sur les caractères botaniques de la plante qui fournit ce thé et sur son mode de préparation.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Boussingault, Decaisne et C. Gay.

Sur la santé des ouvriers employés à la fabrication du verdet; par MM. Pécholier et Saintpierre.

Nous avons l'honneur de communiquer à l'Académie les conclusions des études auxquelles nous nous sommes livrés au sujet d'une industrie répandue dans le département de l'Hérault, celle du *verdet* (acétate basique du cuivre, vert-de-gris). Le travail que nous préparons sur ce sujet est destiné à éclairer la question encore débattue de l'action du cuivre et de certains de ses composés sur la santé des ouvriers qui les manient.

I. Des recherches et des expériences dont le détail ne peut entrer ici, et qui ont porté d'une part sur les ouvriers de plusieurs ateliers importants, d'autre part sur des chiens, des moutons, des lapins, des dindons, des poulets, etc., il résulte dans le mode d'action du verdet une distinction radicale. Poison énergique à dose un peu considérable, ce produit est, au contraire, parfaitement toléré à dose fractionnée et longtemps continuée.

II. Les animaux de basse-cour soumis au régime à peu près exclusif du marc de raisin qui a servi à la fabrication du verdet, et qui retient toujours des quantités pondérables de ce sel, n'ont éprouvé de cette nourriture que d'excellents effets. Nous avons observé sur une grande échelle combien ce mode d'engraissement était rapide.

III. Pareillement notre observation nous permet d'établir d'une manière générale la santé parfaite des ouvriers qui se livrent à la fabrication du verdet et se trouvent constamment en contact avec ce produit. Et cependant l'absorption du verdet ne saurait être niée, puisque nous avons retrouvé le cuivre dans les urines des ouvriers. Nous n'avons pas observé un seul cas de colique de cuivre.

IV. Bien plus, l'absence de chlorose chez toutes les ouvrières, à un âge et dans des conditions où cette maladie est commune (nous en avons examiné une quarantaine sans trouver une seule chlorotique), nous a portés à conclure que la profession n'est pas étrangère à cette immunité, et que le cuivre possède des propriétés à certains égards analogues à celles de l'or, du manganèse et surtout du fer.

V. A côté des avantages dus à l'absorption lente du verdet se placent les inconvénients de l'action topique de ce produit à l'état pulvérulent. Ces poussières irritent les muqueuses des yeux et des voies respiratoires, et amènent de légères ophthalmies, des angines sans gravité, de la toux, etc. Ces accidents, d'ordinaire très-bénins, peuvent devenir dangereux chez les personnes irritables, nerveuses, prédisposées à la phthisie pulmonaire, à l'asthme ou à quelque maladie chronique des voies respiratoires.

VI. L'hygiène exige qu'on écarte des ateliers les femmes qui seraient prédisposées à quelques-unes des maladies ci-dessus, comme elle peut engager les médecins à conseiller la profession à des jeunes filles chlorotiques.

VII. Dans le cas où, sans porter sérieusement atteinte à la santé, l'action des poussières produirait quelques-uns des légers accidents que nous avons relatés, on devra engager les ouvrières à tamiser l'air qu'elles respirent en plaçant au devant des ouvertures des voies respiratoires un simple mouchoir attaché à la manière d'un cache-nez.

« Cette préparation ci-dessus peut servir pour toutes sortes d'opérations. »

La lecture de ces documents ne peut laisser aucun doute sur la participation de Lecat, non pas à la rédaction, mais à la préparation de ces circulaires et de l'instruction qui les accompagne, par manière de complément. On remarquera dans les deux premiers la réserve qui y est faite. Lecat s'engage à pratiquer toutes les opérations de chirurgie, hormis la taille. La clause paraît d'autant plus extraordinaire que Lecat devait la meilleure part de sa réputation à ses succès dans l'opération de la taille, pour laquelle il avait des procédés particuliers et des instruments de son invention. Louis nous apprend que lui-même avait reçu une invitation de Lecat, à laquelle il s'était rendu, pour le voir tailler, et que nombre de jeunes chirurgiens ayant terminé leurs études se rendaient à Rouen pour recevoir des leçons pratiques de l'habile lithotomiste, comme on disait alors fort improprement.

Pourquoi donc Lecat se conformait-il, en se rendant à Lille pour opérer, au fameux précepte consigné dans le *Serment* hippocratique : « Je ne taillerai point les calculeux? » Absolument pour la même raison qui détournait les disciples de l'ancienne école de Cos de tenter pareille opération. La ville de Lille possédait alors un spécialiste d'une rare habileté, ce même sieur Vandergracht qui devait examiner les malades que Lecat pouvait opérer. Dans les registres de l'Académie royale de chirurgie, p. 442 du tome III, séance du lundi 23 juin 1755, ce sieur Vandergracht, « lithotomiste de Lille, » figure dans une commission nommée à l'effet d'examiner les différentes méthodes pour l'opération de la taille. On conçoit que le chirurgien de Rouen ne voulût pas se faire un ennemi de son confrère, on pourrait dire de son compère de Lille, car il y a apparence que ce Vandergracht contribua à la rédaction de la dernière des trois pièces qui porte le titre de *Préparation*, et dont la dernière phrase est quelque peu charlatanesque.

Ce fut apparemment durant le séjour même de Lecat à Lille que l'Académie reçut information de ce qui s'était passé. L'inculpé, dans sa défense, parle d'un libelle; mais dans les papiers de l'Académie royale nous n'avons pu trouver aucun acte de dénonciation; de sorte que sur ce point il n'y a rien de bien positif.

Voyons maintenant l'apologie de Lecat qu'il faudra analyser en se bornant à reproduire quelques extraits, car elle est fort longue. En voici le début :

« *A messieurs du comité de l'Académie royale de chirurgie.*

« Messieurs,

« J'apprends avec étonnement et indignation qu'on a lu dans votre comité des lettres venues de Flandres qui tendent à me déshonorer. Si ce n'estoit pas, messieurs, dans une assemblée aussi respectable que la votre que s'est passée une pareille scène, le parti que je prendrois se-

VIII. Au point de vue de l'hygiène publique, la fabrication du verdet est absolument sans inconvénient. (Commissaires : MM. Payen, Bernard, Balard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1864. — PRÉSIDENCE DE M. MALGAIGNE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports finaux de MM. Faton et Tueffert, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Vendôme et de Montbelliard en 1863.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 dans le département de la Lozère, par M. le docteur Monteils. (Comm. des épidémies.)

3° Une observation rédigée par M. le docteur Chevreuse, de Charmes (Vosges), au sujet d'une jeune fille de la commune de Socourt, qui vivait sans avoir pris de nourriture depuis cinq ans et demi. (Comm. M. Béclard.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Lamare-Picquot, qui sollicite le titre de correspondant national.

2° Une note de M. le docteur Chabassu, sur un cas de colique sèche observé à l'hôpital maritime de Brest.

3° Une lettre de MM. Auzias-Turenne et E. Mathieu, sur des expériences relatives au *grease* pustuleux. Voici cette lettre :

« Monsieur le président,

« Nous avons l'honneur de communiquer à l'Académie le résultat de quelques-unes de nos expériences sur l'inoculation du *grease* pustuleux, objet de la discussion actuelle.

« Ces expériences démontrent, croyons-nous, l'exactitude des deux propositions suivantes :

« 1° Le *grease* pustuleux (cow-pox, vaccine) n'est pas infectieux, c'est-à-dire communicable par l'atmosphère.

« 2° La fièvre aphtheuse des ruminants (stomatite aphtheuse, cocotte) est distincte du *grease* pustuleux.

« 1° *Expériences démontrant que le* grease *pustuleux n'est pas infectieux.* — Un cheval âgé de 5 ans, de la race du Lincolnshire, est amené d'Angleterre dans les premiers jours d'octobre 1863, par M. Moyse (Isidore), marchand de chevaux à Paris. Le 10 du même mois, il est vendu à M. D..., qui le fait conduire dans sa propriété de Billancourt.

« A son arrivée chez son nouveau propriétaire, l'animal est en santé, et ce n'est que six jours après qu'e se montrent sur lui les symptômes du *grease* pustuleux.

« Chez M. D..., ce cheval fut logé dans une très-bonne écurie, avec trois autres chevaux anglais parfaitement sains et ne portant aucune cicatrice de *grease*.

« Chaque stalle de cette écurie est séparée de sa voisine par une cloison haute de 2 mètres, laquelle est continuée extérieurement par des barreaux de fer verticaux espacés de 7 centimètres environ. Notre malade n'était donc pas complétement isolé de ses voisins et vivait dans la même atmosphère qu'eux.

« Pendant toute la durée de son affection, il est resté dans l'écurie avec les autres chevaux. Malgré ces diverses circonstances, *aucun de ces derniers n'a cessé d'être en santé*, et cependant bien des fois les chevaux sains ont dû respirer l'air expulsé des poumons du malade et l'air vicié par les émanations diverses produites par l'état morbide de ce dernier. Les mêmes palefreniers leur ont donné des soins, et ce n'est qu'à une époque déjà avancée de l'affection que nous sommes intervenus pour empêcher que le malade ne soit pansé avec les brosses et les éponges communes.

« Du 20 octobre 1863 au 10 janvier 1864, 28 animaux, vaches et chevaux, ont été inoculés avec le virus fourni par le cheval de M. D...; 25 d'entre eux ont présenté, au lieu de l'inoculation, des pustules caractéristiques du *grease* pustuleux.

« Ces 25 animaux ont été pendant toute la durée de ces expériences laissés au milieu d'un grand nombre de chevaux et de vaches, côte à côte, sans séparation aucune. *Pas un seul cas de contagion ne s'est manifesté.*

« Le petit cheval de Java amené à l'Académie a paru faire exception; mais ce cheval était placé dans son écurie à côté de la jument inoculée quelques jours avant à la lèvre supérieure, et pendant tout le temps qu'a duré l'expérience, il n'a cessé de prodiguer à cette jument un grand nombre de caresses buccales. Nous laissons dès lors à MM. les membres de l'Académie le soin d'apprécier la valeur de cette exception.

« 2° *Expériences démontrant que la* fièvre aphtheuse *est distincte du grease pustuleux.* — Nous nous abstenons, dans cette courte lettre, de rien dire des caractères différentiels des deux maladies. Nous nous bornons à donner les résultats sommaires de nos expériences.

« Il y a quelques mois, toutes les vaches, au nombre de 22, du sieur B..., laitier à Auteuil, étaient affectées de fièvre aphtheuse.

« Le 3 décembre dernier, 2 d'entre elles ont été inoculées du *grease* pustuleux :

« Aux oreilles, à l'aide de la lancette;

« Sur la muqueuse buccale, par une légère friction exécutée pendant quelques secondes avec le doigt chargé de sérosité virulente.

« Le 9 décembre, de magnifiques pustules existaient aux oreilles de ces 2 vaches et sur la muqueuse de la bouche de l'une d'elles.

« Le 27 décembre 1863 et le 2 janvier 1864, 2 vaches affectées de la fièvre aphtheuse, à la période de cicatrisation, ont été chez le sieur G. S..., nourrisseur à Boulogne, inoculées à l'oreille du *grease* pustuleux.

« Le 2 janvier pour l'inoculation du 27 décembre et le 8 janvier pour l'inoculation du 2 de ce mois, nous avons constaté l'existence de pustules très-caractéristiques sur les parties inoculées.

« Or, il résulte de nos expériences qu'un même animal ne peut pas avoir deux fois le *grease* pustuleux; donc la stomatite aphtheuse et le *grease* pustuleux ne sont pas la même maladie.

« Nous avons l'honneur, monsieur le président, d'être vos très-humbles serviteurs.

« AUZIAS-TURENNE, docteur-médecin.
« E. MATHIEU, vétérinaire. »

4° M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, présente un instrument destiné à opérer la réduction des luxations des doigts et celle des oreilles.

— M. LARREY transmet à l'Académie une lettre de remercîment de M. le docteur STROMEYER, récemment élu associé étranger.

---

roit de poursuivre la vengeance la plus signalée qu'il me seroit possible contre les misérables qui ont la lâcheté de me calomnier d'une façon aussi atroce. Mais je vous dois, messieurs, un compte détaillé de ma conduite; je vais vous le rendre, messieurs, sans aucune réserve, et avec la douleur attachée à la nécessité de se justifier de semblables reproches; je me repose sur votre équité du châtiment dû à l'infâme délateur qui a eu l'effronterie de produire, dans une compagnie comme la vôtre, des accusations sans preuves contre un homme qui tient aux principales compagnies littéraires de l'Europe, et qui peut se flatter d'en avoir toute sa vie mérité l'estime. »

On voit que Lecat n'oublie jamais de rappeler ses titres académiques comme autant de droits à la considération.

Après cet exorde *ab irato*, le chirurgien de Rouen apprend à l'Académie qu'il s'est rendu à Lille sur l'invitation expresse de M. de Vallerave, ancien capitaine de grenadiers, chevalier de Saint-Louis, un des premiers magistrats de la ville, et de deux dames, affligées comme lui de cataractes; et il rapporte un fragment d'une lettre de son noble client dans laquelle on lui demande s'il voudrait faire une tournée dans les villes de Flandre, et pratiquer les opérations qui se présenteront. On le prie en même temps de marquer le jour de son arrivée, et d'indiquer l'itinéraire qu'il se propose de suivre, afin que le magistrat de Lille puisse prévenir opportunément les magistrats des autres villes.

A cette invitation, Lecat répondit en ces termes :

« Il n'est pas douteux que je ne me fasse un plaisir d'exercer mon art dans toute son étendue, partout où j'en trouverai des occasions honnêtes.

« Je consens que messieurs les magistrats de Lille informent ceux des autres villes de mon arrivée et de mon séjour à Lille, excepté (pour la taille) celles où opère, en qualité de pensionnaire, mon ami M. Vandergracht, à qui je serois bien fâché de faire le moindre tort; mais je ne crois pas qu'il me convienne de donner mon itinéraire; cela sent un peu trop cette espèce d'opérateur avec laquelle je serois trop honteux d'estre confondu; j'opérerai à Lille seulement, et les affligés des autres villes y viendront, ou me manderont exprès. »

Tout en décidant que Lille serait son quartier général, Lecat marque assez son intention de ne pas se montrer plus difficile que ces opérateurs aventuriers avec lesquels il appréhende d'être confondu, en les imitant trop visiblement. Mais il aurait pu prévoir que l'assentiment qu'il avait donné aux mesures à prendre par les autorités de Lille, touchant les opérations qu'on lui préparait, équivalait à un plein consentement à ces instructions et lettres circulaires qui tenaient, en réalité, lieu d'affiches publiques; et il ne pouvait pas ignorer que le plus odieux des charlatanismes est celui qui emprunte les allures de la charité ou de la philanthropie. En consentant de son plein gré à ces moyens de publicité, il s'associait à une réclame dont il reste essentiellement responsable, car il dépendait de lui que son nom ne fût pas affiché.

Lecat nie très-nettement qu'il y ait eu, de la part des magistrats de

Il offre en hommage, au nom de M. Tigri, de Sienne, une brochure sur la *transformation du sang en substance graisseuse;* au nom de M. le docteur Leroy de Méricourt, une notice sur la *chromidrose*.

— M. Bouillaud dépose sur le bureau, au nom de M. Ingo Alfieri, médecin sicilien, une observation d'angine de poitrine, guérie depuis deux ans.

M. H. Bouley demande la lecture de la lettre adressée à l'Académie par MM. Auzias-Turenne et Mathieu, vétérinaire, lettre relative à deux faits très-intéressants de vaccination.

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que, hormis le cas de réclamation personnelle, il n'est pas d'usage de permettre aux personnes étrangères à l'Académie de s'immiscer par lettre ou autrement dans les discussions ouvertes. Mais si un membre de l'Académie veut faire en son propre nom, communication des faits dont il s'agit, rien dans le règlement ne s'y oppose.

— M. Depaul prie M. Bouley de prendre connaissance de la lettre de MM. Auzias et Mathieu, et d'en dire quelques mots à l'Académie. Lui-même a reçu plusieurs lettres sur le même sujet, et il se propose d'en entretenir la compagnie. M. le docteur Alexis Moreau, entre autres, lui écrit qu'un de ses enfants, récemment vacciné, est atteint de variole, et le prie d'aller le voir, etc.

HYGIÈNE NAVALE.

M. le docteur Dutrouleau, candidat dans la section d'hygiène, lit un travail intitulé : *Des modifications introduites dans l'hygiène navale par l'application de la vapeur à la navigation*

Ce travail est résumé dans les propositions suivantes :

La marine à vapeur présente aujourd'hui trois espèces principales de navire : le bâtiment à roues, le bâtiment à hélice, le bâtiment cuirassé.

Le premier, inférieur pour la force et l'encombrement, est supérieur pour les oscillations et pour la marche ; le second, conservant les avantages des anciens navires, présente au plus haut degré les inconvénients du bruit de la machine et des mouvements oscillatoires ; le troisième, destiné uniquement à la guerre, a la supériorité de la défense et de l'emplacement.

Les caractères de l'atmosphère nautique paraissent plutôt atténués qu'aggravés sur les nouveaux navires.

La machine forme un compartiment à part et a une atmosphère propre dont la température moyenne est de 20° supérieure à celle de l'air extérieur.

Le personnel de la machine se distingue du reste de l'équipage autant par le genre du service que par les caractères physiques et moraux des hommes qui le composent.

La salubrité s'est modifiée sur les nouveaux navires. Par le fait de la machine, elle s'est compliquée d'indispositions plus nombreuses et d'accidents graves heureusement rares ; mais, par suite des traversées plus courtes et des relâches plus fréquentes que procure la vapeur, elle a gagné plus notablement pour toutes les maladies d'influence nautique, surtout pendant les expéditions et les campagnes lointaines.

Les maladies endémiques des pays chauds qui se font sentir aux navires de toute espèce pendant leurs longues stations, ne paraissent pas s'aggraver par l'effet du nouveau système de navigation.

Les principes épidémiques, susceptibles de se transformer au loin, doivent trouver une prophylaxie efficace dans le renouvellement plus facile de l'air intérieur sous l'influence des machines à vapeur.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la variole. La parole est à M. Reynal.

M. Reynal : Messieurs, les personnes qui suivent attentivement la discussion agitée depuis quelques semaines dans cette enceinte comprendront difficilement que la question de l'origine de la vaccine donne lieu, *aujourd'hui*, à des débats aussi longs et aussi passionnés.

Vous savez tous qu'un hasard heureux a fait découvrir les divers états morbides du cheval, *dissemblables*, en apparence, mais les *mêmes*, quant à leur essence, auxquels, depuis Jenner, la plupart des auteurs avaient accordé la propriété de transmettre par inoculation la vaccine à l'homme et à la vache. Par un hasard plus heureux encore, il a été possible d'observer plusieurs fois les mêmes faits cliniques, de les reproduire pour ainsi dire à volonté sur les animaux de la même espèce et d'espèce différente, de communiquer le cow-pox à la vache et la vaccine à l'enfant; il a été enfin possible de déterminer d'une manière rigoureuse le caractère de la maladie équine, génératrice du virus vaccinal.

Cette démonstration devait, à mon sens, satisfaire tous les hommes animés d'un esprit vraiment scientifique; car elle éclairait d'un jour nouveau l'histoire de la vaccine, et elle donnait notamment une solution définitive à la question tant controversée de l'origine de cette maladie.

Quoi qu'il en soit, grâce aux études et aux expériences faites à la clinique de l'École d'Alfort, c'est aujourd'hui un fait acquis à la science, qu'il existe, chez le cheval, un exanthème généralisé dont le produit inoculable engendre la vaccine. Et si M. Depaul, dans son argumentation, se fût borné à établir ce point important et à revendiquer la part qui pouvait lui revenir dans sa démonstration, il est probable que la discussion à laquelle nous avons assisté n'aurait pas eu lieu, tout au moins dans les termes où cette discussion s'est produite.

Mais les rôles trop modestes conviennent peu à M. Depaul. Après avoir réclamé pour lui seul le mérite d'avoir rigoureusement déterminé les caractères et la nature de la maladie du cheval, qui donne naissance au cow-pox, notre honorable collègue a exposé ce qu'il appelle *sa doctrine* sur l'origine de la vaccine.

Les remarquables discours de MM. H. Bouley et J. Guérin ont démontré d'une manière évidente, à mon sens, le peu de fondement des prétentions de M. Depaul et de sa doctrine. Mes deux honorables collègues ont abordé et si bien traité les différents points de la discussion, qu'elle semble ne plus avoir d'objet. Je pourrais donc, sans inconvénient aucun pour la cause plaidée avec tant de talent par mes deux savants collègues, renoncer à la parole.

Je ne serais pas monté à cette tribune, si je n'y avais été directement provoqué par M. Depaul, et si je n'avais à défendre mes écrits, introduits incidemment dans la discussion, contre les attaques dont ils ont été l'objet de la part de mon honorable collègue.

Je me crois d'autant plus obligé à prendre part à ce débat, que ces écrits, M. Depaul, à son insu, sans aucun doute, les a dénaturés sous plusieurs rapports, pour mieux les plier aux exigences de sa *doctrine* sur l'origine de la vaccine.

Je me propose à mon tour de combattre cette doctrine et de démontrer qu'elle se trouve infirmée de la façon la plus absolue par les faits que M. Depaul a empruntés à la pathologie comparée. Mon honorable collègue a donné à ces faits une interprétation que je ne crois pas exacte.

La doctrine de M. Depaul, vous la connaissez tous; pour M. Depaul, le cow-pox ou vaccine n'existe pas; il n'y a pas de virus-vaccin; en d'autres termes, « le prétendu virus-vaccin, qu'on considère comme

---

quelques villes principales de la Flandre, « aucune affiche ni imprimé. » Mais que peuvent ses dénégations contre les pièces que nous avons produites? Si Lecat n'avait point connaissance de ces instructions et circulaires imprimées, il avait montré bien peu de curiosité, et l'on ne sait que trop qu'il ne négligeait aucun moyen de se mettre en relief. Et s'il en avait connaissance, comme il est probable, il faut convenir que sa mémoire était courte ou sa loyauté suspecte.

Poursuivant sa défense, l'inculpé s'excuse de toute espèce de connivence et déclare que son accusateur doit être « bien extravagant et bien méchant » pour l'en avoir cru capable. Il parle ensuite de la réception magnifique que lui ont faite les magistrats de Lille, et du bon accueil qu'il a reçu de ses confrères les chirurgiens, des fêtes qu'on lui a données, bref de toutes les satisfactions qu'il ent durant son séjour dans une ville dont les témoignages d'estime l'ont si vivement touché.

« Messieurs les magistrats de Lille, pour exécuter eux-mêmes ce à quoy ils exhortaient les autres magistrats, avoient averti de mon arrivée les pauvres de leur ville; ils en avoient rassemblé plusieurs dans leurs hôpitaux. Les États, de leur côté, avoient donné de pareils avis à la châtellenie qui est leur domaine. Ils en avoient placé tous les pauvres qui avoient besoin d'opérations dans des cazernes dont ils avoient fait une espèce d'hôpital. J'ay trouvé, à mon arrivée, tous ces malades préparés par M. Vandergracht, chirurgien pensionnaire de la ville, et par M. Bastide, chirurgien major des dragons royaux, et je les ay opérés, tant en ville que dans les hôpitaux susdits, en présence des principaux chirurgiens de Lille et de quelques médecins. Il s'y trouva mesme quelquefois un magistrat.

« Je pense, messieurs, que vous trouverés ce procédé très-décent, très-honorable mesme pour moi et pour la chirurgie; en mesme temps qu'il est absolument dicté par l'amour du bien public et par les vrays devoirs des magistrats.

« Je crois d'ailleurs qu'il n'est pas besoin de dire à des hommes qui pensent et qui me connoissent, que non-seulement je ne m'attendois pas à un salaire en opérant ces pauvres, mais encore que j'estois incapable d'en recevoir. J'ajouterai, puisque l'infâme calomniateur m'y force, que j'ay au contraire donné de l'argent à des malheureux opérés dans des maisons particulières, qui estoient dans la disette, et qu'entre autres les trente sols indignement allégués, par un quiproquo qui décèle l'esprit de l'auteur, ont esté tirés de ma poche et donnés à Rose Lemaire, près du refuge de Lô, que j'opérai le 18 juin, et que je trouvay sans bouillon, sans tisane et sans argent.

« Des informations exactes, messieurs, vous apprendront plusieurs autres faits de cette espèce qu'il ne me convient pas de révéler.

« En un mot, loin d'être répréhensible, comme mon délateur a voulu vous le persuader, j'ose vous dire, messieurs, que ce voyage m'a fait autant et plus d'honneur que ce que j'ay pu faire de mieux en ma vie, et cela, tant par mes opérations fort heureuses, qui, qu'en dise le calomniateur, que par ma conduite et par la distinction avec laquelle j'ay esté reçu et traité. Il n'y a pas deux voix sur cet article, ni dans la

« l'antagoniste, le neutralisant du virus varioleux, n'est autre que le « virus varioleux lui-même; la maladie éruptive, pustuleuse, vaccino- « gène du cheval est identique, quant à sa nature, à la variole humaine.»

Je ne me préoccuperai pas ici de rechercher si l'idée sur laquelle repose la théorie de M. Depaul est nouvelle, si elle appartient à M. Depaul tout seul; peu m'importe en ce moment; l'essentiel, c'est de savoir, à cette heure, si cette théorie est rationnelle, si elle est vraie, si elle enrichit la science d'une vérité nouvelle.

Examinons la valeur des arguments que M. Depaul invoque à l'appui de sa doctrine. Admettons tout d'abord, comme une chose démontrée (je ne fais toutefois cette concession que sous certaines réserves), que l'exanthème généralisé observé chez les chevaux à Toulouse et à Alfort est bien la variole identique à la variole de l'espèce humaine.

Étant donnée cette proposition, en découle-t-il toutes les conséquences que M. Depaul en a tirées? Je ne le pense pas.

Faut-il, par exemple, admettre avec M. Depaul que la maladie de l'espèce bovine, que les vétérinaires désignent sous le nom de maladie aphtheuse, que la clavelée de l'espèce ovine soient identiques à la maladie vaccinogène du cheval et à la variole de l'espèce humaine? Je ne le pense pas davantage.

Je vais du reste, chercher à le prouver.

La maladie aphtheuse des animaux autres que le cheval se présente, dans l'immense majorité des cas, avec des caractères tellement tranchés, tellement distincts, qu'il est impossible à un clinicien, à une personne qui soigne le bétail, de la méconnaître ou de la confondre avec une autre maladie. C'est une affection vésiculeuse, et non une affection pustuleuse.

J'insiste sur ce point, parce que M. Depaul a commis à cet égard une très-grande erreur, et sur laquelle il s'est appuyé pour établir que la maladie aphtheuse n'est autre que la variole de l'espèce bovine.

Malgré les vives critiques dont la description que j'ai donnée de cette épizootie a été l'objet de la part de M. Depaul, je la maintiens comme étant rigoureusement exacte. C'est par des vésicules isolées et confluentes qu'elle apparaît sur les muqueuses de la bouche, au pourtour des lèvres, du mufle et des narines, dans l'espace interdigital et sur les mamelles. Cela résulte non-seulement de mon observation personnelle, mais encore de l'observation de tous les vétérinaires, de tous les éleveurs. Ces vésicules, on peut les voir, les mesurer, les explorer, les ponctionner, donner écoulement au liquide qu'elles contiennent, enlever la pellicule épidermique qui les recouvre; parfois même ces vésicules sont en si grand nombre dans la bouche, sur la langue, que l'épithélium de la muqueuse est soulevé et se détache exactement de la même manière que si cet organe avait été plongé dans l'eau bouillante.

Cette description n'est pas du goût de M. Depaul; je le comprends, elle écarte d'emblée toute idée d'identité, d'analogie même avec la variole; elle sape en même temps par la base les idées doctrinales de M. Depaul sur l'origine de la vaccine. Notre honorable collègue l'a bien compris : aussi fait-il remarquer qu'il ne cherchera pas dans les travaux des vétérinaires la description de la maladie aphtheuse; partout, dit-il, on la trouve incomplète; pour avoir de cette affection une opinion vraie, on doit se reporter à l'histoire qu'en a donnée M. Rayer dans les *Archives de pathologie comparée*. C'est sous l'autorité de ce savant que M. Depaul abrite sa doctrine; c'est dans son mémoire que M. Depaul trouve la preuve évidente que la maladie aphtheuse n'est autre que la variole.

Examinons avec attention le mémoire de M. Rayer, et voyons si l'on y trouve la démonstration que M. Depaul prétend y avoir trouvée.

Et tout d'abord, je ferai remarquer que M. Rayer a été beaucoup plus juste que M. Depaul envers les vétérinaires qui avaient écrit avant lui sur les maladies aphtheuses.

L'Académie se rappelle avec quelle superbe il a parlé de mes confrères et de moi en particulier; nous serions-nous attelés par derrière au char de la science pour le traîner à reculons, que M. Depaul ne nous aurait pas autrement traités.

Mais passons... La science dans cette enceinte doit seule nous occuper.

Revenons au mémoire de M. Rayer.

M. Rayer a consigné dans son mémoire les nombreux et importants travaux publiés par les vétérinaires jusqu'en 1839.

A leur exemple, il a reconnu « que l'éruption se déclare dans la bouche, à la face interne des lèvres, sur la langue, et plus souvent encore sur le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure, on observe un certain nombre d'élevures qui, lorsqu'elles sont discrètes et isolées, apparaissent comme de petits soulèvements de l'épithélium, circonscrits, aplatis, ovulaires, et qui, lorsqu'elles sont confluentes, forment de véritables plaques d'épiderme; ces élevures buccales sont évidemment formées, ainsi qu'on peut s'en assurer en les incisant avec le bistouri, par l'épithélium épaissi et imprégné d'une humeur qui ne l'a pas entièrement séparé de la surface externe du corium. Plus tard, l'épithélium altéré se déchire. Alors on observe sur ces parties des excoriations superficielles; le corium est mis à nu, mais il n'est pas ulcéré... L'éruption a l'apparence *des aphthes*, d'où est venue la dénomination de *maladie aphtheuse* employée par les vétérinaires.

De cet extrait textuel du mémoire de M. Rayer, si souvent invoqué par M. Depaul, en ressort-il que l'éruption de la bouche des vaches atteintes de l'épizootie aphtheuse soit de nature pustuleuse, et que le mot *aphthe*, conservé par les vétérinaires, soit aussi dépourvu de sens que l'a prétendu M. Depaul? Je ne le crois pas.

Dans les écrits des vétérinaires faits pendant une période de plus de soixante années, si le caractère vésiculeux de la *maladie aphtheuse* localisé dans la bouche est plus accusé, c'est qu'il a fixé plus souvent l'attention des praticiens; mais cela n'a rien qui doive surprendre: leurs observations portent, en effet, sur un chiffre considérable d'animaux; ils ont décrit ce qu'ils ont vu le plus ordinairement, c'est-à-dire les vésicules; et M. Rayer lui-même n'a-t-il pas constaté *sur quelques régions des* BULLES *contenant une sérosité roussâtre?*

Mais poursuivons.

Un savant médecin, directeur de l'École vétérinaire de Berlin, M. Hertwig, bien connu par ses travaux de médecine comparée, a traité également de la *maladie aphtheuse* du gros bétail. Il a publié un mémoire qui se trouve en partie reproduit dans le travail de M. Rayer; ce savant étranger n'a pas écrit que cette maladie fût *pustuleuse*. La preuve, c'est qu'en parlant de sa transmission à l'espèce humaine, Hertwig dit : « Il apparut des *vésicules* sur la langue, sur les lèvres, sur les mains des personnes. »

Ces considérations suffisent, à mon avis, pour établir qu'il ne ressort pas de l'étude que M. Rayer a faite sur la *maladie aphtheuse*, qu'elle soit, comme le prétend M. Depaul, de nature *pustuleuse*.

Comme toutes les affections épizootiques, la *maladie aphtheuse* présente des différences, des anomalies dans son mode de manifestation extérieure. C'est ainsi que, pendant l'épizootie qui régna dans le département de la Seine, en 1838 et 1839, on observa, sur le corps des mamelles et sur les trayons, une éruption différente de l'éruption buccale.

Plusieurs vétérinaires, entre autres Berbier, Girard, Mathieu (d'Épinal), Fabre (de Genève), etc., etc., avaient déjà signalé l'éruption sur les mamelles.

---

ville de Lille, ni dans celle de Rouen, qui a un très-grand commerce avec la première, et où l'on estoit instruit chaque jour de tout ce qui se passoit à mon égard, où enfin mes ennemis nombreux n'auroient pas laissé échapper le moindre fait équivoque, s'il y en avoit eu.

« Les présents considérables et inattendus que m'ont faits messieurs de la ville et des États, la veille de mon départ, sont de nouvelles preuves assez décisives de l'estime et de la distinction qu'ils n'ont cessé de m'accorder. Pour les terminer, toutes ces preuves, permettez-moi, messieurs, puisque je suis accusé et obligé de me justifier, de vous rapporter le commencement de la lettre que m'écrivit le 20 de ce mois M. de Vallerave, ce respectable magistrat de Lille dont j'ay déjà eu l'honneur de vous parler. »

Le fragment cité par Lecat est rempli de témoignages de reconnaissance et de compliments à son adresse, qu'il avait provoqués d'ailleurs en écrivant le premier. « Je puis vous dire avec Virgile, ajoute classiquement son noble client :

« Semper honos, nomenque tuum, laudesque manebunt. »

« Comparés tout ceci, messieurs, avec l'indigne libelle qu'on a osé vous lire, et jugés. Vous n'ignorés pas les peines infligées, par toutes les lois, contre les délateurs, et j'espère que vous voudrés bien m'épargner les mouvemens qu'exigeroit de moi la poursuite rigoureuse du criminel.

« J'ay l'honneur d'estre très respectueusement,

« Messieurs,

« Votre très-humble et très-obéissant serviteur. »

« Le Cat.

« A Rouen, ce 28 juillet 1755 (1). »

Dans cette longue apologie, dont on s'est contenté de reproduire ici les principaux passages, c'est moins l'indignation qui déborde que la vanité; elle fait explosion, notamment, dans la dernière partie. Lecat était évidemment moins troublé de la faute qu'on lui imputait, non sans vraisemblance, que flatté des honneurs qu'il avait reçus et des témoignages de reconnaissance que lui avaient prodigués des hommes de qualité. Avec le tempérament moral que nous lui connaissons, il se préoccupait à coup sûr infiniment plus de son amour-propre, qu'il voulait satisfaire à tout prix, que de son honneur, dont il n'avait peut-être pas une notion suffisamment nette; car c'est le propre de ces âmes va-

(1) La signature est en deux syllabes nettement séparées. On voit que Lecat n'avait pas attendu ses lettres de noblesse, qui ne lui furent accordées qu'en 1762, à la recommandation du maréchal de Luxembourg, pour signer en gentilhomme.

En 1839, cette éruption était si constante qu'elle attira l'attention de plusieurs observateurs, parmi lesquels je citerai MM. Huzard et Leblanc. A cette même époque, M. Rayer fit de cette épizootie l'objet du savant mémoire que vous connaissez.

A côté des vésicules bien dessinées qui apparurent sur les mamelles, constatées par M. Huzard, par M. Leblanc, par tous les vétérinaires, en un mot, qui furent à même d'étudier l'épizootie aphtheuse de 1839, il se développa une éruption qui avait des caractères moins tranchés. Le mot *pustule* fut alors employé pour désigner cette éruption que plusieurs auteurs avaient prise pour le cow pox.

En 1839 et en 1843, M. Rayer décrivit cette éruption d'une manière très-exacte et très-minutieuse; en substance, on la reconnaît, suivant cet auteur, aux caractères suivants :

Les élevures se dessinent sur les trayons sous la forme de pustules aplaties, circulaires; elles sont superficielles, dépassent peu le niveau de la peau, la surface en est d'un blanc jaunâtre sur les trayons; la couleur est à peu près la même que celle de la peau voisine, dont elle se distingue par la légère saillie circulaire qu'elles forment; souvent, la teinte est plus blanche; cela paraît résulter de l'imbibition de l'épiderme par une humeur séreuse; jamais la sérosité n'est déposée dans ces élevures des trayons de manière à soulever l'épiderme.

Mais de cette description, hâtons-nous de le dire, M. Rayer n'en a pas déduit que la *maladie aphtheuse* fût de nature pustuleuse.

En Allemagne, Casper, Spinola, Weibt, etc.; en Hollande, Numann, ont signalé cette éruption plus accentuée, si je puis dire, que l'éruption décrite par MM. Rayer et Leblanc; tellement accentuée que ces divers auteurs avaient pris ces pustules pour le *cow-pox* et pour la *variole*.

Pour continuer la réfutation de la thèse soutenue par M. Depaul, je pourrais emprunter de nouveaux arguments à mes nombreux confrères qui ont étudié les maladies *aphtheuses*; je ne veux pas le faire. M. Depaul pourrait me répondre : Les vétérinaires ont fait fausse route; ils ont une singulière idée des aphtes; ils ne distinguent pas bien la vésicule de la pustule, etc., etc.

Je reviens au mémoire de M. Rayer, que M. Depaul ne récusera pas.

Contrairement aux assertions de M. Depaul, M. Rayer croit tellement peu que l'éruption du pis des vaches soit identique au *cow-pox* et à la *variole*, qu'il a soin de déclarer qu'elle n'a aucun des caractères de l'une et l'autre de ces maladies, et d'indiquer les signes qui différencient les *élevures* des mamelles des vaches atteintes de l'épizootie aphtheuse, des *pustules* vaccinales et *varioliques*.

M. Rayer fait plus : en rappelant le travail de Togipa sur les maladies aphtheuses, il approuve cet auteur italien d'avoir combattu l'opinion des médecins et des vétérinaires, ses compatriotes, qui donnaient à cette épizootie le nom de *petite vérole* ou de *variole*.

Dans un autre passage de son mémoire, M. Rayer exprime encore d'une manière plus explicite son opinion : « Un coup d'œil, dit ce savant, jeté sur les représentations que je donne ici de l'éruption de la « maladie aphtheuse et sur les figures du cow-pox publiées par R. Ceely, « suffira pour faire saisir les différences d'aspect des deux éruptions, et « pour en rendre le diagnostic facile..... »

Je n'insiste pas davantage; l'Académie, j'en ai du moins l'espérance, est suffisamment éclairée; je crois lui avoir fait partager ma conviction, qu'il n'y a aucun rapport entre l'éruption des mamelles atteintes de l'épizootie aphtheuse et le cow-pox ou la variole, ce qui est la même chose pour M. Depaul.

Un autre ordre de preuves écarte davantage toute identité entre ces maladies.

Le cow-pox, communiqué ou spontané, se transmet sûrement par l'inoculation à l'homme et aux animaux de la même espèce; jamais les éruptions du pis des vaches, atteintes de la maladie aphtheuse, d'apparence pustuleuse, n'ont pu être inoculées.

Les inoculations, faites par Casper en Allemagne, par Émery, par M. Bousquet et par M. Rayer lui-même, celles que j'ai tentées en 1856, sont restées sans résultat.

Mais voici une autre expérience plus concluante peut-être que la précédente.

Si la maladie aphtheuse est, comme le prétend M. Depaul, la variole de l'espèce bovine, elle doit mettre cette espèce animale à l'abri d'une nouvelle atteinte de variole. C'est justement l'inverse qui a lieu : en inoculant à la vache guérie de la maladie *aphtheuse*, le virus de l'exanthème généralisé du cheval auquel M. Depaul donne le nom de variole, on obtient des pustules semblables à celles qu'on fait naître sur une vache indemne de la maladie aphtheuse. Cette expérience, nous l'avons faite à Alfort avec M. Bouley.

La lettre de M. Mathieu, vétérinaire à Sèvres, et de M. Auzias-Turenne, dont M. Bouley vient de donner communication, est confirmative de l'expérience faite à Alfort.

Dans le cours de certaines épizooties aphtheuses, on a signalé, je le reconnais, quelques exemples de cow-pox. Un vétérinaire de la Normandie, M. Levigny, a fait cette curieuse observation pendant l'épizootie qui régna en 1840 et 1841 dans le Bessin; et, particularité digne de remarque, c'est que l'éruption vaccinale n'apparaissait que huit jours, quinze jours et trois semaines après la guérison de l'éruption de la bouche et de l'espace interdigital.

En Russie, où sévit fréquemment le *typhus contagieux*, l'épizootie *aphtheuse* précède le développement de cette terrible maladie, à ce point que quelques auteurs considèrent ces deux affections comme ayant une même origine.

A mon sens c'est une erreur : on n'est pas plus autorisé à dire que la maladie aphtheuse, qui apparaît incidemment, constitue dans un cas la *variole*, et dans l'autre le *typhus*.

Je suis naturellement conduit à parler de la *clavelée*, qui est pour M. Depaul une maladie identique à la variole humaine.

Ce n'est pas la première fois que M. Depaul monte à cette tribune pour soutenir cette opinion.

A l'époque où notre honorable collègue émit cette opinion, elle fut contestée par M. Huzard, par M. Bousquet et par moi.

J'avoue ne pas comprendre l'insistance de M. Depaul; je la comprends d'autant moins qu'il n'apporte aucune observation, aucune expérience nouvelle à l'appui de l'identité du virus-vaccin et du virus claveleux.

Aujourd'hui, comme il y a deux ans, M. Depaul demande aux expériences de Sacco les éléments de la solution du problème.

Je ferai sur ce point, à M. Depaul, la réponse que lui a déjà faite M. H. Bouley : Si la clavelée n'est que la variole de l'espèce ovine, pourquoi n'avez-vous pas entrepris des expériences pour éclairer cette question importante de pathologie comparée?

Mais, aussi bien, voyons ce que valent les expériences de Sacco, qui inspirent tant de confiance à M. Depaul.

En 1804, Sacco inocula six enfants avec le *virus claveleux* et deux enfants avec du *vaccin*, pour faire une étude comparative.

L'observation de ces enfants fut confiée au docteur Legui.

L'inoculation du virus claveleux communiqua la vaccine aux enfants; cette dernière servit ultérieurement au docteur Legui pour vacciner plus de trois cents enfants.

---

nitenses de sacrifier beaucoup à l'ostentation et au frivole désir de paraître. Ainsi de Lecat, qui ne paraît pas avoir soupçonné qu'en cette circonstance, il s'était laissé entraîner à des concessions qui devaient compromettre et sa considération, comme chirurgien, et la dignité même de l'art et de la profession qu'il exerçait, avec désintéressement sans doute, mais non pas avec cette probité sévère et cette droiture inflexible, dont le médecin ne peut s'écarter sans tomber dans le charlatanisme.

Un homme de l'art qui se prêterait de nos jours à des manœuvres pareilles à celles que Lecat souffrit complaisamment, en vue de la publicité, sous prétexte de faire le bien, verrait sa considération baisser; il perdrait l'estime de ses confrères, et s'il appartenait à une association savante, il encourrait sans aucun doute le blâme de ses collègues, et s'il ne justifiait pas sa conduite par des arguments plus sérieux que ceux du chirurgien de Rouen dans son apologie déclamatoire, il subirait certainement la peine rigoureuse que les Académies infligent en cas de nécessité majeure aux membres qui ne craignent point de compromettre l'honneur de la corporation.

Supposons qu'un cas semblable à celui de Lecat soit soumis à l'appréciation d'un jury médical. Qui ne prévoit quel serait le verdict des juges? Et qui voudrait protester contre la sentence? Qui oserait prendre la défense de l'inculpé? Quelque casuiste peut-être. Mais la condamnation, si dure qu'elle fût, serait approuvée, ratifiée, sanctionnée unanimement par tous les médecins qui s'efforcent de suivre en toute occasion le grand précepte hippocratique : « Je serai pur et irréprochable dans ma conduite et dans l'exercice de mon art. » Ἁγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν. En attendant que le corps médical ait une haute cour d'honneur ou un conseil de discipline, cette phrase du serment d'Hippocrate devrait être la devise des associations médicales.

J. M. Guardia.

Nota. —Voici quelques extraits qui attestent que l'Académie royale de chirurgie ne tolérait de la part de ses membres aucun acte de charlatanisme. On lit dans les Registres de la Compagnie :

A la date du 15 mai 1755.

« Il y a en à la fin de la séance un comité dans lequel M. le directeur a porté plainte contre M. Daviel, qui continue de se faire imprimer dans la *Gazette d'Hollande*, en publiant ses opérations et ses marches comme font les charlatans. M. le secrétaire a produit les registres par lesquels il est prouvé qu'à la fin de l'année 1743 il y eut pareille plainte portée contre lui, et qu'après plusieurs comités tenus à cette occasion, il avait été fortement réprimandé sur cela en 1744. M. le directeur ayant représenté de quelle indécence cela est de la part d'un membre de l'Académie, a été aux opinions; il y a eu 16 voix pour le réprimander de nouveau, et 29 pour l'interdire. Il y en avait eu une pour l'exclure tout

Attaché aux armées, Sacco fut informé à Milan du résultat heureux des inoculations faites par le docteur Legui.

Sacco s'empressa d'inoculer des enfants avec le virus claveleux qu'il avait conservé et qui avait servi aux expériences du docteur Legui.

A la grande surprise de Sacco, ces inoculations restèrent sans résultat.

Voilà une première expérience.

Suivons les essais ultérieurs; pour l'édification de l'Académie, ils sont intéressants à connaître.

Deux ans plus tard, en 1806, Sacco reprit ses expériences dans les Alpes Apennines.

Il inocula trois enfants avec le virus de la clavelée. « Deux autres le « furent à un bras avec la même humeur, l'autre le fut avec le *virus-« vaccin*. Des trois premiers enfants inoculés avec le virus des mou-« tons, deux eurent chacun une pustule; chez les seconds, un en eut « une seulement sur un bras et l'autre en eut deux, mais seulement de « vaccin.

« Les pustules qui se développèrent, ajoute Sacco, étaient tellement « semblables et égales que, si je n'avais fait une marque pour m'indi-« quer dans quels bras j'avais inoculé le vaccin, et dans lesquels était « la vérole de ces deux moutons, je n'aurais pu distinguer les unes des « autres. »

Ces expériences, je le répète, ne m'inspirent pas la même confiance qu'à M. Depaul; je dirai même qu'instinctivement elles m'inspirent une certaine méfiance, et cette méfiance, l'Académie aura de la peine à le croire, c'est M. Depaul qui me l'a communiquée.

Dans les discussions relatives à la question de savoir si la vaccine provenait des eaux-aux-jambes, le nom de Sacco a eu un certain retentissement. On sait que cet auteur italien croyait avoir démontré, expérimentalement, que la vaccine provenait du *javart*.

M. Depaul, j'ai hâte de le dire, fut un des plus ardents adversaires de cette opinion. L'observation et l'expérience lui ont donné raison. Mais, dans l'ardeur de la lutte, j'ai entendu M. Depaul élever des doutes sérieux sur l'authenticité des planches de l'ouvrage de Sacco, représentant les pustules vaccinales produites par l'inoculation de l'humeur du *javart*.

L'Académie me permettra d'être étonné que M. Depaul, si sévère, si rigoureux, et je l'approuve, quand il examine les opinions et les expériences opposées aux siennes, se montre aussi facile pour les opinions et pour les expériences contraires à sa manière de voir.

Mais il existe une cause plus grave qui enlève aux expériences de Sacco l'importance que M. Depaul leur accorde; cette cause, j'en suis sûr, n'aura pas échappé à la sagacité de l'Académie.

Dans l'expérience que Sacco a confiée au docteur Legui, on a fait, au même moment, les inoculations avec le *virus-vaccin* et avec le *virus claveleux*.

Les inoculations pratiquées en 1806 par Sacco dans les Alpes apennines, l'ont été dans les mêmes conditions.

Ces expériences ont réussi, c'est-à-dire qu'elles ont donné le *vaccin*.

Qui pourrait affirmer que les deux virus n'ont pas été mélangés, que les lancettes ont été bien essuyées?... Rien ne le prouve. Au contraire, l'insuccès des inoculations tentées par Sacco, à Milan, avec le même virus claveleux employé sur quatre enfants, ne porte-il pas à penser que la réussite des inoculations de Legui et de Sacco, dans les Apennins, dépend du mélange de deux virus?

Je ne parlerai pas des autres expériences; elles ne sont cependant pas exemptes de reproches; mais *ab uno disce omnes*.

Quoi qu'il en soit des expériences de Sacco, on m'accordera que, sous le rapport de la rigueur de l'exécution, elles ne peuvent être mises en parallèle avec les nombreuses tentatives toujours infructueuses faites par des médecins et par des vétérinaires.

Dans les *Annales de l'agriculture française* de 1800 à 1825, on compte un grand nombre d'animaux qui ont été inoculés avec le virus-vaccin, et qui n'ont pas été préservés de la clavelée. M. Huzard, notre honorable collègue, a inoculé, sans succès, le vaccin à plus de 2,000 moutons.

L'expérience suivante est encore des plus concluantes;

Le 16 juillet 1812, Voisin, médecin à Versailles, inocula, en présence de plusieurs de ses confrères, le claveau à 13 enfants; cette inoculation ne produisit qu'un léger travail d'irritation locale, qui se développait du deuxième au quatrième jour de l'insertion et qui s'éteignait ensuite.

Voisin a varié ses expériences: il vaccina les enfants primitivement clavelisés: ils contractèrent tous la vaccine.

La vaccination a été aussi pratiquée sur les moutons. Le docteur Voisin, en 1812, vaccina 50 moutons pris dans le troupeau de M. Pluchet: au bout d'un mois, ces bêtes vaccinées furent placées au milieu de bêtes claveleuses: toutes contractèrent la clavelée.

En résumé, des considérations qui précèdent, je crois pouvoir conclure que l'identité que divers auteurs, et notamment M. Depaul, ont cherché à établir entre la clavelée et la vaccine, est contredite par l'expérience.

Dès mon entrée en matière, j'ai fait quelques réserves relativement à la nature de la maladie vaccinogène du cheval.

Je ne nie pas, mais je n'ose pas affirmer que cet exanthème généralisé soit identique, quant à sa nature, avec la variole de l'homme.

Mes doutes sont basés sur la différence très-grande qui existe entre la maladie vaccinogène du cheval et la variole humaine et sur les résultats négatifs de l'inoculation de la variole à l'homme et aux animaux.

A des époques déjà anciennes, plusieurs auteurs, parmi lesquels je citerai Brugnone, Bourgelat, l'École de médecine de Paris, ont vainement tenté l'inoculation de la variole de l'homme aux animaux.

J'ai moi-même, avec M. Renault, il y a une dizaine d'années, inoculé sans résultat, le virus variolique à une dizaine de jeunes agneaux et à quatre chiens.

M. H. Bouley et M. Camille Leblanc ont fait quelques inoculations à divers animaux. Ces inoculations n'ont pas réussi.

Je ne m'étendrai pas davantage sur l'identité du virus-vaccin et du virus variolique.

Cette importante question de pathologie générale sera sans doute traitée par une voix plus autorisée que la mienne.

L'Académie comprendra qu'il est de mon devoir d'abandonner cette tâche au vaillant défenseur de la non-identité de ces deux virus. J'ai désigné notre très-savant et très distingué collègue M. Bousquet.

Des considérations qui précèdent je me crois autorisé à conclure:

1° Que la maladie aphtheuse n'est pas la variole de l'espèce bovine;

2° Que la clavelée, qui a une grande ressemblance de forme avec la variole de l'homme, n'est pas de nature identique;

3° Que M. Depaul n'a pas établi l'identité de ces deux maladies avec la variole humaine;

4° Qu'enfin il n'est pas démontré que l'exanthème généralisé du cheval soit identique, quant à sa *nature*, à la variole de l'homme.

M. Magne: Après la discussion qui a eu lieu, il lui reste peu de cho-

---

à fait sur-le-champ. M. le directeur a ordonné à l'huissier de ne point laisser entrer M. Daviel jusqu'à nouvel ordre. » (P. 436-37, t. III.)

Du 26 juin 1755.

« M. le directeur a indiqué un comité à la fin de la séance. » (P. 442.) « Il y a eu comité à la fin de la séance, dans lequel on a lu une lettre de M. Descastaux, neveu de M. Daran, imprimée dans le *Mercure*, dans laquelle, pour vanter les bougies dont son oncle se sert, il déprise fort indécemment les maîtres de l'art. Comme le style de sa lettre prouve qu'elle a été concertée avec M. Daran, le directeur a demandé les avis du comité, et M. Daran a été interdit à la pluralité de 34 voix contre 13. Signé Morand. » (P. 444.)

« Dans la séance du 24 juillet 1755, il y a eu comité, dans lequel M. le secrétaire a lu le désaveu que M. Daran avait fait la veille au conseil du Collége (des chirurgiens). On a recueilli les voix, et il a été décidé que l'interdiction de M. Daran serait levée. » Dans son désaveu, inscrit dans les Registres, il affirme que « la susdite lettre a été écrite « et insérée dans le *Mercure* sans sa connaissance ni sa participation: « qu'il la désavoue dans tous les points comme insultant au corps de la « chirurgie et contraire à sa façon de penser. » (P. 450.)

Du 14 août 1755.

« Il y a eu comité à la fin de la séance, dans lequel M. le directeur a dit que M. Daviel avait été chez lui pour s'excuser sur ce qui lui a attiré l'interdiction de l'Académie, et en demander la cassation. La chose mise en délibération, il a été décidé, à la pluralité de 34 voix contre 12, que dans trois mois l'on pourrait accorder à M. Daviel ce qu'il demande. » (P. 456.) Daviel fut effectivement réintégré et admis aux séances après cette pénitence trimestrielle, le 27 novembre 1755.

J.-M. G.

Par arrêtés ministériels, en date des 23, 25, 28 et 29 décembre dernier, ont été nommés:

Officiers de l'instruction publique: MM. Schimper, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, et Prez-Regnier, secrétaire de la Faculté des sciences de Paris.

Officiers d'Académie: MM. Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris; Regnault, professeur de pharmacologie à la même Faculté; Riche, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris; Vigne, médecin du lycée de Tarbes.

— On nous apprend la mort de M. le docteur Crosilhes (de Crépy). M. Grosilhes, âgé de 53 ans, a succombé à un cruel accident. Il est tombé dans un puits pendant les fortes gelées de la semaine dernière.

ses à ajenter... Il ne croit pas que M. Lafosse ait pris la maladie vaccinogène pour des eaux aux jambes; il est arrivé que l'on a pris la maladie accessoire pour la maladie principale, mais les eaux aux jambes n'en existaient pas moins; il y a en coïncidence, voilà tout.

Après ce qu'a dit M. Guérin dans la dernière séance, l'orateur croit tout à fait inutile de revenir sur les différences que présentent la variole et la vaccine; pour ce qui est de la variole des animaux, il ne faut pas oublier que les maladies changent de caractère en passant d'une espèce à l'autre : ainsi, les affections charbonneuses; ce changement est plus grand encore quand la transmission a lieu des animaux à l'homme; voyez par exemple la morve. Inoculez la péripneumonie contagieuse, c'est-à-dire le liquide du poumon des bœufs qui ont succombé, vous produirez un phlegmon auquel l'animal succombera peut-être, mais qui ressemble peu à la péripneumonie; de même la vaccine ne peut préserver de la variole aussi bien que la variole elle-même. D'ailleurs, chez les animaux, il semble qu'une épizootie les préserve d'une autre maladie : pendant les épidémies de *cocotte*, jamais on n'observe de péripneumonie.

Quant à l'analogie qui peut exister entre la *cocotte* et la variole, après ce qu'a dit M. Reynal, M. Magne a peu de choses à dire. Dans le cowpox, les pustules restent toujours isolées et distinctes; cela n'a pas lieu dans la maladie aphtheuse : quand les vaches sont atteintes du cowpox, leur lait devient albumineux, ce dont on peut s'assurer en le faisant chauffer. Enfin, l'orateur ne croit pas que la maladie aphtheuse soit propre à l'espèce équine; il n'a jamais vu de cheval la contracter.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Ueber die Eierstœcke... Sur les ovaires des mammifères et de l'homme; par le docteur E. F. W. Pfluger, professeur de physiologie à l'Université de Bonn; 1 vol. in-4° de 124 pages, avec 5 planches gravées. Leipzig, chez W. Engelmann, 1863.

Les recherches anatomiques qui ont pour résultat de montrer l'analogie de composition qui peut exister entre des organes de nature en apparence différente, offrent toujours un vif intérêt. Il y a longtemps qu'on a comparé l'ovaire au testicule, mais cette comparaison était restée dans le vague, parce qu'on ignorait la véritable structure de la première de ces glandes. Cependant un célèbre physiologiste, le professeur Valentin, avait déjà montré en 1838, dans un mémoire publié dans les *Archives* de Müller, la structure tubuleuse de l'ovaire; ses assertions n'ont pas trouvé d'écho, et son travail est resté oublié. Dix-huit ans plus tard, en 1856, Billroth, dans le même recueil, est revenu sur ce sujet; non-seulement il a de nouveau constaté la présence d'utricules dans les jeunes ovaires, mais il a montré la formation des follicules de Graaf par étranglement de ces utricules.

Dans le mémoire étendu dont nous allons rendre compte, le professeur Pflüger expose avec détails les résultats de ses études minutieuses sur la glande ovarienne. Il décrit et représente dans de très-beaux dessins les utricules de la glande, la manière dont ils s'étranglent de distance en distance pour former les follicules de Graaf, montrant ainsi que ces follicules ne résultent pas de la transformation des cellules préexistantes; il fait voir que l'œuf n'est pas le produit du follicule, mais existe avant la formation de ce dernier; que la membrane granuleuse est le résultat de petites cellules qui se sont interposées entre les œufs de l'utricule primordial et les ont séparés les uns des autres avant l'étranglement de cet utricule; que les produits les plus jeunes de l'ovaire sont à sa surface et non dans sa profondeur, etc.

Les études de l'auteur ont porté principalement sur le veau, le chat et le chien, dans le jeune âge et dans l'âge adulte, sur quelques autres animaux et sur l'homme. Nous allons le suivre dans ses descriptions en mentionnant ce qu'elles ont de plus essentiel.

C'est dans les premières semaines après la naissance qu'on peut constater la structure utriculaire de la glande ovarienne. Celle-ci est préalablement durcie dans une solution de bichromate de potasse à 1/2 pour 100; pour l'obtenir on prépare d'abord une solution concentrée de ce sel bien pur, solution qui contient 10 pour 100 de bichromate, puis, à l'aide de burettes titrées, on étend celle-ci de 20 fois son poids d'eau.

La première partie est consacrée à l'étude de l'ovaire des ruminants, du veau en particulier. Un examen attentif fait voir que les follicules de Graaf qui, plus tard, seront dispersés dans l'ovaire, constituent d'abord des masses celluleuses nettement circonscrites, disposition qui se voit très-bien quand on ajoute à la préparation une solution étendue de carminate d'ammoniaque (deux gouttes sur 30 grammes d'eau distillée). En continuant son examen on finit par s'assurer qu'on a sous les yeux des boyaux fermés, d'une longueur variable, tapissés intérieurement d'épithélium et contenant des cellules; ces cellules sont des œufs, et l'auteur regarde comme un fait démontré que les œufs existent dans les utricules primordiaux avant l'étranglement de ces derniers pour former les follicules de Graaf; d'excellentes figures font voir et font très-bien comprendre cette disposition. Quand l'utricule est sur le point de s'étrangler, la membrane ptriculaire se porte en dedans sur deux points opposés et finit par former la cloison de séparation; l'épithélium se replie de même pour revêtir cette membrane.

Avant que l'étranglement soit complet, on voit que les futurs follicules communiquent entre eux par les points qui sont encore restés ouverts. Le contenu de chaque portion étranglée est une vésicule transparente (vésicule germinative) entourée de granules, et les granules d'une portion se continuent avec ceux de la portion voisine. En d'autres termes, l'utricule glandulaire renferme une chaîne non interrompue d'ovules inachevés communiquant entre eux par les granules qui entourent chaque vésicule germinative et qui ne sont pas encore entourés eux-mêmes par la membrane vitelline.

Quand les follicules de Graaf sont constituées par l'étranglement de l'utricule primordial, l'épithélium qui tapissait cet utricule et qui se composait de cellules cylindriques allongées devient la membrane granuleuse par la division de ces cellules primitives. L'auteur a vu ce passage des cellules cylindriques aux cellules d'épithélium en pavé, et dans plusieurs sacs on trouve, dit-il, la réunion des deux sortes de cellules.

Pour constater le mode de production des ovules, l'auteur fait des coupes sur de jeunes ovaires frais qu'il examine ensuite dans une solution de bichromate de potasse de 0,5 à 1 pour 100. Les utricules se terminent par une extrémité borgne située à la surface de la glande, immédiatement sous le péritoine; l'extrémité opposée se perd dans le stroma de l'ovaire. La partie cæcale de l'utricule renferme un nombre considérable de vésicules beaucoup plus petites que celles qui sont situées plus profondément; ce sont des vésicules germinatives qui vont en grossissant à mesure qu'on s'éloigne de la surface de l'ovaire.

Après une digression sur les rapports du péritoine avec l'ovaire et sur le rôle de cette séreuse qu'il regarde (à tort suivant nous) comme une glande, l'auteur se demande s'il se forme aussi de jeunes œufs dans l'intérieur de l'ovaire, ou s'ils naissent seulement dans les culs-de-sac de la périphérie. La chose est difficile à voir dans le veau, mais dans le chat on peut s'assurer que les ovules ne se produisent qu'à la surface de la glande, car c'est là seulement qu'on est toujours sûr de rencontrer les follicules les plus jeunes.

Il résulte de ces faits que le follicule de Graaf n'est pas l'organe formateur de l'œuf du mammifère; cet œuf prend naissance, comme chez les animaux inférieurs, en communauté avec d'autres ovules, dans l'extrémité borgne d'un utricule glandulaire.

Mais alors on se demande comment il se fait que les œufs les plus éloignés de la périphérie et qui sont devenus les plus gros arrivent à la surface de l'ovaire. M. Pflüger dit qu'il n'est pas nécessaire d'admettre un déplacement, une sorte de voyage du follicule, du centre de l'ovaire à sa surface. Pour lui, c'est un simple effet du développement considérable du follicule quand il approche de sa maturité.

La couleur jaunâtre que prennent les ovaires à mesure qu'ils se développent est due à une infiltration graisseuse qu'on observe surtout autour des jeunes follicules, vers le centre de la glande. L'auteur pense qu'on peut expliquer la présence de cette graisse par le travail de développement des follicules. (On connaît depuis longtemps le rôle de la graisse dans la préparation des éléments qui président à la formation d'un nouvel être; le développement de la graisse autour des ovaires et des testicules ou dans l'épaisseur de ces glandes s'observe chez les poissons et les reptiles, tout aussi bien que dans les oiseaux et dans les mammifères.)

Dans ses recherches sur les ovaires du chat, M. Pflüger a vu plus clairement certains faits dont l'observation n'était pas aussi facile sur le veau. C'est ainsi, par exemple, que l'on constate facilement la structure utriculaire de la glande après l'avoir préalablement durcie dans de l'acide oxalique concentré. L'auteur représente un de ces utricules à extrémité périphérique borgne. On voit dans cette partie cæcale des granules seulement, puis des vésicules petites et allongées, et contenant un petit point opaque (vésicule et tache germinatives); plus loin ces vésicules sont plus grosses et plongées au milieu d'une masse granuleuse (le futur vitellus). Cette observation est intéressante parce qu'elle confirme ce qu'on peut voir dans l'ovaire de certains crustacés inférieurs, des cypris, par exemple. L'auteur re-

présente dans une série de figures le développement de cet œuf primitif. On voit la zone vitelline qui d'abord entourait étroitement la vésicule germinative, se développer de plus en plus, et les granules vitellins s'accumuler autour de la vésicule pour lui fournir une auréole plus foncée. La tache germinative est d'abord très-petite et irrégulière, elle croît lentement, et ce n'est que dans les œufs presque mûrs qu'elle présente l'aspect d'une petite sphère granuleuse.

L'auteur a fait sur les ovules en voie de formation une observation curieuse relative à un mouvement particulier de la substance qui les constitue.

Quand on extrait ces cellules ovariennes d'un animal vivant et qu'on les observe dans un liquide albumineux par une température de 20° R., on remarque qu'elles changent de forme et qu'elles sont douées d'une sorte de mouvement intrinsèque de la substance qui les constitue. Voici comment l'auteur décrit ce mouvement. J'avais remarqué, dit-il, une cellule en forme de biscuit qui bientôt après était redevenue ronde. Je mis cette cellule dans l'humeur aqueuse provenant de l'œil du même chat. Les mouvements continuèrent. Il se forma à l'un des pôles de l'œuf un étranglement qui produisit deux sphères de grosseur très-inégale adhérentes l'une à l'autre. La petite sphère augmenta peu à peu de volume aux dépens de l'autre sphère, jusqu'à l'égaler en grosseur, puis elle la dépassa et finit par s'approprier toute la substance de la grosse sphère primitive jusqu'à sa disparition complète. (Ces curieux mouvements du protoplasme sont identiquement les mêmes que ceux qui ont été observés et décrits par l'auteur de cette analyse dans la substance ovarienne des limnadies.) M. Pflüger pense que les mouvements de la matière qui compose les ovules ont pour but la multiplication de ces ovules par division.

Continuant ses études sur le chat, l'auteur s'occupe de la formation des follicules de Graaf par segmentation de l'utricule générateur primordial, puis il étudie le développement de l'œuf, l'évolution de la tache et de la vésicule germinative, ainsi que du contenu vitellin. On lit avec intérêt tous les détails donnés par l'auteur et éclairés par d'excellentes figures faites sous un grossissement de 550 diamètres, entre autres la formation du micropile qui se produit sur le point par où les ovules étaient en contact avant leur séparation définitive et leur isolement dans le follicule.

L'auteur termine par une comparaison rapide entre l'œuf des mammifères et celui des autres animaux, pour montrer son identité de composition relativement aux parties qui le constituent essentiellement.

Quelques pages sont consacrées à l'indication sommaire de ce que l'auteur a vu dans le chien, le lapin et le renard. Dans tous ces animaux, il a constaté les mêmes utricules primordiaux que ceux qu'il a décrits dans le veau et le chat.

M. Pflüger n'a pas eu l'occasion de faire des recherches dans l'espèce humaine, mais il rappelle une observation de Billroth insérée dans les *Archives de Müller* (1856) qui dit avoir vu distinctement sur un fœtus humain âgé à peine de 4 mois la production des follicules de Graaf par étranglement de longs utricules cylindriques. M. Pflüger en examinant l'ovaire d'un fœtus de 7 mois, a vu les jeunes follicules de Graaf situés à des distances très-éloignées les unes des autres.

Un des chapitres les plus curieux est celui qui est consacré à l'ovaire des animaux adultes. D'après les recherches précédentes, l'auteur établit que ce n'est que pendant les trois ou quatre premières semaines après la naissance qu'on peut trouver les utricules qui précèdent la formation des follicules de Graaf; plus tard on les chercherait en vain. Cependant chez les adultes ces utricules reparaissent quelque temps avant l'époque du rut, de sorte que la glande semble passer périodiquement par les mêmes états qu'à l'époque de son premier développement. Voici des faits relatifs à ce renouvellement de la glande ovarienne.

Sur un chat adulte qui avait mis bas quelques jours auparavant (fin d'avril), M. Pflüger fit avec un rasoir des coupes minces qu'il mit dans l'humeur aqueuse et dont il lui fut facile d'isoler les éléments en ajoutant quelques gouttes d'acide acétique étendu. Il vit des séries de follicules de Graaf placés à la suite les uns des autres, de manière à former une chaîne continue. On distinguait encore la membrane fondamentale de l'utricule primitif, tout à fait comme on l'observe trois ou quatre semaines après la naissance. Comme les chats mettent bas deux fois l'an, il est probable que le renouvellement des éléments de l'ovaire a lieu aussi à deux époques de l'année, phénomène que l'auteur compare à la floraison périodique des plantes.

La même chose s'observe chez les chiens adultes pendant l'été. Si l'on enlève l'ovaire d'une chienne immédiatement après la mort et qu'on examine dans l'humeur aqueuse de l'œil les coupes pratiquées à la surface de la glande, on reconnaît très-bien les utricules glandulaires. Pour distinguer les cellules épithéliales de ces utricules, l'auteur emploie la méthode suivante. Il traite la préparation par l'acide acétique étendu jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement claire. Il ajoute ensuite peu à peu de l'ammoniaque; dès que le liquide commence à devenir alcalin, les utricules se montrent nettement avec leur couleur particulière jaune verdâtre qui tranche sur la couleur pâle du stroma.

Le chapitre est terminé par l'étude du développement des corps jaunes. Les cellules de la membrane granuleuse se multiplient d'une manière extraordinaire, même avant l'ouverture du follicule. A l'époque de cette rupture elles augmentent de volume et atteignent, quelques jours après la sortie de l'œuf, les dimensions considérables qui caractérisent les cellules des corps jaunes. Plus tard elles se remplissent d'une émulsion graisseuse qui finit par donner au corps jaune la couleur qui lui a valu son nom. Les petites vésicules graisseuses s'accumulent autour du noyau de la cellule, tandis que la circonférence de celle-ci reste transparente.

Après avoir fait ressortir dans un résumé général les principaux traits de son travail, M. Pflüger expose un historique détaillé du sujet qu'il a traité, en analysant avec soin les recherches de ses devanciers et en discutant leurs opinions.

L'ouvrage est accompagné de cinq belles planches contenant 76 dessins faits à la chambre claire sous des grossissement de 400 à 550 diamètres et exécutés avec le plus grand soin.

A. Lereboullet.

VARIÉTÉS.

— Nous n'enregistrons pas sans regret la démission donnée par M. Rayer de son titre de doyen et de professeur de la Faculté de médecine de Paris. Tous ceux qui avaient été initiés comme nous aux motifs de l'élévation de M. Rayer à l'honneur et aux fonctions du décanat, ainsi qu'au titre de professeur de médecine comparée, comprendront mieux encore les tristes conséquences de la retraite de notre illustre confrère.

L'entrée de M. Rayer dans l'École de médecine de Paris n'était pas seulement un honneur et une récompense légitimes pour l'homme dont la carrière et les travaux justifiaient cette haute distinction; c'était quelque chose de plus: c'était une mission donnée au représentant de la science moderne, à celui qui a attiré dans les voies nouvelles de la science toute une génération de travailleurs ardents, de régénérer l'enseignement de l'illustre Faculté. Mais l'éminent porte-drapeau de cette révolution n'a peut-être pas assez proportionné l'énergie des moyens à la grandeur du but. Assailli dès l'abord par une conspiration de mauvais vouloir, empêché par toutes sortes d'obstacles amoncelés sur sa route, il s'est peut-être plus préoccupé de se concilier des oppositions insurmontables que de chercher ailleurs des forces pour les anéantir. La modestie et la modération n'ont jamais été les bons auxiliaires d'une révolution. Il fallait marcher, et M. Rayer s'est arrêté, mais il ne s'est pas arrêté sans avoir donné des preuves de la valeur de son initiative. Les mesures qu'il a prises, les nombreuses améliorations qu'il a introduites dans le régime et les règlements de l'école, dans la plus grande facilité de l'enseignement, rendu plus précis, plus étendu et enrichi par de nouvelles créations, témoignent assez de ce qu'il aurait pu faire.

Mais ce dont on l'a accusé très-injustement est précisément ce qui lui a manqué. Il a manqué à M. Rayer l'ardeur et l'ambition du réformateur, ce qui fait qu'il a préféré, aux fatigues et aux ennuis de la mission qui lui avait été confiée, son repos et la jouissance d'une réputation bien acquise.

En récompense de ses longs et éminents services, M. Rayer, par décret en date du 9 janvier, a été promu au grade de grand officier de la Légion d'honneur. Cette distinction est la plus élevée qui ait jamais été donnée à un médecin. Cependant nous aurions préféré pour M. Rayer et pour nous qu'il fût resté doyen de la Faculté de médecine de Paris.

— M. Milne Edwards, membre de l'Académie des sciences et professeur de zoologie au Muséum d'histoire naturelle, vient d'être nommé, par arrêté ministériel du 9 janvier, directeur suppléant du Muséum.

— M. le docteur Josat vient d'être nommé inspecteur de service de la vérification des décès de la ville de Paris.

Par décret du 6 janvier 1864, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Chevreul, professeur au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé directeur de cet établissement.

— La question des mariages consanguins va recevoir un nouvel élément de contrôle.

Dans une récente décision ministérielle, il est recommandé aux maires de s'assurer, par une interpellation directe aux futurs époux, s'ils sont ou non parents au degré de cousin germain et même de cousin issu de germain. La déclaration, si elle est affirmative, sera mentionnée en marge de l'acte de mariage.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

De la spontanéité morbide; par Paul Dupuy.

(Deuxième article.)

Dans un article antérieur (1), j'ai cherché la détermination de l'idée spéciale de vie, et j'ai cru en trouver la caractéristique essentielle dans cette puissance évolutive propre à tout ce qui implique en soi la notion d'unité, non sans doute au sens absolu de l'unité mathématique, mais avec l'acception que cette forme ou catégorie de l'esprit reçoit dans la réalité même. Qui dit *activité* n'exprime qu'une conception générale et vague en vertu de son extension, car elle s'applique à tout ce qui existe, à tout être, quelles qu'en soient l'origine et la physionomie particulières. Qui dit *vie* spécialise, détermine dans la totalité que l'expérience nous permet d'entrevoir bien que confusément.

L'activité vitale spontanée se différencie aisément de l'activité que nous révèle la matière brute, et par la métamorphose incessante dont la vie est le sujet, et par l'unité que manifestent les êtres individuels et qui est la raison *sine quâ non* de cette métamorphose elle-même. L'expression d'unité n'implique pas une transformation incessante et graduée, mais celle-ci emporte la notion d'unité. Dans la matière générale, il n'y a point d'individualité réelle; aussi ne présente-t-elle que des changements d'état faciles à reproduire, mais point d'évolution. En conséquence, les caractères communs ont seuls une valeur positive relativement aux corps bruts. De l'or, de l'argent, du mercure, seront partout identiques à eux-mêmes. De l'oxygène sera en tous lieux de l'oxygène, ni plus ni moins. Un diamant n'a, avec un autre diamant, aucune différence possible, et ainsi des autres substances élémentaires. Entre tel corps simple et tel autre de même espèce, il n'y a que des caractères communs. Quant au volume et à la forme, ce ne sont là que des faits essentiellement accessoires, et qui n'individualisent réellement aucun des agrégats qui constituent le domaine de la matière en tant que matière.

Les êtres vivants s'offrent à nous dans des conditions très-distinctes de celles que je viens de signaler. Ce sont des êtres individuels qui possèdent un grand nombre de traits communs. C'est ainsi que se trouve respectée la série ascendante dont l'ordre exige qu'on passe par une transition ménagée du terme qui précède à celui qui suit. De plus, l'organisation étant pour ainsi dire taillée dans la substance du monde inorganique, doit avoir et ses propres caractères communs et ceux que présente ce dernier. Or ceux qui lui sont propres expriment une idée radicalement neuve de l'être, qui n'est plus la permanence et l'invariabilité des éléments primitifs, régis par des forces générales invariables elles-mêmes, mais la variabilité progressive de forces distinctes, individuelles qui reposent, pour chaque espèce, sur un fond commun d'où l'on voit émerger les facultés particulières. Des derniers échelons de la série aux degrés les plus élevés, celles-ci prennent un relief de plus en plus marqué. Les plantes, les animaux inférieurs paraissent tout nature (fond commun), tandis que chez l'homme la distinction, la différence sont des plus tranchées, et avec l'élément moral et la liberté surgit le principe qui doit réaliser, dans toute sa plénitude, la notion de l'être un et individuel.

(1) Voir la *Gazette médicale*, 28 novembre 1863.

Tout être vivant contient donc en lui-même un germe de déterminations spontanées, dont les unes répondent au fond commun et les autres à l'élément différentiel. C'est au premier qu'appartiennent surtout les faits exprimant la vitalité générale. Toutefois, chez les animaux supérieurs, l'élément différentiel se manifeste d'une manière non douteuse dans la genèse des phénomènes qui caractérisent la vie organique. J'ai essayé récemment d'indiquer la part qu'il faut faire à la spontanéité, en tant qu'élément commun, pour la conception, l'évolution de l'état morbide, et j'ai montré, par cela même, le rôle qu'il faut lui attribuer dans la guérison des maladies. Je me propose maintenant d'aborder un point de vue différent, et que mon dernier article a dû laisser dans l'ombre (1).

Ainsi que j'ai essayé de l'établir dans mon précédent travail, l'être vivant ne devient malade qu'en vertu de l'activité spontanée qui le constitue, et qui, sous l'influence d'excitations externes ou d'un mobile tout intérieur, tire de lui-même des séries variables de manifestations morbides. Mais les occasions qui viennent du dehors procèdent très-diversement. Tantôt il s'agira d'influences miasmatiques ou virulentes, de l'ingestion de substances toxiques, tantôt de l'action viciée des modificateurs hygiéniques, tantôt enfin de circonstances où l'altération de ces derniers ne peut être invoquée que par hypothèse, ou seulement d'une manière accessoire. Les constitutions médicales, le génie épidémique sont des conditions qui impriment aux maladies un cachet tout particulier. Placez les êtres vivants en rapport avec ces sollicitations infiniment complexes, et vous observerez soit l'immunité, soit une susceptibilité moindre, soit des manifestations morbides très-différentes d'individus à individus. L'anatomie pathologique dépose dans le même sens que l'étiologie. On voit les lésions graves s'accompagner de symptômes légers ou graves, les lésions légères associées à des symptômes harmoniques ou désharmoniques. S'agit-il de symptomatologie, même enseignement. Les symptômes sont parfois très-intenses et la lésion nulle, tandis que dans d'autres circonstances les symptômes peu accusés sont en rapport avec l'absence de lésions. Les phénomènes nerveux les plus étranges peuvent survenir à l'occasion de faits en apparence fort insignifiants. D'autre part, dans l'ordre purement physiologique, ce qu'on appelle constitution, tempérament, idiosyncrasie, exprime tout autant de formes diverses de l'élément différentiel.

Abordant l'étude des faits particuliers, j'entrerai dans le domaine de la pathologie proprement dite en m'occupant tout d'abord des maladies virulentes. Ici je devrai faire de nombreux emprunts à l'excellente thèse de M. le docteur Peter (2).

(1) *Gazette médicale* du 28 novembre 1863.

(2) *Des maladies virulentes comparées chez l'homme et chez les animaux.* On trouve dans cette thèse une application fort remarquable de

FEUILLETON.

Conrad Gesner.

(1516-1565.)

I.

L'histoire s'est souvent exercée sur cette merveilleuse période à laquelle on a donné le nom de *Renaissance*: époque curieuse et brillante qui termine le moyen âge, commence l'histoire de la civilisation moderne, et que circonscrit d'une manière assez nette l'étendue du seizième siècle. Vingt historiens en ont raconté les événements politiques et ont dit ce que les langues, la littérature, les beaux-arts, la philosophie, la raison générale doivent à ces quelques années, pendant lesquelles, abandonnant la plupart des doctrines et des usages des siècles antérieurs, l'esprit humain marcha vaillamment à la conquête des idées, des vérités et des principes qui devaient servir de base à une civilisation nouvelle. Mais peut-être n'a-t-on pas assez étudié ce que la même période apporta de faits nouveaux, d'heureuses découvertes et de profondes conceptions à la science qui, elle aussi, tendait à se renouveler. La complexité et l'étendue d'un pareil travail ont sans doute rebuté les écrivains que son importance incontestable aurait portés à l'entreprendre. Un seul homme, en effet, pourrait difficilement être à la fois assez versé dans les diverses branches du savoir pour suivre et analyser la marche de chacune d'elles pendant la durée de ce siècle. Le meilleur moyen d'accomplir dignement une pareille tâche, me semblerait être de la scinder, de la fractionner, en s'appliquant à étudier la biographie des savants qui fleurirent durant cette période. Le fragment qui va nous occuper est une sorte de *spécimen* de l'entreprise à laquelle nous faisons allusion. Puisse-t-il provoquer d'autres recherches dirigées dans le même sens! Nous nous proposons d'y travailler nous-même, en concentrant nos études sur l'histoire des sciences physiques et naturelles pendant cette remarquable époque.

Le savant qui va faire le sujet de cette notice, *Conrad Gesner*, est celui qui, à la même date, imprima d'importants travaux d'érudition et de philosophie, imprima la plus vigoureuse impulsion aux sciences naturelles. Il fut surnommé le *Pline de l'Allemagne* (1); mais cette comparaison manque de justesse, car Pline ne fut guère qu'un compilateur laborieux, intelligent, mais peu profond, tandis que Gesner fut un

(1) C'est Théodore Zwinger, qui lui donna assez maladroitement le titre de *Plinius Germanicus*, dans une épitaphe qu'il composa en son honneur.

Un virus est d'autant plus actif qu'il vient d'être engendré. Son passage, dans une série étendue d'organismes de même ordre, en atténue souvent la vivacité, l'énergie. Ce fait paraît démontré pour la syphilis, dont les descriptions ne ressemblent guère au tableau lamentable qu'on en a tracé au seizième siècle. Quant au vaccin, on formule peu de doutes à cet égard. Mais les virus ne s'altèrent pas seulement par le fait de la transmission successive, et leur action s'atténue d'autant plus sûrement que les organismes qui les élaborent en seconde main diffèrent davantage de ceux où ils ont spontanément pris naissance. Le virus charbonneux perd même la propriété de se transmettre lorsqu'il est transporté d'une espèce animale à une autre. Tels sont les cas cités par Roche Luhin, MM. Renault et Reynal. Le premier n'a pu inoculer un porc avec du sang puisé sur des animaux d'espèce différente. MM. Renault et Reynal ont constaté que le virus de la vache morte du charbon ne s'inocule ni au cheval ni au mouton. Le virus rabique perd de son intensité en passant des carnivores aux herbivores (Bouley), et la rage se modifie comme expression symptomatique en passant du chien au cheval et aux ruminants. De même, la morve aiguë peut donner lieu au farcin chronique, lequel chez l'homme ne ressemble pas au farcin du cheval. M. Depaul a inoculé avec succès le vaccin à de jeunes chiens, des brebis, des chevaux, une vache, et le liquide des pustules n'a pu donner lieu chez les enfants à la production de la pustule vaccinale.

De l'évolution je passe à l'étiologie. Par l'excès de travail et une alimentation insuffisante, on produit la morve à volonté. D'après MM. Renault et Reynal, c'est aux émanations méphitiques des marais qu'il faut attribuer l'éclosion des maladies charbonneuses. L'ingestion d'eaux rares et bourbeuses doit également y concourir. Mais des fourrages gâtés par l'humidité et couverts de cryptogames, l'usage de froment altéré par les sporules de l'*uredo sitophila* (Gerlach), suffisent pour donner lieu à la naissance du charbon. La péripneumonie exsudative se développe chez les ruminants placés dans des étables malsaines, à la suite d'une stabulation prolongée, avec alimentation trop substantielle. L'instinct sexuel non satisfait paraît être chez le chien une cause déterminante de la rage. Dans l'espèce humaine, les maladies virulentes qui lui sont propres ne se développent point toujours par contagion ni par infection. Il est évident qu'elles ont dû commencer une fois à sévir, et dans bien des cas encore, le développement de certaines épidémies est tout aussi spontané, sans nul doute, qu'à l'époque de la première apparition. On peut rapprocher de ces maladies, à l'exemple de M. Peter, celles qui se développent par infection, comme la fièvre typhoïde, et plus particulièrement le typhus. En effet, une mauvaise hygiène qui produira des affections virulentes chez les animaux sera pour l'homme l'occasion d'un état morbide infectieux. L'analogie a d'ailleurs été si bien comprise par M. Littré (1) qu'il a assimilé la fièvre typhoïde, la variole, la peste, le vaccin, la morve, l'hydrophobie à des fermentations.

J'arrive à la contagion. La morve se transmet beaucoup plus aisément de cette manière que par infection (Renault). Non-seulement le charbon est contagieux et inoculable comme la morve, mais encore l'inoculation d'un fragment de muscle ou d'un caillot sanguin en voie de décomposition et provenant d'un animal sain, suffit pour déterminer l'apparition d'une maladie charbonneuse (Sanson). La rage n'est point toujours contagieuse, car d'après M. Renault seulement 33 pour 100 des animaux inoculés contractent la maladie. De même la variole et le vaccin rencontrent parfois des individualités absolument réfractaires. La contagion médiate est le procédé ordinaire de transmission pour la variole, la rougeole, la scarlatine. Cependant la rougeole est inoculable comme la variole, bien que dans de moindres proportions (Stome, Speranza, Michael de Katona). La scarlatine serait aussi quelquefois inoculable au dire de MM. Miquel d'Amboise et Mandl. On prétend que les accidents primitifs de la syphilis ne sont pas toujours inoculables, même sans syphilis antérieure qui aurait pu produire une immunité temporaire. Lorsque les accidents secondaires existent, le sang est, non toujours, mais dans quelques cas, inoculable à des sujets vierges de syphilis. Le liquide contenu dans les pustules d'un sujet à la fois vacciné et vérolé, donne lieu quelquefois (Viennois, Paccioti) à l'inoculation simultanée des deux virus. Le plus souvent le virus-vaccin seul est transmis. Le fluide spermatique d'un syphilitique n'est pas virulent, et néanmoins il communique en puissance un élément qu'il ne possède point en acte. Cette communication n'est d'ailleurs rien moins que nécessaire. Par la mère la transmission se fait avec encore plus de fréquence, mais à mesure que l'individualité de l'enfant s'accuse, c'est-à-dire à mesure qu'il approche du terme de la grossesse, son aptitude à être contaminé diminue. On assure même qu'il peut exceptionnellement résister à la double cause d'infection que lui transmettent à la fois le père et la mère.

Pour les maladies différentes et pour la même maladie, l'incubation a des périodes généralement assez variables. On a invoqué comme explication certaines conditions susceptibles de modifier les qualités actives des virus. C'est ainsi que l'incubation est plus courte après l'inoculation qu'après l'infection.

Il existe dans toutes les maladies infectieuses et virulentes, des variétés de formes assez peu accusées pour que M. Jules Guérin ait cru pouvoir admettre, par une induction hardie, des choléras ébauchés, des fièvres jaunes ébauchées, des varioles ébauchées, des morves ébauchées. Cette loi, qui aspire à devenir générale, est consacrée par les faits de fièvre varioleuse sans éruption, de fièvre vaccinale sans éruption, qui communiquent l'une et l'autre l'état réfractaire à l'inoculation. La fièvre de la rougeole n'a point toujours l'éruption caractéristique, et il en est de même pour la scarlatine. Chez les animaux on observe aussi une fièvre charbonneuse sans gangrène, quelques morves aiguës sans l'éruption qui leur est propre (Tessier, de Puisaye). Le farcin n'est lui-même, ainsi que M. Jules Guérin l'a démontré, qu'une morve sans l'ulcération des fosses nasales.

L'état réfractaire peut être absolu chez quelques sujets relativement à certains virus, tandis qu'il n'existe pas pour d'autres virus. Cet état n'est quelquefois que temporaire. L'immunité n'est autre chose qu'un état réfractaire acquis, et elle peut disparaître à la

la méthode sériale, méthode qui a déjà beaucoup fait et qui fera plus encore pour la constitution de l'économie scientifique.

(1) *Revue des Deux-Mondes*, 1855.

observateur habile, consciencieux et original. C'est un de ces hommes exceptionnels qui, à force de savoir, de patience et de génie, déterminent tout le mouvement de la science à une époque déterminée. Réunissant à une grande force de pensée, une persévérance à toute épreuve, une volonté ferme, une érudition immense et une mémoire prodigieuse, il écrivit sur presque toutes les parties des connaissances humaines et chacune d'elles fit sous ses mains de remarquables progrès.

Mais avant d'énumérer ses titres les plus glorieux à la reconnaissance de la postérité, qu'il nous soit permis d'exposer rapidement l'état où se trouvaient les connaissances générales au moment où il vint prendre une part si active à leur développement.

Dans le cours du quatorzième et du quinzième siècles, les sciences s'étaient peu à peu relevées sous l'influence de diverses causes: par les communications établies avec l'Orient, par la création des universités, par la fondation de quelques ordres monastiques consacrés à l'enseignement, enfin par les grandes découvertes qui signalèrent la fin de cette époque. Dans la seconde moitié du quinzième siècle, des événements d'une autre nature vinrent donner à ce mouvement une nouvelle activité: l'invention de l'imprimerie, la prise de Constantinople par les Turcs, qui fit refluer en Italie les derniers vestiges de la science antique, ainsi que les hommes qui en avaient conservé le dépôt, les progrès de l'art nautique, grâce à l'invention de la houssole, le passage aux Indes par le cap de Bonne-Espérance, la lutte des opinions religieuses, enfin la découverte du Nouveau-Monde, telles furent les principales circonstances qui rendirent cette période la plus importante de l'histoire des progrès de l'intelligence pendant le moyen âge. Les sources générales de la science et celles de la richesse des nations se trouvaient ainsi renouvelées à la fois; l'horizon matériel s'agrandissait en même temps que celui de la pensée humaine. Les recherches d'érudition, la fixation des langues modernes, le déplacement des sciences, des arts et du commerce, le nouvel équilibre européen qui devait en être la conséquence, telles furent les principales causes qui préparèrent l'essor extraordinaire qu'allait prendre l'esprit humain dès les premières années du siècle suivant.

Les disputes de l'école s'étaient apaisées peu à peu; la scolastique devait périr avec le moyen âge dont elle avait été l'une des plus vives expressions. Les travaux des érudits, les découvertes récentes et l'élan des idées nouvelles lui portèrent en effet les derniers coups. Toutefois la scolastique avait servi au progrès général, en tournant les esprits vers les études abstraites et vers la philologie: elle avait introduit de nouvelles formes dans l'argumentation et fourni quelques bons éléments à la recherche de la vérité, mais elle avait retardé l'essor des sciences en détournant les hommes d'étude de l'observation directe des phénomènes naturels et à peine avait-elle ajouté quelques données positives au domaine de la vraie philosophie.

La scolastique n'avait été, à vrai dire, qu'une lutte entre les doctrines d'Aristote et celles de Platon, entre le spiritualisme et l'expérience. Mais tandis que les écoles retentissaient encore de ces derniers com-

longue. La syphilisation n'arrive point à produire une immunité définitive; il y a même des cas où l'on ne peut l'obtenir même provisoirement.

L'influence réciproque de la vaccine et de la variole, simultanément développées, a donné lieu à des assertions contradictoires. Ainsi MM. Rayer, Tardieu, Legendre, admettent que la vaccine atténue la variole; MM. Rilliet et Barthez affirment que loin de l'atténuer, elles l'aggravent; M. Bousquet nie qu'il y ait aucune influence.

La pathologie ordinaire nous donne les mêmes enseignements que les maladies virulentes, mais avec un degré moindre de rigueur et de clarté, aussi ai-je dû insister longuement sur les faits les mieux appropriés à l'objet de ce travail. Entre les deux ordres de sphères il y a d'ailleurs un point commun : celui des maladies infectieuses qui légitime l'usage du raisonnement lorsqu'on passe de l'une à l'autre. Le miasme est de nature ou végétale (fièvre jaune (1), fièvre intermittente) ou animale (typhus, fièvre purulente, diphthérie). Les poisons proprement dits (toxhémies) peuvent être dans le même cas, ou provenir des métaux, des métalloïdes et de leurs composés. Entre les affections inflammatoires et infectieuses se trouve comme moyen terme la diphthérie qui participe dans des degrés variables des unes et des autres. Avec les phlegmasies s'ouvre le cadre des maladies qui intéressent particulièrement la vie commune, cadre qui comprend d'une part les inflammations elles-mêmes, et d'autre part bon nombre d'affections, telles que les dartres, les scrofules, la tuberculisation, l'albuminurie, le diabète, le cancer, la goutte. De ce dernier groupe se rapproche, à quelques égards, le rhumatisme qui, par d'autres caractères tient aux phlegmasies et surtout aux névropathies (2). Celles-ci ont pour dominante, lorsqu'elles existent sans complication, de n'offrir de troubles nutritifs, et par conséquent de lésions matérielles, que d'une manière accessoire et toujours consécutive. Dans l'ordre sériaire les névroses occupent évidemment la première place. Puis viennent les intoxications (virus, venins, poisons, miasmes), et enfin les maladies où l'altération nutritive paraît l'élément fondamental, tandis qu'il n'existe point pour la première classe et qu'elle se résume en une viciation du sang pour la seconde.

Après avoir tracé rapidement l'ébauche de la sériation morbide, et justifié ainsi la marche que j'ai suivie en mettant surtout en relief un côté spécial de la pathologie, j'entrerai toutefois dans l'énumération rapide de quelques faits étrangers aux maladies virulentes.

Des conditions étiologiques analogues donnent lieu pour une même affection à des formes morbides très-dissemblables. Ainsi l'intoxication paludéenne peut se manifester par une fièvre intermittente, par une inflammation, une hémorrhagie, une névralgie. On dit même l'avoir vue simuler la paralysie générale progressive (3). Entre les fièvres typhoïdes ataxo-dynamiques et la forme dite *ambulante* de M. Lombard, il y a une différence considérable. Des conditions étiologiques analogues occasionnent des maladies très-variées. Le froid humide, par exemple, développera des bronchites, des pneumonies, des catarrhes intestinaux, des pleurésies, des péritonites, des rhumatismes, des albuminuries, des paralysies, des fièvres intermittentes, etc. Des conditions étiologiques différentes donnent lieu à une séméiologie analogue. Un état saburral des premières voies, certaines influences épidémiques très-générales (1), l'intoxication palustre, des suppurations profondes, pulmonaires ou autres, peuvent s'exprimer par des symptômes identiques. Une maladie reçoit, dans quelques circonstances, les modifications les plus inattendues de la constitution médicale régnante du génie épidémique, c'est-à-dire d'un *aliquid ignotum*. J'ai déjà signalé l'étrange désaccord qui, dans les affections *cum materia*, existe parfois entre les altérations anatomiques et les symptômes. Dans les névroses authenthiques ce désaccord est la règle.

C'est aux sympathies que doivent se rattacher tous les phénomènes qu'on a fait dépendre de la force médicatrice. Or il en est des sympathies morbides comme de celles qui relèvent de l'ordre physiologique. Elles varient infiniment d'individu à individu. Le sexe, l'âge, tout ce qui est relatif à la constitution de chacun : tempéraments, idiosyncrasies, se présentent comme autant de facteurs qui jouent leur rôle dans l'expression d'une maladie donnée. Tantôt les sympathies sont utiles et provoquent le retour à la santé; tantot, au contraire, elles ont des effets nuisibles au premier chef.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Le miasme de la fièvre jaune peut aussi être de nature animale. Je citerai, pour preuve, la contagion directe qui est, je crois, irrévocablement démontrée.

(2) Lombard, *Gazette médicale*, *Lettres sur le rhumatisme*.

(3) *Annales médico-psychologiques*, 2e série, tome VI.

(1) Epidémie de 1858 en Angleterre. Epidémie de 1807 parcourant le nord de l'Allemagne, le Danemarck et la Russie.

PATHOLOGIE INTERNE.

Néo-membranes et extravasations sanguines produites par l'inflammation de l'arachnoïde cranienne pariétale; par le docteur Danie Brunet, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Niort, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la Société médico-psychologique et de la Société d'anthropologie.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

DESCRIPTION DES PRODUCTIONS MEMBRANEUSES DE LA GRANDE CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE.

Il n'existe pas de démarcation tranchée entre les néo-membranes lamelleuses et les kystes arachnoïdiens, et si nous les étudions séparément, c'est seulement pour rendre plus clairs leur description et leur mode de formation. On observe, en effet, tous les degrés intermédiaires entre les néo-membranes piquetées de sang, ou contenant dans leur épaisseur de petits caillots et les plus vastes kystes.

Nous rapporterons aux néo-membranes lamelleuses les productions

---

bats, d'autres études acquéraient de jour en jour plus d'importance. Les recherches philologiques préoccupaient tous les esprits. On cherchait, on retrouvait dans les bibliothèques des monastères les manuscrits de l'antiquité. A peine ces trésors étaient-ils découverts, que de savants imprimeurs, les Alde, les Junte, les Étienne, les reproduisaient avec un soin religieux. Les scoliastes en épuraient le texte; Juste Lipse, Bernardin Telesio, et l'Espagnol Vivès, abandonnaient les questions philosophiques pour s'adonner aux recherches d'érudition. Quelques esprits élevés essayaient d'imiter ces chefs-d'œuvre; de plus hardis cherchaient à faire passer dans les idiomes modernes les formes de la littérature antique, tandis que d'autres s'efforçaient de donner à la philosophie une meilleure direction. Erasme, repoussant les formules pédantesques de l'école, s'attachait à répandre dans les discussions la clarté et même l'élégance; Montaigne enveloppait une saine morale dans une forme naïve et pleine de charme; Charron montrait que la véritable philosophie se fonde sur l'étude de soi-même; Ramus ramenait la discussion aux principes d'une logique droite et précise. Chacun d'eux portait ainsi les coups les plus rudes à la doctrine péripatétique et préparait les armes dont Galilée, Descartes, Gassendi, Locke et Newton devaient se servir plus tard pour la renverser définitivement.

Cependant, les abords de la science, dégagés des subtilités de la scolastique, restèrent encore quelque temps entravés par le scepticisme qui, non content de s'exercer sur les idées théoriques, semblait se défier même de l'expérience. Témoin Cornélius Agrippa qui écrivit un livre: *De vanitate et incertitudine scientiarum*. Heureusement, le temps n'était pas loin où F. Bacon, après avoir montré tout le vide des abstractions philosophiques, allait établir que l'observation directe devait être dans les sciences le premier guide du raisonnement.

On commençait, en effet, à chercher dans les phénomènes de la nature de nouveaux et intarissables sujets d'observation. On s'attacha surtout aux études qui offraient un intérêt plus direct et plus prochain; à la connaissance des plantes qui se lie intimement avec l'agriculture et qui, de tout temps, fit partie des connaissances médicales; à l'histoire des animaux qui nous sont si utiles sous divers rapports, et à la minéralogie qui se rattache si naturellement à l'art des constructions, à la métallurgie, aux arts industriels, et qui a des connexions si nombreuses avec la chimie. Chacune de ces sciences allait bientôt devoir à Conrad Gesner des principes et des développements qui leur ouvrirent une carrière nouvelle, aussi large qu'assurée.

Conrad Gesner naquit à Zurich le 26 mars 1516. Son père était marchand foureur et avait plusieurs enfants (1). Un oncle maternel, Jean Frick, ministre de l'Evangile, lui fit faire quelques études classiques, pour lesquelles il montra autant d'application que de facilité, et lui donna les premières notions d'histoire naturelle. Peut-être le jeune enfant prit-il quelque goût pour cette science dans les rapports de com-

(1) Son père s'appelait *Urse Gesner* et sa mère *Barbe Frick*.

accidentelles, au milieu desquelles se trouvent disséminés çà et là seulement quelques caillots ou de petites collections sanguines ou séreuses dont le diamètre ne dépasse par 1 ou 2 centimètres.

NÉO-MEMBRANES LAMELLEUSES.

CARACTÈRES EXTÉRIEURS. — Depuis la publication de notre thèse, nous avons trouvé chez un enfant complétement idiot, qui ne parlait pas, ne pouvait articuler que deux ou trois syllabes, et qui présentait de fréquentes attaques épileptiformes, mais de courte durée, un vaste kyste sanguin, adhérent seulement à l'arachnoïde pariétale du côté droit et comprimant toute la face externe de l'hémisphère cérébral. Le kyste était formé par deux parois, dont chacune d'elles pouvait se diviser en plusieurs feuillets et contenait dans son intérieur 150 grammes de sérosité rougeâtre.

L'arachnoïde viscérale était épaissie et opalescente, sur la face externe des deux hémisphères, et le tissu sous-arachnoïdien ainsi que les ventricules contenaient une grande quantité de sérosité.

Il n'y avait pas de dépression sur la face externe de l'hémisphère cérébral droit correspondant, à ce kyste, qui était libre d'adhérences à sa paroi inférieure, mais les membranes viscérales avaient une teinte de rouille, comme si le liquide contenu dans son intérieur avait transsudé. Cet enfant marchait bien, et l'on n'avait pas constaté pendant la vie d'affaiblissement du mouvement dans les membres du côté gauche.

Nous avons, en outre, recueilli six nouveaux faits de néo-membranes arachnoïdiennes chez des individus atteints de démence paralytique; les cinq premiers sont semblables à ceux que nous avons déjà publiés, mais le suivant nous paraît très-intéressant parce qu'il présente réunies les diverses phases par lesquelles passe la formation de ces productions accidentelles.

DÉMENCE PARALYTIQUE; NÉO-MEMBRANES A DIVERSES PÉRIODES D'ORGANISATION; VAISSEAUX SANGUINS N'EXISTANT QUE DANS L'UNE D'ELLES, QUI EST LA PLUS ANCIENNE ET LA PLUS RÉSISTANTE; LÉSIONS DE LA MÉNINGO-ENCÉPHALITE DIFFUSE.

OBS. — La nommée Petit, veuve B..., bordeuse de souliers, née dans le département de l'Eure en 1817, est entrée à la Salpêtrière en 1860, d'où elle a été transférée, le 30 novembre de la même année, à l'asile de Niort.

Cette aliénée est d'une taille élevée, d'une constitution assez forte et d'un tempérament lympathico-nerveux. Elle est atteinte de démence paralytique assez avancée, caractérisée par de l'embarras de la parole très-marqué, du tremblement des lèvres, de la roideur des membres, du délire ambitieux et de l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Les pupilles sont égales et un peu dilatées. Il n'y a pas de prédominance notable des troubles de la motilité, d'un côté du corps.

Elle nous dit qu'elle a des châteaux, de belles calèches avec quatre chevaux blancs, des millions, toutes sortes de belles choses, et qu'elle est très-bonne ouvrière. Elle ne peut nous donner aucun renseignement sur le début et les prodromes de sa maladie. Elle ne veut pas convenir d'ailleurs des désordres cérébraux qu'elle présente, et prétend n'avoir jamais joui d'une meilleure santé, d'une dextérité plus grande et d'une mémoire plus fidèle. Elle nous répond le sourire sur les lèvres, et ne pent pas, dit-elle, être plus heureuse qu'elle ne l'est. Elle est incapable de rien faire; elle ne peut pas coudre, parce que ses doigts sont roides, que ses mains tremblent, et elle perd la charpie qu'on lui donne à faire.

Elle est très-tranquille et très-docile. Les fonctions nutritives s'accomplissent avec la plus parfaite régularité, et elle a un embonpoint notable.

12 novembre 1861. Hier elle a été prise d'une légère attaque congestive, elle est tombée de sa chaise et a perdu connaissance. Elle s'est relevée seule presque immédiatement après sa chute, et au bout de vingt minutes, quand elle a pu parler, elle nous a dit : « Je suis bien mal. »

Elle ne veut pas prendre d'aliments aujourd'hui.

14 novembre. Elle est revenue à son état normal et mange avec appétit.

13 décembre. Elle a eu hier un étourdissement qui n'a duré qu'un instant; elle est tombée de sa chaise sans s'en apercevoir, et quand on l'a relevée, elle s'est plainte d'avoir mal à la tête. Aujourd'hui elle est comme à l'ordinaire, et ne se rappelle plus être tombée.

14 janvier 1862. Étourdissement hier; elle s'est mise à rire dès qu'on l'a relevée.

18 février. Nouvel étourdissement hier. Pendant qu'on la relevait, elle a saigné un peu du nez. Elle ne se rappelle pas cette chute. Quand elle tombe ainsi, elle ne perd pas entièrement connaissance.

4 juin. Depuis quelques jours le délire ambitieux est remplacé par un délire hypocondriaque. Elle ne parle plus de ses richesses imaginaires, et accuse des douleurs dans toutes les régions du corps. Elle souffre, dit-elle, à l'estomac, n'a pas faim, ne peut plus manger. Elle est faible et éprouve de la difficulté à marcher. « Ça me tient, dit-elle, à l'estomac, à la tête, aux épaules, par tout le corps. Il n'y a plus de remède à faire, je suis perdue. » Elle pleure pendant tont le temps qu'on l'interroge, en répétant à chaque instant qu'elle est bien malade.

Elle a, du reste, conscience de sa personnalité et ne se plaint pas, comme cela arrive souvent dans cette affection, de n'avoir point de tête, point de bouche, point d'estomac, etc.

L'embarras de la parole est très-prononcé, et les mouvements des membres sont très-gênés. Elle trébuche au moindre obstacle et penche un peu à droite quand elle marche.

Les pupilles sont égales et un peu dilatées.

Les facultés intellectuelles sont très-affaiblies.

Elle ne sait pas où elle est, et c'est à peine si elle reconnaît les personnes qui lui donnent des soins.

Depuis qu'elle est atteinte de ce délire, elle a moins d'appétit et mange moins. Cependant on ne constate aucun syptôme annonçant une affection intercurrente.

La peau n'est pas chaude, le pouls est à 72, et la langue est normale.

17 décembre. Son état cérébral n'a pas subi de changement notable depuis le mois de juin. Le délire hypocondriaque alterne ou coexiste avec le délire ambitieux. Quelquefois elle nous dit qu'elle est bien malade, qu'elle est perdue, tandis que dans d'autres moments elle se trouve très-bien portante. Elle parle moins de ses richesses imaginaires; mais quand il fait beau temps, elle passe toute la journée à ramasser de l'herbe dans le préau pour nourrir ses chevaux.

Les troubles de la motilité sont les mêmes.

Hier elle a vomi et n'a pas voulu manger; elle est très-triste aujourd'hui. Elle pleure et se lamente sur son état. Pas de fièvre. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre. Tartre stibié 0,05, orge, trois bouillons.

---

merce qu'avait son père avec les chasseurs des Alpes et des contrées du nord. Cet oncle étant mort à la bataille de Zug (1531), Jean-Jacques Ammian, professeur d'éloquence, à Zurich, le prit chez lui et dirigea ses études vers les sciences médicales. Il les continua avec Thomas Plattner, savant naturaliste et médecin, dont toute la famille fut, comme celle des Asclépiades, dévouée au culte de la médecine, et qui avait reconnu les rares aptitudes de son jeune élève.

Mais le moment était venu pour Gessner de se créer une position indépendante. Soutenu par les bienfaits des chanoines de Zurich, il alla d'abord à Strasbourg où il travailla quelque temps avec le savant prédicateur Wolgang Fabrice Capiton, qui lui enseigna l'hébreu et qu'il aida bientôt dans ses recherches sur la *Bible* et sur la philologie.

Il sentit alors se développer en lui un penchant décidé pour la profession médicale. Il vint en France, et alla habiter Bourges, où le savant Cujas attirait alors un grand nombre d'étudiants. Tout en suivant ses leçons de jurisprudence, il se livrait à de sérieuses études d'histoire naturelle et d'anatomie. C'est à Bourges qu'il se lia avec Jean Frisius, son compatriote, célèbre érudit orientaliste qui, placé plus tard à la tête du collége de Zurich, s'empressa d'y attirer son ami.

Conrad Gesner avait 18 ans quand il se décida à venir à Paris, où il se livra avec une sorte de passion à tous les genres d'études. Il dévorait, dit-il, tous les livres grecs, hébreux, arabes ou latins qui lui tombaient sous la main. Le subside qu'il recevait des magistrats de Zurich étant très-modique, il se vit obligé pour y subvenir de donner des leçons. Jean Steiger, jeune patricien de Berne, le prit en amitié et l'aida parfois de sa bourse. Enfin, en 1536, il retourna à Strasbourg où il acquit bientôt la réputation d'un prodige de savoir (*Miraculum litterarium*). Peu après, il obtint une place au collége de Zurich, et il se maria à peine âgé de 20 ans.

Cependant, le modeste emploi qu'il occupait à Zurich ne pouvant suffire aux besoins de sa famille, les magistrats de cette ville lui allouèrent un nouveau subside à l'aide duquel il alla s'établir à Bâle pour y poursuivre ses études médicales. C'est alors qu'il travailla au *Dictionnaire grec* de Phavorinus Camers. Deux ans après il fut appelé à Lausanne où le sénat de Berne venait d'établir une académie, et où il enseigna pendant trois ans les lettres grecques. Il alla ensuite à Montpellier, où il se lia d'une manière intime avec trois naturalistes éminents, Belon, Laurent Joubert et Rondelet; puis, en 1541, il vint à Bâle se faire recevoir docteur en médecine, et retourna à Zurich pour y exercer la profession médicale et y occuper une chaire de philosophie.

C'est à cette époque qu'il entreprit sa *Bibliothèque universelle*, véritable encyclopédie du seizième siècle, dont il rassemblait les matériaux depuis plusieurs années. Il publia à la même date quelques analyses et traductions d'auteurs grecs, ainsi qu'un *Catalogue de plantes* en quatre langues. La plupart de ces plantes étaient nouvelles et le fruit de ses propres recherches. En 1542, il traduisit du grec un *Traité des syllogismes*. Il fit aussi plusieurs voyages en Suisse et en Savoie pour en étudier les productions naturelles. Il publia ses observations en

18. Le tartre stibié a provoqué peu de vomissements. Elle n'a pas faim. Trois soupes, orge.

19. Sa gaieté est en partie revenue ; elle dit qu'elle va mieux, mais qu'elle n'a pas encore beaucoup d'appétit.

A sept heures du soir, au moment où on la couchait, elle s'est affaissée subitement, et elle a expiré quelques minutes après, sans présenter aucune convulsion.

Dans la journée elle n'avait pu prendre que du bouillon, mais elle était restée levée et n'avait pas voulu aller se coucher.

AUTOPSIE. Trente et une heures après la mort.

Le crâne est petit. Les os dont il est formé ont une épaisseur normale, et leurs sutures ne sont pas ossifiées. Ils sont excessivement injectés dans toute leur étendue. La face interne présente dans un grand nombre de points, et par larges plaques, une couleur violacée produite par la grande quantité de sang contenue dans les canaux vasculaires, dont on peut suivre facilement les nombreuses sinuosités. Il suinte du sang par tous les orifices de ces canaux. Cette injection et cette couleur violacée sont surtout très-marquées à la voûte du crâne, au niveau de la suture bipariétale. Elles ne sont pas notablement plus marquées d'un côté que de l'autre.

La face externe des os du crâne est beaucoup moins injectée que leur face interne ; cependant çà et là elle présente un assez grand nombre de petites plaques rougeâtres formées par la réplétion sanguine des canaux vasculaires. Comme à la face interne, l'injection prédomine au niveau des pariétaux.

Une légère dépression d'une étendue de 3 à 4 centimètres s'observe à la jonction des bords internes des pariétaux avec le temporal. Cette dépression, qui correspond à l'espace occupé par la fontanelle antérieure chez l'enfant nouveau-né, est, sinon normale, du moins très-fréquente.

Dure-mère. Les vaisseaux qui rampent à sa face externe sont distendus par le sang. Cette face adhérait assez intimement aux os du crâne, et pour l'en détacher il a fallu rompre avec de longues pinces ces adhérences, qui existaient surtout à la partie médiane de la voûte crânienne.

La face interne de la dure-mère présente dans toute son étendue une injection très-considérable formée par de riches arborisations vasculaires.

Dans les fosses occipitales, elle est tapissée par une couche de liquide plastique mêlée à une grande quantité de sang qui lui donne une coloration d'un rouge assez vif. Ce blastème sanguinolent a la consistance d'une solution gommeuse très-étendue. Il n'est pas uniformément étendu dans les fosses occipitales, mais forme çà et là de petits îlots rougeâtres, entre lesquels il semble manquer ; mais en passant très-doucement le manche d'un scalpel ou les mors d'une pince dans ces intervalles, on trace de légers sillons, en écartant de chaque côté ce liquide à peine sensible à la vue.

La quantité de ce blastème est plus considérable à gauche qu'à droite.

Le *côté droit* de la face interne de la dure-mère, au niveau de la voûte du crâne, est tapissé par une couche de blastème de date plus ancienne, comme l'indiquent sa couleur rouillée et sa plus grande consistance. A la partie médiane de la voûte, près de l'insertion de la faux cérébrale, on peut même détacher de petits lambeaux membraneux d'une finesse excessive et d'une consistance très-faible.

A partir de ce point, l'épaisseur, la consistance et la coloration rouillée de l'exsudat, diminuent à mesure qu'on s'avance en avant ou en arrière, et de dedans en dehors. A la base du crâne, dans les fosses latérales, moyenne et antérieure, il présente encore une teinte légèrement rouillée ; mais sa consistance ne dépasse guère celle du blastème rougeâtre des fosses occipitales.

La faux cérébrale est tapissée, surtout à son bord libre, d'un exsudat d'un rouge vif, semblable à celui des fosses occipitales. On détache, en outre, çà et là, des pellicules membraneuses d'une finesse et d'une mollesse très-grandes, et dont on a peine à enlever des lambeaux de 2 à 3 centimètres.

Côté gauche. La face externe de la dure-mère, au niveau de la voûte du crâne, dans les fosses latérales, antérieures et moyennes, présente des altérations de même nature, mais plus considérables, et à une période plus avancée d'organisation. Toutes ces régions sont tapissées par une néo-membrane de couleur rouillée, et qu'on peut facilement enlever par lambeaux de 4 à 5 centimètres. Elle est à peine adhérente à la dure-mère, et cependant dans certains points, on sent parfaitement qu'on brise de petits tractus quand on la détache de cette membrane fibreuse.

D'une finesse excessive et d'une transparence complète, elle acquiert près de la partie moyenne du sinus longitudinal supérieur, un peu plus d'épaisseur, et peut se diviser en deux feuillets.

Le côté gauche de la faux du cerveau présente les mêmes lésions, mais un peu plus marquées que le côté droit.

La face interne de la dure-mère ne présente ni exsudat ni pellicules membraneuses au niveau de la fosse ethmoïdale, de la fosse pituitaire et de la gouttière basilaire.

La quantité de sérosité contenue dans le tissu sous-arachnoïdien et dans les ventricules, est beaucoup plus abondante qu'à l'état normal.

L'hémisphère cérébral gauche pèse 20 grammes de moins que le droit.

Voici, du reste, le poids des diverses parties de l'encéphale, après l'écoulement de la sérosité, et avant l'enlèvement des membranes viscérales :

Hémisphère cérébral droit	452	grammes.
idem gauche	432	—
Cervelet (égalité de poids des deux hémisphères)	150	—
Protubérance	17	—
Bulbe	7	—
Total	1,058	grammes.

L'arachnoïde viscérale présente de légères opalescences le long des vaisseaux qui rampent à la partie moyenne de la face externe des hémisphères, et les granulations de Pacchioni sont très-développées vers les deux tiers moyens du bord interhémisphérique. La pie-mère est injectée et parsemée dans quelques points de cette face externe, de légères suffusions sanguines.

Les veines cérébrales moyennes présentent de nombreuses bulles de gaz dans leur intérieur, et les artères de la base du crâne sont incrustées de plaques stéatomateuses.

Les membranes viscérales adhèrent dans un grand nombre de points à la substance corticale dont elles entraînent avec elles de larges lambeaux.

Ces adhérences et cette décortication sont très-marquées au sommet du lobe moyen, le long de la scissure interhémisphérique, et s'étendent sur la face externe jusqu'à 2 ou 3 centimètres du sommet du lobe postérieur. Contrairement à ce qu'on observe ordinairement, elles sont moins considérables, à l'exception toutefois du sommet du lobe moyen, sur le tiers antérieur de la face externe, que sur les deux tiers posté-

---

vers. Il y joignit un petit livre sur le *Lait*, et des remarques sur la *Beauté des montagnes*, et bientôt après il donna une traduction des sentences de *Stobée*, des *Allegories de Dion Chrysostôme* sur Homère et une édition expurgée de *Martial*.

En même temps, et tout en mettant en ordre les matériaux de sa *Bibliothèque* et de son grand ouvrage d'histoire naturelle, il publiait une *Préface* pour les *Œuvres de Galien*, une autre sur l'*Histoire des plantes de Tragus*; un *Traité des eaux minérales* de l'Allemagne et de la Suisse et une *Description du mont Pilate*, près de Lucerne.

En 1545, Conrad Gesner alla à Venise où il étudia les poissons de l'Adriatique, puis à Augsbourg, afin de recueillir les titres de tous les ouvrages connus et imprimés à cette époque en hébreu, en grec et en latin. Il joignit à cette longue nomenclature une analyse sommaire et une courte appréciation critique de chaque ouvrage.

De 1551 à 1560, il publia les cinq premiers livres de son histoire naturelle. Il avait dessiné lui-même et fait graver à ses frais un nombre considérable de figures qui devaient en faire partie. Ces dépenses avaient absorbé presque toute sa fortune ; ce qui ne l'empêcha pas de former de ses propres mains et à l'aide des dons qu'il recevait de ses nombreux correspondants (1), le premier cabinet de zoologie qui eût encore existé. Des travaux si importants et si désintéressés le firent nommer, en 1555, professeur d'histoire naturelle dans sa ville natale, chaire qu'il occupa désormais jusqu'à sa mort.

L'empereur Ferdinand Ier, à qui il avait dédié son *Histoire des poissons*, l'appela près de lui et l'anoblit (1). Revenu à Zurich, Conrad Gesner se livra de nouveau à la pratique de la médecine. La peste ayant éclaté dans cette ville en 1564, il donna pendant deux années les soins les plus assidus et les plus éclairés aux malades qui en étaient atteints ; il écrivit même une *Dissertation* sur les principaux symptômes de cette maladie et sur les meilleurs moyens de la traiter. L'année suivante, affaibli par les fatigues, et sans cesse exposé à la contagion, il finit par en être atteint lui-même, et en mourut au bout de cinq jours, à l'âge de 49 ans (15 décembre 1565), ne laissant après lui qu'une veuve sans enfants. Quand il ne douta plus de la terminaison funeste qui menaçait sa vie, il se fit transporter dans son cabinet, comme dans le lieu qui lui était le plus cher, au milieu de ses livres et de ses écrits qu'il essaya

(1) John Key (Caïus) (de Norwich), médecin d'Edouard VI, de Marie Stuart et d'Elisabeth, savant zoologiste, fonda à Cambridge un collège qui porte encore son nom. Il adressa à Gesner un grand nombre de minéraux.

(1) Les armoiries qu'il lui donna comprenaient un lion, un aigle, un dauphin et un basilic ; chacun d'eux représentant le roi de la classe à laquelle il appartient, mais tous soumis à la domination du roi de la science.

rieurs. Elles n'existent que dans quelques points très-limités de la partie antérieure des faces interne et inférieure des hémisphères.

La substance grise est plus colorée qu'à l'état normal, particulièrement dans les points très-ramollis et très-adhérents.

Les vaisseaux de la substance blanche paraissent distendus par le sang qu'ils contiennent.

Toutes ces lésions des membranes viscérales et de la substance cérébrale sont plus considérables sur l'hémisphère gauche que sur le droit.

Les membranes viscérales du cervelet sont un peu épaissies et un peu opalescentes le long des vaisseaux. Quand on les enlève, elles entraînent avec elles, dans un grand nombre de points de leur étendue, des portions de substance corticale.

La face interne du quatrième ventricule est injectée et parsemée de nombreuses vésicules miliaires.

La moelle et l'isthme de l'encéphale paraissent sains.

Les deux feuillets de la plèvre pulmonaire adhèrent intimement l'un à l'autre, surtout du côté droit.

Les deux poumons sont farcis de tubercules jaunes dans presque toute leur étendue, et congestionnés à la partie postérieure. Les tubercules sont plus nombreux dans le poumon droit que dans le gauche.

On ne constate pas de cavernes.

Le cœur est normal.

Le foie est atteint d'un commencement de dégénérescence graisseuse. Les autres organes de la cavité abdominale sont sains.

Nous avons consacré trois jours à l'examen microscopique des lésions de la cavité de l'arachnoïde et de la substance cérébrale, et voici ce que nous avons constaté :

1° Exsudat de la face interne de la dure-mère, des fosses occipitales, s'étendant aussi sur les deux faces de la faux du cervelet. Nombreux globules sanguins, non granulés, presque entièrement décolorés, se présentant sous l'aspect de petites sphères incolores, et nageant dans un liquide rougeâtre. Granules d'hématosine très-rares. Quelques cellules épithéliales, mais peu nombreuses. Matière amorphe parsemée de granulations graisseuses. Noyaux embryo-plastiques très-nombreux, ovoïdes ou allongés. Quelques cellules de même nom. Beaucoup de corps fusiformes, isolés ou réunis par deux, trois, ou même en plus grand nombre. Quelques faisceaux de fibres lamineuses déjà formés. Pas de vaisseaux ni de fibres dartoïques. Dans aucun point il n'est possible d'entraîner avec la pince le plus petit lambeau membraneux.

2° Face interne de la dure-mère au niveau de la voûte du crâne, de la fosse cérébrale orbitaire et de la fosse sphénoïdale. L'exsudat rouillé, qui la recouvre à gauche, s'est solidifié par l'évaporation à l'air libre, et pour l'examiner au microscope, on est forcé de gratter assez fort la face interne de la dure-mère, avec le dos ou le manche d'un scalpel.

On y constate des globules sanguins décolorés et incrustés de granulations graisseuses, et un très-grand nombre de granules d'hématosine, faciles à reconnaître à leur couleur jaune d'ocre, et à leur insolubilité dans l'eau, l'acide acétique, l'alcool et l'éther. Les plus petits, de 0^{mm},001 sont sphériques, tandis que les plus gros de 0^{mm},008 à 0^{mm},009, affectent des formes polyédriques à angles mousses.

Ces granules sont libres ou réunis en plus ou moins grand nombre, de manière à former de petites sphères, plus ou moins irrégulières, dont quelques-unes simulent assez bien les cellules granulées de l'inflammation.

La matière amorphe est très-granuleuse, parsemée de nombreux noyaux embryoplastiques, de quelques cellules de même nom, de corps fusiformes et de fibres lamineuses en voie de formation, dont quelques faisceaux paraissent déjà assez distincts.

A gauche, on trouve les mêmes éléments, mais les fibres lamineuses sont très-bien formées, et l'on constate en outre quelques fibres dartoïques en voie de formation.

Ces dernières fibres sont isolées et flexueuses, ont un pouvoir réfringent considérable, des bords nets et foncés, avec un centre brillant, et se distinguent des fibres dartoïques normales par leur solubilité dans l'acide acétique.

Sur un très-grand nombre de préparations, nous n'avons rencontré que deux vaisseaux capillaires; ils étaient remplis de sang, incrustés de granules d'hématosine, et formés par une membrane qui présentait de chaque côté une double rangée de noyaux ovoïdes, à grand diamètre, dirigé parallèlement à leur axe. Leur diamètre était de 0^{mm},12 à 0^{mm},020.

L'arachnoïde viscérale et la pie-mère contiennent beaucoup de matière amorphe, de noyaux embryoplastiques et quelques corps fusiformes. On y rencontre aussi des granulations graisseuses et des granules d'hématosine.

Les vaisseaux de la pie-mère sont gorgés de sang, et quelques-uns ressemblent complétement à ceux de la néo-membrane de la dure-mère par leur diamètre et leur structure.

La substance corticale présente les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite, qui sont : l'augmentation de quantité de la matière amorphe qui en même temps devient plus granuleuse, l'incrustation des cellules nerveuses par des granulations graisseuses et pigmentaires, l'atrophie des tubes nerveux et des cylindres de l'axe, dont on ne trouve plus que de petits fragments dans les points les plus malades.

On constate en outre de nombreux noyaux embryoplastiques, dont quelques-uns sont hypertrophiés et incrustés de granulations graisseuses, quelques cellules de même nom et des corps fusiformes isolés ou réunis entre eux par deux, trois, ou même en plus grand nombre. J'ai trouvé une longue traînée granuleuse, repliée plusieurs fois sur elle-même et présentant dans son trajet dix noyaux ovoïdes, qui était formée évidemment par la réunion d'un même nombre de corps fusiformes.

Cette traînée, à l'une de ses extrémités, n'avait que 0^{mm},005 à 0^{mm},007, tandis que dans presque tout le reste de son trajet elle avait de 0^{mm},010 à 0^{mm},015. A peu de distance de son autre extrémité, cette traînée commençait à se creuser par la résorption de la matière amorphe intérieure, et le noyau embryoplastique était rejeté sur la paroi. C'était là, sans nul doute, un vaisseau capillaire en voie de formation.

Dans deux autres préparations, j'ai observé une traînée à peu près semblable, mais moins longue, plus irrégulière, et l'une d'elles était unie à un capillaire. Ce mode de formation des vaisseaux capillaires est très-facile, du reste, à constater dans la démence paralytique, et je l'ai observé plusieurs fois dans d'autres cas.

Tous les vaisseaux de la substance corticale sont distendus par le sang, et sont plus nombreux qu'à l'état normal dans les points les plus malades.

A l'extrémité du sommet du lobe moyen on dirait un tissu érectile, tant le réseau capillaire est riche, et dans ses mailles très-serrées on ne trouve que de la matière amorphe très-granuleuse, des myélocytes, des éléments embryoplastiques et des cellules granulées. Les tubes nerveux et les cylindres de l'axe ont entièrement disparu, et les cellules nerveuses ne sont plus reconnaissables, si elles existent, à cause de leur incrustation de granulations graisseuses. On ne constate pas de fibres lamineuses.

La substance grise des corps striés et des couches optiques présente les mêmes altérations que la couche corticale. La substance blanche cérébrale est infiltrée de matière amorphe et de quelques noyaux embryoplastiques, dans les points qui touchent aux circonvolutions les plus

---

de mettre en ordre; mais ses forces n'y suffirent pas. Il confia ce soin à Gaspar Wolf, son élève et son ami, à qui il légua sa bibliothèque et ses manuscrits, en le chargeant de publier tout ce qu'il pourrait en extraire de propre à étendre et perfectionner les sciences.

Voilà, sans contredit, une noble et belle vie! N'est-ce pas là un véritable héros, mourant au champ d'honneur, couronné cette fois, non des lauriers de la fausse gloire, par le génie de la destruction, mais des palmes de la vertu, par les mains de la science et de l'humanité?

Bien que Gesner n'ait pas laissé de postérité directe, son nom fit longtemps l'honneur du pays qui l'avait vu naître. Son oncle, André Gesner, qui avait reçu trente-six blessures à la bataille de Zug, vécut encore trente-six ans après cet événement et occupa pendant plusieurs années les premières charges de sa ville natale. Cet oncle fut la souche des Gesner qui fleurirent dans les dix-septième et dix-huitième siècles, et qui s'illustrèrent dans divers genres de savoir et de mérite. C'est à cette célèbre famille qu'appartient Salomon Gesner, l'auteur du *Premier navigateur* et de la *Mort d'Abel*.

P. A. Cap.

(La fin au prochain numéro.)

— MM. Michel Lévy et Trébuchet viennent d'être installés, le premier comme président, le second comme secrétaire annuel du comité d'hygiène publique et de salubrité.

Les affaires traitées à ce conseil pendant l'année 1863 ont atteint le chiffre de 820.

— Le typhus vient de faire deux nouvelles victimes parmi les officiers de santé de notre corps d'expédition au Mexique.

MM. les docteurs Guéneau, aide-major de première classe, et Seyer, aide-major au 62e de ligne, ont succombé aux atteintes du terrible fléau.

M. le docteur Guéneau, déjà connu par des travaux importants, avait été décoré pendant le siége de Puebla, et M. Seyer, qui succombait le même jour que lui, avait été envoyé pour le seconder.

— La Société médicale du Panthéon, dans sa dernière séance tenue à l'hôtel de ville, a élu son bureau pour l'année 1864. Ont été nommés : Président, M. Coursserant; vice-présidents, MM. Caudemont, Dupré; secrétaire général, M. Domerc; secrétaires annuels, MM. Morin, Quantin; trésorier archiviste, M. Girault.

— Le bureau de la Société médicale de Montmartre (XVIIIe arrondissement) est formé, pour l'année 1864, ainsi qu'il suit :

MM. Bigot, président; Lefeuvre, vice-président; Hullin, secrétaire; Regnault, secrétaire archiviste; Lecomte, trésorier.

malades. Les tubes nerveux sont très-atrophiés. Dans le cervelet, les lésions inflammatoires sont beaucoup moins marquées.

Les néo-membranes siégent presque constamment sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, et le plus souvent sans contracter d'adhérences avec le feuillet viscéral.

Les moyens d'union avec la surface séreuse sur laquelle elles reposent varient suivant la période d'évolution à laquelle on les examine.

Elles adhèrent d'abord par simple contiguïté, et plus tard par l'intermédiaire de fibres lamineuses et de vaisseaux.

Ces adhérences sont ordinairement faciles à rompre, et si la néomembrane présente quelque résistance, on peut l'isoler dans toute son étendue.

Lorsqu'elle est très-mince, très-molle, on parvient sans beaucoup de peine à en enlever des lambeaux de plusieurs centimètres.

Quelquefois elles sont décollées dans un ou plusieurs points de leur étendue par des collections sanguines, séro-sanguinolentes, et plus rarement séreuses ou séro-purulentes.

MM. Rilliet et Barthez, Piedagnel, en ont vu flotter dans la cavité de l'arachnoïde, et n'adhérer que par un de leurs bords au feuillet pariétal de l'arachnoïde. Ces derniers faits nous portent à penser qu'elles peuvent se détacher complétement de ce feuillet, et que celles que l'on a trouvées sur l'arachnoïde viscérale avaient pu cependant être formées par lui.

Dans les observations qui en présentent des exemples, comme quelques-unes de M. Lélut (1), elles sont en effet minces, peu consistantes et nullement adhérentes.

Il importe, dans ce dernier cas, de ne pas les confondre avec les pseudo-membranes qui pourront être formées par l'inflammation suraiguë de l'arachnoïde viscérale, et cette distinction est souvent impossible à faire dans les auteurs qui nous ont précédés.

Ces néo-membranes existent indifféremment à droite et à gauche, plus souvent des deux côtés que d'un seul. Elles recouvrent ordinairement toutes les parties du feuillet pariétal de l'arachnoïde qui correspond à la voûte cranienne, et présentent leur plus grande épaisseur et leur plus grande résistance vers le tiers antérieur de la suture bipariétale. De ce point elles vont en diminuant à mesure qu'on s'avance vers la base du crâne, et se perdent d'une manière insensible dans les fosses ethmoïdale, orbitaire, sphénoïdale, et sur la tente du cervelet. Elles se terminent sur les côtés du semis longitudinal supérieur, ou se prolongent sur la faux du cerveau, où elles sont rarement très-épaisses.

Dans quelques cas, elles sont bornées à un espace très-circonscrit, correspondant le plus souvent au tiers antérieur de la voûte ou aux fosses orbitaire et sphénoïdale.

On ne les observe presque jamais dans la fosse pituitaire, sur la gouttière basilaire et dans les fosses occipitales.

Il est très-fréquent, au contraire, de voir les hémorrhagies produites par la rupture des vaisseaux, de la pie-mère ou de la substance encéphalique, entourer le cervelet et l'isthme de l'encéphale.

Chez les enfants, elles sont souvent plus étendues que chez les adultes ou chez les vieillards. Au lieu de se terminer insensiblement dans les fosses latérales de la base du crâne, elles peuvent tapisser les deux tiers antérieurs de cette base, pour se continuer de là sur la tente du cervelet.

Quand les néo-membranes commencent à s'organiser, elles sont très-molles, d'une grande ténuité, et présentent ordinairement une coloration rouge plus ou moins intense, plus ou moins générale, due à des globules sanguins contenus dans leur épaisseur. Elles acquièrent graduellement une épaisseur et une résistance de plus en plus grande qui peuvent, dans certains cas, égaler celles de la dure-mère.

La coloration rouge disparaît promptement pour être remplacée par une couleur de rouille qui, elle, au contraire, persiste très-longtemps.

Quand elles ont acquis une certaine épaisseur, elles peuvent se dédoubler en plusieurs feuillets assez faiblement unis entre eux, au milieu desquels il n'est pas rare de rencontrer des caillots sanguins.

Cette forme stratifiée tient probablement à ce que le liquide plastique qui leur donne naissance est produit en plusieurs temps pendant les intervalles desquels les premières couches s'organisent. En effet, les feuillets dont se compose la néo-membrane sont d'autant mieux organisés, d'autant plus résistants, qu'on s'éloigne de l'arachnoïde pariétale.

Il faut tenir compte aussi des mouvements d'expansion et de retrait de la masse encéphalique, sous l'influence des phénomènes mécaniques de la respiration et des contractions du cœur.

En outre, la dure-mère est formée de plusieurs plans fibreux, et les membranes de nouvelle formation ont de la tendance à présenter les mêmes caractères que les parties qui les produisent. C'est pour cette dernière raison que leur face libre prend très-vite un aspect lisse semblable à celui des séreuses.

La vascularité n'est nullement en rapport avec l'épaisseur et la résistance de ces productions membraneuses. On en voit de très-fines qui sont vasculaires, tandis que d'autres, formées par des faisceaux fibreux très-résistants, contiennent à peine quelques capillaires.

L'arachnoïde pariétale, dépouillée de ces membranes quand elles n'adhèrent encore que par simple juxtaposition, est quelquefois injectée et présente un aspect aussi lisse qu'à l'état normal. L'injection de l'arachnoïde est toujours très-intense au moment de l'exsudation du blastème.

(La suite au prochain numéro.)

(1) *Gazette médicale*, 1836.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

EMPOISONNEMENT PAR DES CHAMPIGNONS; LAVEMENTS DE CAFÉ. — HÉMORRHOÏDES INTERNES; CAUTÉRISATION AVEC L'ACIDE AZOTIQUE MONOHYDRATÉ. — KYSTE DE L'ÉPIGLOTTE; DIAGNOSTIC LARYNGOSCOPIQUE; OPÉRATION. — LUXATION DE L'HUMÉRUS; PROCÉDÉ DE RÉDUCTION. — LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE. — BRULURES; BELLADONE A L'INTÉRIEUR. — INSUFFLATION DE L'OREILLE MOYENNE; STAPHYLORRHAPHIE, EMPLOI DE DEUX AIGUILLES. — ULCÈRES CHRONIQUES; OPIUM A L'INTÉRIEUR.

BONS EFFETS DES LAVEMENTS DE CAFÉ DANS UN EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

On sait que l'action délétère des champignons vénéneux se traduit par des phénomènes tantôt d'irritation gastro-intestinale, tantôt de narcotisme, tantôt, et le plus souvent, par ces deux ordres de phénomènes combinés. Il suit de là qu'après l'emploi des moyens propres à procurer l'expulsion de la substance toxique, le traitement varie selon la prédominance de telle ou telle série de symptômes. Quand c'est l'influence sur le système nerveux qui prédomine, et qu'elle se traduit par un état de collapsus, la stupeur, le coma, etc., le café est un agent susceptible de rendre des services marqués, et s'il arrive qu'il ne soit pas possible de le faire prendre par la bouche, on peut, comme dans le cas suivant, l'administrer sous forme de lavements.

OBS. — Un jeune garçon, âgé de 7 ans, fut apporté au *royal free hospital*, de Londres, dans une situation très-alarmante : collapsus, insensibilité complète, nausées continuelles, pupilles très-dilatées, pouls à peine perceptible. Les parents rapportaient que, quelques heures auparavant, cet enfant était allé jouer dans Regent's Park, et qu'à son retour il était comme imbécile, incapable de rendre compte de ce qu'il éprouvait, trébuchant et tombant dans la chambre. Son frère, qui l'avait accompagné, avouait qu'ils avaient mangé des baies. et, d'après les explications, ainsi qu'en raison des symptômes, on pensa que c'étaient des fruits de belladone. Un vomitif au sulfate de zinc, administré immédiatement par le chirurgien résidant, M. Hill, amena des vomissements abondants, mais qui n'éclairèrent pas sur la nature du poison ingéré. Cependant la gravité des accidents allait toujours croissant : les pupilles étaient énormément dilatées, et l'irritation de l'estomac, l'état nauséeux ne s'apaisaient nullement. Le danger était imminent. Le docteur O'Connor prescrivit alors un lavement de 3 onces d'anis, forte infusion de café, chaude, à répéter de quart d'heure en quart d'heure. Dès le second lavement les vomissements diminuaient. le pouls reprenait de la force, et l'état du malade commençait à s'améliorer. Cette amélioration continua, et les vomissements s'arrêtèrent complétement dans le cours de la nuit. Au matin, il restait une grande prostration que l'on combattit par les excitants diffusibles, le camphre, l'ammoniaque. Deux jours après, l'enfant quitta l'hôpital, complétement rétabli. Son frère y avait été également apporté. une heure après lui, présentant des symptômes semblables, mais moins intenses, et dont on triompha très-rapidement après l'administration du sulfate de zinc à dose vomitive. Celui-ci avait sur lui un petit sac dont le contenu donna la clef des accidents en faisant connaître la nature de la substance vénéneuse qui les avait causés. On y trouva, en effet, un certain nombre de champignons

d'une espèce nuisible, et il avoua que c'était là ce dont ils avaient mangé, lui et son frère. (*Journal de chimie médicale*, novembre 1863.)

Cautérisation des hémorrhoïdes internes avec l'acide azotique monohydraté.

Dans le double but de combattre les effets du prolapsus des hémorrhoïdes internes, les douleurs résultant de l'étranglement, les hémorrhagies et les fissures dont elles s'accompagnent souvent, M. le professeur Gosselin a recours à la cautérisation par l'acide azotique monohydraté. Il a été conduit à préférer ce traitement après avoir constaté par sa propre expérience les inconvénients de la cautérisation avec le fer rouge et de l'écrasement linéaire.

M. Gosselin part de ces principes que, d'une part, il est inutile, dans les cas de ce genre, de toucher les hémorrhoïdes internes, et que, d'autre part, le chirurgien doit s'efforcer d'arriver, sans trop de douleurs et sans accidents, au résultat que donne quelquefois spontanément l'étranglement consécutif à certains cas de prolapsus. En pareil cas, en effet, on voit, au bout de quelques jours, des escarres se détacher, les hémorrhoïdes rentrer peu à peu en se cicatrisant, et le malade est débarrassé, tant par cette destruction que par la présence du tissu cicatriciel, du prolapsus et de tous les accidents qu'il occasionnait. L'attouchement de la surface des hémorrhoïdes internes avec l'acide azotique monohydraté amène, dit M. Gosselin, les mêmes effets sans phénomènes consécutifs aussi douloureux que ceux que l'on observe à la suite de la cautérisation au fer rouge, et l'on a moins à craindre l'infection purulente qu'après les divers procédés de l'excision.

Pour l'exécution, M. Gosselin fait prendre un lavement au malade; aussitôt ce lavement rendu, il trempe un petit pinceau d'amiante dans l'acide azotique monohydraté et touche d'abord la surface excoriée, puis il retrempe son pinceau dans l'acide et touche de même la surface des autres hémorrhoïdes internes, qu'il laisse ensuite rentrer dans le rectum. L'opération est peu douloureuse, l'inflammation consécutive est peu intense, et les malades sont débarrassés de leur affection sans accident. (*Gazette des hôpitaux*.)

Kyste muqueux de la face laryngée de l'épiglotte, reconnu a l'aide du laryngoscope et opéré avec succès.

Obs. — Un jeune garçon âgé de 11 ans, très-intelligent, entra le 10 juin dernier dans le service de M. Wilks, à l'hôpital de Guy, Londres. Depuis trois ans, sa voix s'était graduellement altérée, en même temps que la respiration et la déglutition devenaient de plus en plus difficiles. Il se plaignait d'une douleur vive, aggravée par la pression dans la région du larynx; la respiration était fort gênée, la voix complétement éteinte; la déglutition des liquides était seule possible, et encore elle se faisait fort difficilement. Trois jours après son admission, il fut pris pendant la nuit d'un accès d'étouffement violent, ainsi qu'il était arrivé plusieurs fois déjà. Cet accès était d'une violence telle que l'on se tenait prêt à faire la trachéotomie. On la différa, sur la demande de M. Wilks, pour procéder auparavant à une exploration laryngoscopique.

Cet examen fut fait par M. le docteur Durham, et révéla immédiatement la présence, à la face laryngée de l'épiglotte, d'une tumeur arrondie, assez volumineuse, faisant saillie en arrière et en bas, et masquant complétement les glottes. En arrière d'elle, on apercevait l'extrémité des replis aryténo-épiglottiques, qui étaient le siége d'un gonflement apparemment œdémateux. On put alors, en introduisant le doigt dans l'arrière-gorge, explorer la consistance de la tumeur, et l'on reconnut qu'elle contenait manifestement du liquide. On l'ouvrit séance tenante à l'aide d'un bistouri pointu, recourbé en partie, entouré de diachylon, et il s'en échappa un jet d'un liquide muqueux, épais, mêlé d'une petite quantité de sang et de pus, exactement semblable à celui que l'on trouve dans une grenouillette en voie de suppuration. L'opération fit disparaître instantanément la plupart des symptômes, et le soir même, le jeune malade chantait joyeusement dans son lit. Au bout de quelques jours, pendant lesquels on suivit avec intérêt, à l'aide du laryngoscope, la disparition de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, la guérison était complète. Le sujet en question fut de nouveau examiné au laryngoscope quatre mois plus tard. Il ne restait aucune trace du kyste, et l'on distinguait seulement, vers la base de l'épiglotte, la petite cicatrice qui avait remplacé l'émission. (*Bristish medical journal*, 28 novembre 1863.)

Nouveau procédé pour les réductions des luxations de l'humérus; par M. le docteur Garms.

Le procédé imaginé par M. Garms est une modification du procédé de Cooper (procédé du talon). Au lieu de mettre le malade dans le décubitus dorsal, on le couche sur le ventre, en ayant soin de le faire reposer sur quelques coussins. On attache une serviette au bras, immédiatement au-dessus du coude. Une autre serviette est passée autour de l'humérus près de son extrémité supérieure, et confiée à un aide qui se tient du côté de l'extrémité luxée. L'opérateur, assis par terre du même côté, fait la contre-extension, à l'aide du talon, comme dans le procédé de Cooper, et l'extension en arrière et en bas à l'aide de la première serviette, tandis que l'aide opère une traction latérale. Suivant M. Garms, ce procédé permet de réduire les luxations avec une facilité surprenante, et sans qu'il soit nécessaire de chloroformer le malade.

L'auteur insiste principalement sur la facilité que l'on a, en agissant de cette manière, d'exercer une extension antéro-postérieure efficace, qu'il est fort difficile d'obtenir lorsque le malade est couché sur le dos; or il est dans cette direction qu'il convient le plus souvent de faire l'extension, les luxations en avant étant beaucoup plus fréquentes que celles en arrière. Dans la luxation en arrière, le procédé de Cooper serait par contre préférable. (*Archiv der Heilkunde* et *The American journal of the medical sciences*, octobre 1863.)

Ligature de l'artère sous-clavière.

M. Furner, chirurgien de l'hôpital du comté de Sussex, a lié, le 18 juin dernier, l'artère sous-clavière chez un homme atteint d'un anévrisme de l'artère axillaire. Le malade quitta l'hôpital huit jours plus tard complétement guéri.

L'opération a été faite sur la troisième portion de l'artère et a pu être terminée avec assez de facilité en vingt-cinq minutes. M. Furner n'avait pas chloroformé son malade, en partie parce qu'il craignait que l'opération ne fût fort longue, mais surtout pour éviter la congestion veineuse du cou et les vomissements qui, survenant après le réveil, auraient pu compromettre singulièrement le succès de l'opération. (*Medical Times and Gazette*, 24 octobre 1863.)

Emploi de la belladone a l'intérieur dans les brulures graves.

L'emploi de la belladone a été recommandé par quelques physiologistes dans le traitement des brûlures, dans le but de combattre le trouble des fonctions du système nerveux qu'ils considéraient comme le point de départ des inflammations *réflexes* si souvent mortelles. Les mêmes expérimentateurs conseillaient d'éviter l'administration des préparations opiacées dans ces conditions, parce que de tous les médicaments l'opium est le plus susceptible d'aggraver cette perversion du système nerveux.

Les préparations d'opium n'eu sont pas moins employées à titre de palliatifs ou de calmants chez les brûlés, par la généralité des médecins, et l'opinion des physiologistes dont nous venons de parler n'avait guère, jusqu'à ce jour, été contrôlée par l'observation clinique.

Quelques expériences ont été instituées récemment dans ce but par M. Hutchinson, médecin du *London Hospital*, et le résultat en a été généralement satisfaisant. Il est, sans nul doute, difficile d'arriver en pareille matière à des conclusions bien arrêtées. Rien n'indique à l'avance la marche que suivront les accidents, toujours susceptibles de se modifier et de se transformer rapidement. Là où ils s'aggraveront et deviendront mortels peu de temps après que l'on a institué un traitement, on peut penser que l'intervention de l'art a été trop tardive, et en présence d'un amendement rapide, on n'est jamais certain qu'il ait été le résultat des moyens employés. Une longue série de faits sera donc toujours nécessaire pour se mettre à l'abri des illusions et des conclusions prématurées.

Les expériences de M. Hutchinson se trouvent, au moins dans une certaine mesure, dans ces conditions. Elles ont été poursuivies pendant six mois et paraissent avoir été assez nombreuses. (Nous manquons de détails circonstanciés à cet égard.) Il a semblé à notre confrère de Londres que la belladone est surtout utile chez les enfants, lorsque la fièvre intense, l'agitation, etc., ne s'accompagnent pas de complications locales sérieuses. Assez souvent il a vu dans ces conditions la belladone faire cesser rapidement les accidents de la période fébrile, et jamais l'emploi de ce médicament n'a amené de résultats défavorables. Lorsque, par contre, la brûlure elle-même était très-douloureuse, et était ainsi le point de départ direct de l'insomnie, etc., le même traitement ne paraissent pas soulager sensiblement les malades, et la morphine réussissait bien mieux.

M. Hutchinson ajoute que l'on aurait peut-être obtenu des résultats plus favorables si l'on avait eu recours à des doses plus élevées

de belladone. Il s'est borné généralement à administrer un tiers de grain (2 centigrammes) trois fois par jour.

PROCÉDÉ SIMPLE POUR FAIRE PÉNÉTRER DE L'AIR DANS LA CAISSE DU TYMPAN.

On sait que la trompe d'Eustache, généralement imperméable à l'air, devient perméable, béante, pendant l'acte de la déglutition, par la contraction des muscles tenseur et élévateur du voile du palais. M. le docteur Politzer, de Vienne (Autriche), a tiré parti de cette circonstance pour substituer au cathétérisme de la trompe d'Eustache un moyen beaucoup plus simple de faire pénétrer de l'air dans la caisse du tympan, moyen qui joue aujourd'hui un si grand rôle dans la thérapeutique de certaines affections de l'oreille moyenne. Il suffit pour cela d'insuffler avec force de l'air dans les fosses nasales pendant que le malade fait un mouvement de déglutition, la bouche étant fermée. M. Politzer se sert à cet effet d'un tube en caoutchouc, faisant suite à une ampoule également élastique. Le tube étant introduit dans une fosse nasale, on bouche solidement les narines, et l'on comprime l'ampoule en caoutchouc au moment voulu.

M. Hinton, chirurgien *auriste* de l'hôpital de Guy, dit avoir souvent employé ce procédé; seulement, au lieu de pousser l'air par la compression d'une ampoule élastique, il l'insuffle au moyen d'un tube. Il lui a semblé qu'en agissant de cette manière on arrive au moins aussi sûrement au but qu'au moyen du cathétérisme, dont les inconvénients se trouvent ainsi supprimés. (*Medical Times and Gazette*, 2 janvier 1864.)

EMPLOI DE DEUX AIGUILLES POUR LA SUTURE DU VOILE DU PALAIS, ETC.; par M. SPENCER WELLS.

Pour appliquer les sutures dans la staphylorhaphie (et dans d'autres opérations plastiques où ce temps présente des difficultés analogues), M. Spencer Wells se sert de deux aiguilles, qui sont toutes deux introduites d'avant en arrière.

L'une est une aiguille ordinaire, et porte le fil. On l'introduit la première.

La seconde n'est pas fenêtrée; elle est munie près de sa pointe d'une encoche, à peu près comme l'aiguille à anévrisme de Brooke. Cette disposition permet, la seconde aiguille ayant traversé d'avant en arrière le voile du palais, d'accrocher l'un des chefs du fil aussi facilement qu'avec une pince.

Il suffit alors de retirer simultanément les deux aiguilles pour que la suture se trouve placée et qu'il n'y ait plus qu'à la fixer. (*Medical Times and Gazette*, 2 janvier 1864.)

TRAITEMENT DES ULCÈRES DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES PAR L'OPIUM.

M. Skey, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, recommande de nouveau l'emploi de l'opium à l'intérieur dans le traitement des ulcères chroniques des jambes. Plus l'ulcère est chronique, dit-il, plus ses dimensions sont considérables, plus le sujet qui le porte est âgé, et plus les effets de cette médication sont frappants. En administrant, en pareil cas, de 10 à 15 gouttes de teinture d'opium matin et soir, on voit au bout de cinq à six jours la base atonique de l'écluse donner naissance à une série de petits points rouges qui, en se multipliant et en s'accroissant, finissent par constituer une couche de bourgeons charnus, laquelle occupe tout le fond de la perte de substance et finit par la combler entièrement. En même temps, la cicatrisation fait des progrès rapides de la circonférence au centre.

On pourrait craindre que l'emploi prolongé de l'opium n'amenât finalement des troubles graves de la digestion et de la nutrition. Mais il n'en est rien, d'après M. Skey, qui croit au contraire que l'opium guérit dans ces cas l'affection locale en modifiant favorablement l'état général de l'économie. (*The Lancet*, 2 janvier 1864.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

NOTE SUR L'USAGE DE L'EAU-DE-VIE DANS LA PHTHISIE; par M. A. TRIPIER. (Extrait par l'auteur.)

(Commissaires : MM. Serres, Rayer, Bernard.)

L'idée première de ce traitement est née d'expériences de M. Claude Bernard qui, ayant fait des injections d'alcool étendu dans l'estomac de chiens au début de leur digestion, a constaté que cette digestion était arrêtée. L'hypothèse d'une anesthésie locale empêchant les phénomènes réflexes de sécrétion m'ayant paru celle qui rendait le mieux compte des faits observés, j'ai pensé que l'ingestion des liqueurs alcooliques, prises en quantité suffisamment faible pour laisser prédominer l'effet local, pouvait servir à prévenir toutes les manifestations motrices réflexes à point de départ gastrique. Les quintes de toux suivies de vomissements, qu'on observe chez les phthisiques immédiatement après les repas, étant évidemment des phénomènes de ce dernier ordre, j'ai cru pouvoir les empêcher en insensibilisant l'estomac au moyen de l'eau-de-vie: et le résultat a justifié ma tentative. Je ne prétends pas, on le pense bien, que l'ingestion des alcooliques doive guérir la phthisie, mais je crois pouvoir affirmer que, pris après le repas, ils constituent un bon moyen d'empêcher les vomissements, et que, loin d'exercer sur l'état général des phthisiques l'influence fâcheuse qu'on leur attribue, ils diminuent la toux et les sueurs, et procurent du sommeil.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

NOTE SUR LES GÉNÉRATIONS SPONTANÉES; par M. L. PASTEUR.

Dans le mémoire que j'ai publié au sujet de la doctrine des générations dites spontanées, j'ai annoncé, sur la foi de nombreuses expériences, « qu'il est toujours possible de prélever en un lieu déterminé un volume notable mais limité d'air ordinaire, n'ayant subi aucune modification physique ou chimique, et tout à fait impropre néanmoins à provoquer une altération quelconque dans une liqueur éminemment putrescible. »

MM. Pouchet et Joly affirment que ce résultat est erroné.

Je leur ai porté le défi d'en donner la preuve expérimentale.

Ce défi a été accepté par MM. Joly et Musset dans les termes suivants: « Si un seul de nos matras demeure inaltéré, nous avouerons « loyalement notre défaite. » (*Comptes rendus*, 16 novembre, p. 845.)

M. Pouchet, de son côté, a accepté le défi dans ces termes : « J'at« teste que sur quelque lieu du globe où je prendrai un décimètre cube « d'air, dès que je mettrai celui-ci en contact avec une liqueur putresci« ble renfermée dans des matras hermétiquement clos, constamment « ceux-ci se rempliront d'organismes vivants. » (*Comptes rendus*, 30 novembre, p. 903.)

Voilà un débat nettement défini.

Quels en seront les juges? En ce qui me concerne, je ferais injure à l'Académie d'en accepter d'autres qu'elle-même. Telle est aussi, fort heureusement, l'opinion de mes honorables adversaires, comme on peut le voir au numéro des *Comptes rendus* du 16 novembre dernier, p. 845.)

« Il y aurait un moyen bien simple, ont-ils écrit à l'Académie, de terminer ce débat : ce serait que l'Académie voulût bien nommer une commission devant laquelle M. Pasteur et nous répéterions les principales expériences sur lesquelles s'appuient de part et d'autre des conclusions contradictoires. Nous serions heureux de voir l'illustre compagnie prendre en sérieuse considération le vœu que nous osons formuler devant elle. »

En résumé, j'ai porté un défi à MM. Pouchet, Joly et Musset. Mes savants antagonistes ne le déclinent pas. La compétence des juges est incontestable et incontestée. Je prie donc l'Académie de vouloir bien nommer une commission.

Conformément à la demande de MM. Pouchet, Joly et Musset, et à l'acceptation de M. Pasteur, l'Académie charge une commission composée de MM. Flourens, Dumas, Brongniart, Milne Edwards et Balard, de faire répéter, en sa présence, les expériences dont les résultats sont invoqués comme favorables ou comme contraires à la doctrine des générations spontanées.

— M. EDM. BECQUEREL présente, au nom de M. A. Claudet, l'extrait suivant d'une *Note sur quelques phénomènes produits par la puissance de réfraction de l'œil.*

Un des résultats curieux de la structure de l'œil humain est le vaste champ de vision qu'il embrasse. Les objets extérieurs qui se peignent sur la rétine sont compris dans un angle beaucoup plus grand que la moitié de la sphère au centre de laquelle se trouve l'observateur, et de

ce point de vue un seul regard embrasse un vaste et splendide panorama, se développant horizontalement et verticalement sous un angle de 200 degrés.

Pour l'expliquer, il faut supposer que les rayons de lumière passant à travers la cornée et le cristallin sont de plus en plus réfractés, suivant l'angle sous lequel ils frappent la surface sphérique de la cornée. Par suite de cette réfraction, les rayons qui entrent dans les yeux sous un angle de 90 degrés sont brisés de 10 degrés et paraissent sous un angle de 80 degrés environ.

Ce curieux phénomène donne lieu à plusieurs illusions qui sont indiquées dans notre mémoire; il prouve évidemment que la vision est affectée par la loi ordinaire de réfraction, et que les seuls objets qui paraissent dans leur vraie position sont ceux dont l'image, frappant l'œil dans la direction de l'axe optique, ne subissent aucune réfraction. De sorte que, mathématiquement, nous ne voyons à leur place exacte que les objets qui réfléchissent leur lumière sur le centre de la rétine, et tous les autres objets sont de plus en plus réfractés à mesure qu'ils frappent l'œil dans une direction de plus en plus oblique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 JANVIER 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. la ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, en date du 9 janvier, par lequel est approuvée l'élection de M. Husson, comme membre associé libre.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport sur une épidémie de petite vérole qui a régné dans l'arrondissement de Forcalquier (Basses-Alpes), en 1863. (Commission des épidémies.)

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Allard; de Molitg (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Picou; des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Lemonnier, de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par M. le docteur Tellier; d'Ussat (Ariége), par M. le docteur Ourgaud. (Commission des eaux minérales.)

3° Le tableau des vaccinations pratiquées dans le canton de Bayonne, par le docteur Hoursolle. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° M. le docteur Duchenne (de Boulogne) communique à l'Académie le résumé suivant d'un mémoire intitulé : *Recherches cliniques sur l'état pathologique du grand sympathique dans l'ataxie locomotrice progressive.*

La portion cervicale du grand sympathique est quelquefois le siége d'un travail morbide dans l'ataxie locomotrice progressive.

L'état pathologique du sympathique cervical s'est manifesté, dans les cas relatés précédemment, d'une manière plus ou moins complète, en raison du degré ou de l'étendue de la lésion de ce nerf; tantôt par le resserrement de la pupille, avec augmentation de la vascularisation et de la calorification de l'œil, et par l'agrandissement de cette pupille pendant les crises douloureuses de l'ataxie locomotrice; tantôt par le resserrement et l'agrandissement alternatifs de l'œil; tantôt, enfin, seulement par le resserrement bilatéral ou unilatéral de la pupille.

Ces symptômes ressemblent aux phénomènes dits *oculo-pupillaires* et aux troubles de la vascularisation et de la calorification de l'œil, que l'on produit dans les expériences physiologiques en agissant sur la portion cervicale du grand sympathique, et qui sont plus complets parce que tous les tubes nerveux de ce nerf sont alors divisés ou excités à la fois.

L'affection dynamique du sympathique cervical, observée dans l'ataxie locomotrice, produit peut-être une altération anatomique de ce nerf. Si toutefois les nécropsies n'en révélaient aucune trace appréciable à l'œil nu ou à l'examen microscopique, cela prouverait que la lésion matérielle du grand sympathique n'est pas nécessaire à la production des phénomènes symptomatiques d'un état pathologique de ce nerf, de même que la symptomatologie de l'ataxie locomotrice peut, ainsi que je l'ai démontré dans ce travail par des faits irrécusables, exister sans la dégénérescence gélatineuse des cordons postérieurs et des racines postérieures de la moelle et sans l'atrophie de leurs tubes nerveux.

Il importe, pour l'étude de la localisation de l'ataxie locomotrice, de rechercher si la même lésion dynamique ne siége pas dans les portions du grand sympathique, qui se trouvent en rapport d'innervation avec les régions spinales habituellement atteintes par la dégénérescence gélatineuse. La symptomatologie n'en est malheureusement pas aussi facile à observer que celle qui appartient à la lésion du sympathique cervical. Néanmoins, certains désordres morbides qui, dans l'ataxie locomotrice, affectent l'intestin, la vessie et les fonctions génésiques de l'homme, peuvent être attribués à la lésion dynamique des portions du sympathique abdominal qui les innervent.

Un état pathologique du grand sympathique, s'il était constant, pourrait expliquer l'étrange symptomatologie de cette maladie dont la marche rémittente, quoique lentement progressive, fait croire à l'existence de névroses ou de névralgies.

Il dominerait les autres lésions locales, parce qu'il en serait la cause productrice. Ainsi l'hyperhémie des cordons postérieurs et des racines postérieures de la moelle serait une hyperhémie nervo-paralytique; en d'autres termes, elle serait produite par la lésion de la portion correspondante du grand sympathique; et l'hyperplasie du tissu fondamental, ainsi que l'atrophie du tube nerveux, n'en seraient que la conséquence. (Commiss. : MM. Trousseau, Béclard et Bouvier.)

2° Une lettre de M. le docteur Scoutetten, accompagnant l'envoi d'une brochure sur l'électricité du sang chez les animaux vivants.

— M. Larrey fait hommage à l'Académie du complément de la collection des *Annali universali di medicina*, publiées à Milan, par M. le docteur Griffini, et comprenant les années de 1859 à 1863.

— M. J. Béclard dépose sur le bureau un exemplaire de l'*Eloge de M. de Blainville* qu'il a prononcé dans la séance solennelle de l'Académie. M. Béclard saisit cette occasion pour remercier M. le secrétaire perpétuel de la libéralité dont il a fait preuve en lui cédant sa place cette année. Il s'efforcera de suivre les nombreux et glorieux exemples que M. le secrétaire perpétuel lui a donnés et lui donnera encore.

— M. le Président fait hommage à l'Académie, au nom de M. Ricord, de la collection, réunie en un magnifique album, des portraits photographiés de tous les membres de l'Académie. M. le président regrette que M. Ricord ne soit pas présent pour recevoir les remercîments de ses collègues.

REMÈDES SECRETS. — RAPPORT.

M. H. Roger lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion. Il est fait toutefois exception en faveur d'un travail de M. Burin du Buisson, pharmacien, qui propose l'emploi de la solution concentrée de perchlorure de fer comme topique préservatif de la rage après une morsure suspecte. Ce travail est renvoyé à la commission de la rage.

— La discussion sur l'origine de la vaccine est momentanément interrompue pour faire place à une série de lectures.

LECTURES. — MALADIES DES OUVRIERS CHROMATEURS.

M. le docteur Hillairet, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, donne lecture d'un mémoire *sur les maladies des ouvriers chromateurs.*

Malgré les assertions contraires de MM. Zuber et Erhmann de Rixheim, tous les ouvriers, sans exception, qui fabriquent les chromates de potasse, sont, au dire de M. Hillairet, exposés aux accidents suivants énumérés d'après leur ordre de fréquence :

1° Perforation, et quelquefois destruction complète vers la partie supérieure, du cartilage de la cloison du nez.

2° Ulcérations, tubercules ulcérés des mains, puis des cou-de-pied, et éruption eczémateuse sur la peau de la verge, la face interne du prépuce, la face interne des cuisses; ulcérations perforantes des articulations phalangiennes des mains ou des pieds.

3° Bronchites et attaques de suffocation.

4° Céphalalgies fréquentes, amaigrissement.

5° Ulcères de la gorge, pouvant simuler des ulcères syphilitiques.

Les accidents se déclarent avec une très-grande rapidité.

Les ouvriers ne sont pas occupés depuis quelques jours dans l'usine qu'ils en sentent les premiers sévices; et telle est la puissance caustique des matières pulvérulentes et des vapeurs chromatées que les animaux qui vivent dans l'usine, en dehors même des ateliers, sont aussi atteints et parfois à un très-haut degré.

Dans une seconde partie de son mémoire, M. Hillairet se propose d'indiquer les moyens de prévenir et de traiter la lésion des fosses nasales. (Renvoyé à la section.)

PROPHYLAXIE DES TEIGNES.

M. Bergeron, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, donne lecture d'un mémoire *sur les teignes et sur les moyens d'en prévenir la propagation.*

L'auteur, dans ce mémoire, s'attache à montrer que, pour préparer la destruction radicale de la teigne, l'hygiène publique devait répondre, par diverses mesures, à la triple indication de chercher les teigneux, de les isoler, et de les mettre en traitement le plus promptement possible.

M. Bergeron fait entrevoir qu'à Paris tout sera bientôt tenté pour arriver à ce but. Il lui a semblé qu'il appartenait à l'Académie de provo-

quer l'application, dans toute la France, de mesures reposant sur les mêmes principes.

Selon M. Bergeron, il est un point sur lequel tous les médecins doivent s'entendre, c'est à savoir que toute maladie, quelle qu'elle soit, si bénigne qu'on la suppose, dont la science a déclaré l'existence possible, doit être poursuivie sans relâche, jusqu'à ce qu'elle ait complétement disparu. (Renvoyé à la section.)

La pustule maligne peut-elle se développer spontanément dans l'espèce humaine? par T. Gallard, médecin des hôpitaux de Paris.

En posant la question qui sert de titre à ce travail, je n'ignore pas que j'aborde un des problèmes les plus ardus et les plus délicats de la pathologie. Mais c'est justement parce que j'en comprends toute l'importance, parce que je prévois toutes les conséquences pratiques qui, au point de vue de l'hygiène publique et de la police sanitaire, doivent découler de sa solution, que je n'ai pas hésité à en saisir l'Académie.

Il est à remarquer que si, dans ces derniers temps, l'étude de la symptomatologie et du diagnostic des maladies charbonneuses a fait de si manifestes progrès, c'est qu'elle a été entreprise concurremment chez l'homme et chez les animaux. Il me semble difficile de rien ajouter aux descriptions si exactes, si complètes et si judicieuses de M. Raimbert, de M. Bourgeois, de MM. Salmon et Maunoury; mais on peut se demander si le milieu dans lequel ils ont exclusivement observé était bien favorable pour leur permettre d'avoir une idée parfaitement nette de la pathogénie de ces affections.

En étudiant les maladies charbonneuses seulement dans un pays où elles sont endémiques, où elles sévissent en même temps sur l'homme et sur les animaux, n'est-on pas exposé,—et les auteurs que je viens de citer, tout comme leurs devanciers dont les travaux sont également estimés et dont les noms sont également chers à la science, ont-ils su éviter cet écueil? — n'est-on pas exposé, dis-je, à se laisser dominer par une idée préconçue et à voir partout la contagion que toutes les circonstances favorisent et qui peut toujours être soupçonnée sinon démontrée? Pour arriver à des notions exactes sur le mode de production de la maladie, il fallait l'observer sporadiquement en quelque sorte et dans des conditions telles qu'il fût toujours possible de remonter facilement au foyer contagieux si ce foyer existait en réalité. Mais une difficulté se présentait, en ce sens qu'on récusait le diagnostic de tous les cas observés dans les pays où le charbon ne règne pas enzootiquement, et les praticiens qui les observaient étaient dès lors très-peu encouragés à les publier. Il fallait donc un concours tout particulier de circonstances pour que ces faits isolés se groupassent et pussent être mis au jour. En apportant à cette tribune ceux qu'il m'a été permis de colliger, et qui, je crois, modifieront les opinions trop exclusives qui ont aujourd'hui cours dans la science, je dois dire comment j'ai été conduit à les rechercher et faire la part de celui qui m'a donné l'idée première et m'a fourni les matériaux les plus importants de ce travail.

M. le docteur Devers, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint de l'hôpital de Saint-Jean-d'Angély, membre du conseil d'hygiène et vice-président de l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angély, quittait nos hôpitaux en 1857, imbu comme toute la génération médicale actuelle de cette idée que la pustule maligne ne peut pas se développer spontanément chez l'homme, et qu'elle est toujours chez lui le résultat de la contagion ou de la transmission d'une maladie primitivement née chez l'un quelconque des animaux qui l'entourent. Mais dès ses premiers débuts dans la pratique, il eut occasion de voir plusieurs cas de cette affection se produire sous ses yeux sans qu'aucun exemple de charbon ne se révélât sur les animaux du voisinage, et son père lui apprit que les faits observés par lui s'étaient déjà reproduits plusieurs fois et toujours dans la même localité, et toujours en l'absence également constatée de charbon chez les animaux. Lorsqu'il me communiqua ces faits, je sentis naître, je l'avoue, les doutes qui l'avaient assailli lui-même au début; mais il ne suffisait pas de douter, il fallait examiner; j'engageai donc vivement mon ami et ancien condisciple à rédiger les observations qu'il avait pu recueillir. C'est ce qu'il fit, et en venant représenter la Société des médecins de Saint-Jean-d'Angély à l'assemblée générale de l'Association des médecins de France qui s'est tenue au commencement du mois de novembre dernier, il me remit un mémoire que je présentai en son nom à la Société médicale d'émulation, et sur lequel je fus chargé de faire un rapport. Je n'avais alors, je dois le dire, sur la pustule maligne et sur les affections charbonneuses, d'autres notions que celles que nous laissent nos lectures habituelles sur un sujet sur lequel nous n'avons pas été appelé à méditer et à réfléchir d'une façon spéciale. Les faits présentés par M. Devers me parurent si intéressants, si dignes d'attention, que je résolus d'aborder la question plus à fond encore, et d'étendre bien au delà du cercle dans lequel M. Devers avait dû se renfermer les recherches qu'il avait si bien commencées. Je me suis donc livré, et dans le passé, en compulsant ce qui se trouve dans les auteurs qui ont écrit sur la matière, et dans le présent, en me mettant en communication avec un grand nombre de confrères qui se sont empressés de m'enseigner ce que leur a appris leur expérience, ce dont je suis heureux de pouvoir les remercier publiquement, à une enquête qui m'a permis de réunir un total assez imposant de faits authentiques et irrécusables de charbon développé spontanément chez l'homme.

Indiquons d'abord en peu de mots ceux qui ont été recueillis par M. Devers, dont le mémoire doit être très-prochainement publié dans les *Bulletins de la Société médicale d'émulation*. Ils sont au nombre de 20, et ont tous été observés dans la petite commune de la Benate, qui compte 548 habitants et qui est distante de Sant-Jean-d'Angély d'environ 1 myriamètre.

La tradition nous apprend qu'une maladie charbonneuse a bien régné sur le bétail de cette commune au commencement du siècle, et n'a cessé ses ravages que vers 1830. Le charbon fut-il alors communiqué à l'espèce humaine? En ce qui concerne le commencement de l'épizootie, les renseignements sont négatifs, mais sont-ils suffisamment précis pour cette première période? C'est ce que, pour mon compte, je n'oserais affirmer. Quoi qu'il en soit, vers la fin de l'épizootie de 1820 à 1830, on a observé six faits de pustule maligne. Dans trois de ces six cas la contagion a été manifeste, dans deux elle est restée douteuse, dans le sixième elle paraît ne pas avoir existé, ou du moins elle n'a pas pu être établie, et il est bon de noter en passant que ce sixième fait se produisit en juillet 1830, alors qu'il n'y avait plus ou presque plus de bestiaux malades.

Après ces six premiers cas de pustule maligne dans lesquels il est permis de croire que la maladie a été ou a pu être transmise des animaux à l'homme, on reste cinq années sans en retrouver un nouvel exemple, puis en 1835 deux faits nouveaux se présentent, mais cette fois sans contagion possible, et sur deux individus habitant deux villages distants d'environ 1 kilomètre 1/2, après quoi la maladie disparaît complétement pendant treize ans, pour se rencontrer à intervalles irréguliers d'abord très-éloignés (2 cas en 1848, 1 en 1850, 1 en 1852), puis plus rapprochés, et fournir de 1857 à 1863 les neuf cas qui ont attiré l'attention de M. Devers, et dont huit ont été plus spécialement soumis à son observation personnelle, puisqu'ils ont été traités par lui.

Les vétérinaires de Saint-Jean-d'Angély interrogés ont répondu que depuis douze à quinze ans ils n'ont pas observé un seul cas de charbon chez les animaux, principalement du côté de la Benate, où ils avaient eu antérieurement occasion d'en voir. Il existe une seule exception, mais il s'agit d'un bœuf qu'on a cru atteint de charbon et qui a guéri; c'était à 10 kilomètres de la Benate, et en 1854 ou 1855, alors qu'il n'y avait pas de pustule maligne dans cette commune.

Dans tout l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angély je n'ai pu, à l'exception des pustules malignes de la Benate, retrouver, en consultant les souvenirs de tous les médecins de la contrée, que deux autres exemples de cette maladie : l'un à Paillé en 1851, la pustule maligne s'était développée chez un équarisseur après l'enlèvement de la peau d'un bœuf atteint *probablement* de charbon; mais ajoute le docteur Feniou qui me donne ce renseignement « *il m'a été impossible de faire régulièrement constater la maladie de cet animal.* » L'autre est actuellement en traitement à Tonnay-Boutonne, et soigné par M. le docteur Dusault.

Je suis sorti de l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angély et j'ai interrogé les médecins du département de la Charente-Inférieure, ceux du département des Deux-Sèvres, un grand nombre de ceux de la Charente, de la Vendée, de la Vienne, dans les parties de ces départements qui avoisinent l'arrondissement de Saint-Jean-d'Angély, et j'ai, d'après les renseignements reçus, indiqué sur une carte qui a été mise sous les yeux de l'Académie tous les cas de charbon qui ont été observés soit chez l'homme, soit chez les animaux, depuis au moins vingt ans sur toute cette étendue de territoire. En comparant les renseignements qui peuvent ainsi être appréciés d'un seul coup d'œil, on se demande d'où auraient pu provenir les mouches qui seraient venues depuis 1850 contaminer les habitants de la petite commune de la Benate? car pour les accuser il faudrait admettre qu'elles auraient fait au moins 40 ou 50 kilomètres imprégnées de virus charbonneux, et que pendant tout ce trajet elles auraient évité d'infecter un seul individu pour s'attaquer toujours aux seuls habitants de cette petite commune, et ne s'en prendre qu'à l'espèce humaine.

Je me crois donc parfaitement autorisé à affirmer que ces pustules malignes sont tout à fait spontanées.

Aux faits de M. Devers, je joins des exemples tout aussi irrécusables de pustule maligne développée spontanément, et qui ont été observés à Melle (Deux-Sèvres), à Angoulême, à la Rochelle, à Niort, à Sainte-Hermine, à Pont-l'Abbé.

Je rapproche ensuite de ces faits inédits ceux qui sont déjà publiés : les neuf observations recueillies par Bayle en l'an X dans les Basses-Alpes; les six de M. Davy-la-Chevrie publiées en 1807; les deux recueillies à Blidah par M. Gaujot, etc.

Mais ce n'est pas seulement dans les œuvres des partisans plus ou moins avoués de la spontanéité de la production de la pustule maligne que j'ai voulu aller chercher les preuves à l'appui de la thèse que je soutiens. Il suffit d'ouvrir les livres des contagionistes quand même pour trouver de nombreux exemples de pustules malignes spontanées ou développées en l'absence de toute contagion raisonnablement admissible. Ces exemples, on les trouve aux observations 11, 26, 27, 28, 31, 35, 36, 37 de M. Bourgeois, aux observations 8, 13, 15, 32, 33, 35, 41, 78, 89 de M. Raimbert, et dans la brochure de M. Bahault qui, sur un relevé de 34 faits de pustule maligne, nous montre que 8 fois (près

du quart) la maladie a siégé sur des parties habituellement recouvertes par les vêtements, et nous apprend que, sur plus de 50 pustules malignes qu'il lui a été donné d'observer, les deux tiers ont été contractées par des personnes qui ne touchent ni aux peaux ni à la laine, et encore moins aux animaux malades.

Nos contradicteurs me paraissent assez généralement disposés à se méprendre sur le rôle qui leur incombe quand ils nous disent qu'il leur suffit de nous démontrer la possibilité de la contagion pour que nous devions l'admettre. N'intervertissons pas les rôles. C'est à celui qui affirme à démontrer la réalité de son affirmation. Vous m'enseignez que la pustule maligne est toujours transmise à l'homme par les animaux, soit; je ne demande pas mieux que de le reconnaître; mais comment le prouvez-vous? Faites comme M. Ricord a fait pour la vérole, montrez-moi la porte d'entrée. Et si, par exception, une fois sur mille, par exemple, il vous arrive de ne pouvoir découvrir comment ni par qui cette porte a été ouverte, j'admettrai avec vous qu'une mouche a pu passer par le trou de la serrure; mais, de grâce, que ce qui doit être l'exception ne devienne pas la règle! Puis ne vous montrez pas si complétement satisfaits, et ne croyez pas avoir péremptoirement démontré la contagion quand vous avez dit, d'un individu affecté de pustule maligne, qu'il est pâtre, tanneur, mégissier, équarrisseur, etc., et ne vous croyez pas dispensé de vous enquérir si les animaux ou les dépouilles avec lesquels il a été mis en contact étaient ou non imprégnés de virus charbonneux.

Nos contradicteurs ont eu beau étendre le cercle de la contagion, ils n'ont pu parvenir, comme nous l'avons vu plus haut, à y faire entrer même les faits de leur propre pratique. La vérité qu'ils n'ont point voulu voir les a aveuglés à ce point qu'ils ont attribué à un animal la faculté de nous transmettre le charbon sans être affecté lui-même de cette maladie. Ils ont d'abord limité cette propriété singulière aux animaux *surmenés*, mais cela ne leur a pas suffi longtemps, et dès qu'ils ont été lancés dans cette voie, il ne leur a plus été possible de s'arrêter. Ils en sont venus à dire: « Bien des fois j'ai vu le charbon externe survenant dans des familles qui n'avaient que des bestiaux sains et chez lesquelles on ne pouvait arriver, malgré toute l'attention possible, à la connaissance d'une autre cause productrice que cette présence elle-même d'animaux n'offrant aucun symptôme d'affections charbonneuses appréciable. » (Bourgeois, p. 144.) Qu'on y prenne garde, cet aveu, échappé à la plume de l'un des plus autorisés et des plus expérimentés de ceux qui ont défendu les idées ultra-contagionistes, est certainement un des meilleurs arguments qui puissent être invoqués en faveur de la doctrine de la spontanéité.

Voyez, du reste, où vous nous conduiriez avec la théorie de la transmission nécessaire si nous voulions vous suivre jusqu'au bout. Il suffirait qu'une mouche se fût posée sur un animal, même bien portant, pour qu'elle pût aller ensuite inoculer le virus à des distances considérables, et il ne serait même pas nécessaire, suivant M. Bourgeois (p. 175), qu'une porte fût ouverte au virus pour faciliter son absorption, car telle serait sa subtilité qu'il pourrait aisément pénétrer à travers l'épiderme intact. N'est-ce pas le cas de se demander comment il se peut faire que les affections charbonneuses soient relativement aussi peu fréquentes qu'elles le sont chez l'homme? Et pourtant on voit des bergers ou des mégissiers dépouiller, sans grande précaution, des milliers de cadavres d'animaux charbonneux. D'un autre côté, les expériences de la Société d'Eure-et-Loir ont démontré qu'il ne suffit pas de déposer une goutte de la sérosité provenant d'une pustule maligne sur un épiderme intact pour produire le charbon, que cette sérosité elle-même, injectée sous la peau, ne transmet que fort rarement la maladie, et que, pour avoir quelques chances certaines de la voir se développer, il faut inoculer l'escarre elle-même en totalité. Dira-t-on que le contagium qui résiste à l'inoculation peut être plus facilement absorbé par d'autres voies? Mais alors on quittera le terrain de la contagion pour entrer sur celui de l'infection, qui est bien plus glissant encore. Puis on renoncerait au bénéfice de la localisation de la lésion, et l'on serait forcé de regarder la pustule maligne comme n'étant que la manifestation extérieure d'une maladie générale; et ce n'est pas ce que veulent les contagionistes, car, battus par les faits, ils se réfugient dans la théorie et ils tirent de cette localisation même un argument contre la spontanéité de la maladie.

De tout ce qui précède il ne faudrait pas inférer que je nie la contagion des maladies charbonneuses, bien loin de là; j'ai seulement tenu à démontrer que cette transmission des animaux à l'homme est loin d'être aussi fréquente qu'on l'a cru généralement jusqu'à ce jour, et qu'il se trouve un nombre imposant de faits de charbon chez l'homme qui procèdent d'une toute autre cause.

Si, après avoir établi la spontanéité de la pustule maligne et indiqué les conséquences qui doivent en être déduites au point de vue de la police sanitaire, je jette un coup d'œil historique sur l'état de la question, je vois à côté de Virgile, qui a le premier parlé de la transmission du charbon des animaux à l'homme, Celse, son contemporain, n'en pas dire un mot; et l'on ne saurait douter, en relisant le texte de Celse, que c'est bien réellement de la pustule maligne et non pas de l'anthrax qu'il a entendu parler, lorsqu'il a dit: « *Quæ interius, corrupta aliqua corporum parte nascuntur.* » Plus tard, on a dénaturé la description si nette et si lucide de Celse en faisant intervenir les anthrax et les bubons de la peste dans la description du charbon, et nulle part cette confusion ne se trouve plus évidente que dans Ambroise Paré. Ce sont les auteurs de la fin du dix-huitième siècle, en tête desquels il faut placer Enaux et Chaussier, qui ont débrouillé ce chaos, mais en établissant la réalité et la fréquence de la contagion, ils ont eu le tort d'en faire un signe pathognomonique et de prétendre que la pustule maligne ne se présente *jamais que* sur les parties découvertes *et que* sur les individus qui, par la nature de leurs occupations habituelles, sont exposés au contact des animaux charbonneux. Il a bien fallu, en présence des faits, rabattre souvent de cet exclusivisme, mais malgré cela on n'a pas voulu accepter que la pustule maligne pût naître spontanément, et sauf quelques rares auteurs qui ont fait de timides réserves, la théorie contagionniste a été généralement acceptée. Je dois cependant excepter de ces doctrinaires exclusifs M. Rayer, qui dit formellement: « Je pense que la pustule « maligne se développe quelquefois sporadiquement chez l'homme... « Répéter, avec la plupart des pathologistes, que le charbon de la peste « diffère de la pustule maligne en ce que celle-ci est constamment pro- « duite par une cause externe, tandis que le charbon pestilentiel est « toujours consécutif à des lésions plus ou moins graves, c'est avancer à « la fois une double erreur, » (*Tr. des mal. de la peau*, t. II, p. 74 et 88), et je suis heureux de pouvoir abriter les idées que je défends sous le patronage d'une aussi imposante autorité.

Les faits que je viens de rapporter, joints à ceux qui étaient déjà dans la science et que j'ai rappelés, me paraissent suffisamment démonstratifs, et, en ce qui me concerne, la question de la production spontanée du charbon chez l'homme me paraît complétement résolue. Serai-je assez heureux pour avoir fait passer la même conviction dans l'esprit de ceux qui m'écoutent ou qui me liront? Je l'espère, et je suis certain que des faits nouveaux ne tarderont pas à venir corroborer ceux que j'ai produits moi-même. C'est cet espoir qui m'a encouragé à porter ici le travail que je viens d'avoir l'honneur de lire devant l'Académie. J'ai compté sur les échos qui entourent cette tribune, car je les sais assez retentissants pour porter au loin les plus humbles accents. L'appel que j'adresse aux praticiens qui ont pu observer des cas de pustule maligne en l'absence de toute contagion possible ne saurait donc, malgré la faiblesse de ma voix, manquer d'être entendu, et la commission qui pourra être chargée d'élucider ce point de doctrine, au nom de l'Académie, ne tardera certainement pas à recevoir de nombreuses et importantes communications qui lui permettront de donner une solution définitive à cette question depuis si longtemps indécise.

KYSTE DU FOIE.

M. Boinet donne lecture d'un travail sur un nouveau cas de guérison d'un vaste kyste hydatique du foie par les ponctions et les injections iodées et les sondes à demeure, procédé qu'il considère comme nouveau et sûr pour déterminer la formation des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale afin de s'opposer à tout épanchement dans le péritoine.

L'auteur termine la relation du fait par des réflexions sur les différents traitements des kystes du foie. (Nous donnerons plus tard un résumé de cette observation.)

Le travail de M. Boinet est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Malgaigne, Barth et Michon.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1863;
par M. le docteur Ordonez, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I.—Pathologie.

Note sur deux observations de polypes muqueux de l'estomac;
par M. Cornil.

Nous avons rencontré deux fois, pendant le mois de juillet 1863, dans les services de l'infirmerie de la Salpêtrière, des polypes muqueux de l'estomac.

Le premier fait est relatif à une femme morte avec une néo-membrane généralisée et épaisse de la *dure-mère* et une *cirrhose du foie*. Elle avait pendant sa vie des habitudes d'*ivrognerie* et avait *vomi du sang* quelques jours avant sa mort.

La muqueuse de l'estomac présentait les caractères habituels d'une gastrite chronique: petites plaques et mamelons rosés, vascularisés, alternant avec des places déprimées et blanches; pigment noir infiltrant les couches superficielles de la muqueuse et lui donnant en certains points une coloration ardoisée. En outre, on voyait sur elle huit ou dix végétations ayant une base large ou rétrécie, variant du volume d'un grain de chènevis à une fève, nombreuses surtout en se *rapprochant du pylore* et à la petite courbure. Ces saillies polypeuses étaient mame-

lonnées, *molles, rosées, plus ou moins injectées*. On pouvait voir à la surface de celles qui étaient le plus vascularisées un assez riche réseau de capillaires.

C'est sur la structure de ces petits polypes que j'ai spécialement attiré l'attention de la Société; je les ai examinés au microscope à l'état frais, desséchés et durcis dans l'acide chromique.

Sur des coupes perpendiculaires à leur surface et comprenant toute leur étendue ainsi que les membranes de l'estomac examinées à de faibles grossissements de 12 à 50 diamètres, on voyait les deux couches musculaires de l'estomac, le tissu cellulaire sous-muqueux épaissi et contenant de gros vaisseaux, puis le champignon polypeux lui-même qui se continuait directement avec la muqueuse voisine saine ou un peu hypertrophiée.

Dans cette partie saillante de la muqueuse qui représentait le polype, on voyait de longs tractus droits ou sinueux parallèles qui, partant de la profondeur, venaient se terminer par une extrémité libre et arrondie à la surface. En outre, dans la plus grosse des tumeurs examinées, qui avait un demi-centimètre en hauteur, existaient plusieurs cavités généralement allongées, mais dont l'une, placée au centre, était arrondie.

Les mêmes préparations, examinées à un grossissement de 220 diamètres, nous ont montré les particularités suivantes:

Les longs tractus qui mesuraient presque toute l'étendue en diamètre de la saillie muqueuse étaient formés par une membrane limitante anhyste partout bien nettement visible; leur longueur était de 0,05 à 0mm,1; ils contenaient dans leur intérieur des noyaux pâles, légèrement granuleux, à contours peu foncés, ayant de 0,005 à 0,006 en diamètre, généralement arrondis ou ovalaires, placés au milieu d'une substance finement granuleuse; ils se terminaient à la périphérie du polype, au-dessous de sa surface extérieure, par une extrémité libre, arrondie, généralement un peu renflée. Un assez grand nombre de ces villosités contenait, en outre des noyaux, des gouttelettes graisseuses, réfringentes, jaunes, dont le volume variait de 0,005 à 0,015.

Quant aux cavités plus grandes qui se trouvaient dans le plus gros des polypes examinés, elles étaient constituées par une membrane limitante anhyste bien visible, tapissée à son intérieur par une couche simple ou double d'épithélium cylindrique. Ces cellules d'épithélium étaient longues de 0,045 sur 0,003-0,006 de large, parallèles entre elles, formant une couche continue, munies d'un noyau allongé, bordées à leur surface libre par une zone claire comme les cellules de l'intestin, et ne montrant pas de cils vibratils. Enfin, dans l'intérieur de ces cavités kystiques se trouvait un liquide contenant des cellules épithéliales devenues rondes et granuleuses.

Voici le second fait :

Une femme de 80 ans, hémiplégique et gâteuse depuis neuf mois, meurt de pneumonie sans que nous ayons pu nous procurer de renseignements exacts sur ses antécédents. A l'autopsie, on trouve un ramollissement du lobe postérieur droit et toutes les lésions d'une pneumonie fibrino-purulente. A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit sur le péritoine diaphragmatique du côté gauche et sur toute la surface séreuse de l'estomac, des filaments grêles et allongés, d'une transparence perlée particulière, simples ou rameux, en nombre considérable, mesurant de 1 à 5 millimètres en longueur. L'examen microscopique a montré que c'étaient des corpuscules de Vater bien caractérisés par leurs enveloppes concentriques et leur filet nerveux. Un grand nombre étaient ramifiés à leur extrémité libre. (M. Ordoñez a vérifié l'exactitude de cette particularité anatomique.)

La rate était saine. Le foie contenait dans son intérieur une coque fibro-calcaire de la grosseur d'une petite noix remplie d'une bouillie caséense. Les reins étaient parsemés de petits kystes à leur surface.

La muqueuse de l'estomac était épaissie, mamelonnée, parsemée d'arborisations vasculaires et de plaques ardoisées. A l'union du tiers droit avec le tiers moyen de cette surface, on voyait deux saillies, l'une polypeuse, l'autre à base large et à sommet légèrement déprimé. La première présentait un pédicule grêle, allongé, formé par la muqueuse, et possédant à son centre des vaisseaux (artère et veine). Le corps du polype était arrondi et lobulé en forme de chou-fleur, il avait le volume d'une grosse noisette. On pouvait, par une traction exercée sur lui, faire glisser la muqueuse et allonger ainsi le pédicule. La seconde tumeur était circulaire, hémisphérique, non pédiculisée, déprimée à son centre et d'un diamètre de 1 centimètre environ. Ces deux petites tumeurs étaient couvertes d'un beau réseau de capillaires qui leur donnaient une coloration rosée. Sur les coupes verticales on constatait que la muqueuse seule et le tissu cellulaire sous-muqueux participaient à leur formation. Il s'écoulait de la coupe une sérosité légèrement teinte de sang, mais pas de liquide laiteux comme dans le cancer. En regardant de près la muqueuse dans leur voisinage et dans toute la région pylorique de l'estomac, on pouvait voir de petites saillies villeuses plus ou moins allongées, bien marquées surtout sur le pédicule du polype.

L'examen microscopique de la muqueuse et de ces productions nouvelles a été fait le jour même de l'autopsie, et longtemps après lorsque la pièce eut durci dans l'acide chromique. En voici le résultat:

Les coupes verticales de la muqueuse examinées à 40 diamètres montraient les tubes glandulaires de l'estomac avec leur volume et leur contenu normal, mais le pourtour de leur orifice stomacal était hérissé de villosités plus ou moins longues; tantôt le pourtour de leur orifice était seulement hypertrophié et plus saillant qu'à l'état normal, tantôt cette hypertrophie avait donné naissance à la formation de villosités atteignant jusqu'à 1 millimètre de longueur. Elles étaient d'autant plus nombreuses, plus grosses et plus voisines les unes des autres, qu'on se rapprochait des petites tumeurs décrites précédemment.

Sur les coupes verticales de la tumeur non pédiculisée, ces productions villeuses formaient une couche superficielle où elles sont adhérentes par leur partie profonde les unes aux autres, libres seulement par leur sommet, de telle sorte qu'on ne peut plus distinguer d'orifice aux glandes en tube. Au-dessous de cette couche, les glandes de la muqueuse sont elles-mêmes hypertrophiées et ont changé d'aspect. Rarement elles se présentent sous une forme allongée, mais presque toutes sont transformées en petites cavités arrondies, tapissées par leur épithélium sphérique ou polyédrique. Ces deux couches, papillaire et glandulaire, constituent la majeure partie de la tumeur dont la couche profonde est formée par l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux.

La tumeur pédiculée, examinée à de faibles grossissements sur des coupes verticales, présente seulement des vacuoles généralement arrondies, glandulaires, tapissées par un épithélium et entourées d'un très-riche réseau vasculaire. La couche superficielle papillaire a presque partout disparu. Les vaisseaux vont en augmentant de volume et diminuant de nombre de la superficie du polype au pédicule, au centre duquel on ne trouve plus qu'une artère et une veine.

Les villosités examinées à de plus forts grossissements ne nous ont jamais paru posséder de vaisseaux; il est vrai que, pour être assuré de leur non-existence, il aurait fallu faire une injection des artères de l'estomac. Ces villosités mesurent en largeur de 0,040 à 0,075. Elles possèdent une membrane anhyste limitante, à deux contours bien nettement visibles sur certaines. Leur tissu est une substance fondamentale dense, renfermant un grand nombre de noyaux très-rapprochés les uns des autres, et de 0,006 dans leur plus grande longueur. Ces productions, que dans notre première communication nous étions portés à regarder comme des glandes retournées, sont pleines et sans lumière centrale, ce dont nous nous sommes assurés sur des coupes minces perpendiculaires à leur longueur.

Les vacuoles glandulaires du polype mesurent en moyenne de 0,09 à 0,15 dans leur plus grand diamètre; elles sont arrondies ou oblongues, pressées les unes contre les autres, et séparées par un tissu cellulaire peu abondant servant de gangue aux vaisseaux. Leur membrane d'enveloppe est épaisse à deux contours; les cellules qu'elles contiennent forment une couche près de la paroi. Ces cellules sont arrondies ou légèrement polyédriques, de 0,006 à 0,009. On voyait en outre de cette couche pariétale des cellules libres au centre de l'acinus, et plus ou moins granuleuses.

En résumé, on voit que dans la moitié gauche de l'estomac existaient des villosités au pourtour de l'orifice des glandes, phénomène constant chez certains animaux, mais très-rare chez l'homme, et attribué par Rokitanski (*Anatomie pathologique*, 3e vol., p. 155, 3e édit.) à la gastrite catarrhale. Les tumeurs saillantes présentaient dans leur structure une couche superficielle de villosités réunies entre elles sans trace de conduits excréteurs, et une couche profonde formée par l'hypertrophie des glandes transformées en petites cavités closes. Nous croyons en outre pouvoir affirmer, en nous basant sur l'étude de l'une de ces tumeurs, que l'hypertrophie des villosités et leur adhérence entre elles a été la cause de l'oblitération des conduits et de l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires.

BIBLIOGRAPHIE.

GUÉRISON DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, ET MOYENS DE PREVENIR CETTE MALADIE A L'AIDE D'UN TRAITEMENT NOUVEAU; par M. le docteur JULES BOYER.

Le travail que nous avons à analyser comprend une monographie écourtée de la phthisie pulmonaire. Nous ne dirons rien des articles consacrés à l'étiologie, aux symptômes, au diagnostic, etc., dans lesquels, du reste, l'auteur n'a rien dit de nouveau; nous ne nous arrêterons que sur la théorie qu'il émet concernant l'origine et l'évolution des tubercules, et qui sert de base à son traitement.

Cette théorie se résume très-bien dans les propositions suivantes :

Le tubercule est un produit accidentel fourni par l'exhalation vasculo-capillaire d'un plasma contenant des molécules gélatineuses en excès.

Les tubercules ne renferment pas de vaisseaux sanguins, mais il se forme autour d'eux, et dans les fausses membranes qui tapissent les cavernes, des vaisseaux nouveaux destinés à leur nutrition, et dont l'existence explique la possibilité d'agir sur ces productions, en leur fournissant les éléments nécessaires à leur induration.

Une grande analogie de composition chimique existe entre les tubercules et les os; les deux principaux éléments qui constituent les uns et les autres sont la gélatine et les sels calcaires, surtout le phosphate de chaux.

Une semblable analogie existe dans l'évolution des tubercules et du tissu osseux; les os passent par trois phases successives : l'état mou ou gélatineux, l'état cartilagineux, et enfin l'état osseux; de même les tubercules, d'abord gélatineux, passent ensuite à l'état cru et ont tendance à revêtir la forme dure, calcaire.

Dans les tubercules le dépôt calcaire se fait du centre à la circonférence; dans les os courts l'ossification procède aussi du centre à la périphérie.

Le passage des tubercules à l'état crétacé est un mode de guérison qu'emploie souvent la nature, ainsi qu'il résulte de nombreuses autopsies de vieillards faites à la Salpêtrière et à Bicêtre.

Au contraire le ramollissement, qui est aux tubercules ce que la carie est aux os, amène la mort des malades.

Dans le traitement de la phthisie on doit donc chercher à imiter et à favoriser le travail de la nature, c'est-à-dire tâcher d'obtenir l'induration crétacée des tubercules.

Or « le sang charrie tous les éléments chimiques de l'organisme; à toutes les époques de la vie il contient de la *gélatine* et du *phosphate de chaux* dans des proportions définies. Dans l'état de santé, ces deux substances sont en équilibre; dans l'état de maladie, cet équilibre est rompu. »

La prédominance de la gélatine engendre le ramollissement des os et la phthisie pulmonaire.

L'excès de phosphate de chaux donne lieu aux maladies calculeuses et à l'ossification des artères, des valvules du cœur, etc.

Le traitement rationnel de la phthisie découle naturellement des données précédentes; puisqu'elle résulte toujours d'une diminution des sels calcaires dans le sang et d'un excès de gélatine, on n'a qu'à rétablir l'équilibre dans la composition du liquide nourricier en administrant aux malades du phosphate de chaux. Le sang transportant cette substance jusque dans les vaisseaux qui entourent les tubercules, l'induration crétacée de ceux-ci, c'est-à-dire le travail curatif de la phthisie pourra se faire et se fera réellement, à en juger par les effets de la même médication dans le ramollissement des os et dans la consolidation des fractures.

La formule employée par M. Boyer est la suivante :

Poudre salino-calcaire :	
Phosphate de chaux........	14 parties.
Carbonate de chaux........	6 —
Bicarbonate de soude........	2 —
Lactate de fer............	0,1 —

Il en donne deux cuillerées à café par jour pour des adultes. Il combat concurremment, par des moyens appropriés, les symptomes qui exigent des soins particuliers, tels que l'hémoptysie, la diarrhée, les sueurs, etc. Par cette médication, M. Boyer dit avoir obtenu des résultats extraordinaires, qu'il promet de faire connaître ultérieurement; nous regrettons l'ajournement de cette publication.

Certes, autant et plus que personne, nous applaudissons aux efforts de ceux qui cherchent à établir, d'après la nature même des maladies, d'après leur étiologie et leur mode d'évolution, un traitement véritablement rationnel; mais pour que ce traitement soit adopté et tourne dès lors à honneur à celui qui l'a trouvé, il faut qu'il repose sur des principes vrais, irréfutables, non sur des hypothèses; il faut surtout qu'il reçoive la sanction de l'expérience. Nous ne rencontrons pas ces conditions dans le travail de M. Boyer.

D'abord nous ne sachons pas que le sang charrie de la gélatine; sans doute il contient tous les éléments propres à la constituer dans les organes, mais aucune analyse n'a montré que dans la phthisie, l'ostéomalacie, le rachitisme, etc., le sang contînt en propre de la gélatine. L'hypothèse de M. Boyer relative à l'excès ou à l'insuffisance de cette substance dans le sang est donc tout à fait gratuite.

D'un autre côté, dans la phthisie pulmonaire le sang contient-il moins de phosphate de chaux qu'à l'état normal? M. Boyer ne donne aucune analyse qui le démontre.

Le parallèle qu'il établit entre les tubercules et les os n'est guère plus fondé, et cesse d'avoir sa raison d'être par cette seule considération que le tissu osseux contient des vaisseaux sanguins, tandis que les tubercules n'en renferment pas. On peut, d'après cela, agir sur la nutrition des os, mais on ne saurait avoir d'action sur celle des tubercules. L'existence de vaisseaux autour de ces dernières peut bien expliquer la possibilité de produire des dépôts calcaires autour d'eux ou dans les fausses membranes qui tapissent les cavernes; mais l'induration crétacée des tubercules débutant par le centre, comment obtenir cette modification interne de la matière tuberculeuse avec l'absence de vaisseaux dans la masse même de ces productions?

La nature opère ce travail, sans doute, mais à un âge où les conditions de vitalité de l'organisme sont profondément modifiées, où ce n'est pas seulement quelques produits accidentels, comme les tubercules, qui passent à l'état crétacé, mais où cette tendance à l'ossification semble se généraliser et atteint les artères, les valvules du cœur, les cartilages, etc.

Forcé de nous limiter, nous ne nous étendrons pas davantage sur un sujet qui nous entraînerait trop loin. Ce que nous venons de dire suffit pour montrer que le traitement préconisé par M. Boyer repose sur des idées purement hypothétiques; aussi exprimons-nous de nouveau le regret que, pour légitimer l'assurance hardie avec laquelle il proclame la curabilité de la phthisie pulmonaire comme conséquence assurée de son mode de traitement, il n'ait pas publié, à la suite de son travail, les observations des nombreux succès qu'il annonce avoir obtenus. C'était d'autant plus nécessaire que l'emploi des phosphates calcaires dans le traitement de la phthisie n'est peut être pas aussi *nouveau* que le croit M. Boyer. En 1858, nous avons vu, à l'hôpital de la Charité, M. Nonat expérimenter l'hypophosphite de chaux, et n'en pas retirer de grands résultats. M. Boyer a pu être plus heureux: nous abdiquerons de grand cœur notre scepticisme en présence de faits bien établis.

D[r] F. de Ranse.

VARIÉTÉS.

— Nous avons reçu de M. Mathieu (de la Drôme) une assez longue lettre destinée à expliquer, si ce n'est à justifier, les dernières défaillances de sa théorie. Nous pensons que le célèbre pronostiqueur s'est trompé d'adresse en écrivant à la *Gazette médicale*. Bien qu'il puisse y avoir quelque intérêt pour la médecine à connaître à l'avance les variations du temps, elle ne saurait trouver qu'un très-médiocre intérêt dans les appréciations théoriques de M. Mathieu (de la Drôme).

— Diverses nominations viennent d'être faites à l'Université libre de Bruxelles :

M. Henri Lambotte a été chargé du cours de zoologie et d'anatomie comparée à la Faculté de médecine.

M. le docteur Tohy Van Volxem, prosecteur à l'Université, a été nommé chef de service au Grand-Hospice.

M. le docteur Thirifahy a été nommé prosecteur de la Faculté de médecine à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Jean.

M. le docteur Ed. Roger a été nommé prosecteur à l'Université.

— Par délibération de la commission administrative des hospices de Marseille, M. le docteur Broquier a été promu au titre de chirurgien en chef des hôpitaux de cette ville, en remplacement de M. Melchior Robert, décédé.

— Un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mercredi 10 février 1864 dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique.

Les élèves qui voudront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du secrétariat de l'administration, d'une heure à trois. Le registre d'inscription sera fermé le mardi 26 janvier, à trois heures.

— Prix. — La Société médicale des hôpitaux de Paris a, dans sa séance du 23 décembre 1863, fondé un prix de *mille francs*, qui portera le nom de Prix Phillips, et sera décerné tous les quatre ans à l'auteur qui aura le mieux traité la question posée par la Société.

Cette question devra avoir rapport à la curabilité de la méningite tuberculeuse.

Pour la première période, la Société propose la question suivante :

« Établir, par des faits positifs, la prophylaxie et la curabilité de la « méningite dite tuberculeuse. »

Les mémoires, écrits en français, devront être inédits et adressés, avant le 1[er] avril 1866, à M. le docteur Lailler, secrétaire général de la Société, rue Caumartin, 22.

Chaque mémoire portera une devise qui sera répétée sur un pli cacheté joint au mémoire et contenant le nom de l'auteur, qui ne pourra se faire connaître avant la décision de la Société.

— Le docteur Auzoux, auteur de l'*Anatomie plastique*, a commencé, dimanche 17 janvier, à une heure, son cours d'anatomie humaine et comparée, rue Antoine-Dubois, 2.

De nouvelles préparations concernant le règne végétal et le *Gorille*, le plus grand de tous les singes, seront l'objet d'une attention spéciale.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

De la spontanéité morbide; par Paul Dupuy.

(Deuxième article. — Suite et fin.)

Aux salutaires enseignements de la pathologie, la thérapeutique, à son tour, donne une pleine et entière confirmation. Procédant comme je l'ai déjà fait pour les maladies virulentes, c'est-à-dire par les cas les plus clairs, je m'occuperai d'abord des spécifiques.

Nous possédons un certain nombre de médicaments qu'on peut qualifier de spécifiques ou spéciaux, par exemple : le quinquina, le mercure, l'iodure de potassium, le chlorate de potasse (stomatites), l'or, l'arsenic, l'iode, le baume de copahu, certaines eaux sulfureuses (eaux d'Aix pour le rhumatisme, eaux de Baréges pour les maladies des os, des articulations, des anciennes blessures), etc. Ces divers médicaments n'ont qu'une spécialité relative, une appropriation susceptible de plus et de moins. Aussi voit-on la vérole résister au mercure et céder, soit aux préparations d'or, soit à la vaccination syphilitique. Le quinquina et le sulfate de quinine sont quelquefois impuissants à guérir la fièvre intermittente, que l'arsenic, l'hydrothérapie et d'autres moyens encore conduiseut à une heureuse terminaison. L'iodure de potassium n'amène point la résolution de toutes les tumeurs. J'ai même vu des stomatites résister au chlorate de potasse. L'arsenic est loin de guérir toujours la fièvre intermittente, le lichen, le psoriasis, les gastro-entéralgies.

La rigueur de la spécificité n'est donc rien moins que mathématique, mais les chances de la probabilité diminuent encore quand on en vient aux médicaments ordinaires. Ici nous ne sommes que trop souvent en présence du vague et de l'incertitude. La constitution médicale, le génie épidémique, sans parler des conditions individuelles indiquées, telles que tempéraments, idiosyncrasies, font varier la médication dans les limites les plus étendues, et l'on peut ajouter les plus contradictoires. C'est ainsi qu'une inflammation guérira tantôt par les émissions sanguines, tantôt par les contro-stimulants, tantôt par les évacuants, tantôt par les stimulants. Une dyssenterie sera, suivant les circonstances, traitée avec succès par les opiacés, les astringents, les purgatifs, les vomitifs, etc. Telle fièvre puerpérale se trouvera à merveille de l'emploi de l'ipéca, dans telle autre épidémie, insignifiance complète de cette médication. Enfin il est des cas où l'expectation donne exactement les mêmes résultats qu'une médication active.

Certaines eaux minérales ont des vertus particulières, et néanmoins d'autres eaux appartenant à cette catégorie produisent des résultats curatifs identiques, bien que se distinguant des premières par des différences considérables de température et de minéralisation. D'autre part, l'hydrothérapie n'est-elle point tout aussi efficace, dans bien des cas, que les eaux minérales dont la spécialité est le mieux démontrée?

L'ensemble des faits qui précèdent et que j'ai empruntés soit à la pathologie, soit à la thérapeutique, me paraissent mettre en relief l'élément propre de la spontanéité qui se détache du fond commun de la spontanéité générale. Par celle-ci, *seule*, on peut expliquer la défaillance des virus dont l'énergie s'atténue par des transmissions successives; la production des maladies virulentes par le fait de conditions hygiéniques mauvaises, et quelquefois très-dissemblables entre elles (charbon); l'existence des sympathies communes. A l'élément différentiel de la spontanéité se rattachent l'inaptitude d'inoculation virulente de certaines espèces, relativement à d'autres (charbon); les différeuces d'intensité du virus rabique et les formes diverses de la rage en passant des carnivores aux herbivores; l'immunité, l'état réfractaire relativement à l'infection et à la contagion; les résultats variés que donne l'inoculation pour les fièvres éruptives, la syphilis avec ou sans concomitance du vaccin; le défaut de transmission de la syphilis des parents à l'enfant; les modifications assez étendues offertes par la période d'incubation au point de vue de la durée, sans qu'on puisse toujours invoquer des changements survenus dans les propriétés actives du virus; la variété de formes si grande qu'on observe dans les affections de même nature; l'état provisoire de syphilisation auquel certains sujets semblent incapables d'atteindre; de même le défaut de correspondance que j'ai signalé entre les conditions étiologiques et les maladies, entre les symptômes et les altérations anatomiques; de même le caractère individuel des mouvements critiques; de même enfin le caractère relatif des médicaments spécifiques, et surtout la mobilité d'action plus grande encore d'une thérapeutique s'adressant au malade et non à la maladie, à l'individu et non à l'espèce.

De l'expérience se dégage donc un fait essentiel, celui d'une spontanéité propre aux êtres vivants, d'un principe d'activité intérieure qui se manifeste sous une double forme. Peut-il s'expliquer par les lois qui régissent la matière brute? Est-il justiciable de la mécanique ou de la chimie? La spontanéité établie expérimentalement, il faut dans la mesure du possible, c'est-à-dire au double point de vue de l'observation et de l'induction, en déterminer la nature.

Qu'il y ait chez les êtres vivants une activité spéciale, que cette activité présente des modes très-distincts d'individus à individus, bien qu'ils soient placés dans des conditions générales identiques, c'est là une vérité reconnue et dont on cherche à rendre compte en invoquant des différences d'organisation. Ce mot peut avoir deux sens : ou bien il veut dire disposition des parties, arrangement, structure apparente ou cachée, mécanisme en un mot; ou bien il exprime une série de phénomènes chimiques en tout semblables à ceux qui s'observent dans la matière non organisée. La première acception fait de l'homme une machine, au sens absolu du terme, un véritable automate, et telle est en réalité la doctrine cartésienne (1). Pour Descartes, en effet, la dynamique n'est que la cinématique, c'est-à-dire une

(1) Je désire, dis-je, que vous considériez que ces fonctions suivent tout naturellement *en cette machine* de la seule disposition de ses organes, ne plus ne moins que font les mouvements d'une horloge ou autre automate de celle de ses contre-poids et de ses roues, de sorte qu'il ne faut point, à leur occasion, concevoir en elle aucune autre âme végétative et sensitive, ni aucun autre principe de mouvement et de vie que son sang et ses esprits agités par la chaleur du feu qui brûle continuellement dans son cœur. (*Traité de l'homme.*)

FEUILLETON.

CONRAD GESNER.

(1516–1565.)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II.

C'est ainsi que s'écoulait, dans ce siècle sérieux et grave, la vie des hommes qui se vouaient à la recherche du vrai, à la philosophie, à l'étude des sciences, des lettres et même au culte des beaux-arts. Ce n'est pas une des moindres merveilles de cette période étonnante que la ténacité, la persévérance consciencieuse avec laquelle les hommes de ce grand siècle poursuivaient leur pensée pendant leur vie tout entière; tantôt concentrant leur esprit et leurs forces sur un sujet unique, d'autres fois, réunissant dans un même labeur plusieurs branches de l'intelligence. « Pénétrez dans leur conscience, s'écrie un historien du seizième siècle, et cherchez les motifs qui les ont fait agir, vous ne trouverez, dans la plupart du moins de ceux dont le nom est resté le plus grand, ni la soif de l'or, ni l'amour effréné des distinctions sociales. La vie n'était pour eux qu'une haute mission, consacrée tout entière à réaliser une grande pensée (1) »

L'universalité du savoir qui caractérise Conrad Gesner, et qui l'avait fait comparer à Pline, lui permit d'embrasser presque tout entier le cycle des connaissances acquises à l'époque où il parut. Ainsi, indépendamment des diverses branches de l'histoire naturelle, dont il ne se borna pas à suivre des yeux le progrès, mais qu'il enrichit notablement par ses propres découvertes, il s'occupa avec succès des sciences philosophiques, de la logique, de la morale; il y joignit des recherches profondes en linguistique, en philologie, en bibliographie; il représenta, comme on voit, tout le savoir du siècle où il vécut, comme l'avaient fait, à différentes époques, Aristote, Albert le Grand et Vincent de Beauvais. Si sa vie, tranchée d'une manière trop prématurée, ne lui permit pas de mettre la dernière main à tous les travaux qu'il avait entrepris, ceux qu'il nous laissa même inachevés portent tous l'empreinte de sa main puissante et le cachet irrécusable de son génie.

On pourrait distinguer dans Conrad Gesner trois hommes : l'érudit, le philosophe et le naturaliste. Nous insisterons moins sur les deux premiers chefs : d'une part, parce que ceux de ses travaux qui se rapportent à l'érudition, travaux qui furent d'une si haute utilité à son époque, se trouvent aujourd'hui surpassés par ceux des siècles qui l'ont

(1) Filon, *Histoire du seizième siècle*, t. II, p. 571.

théorie géométrique du mouvement; de même la physiologie est une branche de la physique, et celle-ci n'est autre chose que de la géométrie (1). A ce point de vue, la variété phénoménale trouve son explication dans la conformation qui frappe les regards et dans la structure intime. Les éléments constitutifs (principes immédiats) demeurent toujours identiques à eux-mêmes, sans doute. mais leur proportion peut osciller dans de certaines limites. C'est ainsi que les prédominances musculaire, sanguine, nerveuse, cellulo-adipeuse, etc.. sont invoquées pour rendre compte de la désharmonie séméiologique des êtres vivants, lorsqu'on les met en contact avec les occasions morbifiques.

Malheureusement pour la théorie, cet automate est un, d'une unité réelle, et n'est pas seulement un simple agrégat, car il s'évolue en vertu d'une force d'impulsion sans aucune analogie, soit avec la force centripète, soit avec la force centrifuge. Le calme inaltérable de l'absolu géométrique répugnant à tout ce qui possède réalité et vie est la négation même de ce qu'il s'agit d'expliquer. Or une hypothèse en contradiction avec l'expérience se trouve jugée par cela seul. D'autre part, il faut remarquer un fait d'ordinaire laissé dans l'ombre, c'est que la théorie mécanique n'est proposable que pour les cas où les prédominances sont bien accusées, et il est loin d'en être toujours ainsi. Ensuite, dans l'ordre vital, rien de mécanique n'est primitif, et les différences organiques impliquent des énergies d'intensité variable dans un même principe qu'anime une force d'évolution impossible à méconnaître. Par cette puissance métamorphique. fort inégale dans ses allures, on peut expliquer les prédominances de tel ou tel système. et les systèmes, en tant que disposition de matière, ne sont affectés qu'avec elle et par elle. Une machine est incapable de s'évoluer, et la maladie est une évolution anormale.

La chimie se présente au premier abord sous de meilleurs auspices que la mécanique, et toutefois elle a trop d'affinités avec la physique pour ne pas provoquer quelque défiance. De plus, il suffit de suivre avec attention la marche du mouvement scientifique de ces dernières années pour y reconnaître un retour complet au cartésianisme. La question de l'équivalent mécanique de la chaleur est résolue comme l'avait fait implicitement Descartes par sa théorie générale du mouvement. L'hypothèse de ce grand homme paraît justifiée par l'expérience; aussi n'y a-t-il plus maintenant ni physique, ni chimie, ni dynamique, il n'y a plus que mécanique, cinématique, géométrie (2). Mais la notion d'unité, d'énergie incessante et progressive est tout aussi étrangère à la chimie qu'à la mécanique. On n'y saurait voir autre chose que la permanence et l'invariabilité, l'identité avec soi-même, l'élément commun. Un pareil élément commun n'est en aucune manière celui des êtres vivants, et il est plus loin encore de l'élément individuel ou principe de distinction. Or c'est là précisément ce qu'il s'agit d'expliquer. Tirer l'unité réelle, la métamorphose de la chimie est aussi raisonnable que de chercher à l'extraire de la physique, de la mécanique ou de la géométrie. Un retour sur l'expérience nous fera mieux comprendre encore qu'il y a ici une inconnue nouvelle à dégager.

(1) Descartes le déclare formellement lui-même dans une de ses lettres.

(2) La physique et la chimie se réduisent dès lors à la mécanique. (Berthelot, *Revue des Deux-Mondes*, 15 novembre 1863.)

Je reviens aux maladies virulentes. J'ai déjà signalé la décroissance de certains virus en passant soit d'une espèce à une autre, soit par la simple transmission à des individus de même espèce. Les principes immédiats ne variant point, pourquoi les mêmes éléments moléculaires ne sont-ils pas ici, comme en dehors de l'ordre vital, toujours et nécessairement modifiés par les mêmes agents? On a prétendu invoquer, pour rendre compte de l'action des virus, la fermentation et la catalyse. Quant à la fermentation (Littré (1), Matteucci (2), on a pu supposer dans le sang des êtres analogues à ceux découverts par M. Pasteur dans la levûre de bière, mais ils sont encore à démontrer. D'ailleurs ces êtres paraissent n'agir que par catalyse, ce qui nous ramène à cette dernière (3). La catalyse est censée produire un changement isomérique dans les liquides du sujet contaminé. Mais alors pourquoi certains virus s'affaiblissent-ils par leur transmission? Pourquoi y a-t-il des espèces animales qui sont réfractaires à l'influence des affections virulentes d'autres espèces animales, puisque les principes immédiats ou éléments chimiques sont les mêmes pour les unes et pour les autres? Comment expliquer par la chimie l'inaptitude ou temporaire ou absolue de quelques individus à contracter certains états virulents? Pourquoi tel sujet sera-t-il peu impressionné par un virus, tandis qu'il communiquera la maladie sous sa forme la plus grave ou sous une forme très-différente (absence d'inflammations, d'éruptions, d'ulcérations, de gangrènes caractéristiques)? Comment le liquide vaccinal pris sur un sujet vérolé ne donne-t-il souvent lieu qu'à l'apparition de la vaccine? Comment un fluide *non virulent* (4) tel que l'humeur spermatique peut-il transmettre une maladie virulente à l'enfant? La chimie reçoit-elle ou non un démenti lorsque ce dernier résiste à la double cause d'infection que lui transmettent et le père et la mère? Que penser d'un produit tel qu'un virus qui, placé dans un alambic, est-à-dire dans l'*organisme humain*, est très-inégalement saturable, et quelquefois jamais, non par un corps différent de lui-même, comme une base l'est d'un acide, mais par sa propre substance? Existe-t-il, dans le domaine de la chimie proprement dite, un corps quelconque qui, en s'ajoutant à lui-même, arrive le plus ordinairement à neutraliser ses propres effets? L'inoculation de la péripneumonie bovine ne détermine dans le poumon aucun accident morbide, et toutefois l'immunité est obtenue, en dépit du mécanicisme. Pourquoi ce recul que présente la syphilis secondaire inoculée, donnant toujours lieu à un accident primitif, après être remontée vers sa source, comme le dit M. Peter? Ici nous voyons se reproduire l'idée d'évolution étrangère à la chimie, bien qu'on ait prétendu en trouver l'analogue dans la fermentation.

(1) *Revue des Deux-Mondes*, article cité, 1855.

(2) *Revue des Deux-Mondes*, 1er août 1861.

(3) Liebig, Rohin.

(4) Au point de vue de la transformation isomérique due à la catalyse, la virulence du liquide contagieux est une condition *sine qua non.* L'expérience de Sanson, citée plus haut, prouve aussi que l'inoculation d'un liquide non virulent donne lieu au charbon.

---

suivi; d'autre part, parce que ses recherches en philosophie avaient naturellement un point d'appui dans la scolastique expirante, et dont il semble n'éveiller qu'à regret les derniers retentissements. Nous signalerons donc de préférence ses travaux d'histoire naturelle, parce qu'ils sont plus originaux, qu'ils ont réellement ouvert à la science des voies nouvelles, enfin, parce que, à l'heure qu'il est, ils sont encore très-utiles à étudier et qu'ils tiennent toujours le rang le plus honorable dans l'état actuel de nos connaissances.

« Son histoire des animaux, dit Cuvier, dont on ne saurait contester la haute autorité dans cette matière, est le plus considérable de ses ouvrages sur l'histoire naturelle, et celui qui lui assurera la renommée la plus durable. Cet ouvrage peut être considéré comme la première base de toute la zoologie moderne. » C'est un vaste magasin d'érudition, dans lequel tous les auteurs postérieurs ont puisé sans le citer. Il ne cite lui-même qu'Aristote, Pline et Galien. Il y ajoute toutes les recherches les plus récentes, les siennes propres comme celles qui lui étaient communiquées; car dans ses voyages, il avait beaucoup observé et avait établi de nombreuses relations. Dans les cinq volumes in-folio dont il se compose, il traite successivement des quadrupèdes, des oiseaux, des poissons et des serpents. Le sixième était destiné à l'histoire des insectes, mais il ne parut qu'après sa mort. Le tout est accompagné d'une riche synonymie et d'un grand nombre de figures, dessinées de sa main, dont on conserve les originaux dans la bibliothèque de Zurich.

C'est dans cet ouvrage qu'il prononça pour la première fois le nom de *Genre* (*genus*). S'il ne créa pas celui de *famille*, il indiqua parfaitement les caractères qui sont communs à plusieurs individus et les rapports qui les réunissent. C'étaient les premiers rudiments d'une classification rationnelle : nous allons voir qu'il ne tarda pas à les étendre, en les appliquant à d'autres branches de l'histoire de la nature.

L'esprit de généralisation est naturel à l'homme méditatif. Dès qu'il possède d'assez nombreux éléments d'une connaissance nouvelle, il est porté à les disposer dans un ordre méthodique, et à fonder sur eux une théorie d'ensemble. Il compare, il classe, il catégorise les matériaux et les faits, il en tire des conséquences générales, guidé en cela non-seulement par le désir d'en simplifier l'étude, mais aussi par la pensée qu'il a surpris à la nature un grand secret et saisi la clef de l'ordre établi par la puissance divine; mais quelle que soit en définitive la réalité de ces hypothèses, il en résulte toujours un progrès réel pour l'étude et pour l'enseignement.

Bien que les travaux de botanique de Conrad Gesner aient moins servi à sa renommée que ceux relatifs à la zoologie, il s'y est rendu plus célèbre peut-être par la fécondité des vues qu'il a introduites dans cette branche de l'histoire naturelle, et qui depuis sont restées dans la science. Jusqu'alors on s'était à peu près borné à distinguer les plantes des temps antiques citées par Théophraste, Pline ou Dioscoride, et trop souvent mal reconnues par les Arabes. Au quinzième siècle, leur nombre ne s'élevait guère au delà de 800. Les recherches des curieux et des voyageurs en avaient peu à peu augmenté le catalogue; c'est celui

Enfin il y a toute une série de faits en opposition flagrante avec les théories chimiques, faits qui se rattachent aux maladies virulentes qui se développent *proprio motu*. Tel est le cas du charbon, de la morve, de la péripneumonie bovine, de la rage, etc. (1). On se souvient encore de la discussion qui, à l'Académie de médecine, s'éleva à l'occasion de la morve entre la section vétérinaire et M. Bouillaud, MM. Leblanc, Bouley, Renault, parlant au nom de l'expérience et de l'expérimentation, et M. Bouillaud se tenant à un point de vue purement dogmatique (2). L'honorable professeur ne pouvait comprendre qu'une maladie virulente pût se produire autrement que par contagion ou inoculation. Et en effet, si l'on ne place dans l'organisme que des activités d'ordre physique ou chimique, il tombe sous le sens que toute production de maladie à l'occasion de circonstances n'ayant avec celle-ci aucun rapport chimique est un fait trop merveilleux pour ne pas être qualifié d'illogique et d'absurde. Mais M. J. Guérin a parfaitement démontré que si l'on considère les maladies virulentes au point de vue de leurs causes éloignées, rien n'est plus simple que de concevoir la formation spontanée des virus, et en particulier du virus de la morve, résultant d'un mode spécial d'association des éléments d'action de ces causes. Il est on ne peut plus simple, d'ailleurs, de voir un changement isomérique survenir dans les liquides du corps humain, à l'occasion d'un agent de catalyse, car c'est ainsi que les choses se passent dans une cornue (3). Mais si l'agent de catalyse manque, c'est-à-dire, dans l'espèce, s'il n'y a point eu contact préalable d'un virus développé ou inhérent, rien, évidemment rien, ne saurait produire une maladie virulente. Or si l'expérience aidée de l'expérimentation vient établir, avec une irrésistible clarté, le rôle efficace d'une hygiène mauvaise pour susciter le développement d'affections spécifiques, on préférera nier les faits et garder la théorie. On agira de la sorte pour rendre hommage aux incontestables progrès réalisés par les sciences physiques et chimiques dans la double voie de l'expérience et de l'expérimentation.

Oculos habent et non vident.

Négligeant la pathologie non spécifique, j'abrège et arrive à la thérapeutique. Ici nous rencontrons, étroitement convexe à l'iatro-chimisme, une ancienne et incorrigible erreur, savoir : la possibilité d'agir directement sur la cause morbide, sur les démentis donnés à cette doctrine, notamment par les spécifiques! Le domaine de la probabilité est déjà assez large pour ces derniers; mais quelle incertitude accumulée lorsqu'on aborde les médicaments communs! Essayez donc d'expliquer l'action du sulfate de quinine, du mercure, de l'arsenic, etc., par une saturation chimique ou une décomposition des éléments de la cause morbide. Mais alors pourquoi les insuccès? pourquoi cet état réfractaire opposé par certains organismes aux médicaments, de même que nous voyons d'autres organismes jouir d'une immunité relative ou absolue pour les occasions morbides? Des médicaments spécifiques à ceux qui ne le sont point, il y a comme une série décroissante, n'ayant pas plus au sommet qu'à la base la précision, la rigueur des lois physiques et chimiques. C'est qu'il intervient ici une donnée nouvelle, une puissance de métamorphose pouvant seule compliquer la pathologie comme la physiologie. Le monde extérieur (et c'est un des résultats les plus clairs de la science moderne) ne produit sur les êtres vivants que des phénomènes de motricité, lesquels se transforment d'une manière variable suivant le sens affecté, ou la perception lésée. Pour le sentiment et l'intelligence, un phénomène moteur n'est qu'une condition, une occasion, et rien d'autre.

Après l'observation est donc venue l'induction qui ne m'a point permis d'expliquer par la physique et la chimie, c'est-à-dire par le mouvement, les faits qui nous sont fournis par l'expérience pathologique et thérapeutique. A la solution intégrale du problème manque une donnée, une inconnue dont la nécessité se dégage de l'examen des faits eux-mêmes. Or, par cela seul que cette nécessité s'impose à ma raison, il ne résulte nullement que je connaisse mieux la force vitale, saine ou altérée, que les chimistes ne connaissent les forces qui régissent la matière brute. Mon ignorance égale la leur sans la dépasser. Je me contente seulement de poser la thèse suivante : de même qu'on ne saurait expliquer la pesanteur par la lumière et le calorique, de même ce n'est ni par la pesanteur, ni par l'électricité, ni par aucun autre agent de même ordre, qu'on peut rendre compte des phénomènes ayant pour caractéristique une notion absolument étrangère à la physique et à la chimie. Qui est donc le plus fidèle ici à la méthode baconienne? Est-ce nous ou nos adversaires qui suivons, dans l'espèce, l'impulsion féconde imprimée à la marche des sciences par l'illustre chancelier de Vérulam? Vous croyez marcher avec votre siècle, et vous reniez la méthode qui a fait sa puissance et sa gloire!

N'ai-je point inféré des faits leur cause métaphysique? Oui, sans doute, et c'est une preuve que la métaphysique étant la prémisse obligée de tout phénomène, il est impossible de la récuser à quiconque suit le mouvement propre de la pensée. Or ce mouvement a aussi sa raison d'être dans la nature des choses (1).

(1) Un excellent mémoire de M. Gintrac père, inséré dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, paraît établir, d'une manière décisive, la spontanéité de la rage dans l'espèce humaine.

(2) Septembre 1861.

(3) Dans le tube digestif il y a des substances organiques mais sans vie; dans le fluide nourricier il y a des corps simples ou composés et des résidus de désassimilation qui sont aussi dépourvus de toute vitalité. Pour tous ces faits l'autorité de la chimie est absolue.

(1) Il s'est malheureusement glissé des fautes d'impression assez graves dans mon premier article sur la spontanéité morbide ; je ne signalerai que les principales Page 781, mobile, lisez *morbide* (dixième ligne). Page 782 (trente-neuvième ligne), réaction vitale, lisez *résistance vitale*. Page 784 (douzième ligne), qui, lisez *que*.

---

que Gesner avait publié d'abord en quatre langues; mais lui-même, après avoir parcouru l'Alsace, la Suisse, la Lombardie et le midi de la France, en éleva le nombre à plus de 1,500. Il les décrivit, les dessina et les peignit de sa propre main, en y joignant tous les détails de leur organisation : innovation précieuse dont la science lui est redevable, et qui l'amena à porter une attention spéciale sur la fleur et sur le fruit. C'est alors que lui vint la première idée de classer les végétaux d'après les organes de la fructification.

Cette idée capitale qui forma depuis la base de la science botanique ne fut pas admise dès le principe par tous ceux qui, comme lui, s'occupaient de cette science. D'autres méthodes furent même proposées dans le cours du même siècle, par Matthieu de l'Obel (1), par André Césalpin, et, plus tard, par Fabius Columna. Mais déjà le nombre des amateurs s'était accru, des jardins botaniques se fondaient dans la plupart des capitales et des villes universitaires. Or on ne possédait aucun guide pour classer les sujets dont le nombre s'accroissait chaque jour. Les descriptions étaient obscures, les noms souvent confondus, les organes encore mal observés, la science proprement dite n'existait pas encore.

Peu à peu les vues nouvelles de Gesner furent appréciées. Outre le principe primordial de la classification des plantes d'après les organes de la fructification, il remarqua que l'analogie des caractères généraux entraîne presque toujours celle des formes et des propriétés, ce qui l'amena à déterminer plusieurs groupes naturels. Il fit adopter le mot de *genre* pour réunir les espèces analogues : mot heureux qu'il introduisit en même temps dans la zoologie. C'est aussi lui qui eut la première idée de donner aux plantes nouvelles le nom des naturalistes célèbres (1). Plumier lui en fit l'application à lui-même, en donnant le nom de *Gesneria*, à un arbuste de l'Amérique, de la famille des campanulacées. On

(1) Matthieu de l'Obel, né à Lille, était botaniste de Jacques Ier, roi d'Angleterre. L'Obel, plus connu sous le nom de Lobel, eut la première idée de l'association des plantes par *groupes naturels*. Son ouvrage intitulé : *Stirpium adversaria* (mémoires) *nova*, etc., dédié à la reine Elisabeth, renferme plusieurs groupes caractérisés, comme les Labiées, les Personnées, les Ombellifères, les Gramens, les Orchis, les Mousses, les Palmiers. Il y a même séparé d'une manière fort tranchée les plantes monocotylédones d'avec les dycotylédones, ce que l'on pourrait regarder comme le germe de cette grande division, qui équivaut en importance à celle des vertébrés et des invertébrés dans la zoologie.

(1) C'est à Magnol que l'on doit le nom de *famille*, appliqué au groupement des genres. Le mot *espèce* est plus ancien. Il vient du latin *species*, aromates et autres drogues (dont on tira les mots *épices*, *épiceries*), et qui s'appliquait aux condiments ainsi qu'au remèdes. En Italie, les pharmaciens portent encore le nom de *Spezali* et les pharmacies celui de *Spezerie*.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DES SYMPTÔMES SPINAUX QUI PEUVENT ACCOMPAGNER LA FIÈVRE TYPHOÏDE : EXPOSÉ ANALYTIQUE DES SYMPTÔMES SPINAUX SENSITIFS; par le docteur E. FRITZ (1).

Les symptômes spinaux sensitifs que l'on observe dans la fièvre typhoïde peuvent être ramenés, suivant la formule classique, aux trois catégories de l'exaltation, de la perversion et de l'amoindrissement ou de l'abolition de fonction.

A la première appartiennent l'hyperesthésie et les douleurs spontanées; à la deuxième, les sensations de picotements, de fourmillements, etc., qui n'ont pas d'analogues dans l'ordre physiologique; à la troisième, l'analgésie et l'anesthésie.

Hyperesthésie. — Parmi ces troubles de la sensibilité générale, la susceptibilité anormale aux impressions douloureuses, l'hyperesthésie, est celui qui porte avec lui le cachet le plus évident de son origine spinale. C'est celui dont j'ai pu, pour mon compte, faire l'étude la plus suivie et la plus complète, et qui, bien plus que les douleurs spontanées, se prête avec facilité à une appréciation objective précise.

Sans doute, l'hyperesthésie est variable dans l'étendue qu'elle occupe, dans son intensité, dans sa marche, dans sa durée, etc.; mais ces valeurs inconstantes n'en peuvent pas moins être ramenées, pour la majorité des cas, à quelques formules générales. C'est un avantage précieux et, disons-le de suite, il y a là quelque chose qui rapproche étroitement de l'hyperesthésie des symptômes que l'on peut appeler normaux de la fièvre typhoïde; ainsi des taches rosées lenticulaires, du catarrhe pulmonaire, de l'ensemble des phénomènes pyrétiques.

L'hyperesthésie, telle qu'elle se présente dans la fièvre typhoïde, se compose au moins de deux éléments qui se combinent habituellement dans des proportions variables, mais dont l'un tout au moins paraît exister assez fréquemment indépendamment de l'autre. L'exaltation de la sensibilité peut siéger dans les nerfs du tégument externe, d'une part; dans ceux des muscles, d'un autre côté. Suivant MM. Bazin et Littré. Forget, elle apparaîtrait également, en coïncidence avec les douleurs spontanées, dans les filets sensitifs des tissus articulaires, mais nous conservons à cet égard quelques doutes.

La distinction que nous établissons ici n'a pas été indiquée clairement par les auteurs qui ont décrit l'hyperesthésie parmi les symptômes de la fièvre typhoïde, MM. Forget, Lombard et Fauconnet, Muller, Dietl, Wunderlich; mais des observations répétées nous ont montré qu'elle est bien fondée.

Une autre division est encore nécessaire. Nous regardons comme un cas particulier de l'hyperesthésie cutanée la sensibilité anormale à la pression des apophyses épineuses, qui accompagne volontiers l'hyperesthésie de la peau des extrémités et du tronc, et qui coïncide assez fréquemment, mais nullement toujours, avec la *rachialgie*, ou douleur spontanée de la région vertébrale. Cette *hyperesthésie spinale*, qui est ici ce qu'elle est dans l'irritation spinale et dans beaucoup d'affections de la moelle ou de ses enveloppes, a ses allures à elle et doit être envisagée à part, sauf à rechercher ensuite les rapports qu'elle affecte avec l'hyperesthésie des autres parties du tégument externe. Nous réserverons à celle-ci, pour plus de simplicité, le nom d'*hyperesthésie cutanée*.

Celle-ci occupe toujours un segment assez étendu de la peau des extrémités ou du tronc. On peut dire d'une façon générale, et nous n'avons jamais trouvé cette règle en défaut, que des cas les plus simples aux plus avancés, elle suit une marche régulièrement *ascendante*, et que lorsqu'une zone quelconque en est affectée, on la retrouve invariablement dans les parties situées *au-dessous*. C'est là une particularité d'une importance capitale, et qui avait cependant échappé aux médecins qui avaient parfaitement reconnu l'existence de l'hyperesthésie cutanée dans un certain nombre de faits.

Les extrémités inférieures peuvent être envahies seules. Plus souvent l'hyperesthésie occupe en même temps la peau de l'abdomen dans une hauteur variable.

Ailleurs, ce ne sont plus seulement les extrémités inférieures, le bassin et l'abdomen qui sont envahis. L'hyperesthésie s'est emparée également de la peau du thorax, du dos; puis enfin elle peut étendre son domaine jusqu'aux extrémités supérieures, au cou même; mais elle s'arrête toujours au-dessous du rebord de la mâchoire inférieure. Il y a là une série de transitions, de gradations successives.

FIÈVRE TYPHOÏDE, HYPERESTHÉSIE CUTANÉE ET SPINALE; GUÉRISON.

OBS. I. — Prochasson (Anatole), 11 ans, entré le 21 août 1862, à l'hôpital Sainte Eugénie (salle Saint-Benjamin, lit n° 8), service de M. Barthez.

Renseignements. Bonne santé habituelle. Le 18 août, il est pris de céphalalgie; deux vomissements de matières blanc jaunâtre; fièvre sans frisson, peau chaude, soif vive, deux ou trois selles liquides par jour; n'a rien mangé depuis trois jours.

Du 20 au 22, la diarrhée continue, une épistaxis, un peu de délire, insomnie, rêvasseries.

Etat actuel, le 22. C'est un garçon blond, d'assez chétive apparence, d'un tempérament lymphatico-nerveux très-prononcé, à chairs molles et blanches; décubitus latéral droit, expression d'hébétude de la face; réponses lentes, languissantes, mais justes; langue collante, un peu d'enduit blanc sur les gencives. Il se plaint de douleurs dans le ventre et de céphalalgie frontale. La peau est très-chaude et sèche; le ventre est élevé, un peu tendu et très-sensible à la moindre pression, mais cette sensibilité est à peu près exclusivement cutanée; il suffit d'appuyer légèrement le doigt sur un point quelconque du ventre ou de soulever la peau un peu pour que l'enfant manifeste par des grimaces et des gémissements une vive douleur qui n'augmente pas et peut-être diminue même un peu par une pression plus profonde et exercée sur une large surface. Cette hyperesthésie n'est d'ailleurs pas limitée à la peau de l'abdomen. On la retrouve tout aussi vive aux extrémités inférieures, au tronc, moins aux extrémités supérieures. Au tronc, elle est un peu plus marquée dans les espaces intercostaux qu'au niveau des côtes; mais cette différence est peu prononcée, et il est impossible de discer-

(1) Nous empruntons cet extrait à la thèse de l'auteur, intitulée : *Etude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde*. Paris, 1864, chez Delahaye.

---

a donné également le nom de *Tulipa Gesneriana* à une belle espèce de tulipe qu'il avait signalée.

Comme on le voit, Conrad Gesner, sans avoir peut-être fait faire d'aussi grands pas à la science des végétaux qu'à la zoologie, tient l'un des premiers rangs comme créateur de la botanique scientifique. Il mourut avant d'avoir donné à cette lumineuse pensée tout son développement, mais ses travaux furent recueillis par Gaspard Wolf, son élève, et par Joachim Camérarius, directeur du jardin d'Altdorf. Ses œuvres de botanique consistent principalement en un *Commentaire sur le cinquième livre de Valérius Cordus*, et dans ses *Fragments d'une histoire des plantes*. Cet ouvrage, qui fut terminé par G. Wolf, ne parut que plusieurs années après sa mort. Ce qui le distingue surtout, ce sont les planches que Gesner avait dessinées et fait graver sous ses yeux (1). Ces figures avaient presque absorbé toute sa modeste fortune, ce qui ne l'empêcha pas de créer un riche cabinet d'histoire naturelle, formé de ses propres recherches, et des dons qu'il avait reçus de ses amis et correspondants.

Après avoir éclairé des lumières de son génie la botanique et surtout la zoologie, C. Gesner jeta aussi un coup d'œil sur la minéralogie. On a de lui un ouvrage intitulé : *De rerum fossilium, lapidum et gemmarum figuris* (Zurich, 1565), dans lequel il s'occupa surtout de ce qu'on appelait alors les *pierres figurées* (et que l'on nomma plus tard des *pétrifications* ou des *fossiles*), parce que, dans l'impossibilité de s'en rendre compte par les données plus récentes de la géologie, on les regardait encore comme des accidents ou des jeux de la nature. Sans remonter à l'origine probable de ces fossiles, il reconnut pourtant qu'ils étaient ou qu'ils représentaient des corps d'abord organisés : pensée dont il n'appréciа pas peut-être toute la portée, car elle eût ouvert dès lors un horizon nouveau à la science minéralogique. Bernard Palissy alla plus loin et ne craignit pas d'affirmer que « nulle pierre ne peut prendre forme de coquille ni d'autre animal, si l'animal lui-même n'a basti sa forme (1). »

Quoi qu'il en soit, le traité de C. Gesner attira l'attention sur les pétrifications, sur les cristaux, et fit faire un nouveau progrès à la minéralogie. Ce savant connaissait les propriétés électriques de plusieurs minéraux. Il publia aussi un *Traité des eaux minérales de la Suisse et de l'Allemagne*, ainsi qu'une *Description du mont Pilate*, près de Lucerne. C'est dans ce dernier écrit qu'il inséra un petit *Traité du lait*, et des remarques intéressantes sur les beautés que présente l'aspect *des montagnes*.

(1) Ces planches servirent à plusieurs ouvrages, entre autres à une édition abrégée de Matthiole, par Camérarius.

(1) Voyez l'édition que j'ai donnée des *Œuvres complètes de Bernard Palissy* en 1844. Paris, in-18, p. 277.

ner les points douloureux de la névralgie intercostale. Les apophyses épineuses, dans toute la hauteur du rachis, sont extrêmement sensibles à une pression même légère ; mais ici la douleur provoquée est d'autant plus intense que la pression exercée est plus énergique. Le pouls est assez fréquent, peu résistant; soif vive, anorexie. Rien à l'auscultation. L'enfant est très-abattu, il lui est difficile de se tenir assis, et il se laisse tomber dans son lit plutôt qu'il ne se couche après l'examen du thorax. (Lotion vinaigrée ; cataplasmes, lavement émollient ; bouillon.)

Le 23. L'hyperesthésie a un peu diminué, la langue est sèche; il n'y a, du reste, pas d'autre changement sensible dans l'état du malade. (Même prescription.) Une selle dans la journée; pas de délire.

Le 24. L'hyperesthésie a complétement disparu, et c'est à peine si les apophyses épineuses sont encore un peu sensibles à la pression; la peau n'est plus aussi chaude, et l'enfant est moins abattu. (Cataplasmes, lavement émollient.)

Pas de selle du 24 au 25, pas de délire, insomnie.

Le 25. La céphalalgie a disparu, il n'y a plus aucune trace d'hyperesthésie et de rachialgie ; peau moins chaude, pouls moins fréquent ; ventre tendu, un peu sensible à droite à une pression profonde ; plusieurs taches rosées lenticulaires. (Limonade magnésienne, deux verres ; cataplasmes ; bouillon, eau vineuse.)

Pas de selle du 25 au 26.

Le 26. La peau est encore chaude, mais un peu moite ; pouls médiocrement fréquent, dépressible ; langue dépouillée et sèche ; ventre élevé, un peu sensible à la pression. L'enfant est toujours abattu, assoupi, moins cependant que les premiers jours. Quelques râles muqueux dans les poumons. (Huile de ricin, 15 grammes ; cataplasmes.) Une garde-robe seulement dans la soirée, insomnie, pas de délire.

Le 27. Pupilles dilatées ; peau chaude, moite ; pouls large, mais dépressible ; langue humide ; ventre encore élevé, tendu ; quelques nouvelles taches ; même état pour le reste. L'hyperesthésie n'a pas reparu. (Deux verres d'eau de Sedlitz.)

A partir du 28, amélioration progressive, convalescence franchement établie le 5 septembre.

Exeat le 15.

A quelque hauteur que s'arrête l'hyperesthésie, sa limite supérieure est généralement marquée par une ligne assez régulière, se rapprochant plus ou moins de l'horizontale, surtout au ventre, s'inclinant ordinairement d'arrière en avant et de haut en bas au thorax, sans suivre toutefois exactement la ligne des espaces intercostaux. Cette limite est ordinairement tranchée et facile à déterminer.

Lorsque l'hyperesthésie règne dans une étendue considérable, il est de règle qu'elle s'offre avec le plus d'intensité dans les extrémités inférieures et à l'abdomen, et qu'elle s'atténue progressivement en remontant au tronc et surtout aux extrémités supérieures. La dégradation se fait insensiblement, et la différence n'est bien évidente que lorsqu'on examine comparativement des points assez distants les uns des autres. Il y a dans cette dégradation ascendante chez un sujet donné quelque chose de tout à fait analogue à la loi que nous signalions tout à l'heure au sujet de la distribution de l'hyperesthésie, considérée successivement dans une série de faits individuels différents.

A part cette variation régulière, l'hyperesthésie nous a toujours paru uniformément répandue sur une surface assez étendue, et nous n'avons jamais rencontré de foyers plus spécialement douloureux à la pression, quoique nous les ayons recherchés au point de vue surtout des points névralgiques, et notamment dans les espaces intercostaux.

Le degré de l'hyperesthésie, envisagé soit chez des sujets différents, soit, à des époques diverses, chez le même individu, est fort variable. Le contact le plus doux de la main, un frôlement tout à fait superficiel suffit parfois pour provoquer une vive douleur. Chez l'une de nos malades, il suffisait de glisser très-légèrement l'ongle sur la peau de l'abdomen pour provoquer des cris et des pleurs. Plus d'une fois aussi, nous avons vu le simple contact de l'oreille, pendant l'auscultation, faire naître une souffrance excessive. Ces cas extrêmes sont les plus rares. Le plus souvent cependant il suffit, pour produire une impression très-douloureuse, de soulever un pli de la peau et de lui faire subir une pression très faible, ou d'exercer une pression analogue avec la pulpe d'un doigt sur la peau, surtout dans les régions où elle repose, à peu près sans intermédiaire, sur un plan osseux, à la face interne du tibia, au niveau des malléoles, des condyles fémoraux. Ajoutons que la douleur provoquée paraît être parfois beaucoup plus vive lorsqu'on n'agit que sur un point très-limité, que si l'on exerce une pression uniforme sur une large surface, avec la paume de la main, par exemple. Il est d'ailleurs toujours facile de s'assurer exactement du degré de la sensibilité morbide, en explorant, par les mêmes procédés, la peau du visage ou des provinces indemnes du tégument externe.

Lorsque l'hyperesthésie est portée à ses limites extrêmes, le poids des couvertures paraît suffire quelquefois pour infliger aux malades une sensation extrêmement pénible, et les mouvements un peu étendus des extrémités produisent un effet semblable, sans doute par les frottements auxquels ils donnent lieu, et peut-être aussi en tendant la peau au devant des jointures. Il en résulte parfois, chez les très-jeunes enfants, une irritation et une agitation extrêmes; la douleur que leur cause l'exploration la plus ménagée se grave vite dans leur souvenir, et l'approche du médecin devient alors le signal de cris, de pleurs, d'un véritable tumulte. L'enfant cherche à s'échapper, et le calme ne se rétablit que lorsqu'on a quitté le lit du petit patient.

Les cas de ce genre sont exceptionnels, et si l'hyperesthésie s'accompagne parfois de douleurs spontanées assez vives, le plus souvent les malades s'en rendent peu compte. C'est un symptôme bien plus objectif que subjectif, et si l'on ne le recherche pas, on le laissera passer inaperçu dans bien des cas où il existe, ou bien, si l'on n'explore pas l'enveloppe cutanée dans toute son étendue, l'hyperesthésie pourra paraître beaucoup plus limitée qu'elle n'est en réalité.

(La fin au prochain numéro.)

Si dans l'histoire des progrès de la minéralogie au seizième siècle, Georges Agricola occupe la première place pour la connaissance des minéraux et Joachim Camérarius pour la méthode, Conrad Gesner tient le premier rang pour la description des cristaux et des pétrifications. Tel est le jugement qu'en portent encore les minéralogistes de nos jours. Or on sait que cette branche de la minéralogie est la première origine d'une science encore toute nouvelle, la géologie, ou connaissance de la terre, dont les rapides progrès comprennent aujourd'hui l'histoire de la constitution du globe et celle de tous les êtres naturels qui le composent en remontant aux époques les plus reculées de la formation de notre planète.

Voilà ce que fit Gesner pour l'avancement des sciences naturelles; mais ce n'est pas là que se bornent ses titres à l'une des places les plus éminentes dans l'histoire des progrès de l'esprit humain au seizième siècle. Il nous reste à jeter un coup d'œil sur ceux de ses écrits qui se rapportent à d'autres sujets non moins importants.

Avant de donner pour ses travaux personnels un nouvel essor à l'esprit scientifique de son siècle, Gesner avait voulu en constater l'état actuel, en dressant une sorte d'inventaire du savoir général acquis à son époque, comme pour servir de point de départ aux recherches nouvelles qu'il désirait y ajouter. Sa *Bibliothèque universelle* est, en effet, un vaste répertoire qui contient non-seulement les titres de tous les ouvrages imprimés ou manuscrits renfermés dans les plus riches bibliothèques, mais une appréciation exacte et judicieuse de chaque ouvrage cité. Disposée d'abord par ordre alphabétique, et plus tard par ordre de matières, elle a servi de modèle à toutes les compilations du même genre qui la suivirent. Elle est encore excellente à consulter à cause de sa parfaite exactitude. La partie de cet immense catalogue, qui se rapporte à la médecine, ne lui avait pas paru assez complète pour être publiée. Il s'excuse en même temps de n'avoir pu donner à certains fragments de ce travail toute la perfection qu'il eût désirée, obligé qu'il était, dit-il, de partager son temps « entre deux déesses inexorables : la nécessité et l'amour de la science.

Dans un autre livre ayant pour titre : *Mithridates, seu de differentiis linguarum* (Zurich, 1555, in-8), il compara la plupart des idiomes connus. On y trouve l'énumération de cent trente langues anciennes ou modernes, ainsi qu'un tableau polyglotte de l'*Oraison dominicale* en vingt-deux langues. C. Gesner était très-versé dans les langues anciennes et parlait facilement toutes celles de l'Europe. Dans sa jeunesse, il avait donné, outre quelques éditions d'auteurs grecs ou arabes, une traduction complète des œuvres d'Elien. Le célèbre professeur Key (Caius) de Cambridge, qui était son ami, lui fournit d'utiles matériaux pour quelques-uns de ses ouvrages.

Nous ne dirons rien ici de ceux de ses travaux qui se rapportent à la philosophie, à la morale, à la théologie, parce que ces écrits, encore empreints, pour la plupart, des formes de la scolastique et de la controverse animée qui s'exerçait alors sur les matières religieuses, ne sauraient être appréciés de nos jours comme ils le furent sans nul doute

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

Les paralysies phosphoriques; par le docteur Gallavardin (de Lyon).

(Suite. — Voir les nos 1, 2 et 3.)

HÉMIPLÉGIE GAUCHE; PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ DU MÊME CÔTÉ; PARALYSIE INCOMPLÈTE DE LA LANGUE; AMAUROSE INCOMPLÈTE; AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL A LA SUITE D'ABUS DE COÏT.

Obs. XXIX. — Un paysan de 40 ans, d'une faible constitution, était marié depuis dix ans sans avoir d'enfants. Depuis son mariage il avait perdu peu à peu ses forces, et il assurait que le coït l'affaiblissait chaque fois pour un jour, et, dans les derniers temps, même pour une semaine. Depuis un an il est réellement malade, et peu à peu le devient de plus en plus. Le docteur Arnold le vit pour la première fois en février complétement paralysé du côté gauche de la sensibilité comme du mouvement, et, en outre, il parlait avec difficulté. A la jambe et au bras malades, il éprouvait par moments et sans cause de violentes douleurs accompagnées de mouvements involontaires de courte durée.

Le malade se plaignait de fréquents accès de vertige, d'embarras de la tête, et d'avoir en outre l'intelligence et la mémoire paresseuses. Aux questions qu'on lui adressait, il répondait très-lentement et incomplètement. Depuis longtemps déjà le sommeil était très-agité, et, après le réveil, il se sentait souvent épuisé. La puissance visuelle s'était affaiblie; le malade avait la sensation comme d'un voile qui lui troublait la vue.

Le médecin qui l'avait traité jusque-là le déclarait atteint d'un ramollissement du cerveau incurable. Dans l'espace de quatre mois et en lui administrant la troisième dilution décimale (1/1000) de phosphore, le docteur Arnold améliora peu à peu l'état de ce malade à tel point que celui-ci pouvait faire de suite une demi-heure de chemin en marchant lentement et tout seul. Sa santé en était restée au même point six mois après la cessation du traitement. On ne dit pas s'il y avait également amélioration de la vue. (Dr J. W. Arnold (d'Heidelberg). — *Homocep. viertel jahrschrift*, t. III, p. 170.)

PARAPLÉGIE; INSENSIBILITÉ INCOMPLÈTE DES MEMBRES INFÉRIEURS ET DU SACRUM.

Obs. XXX. — Madame P..., âgée de 36 ans, fut, peu après son mariage, atteinte d'une paralysie des extrémités inférieures. Pendant trois mois, beaucoup de remèdes furent employés sans résultat à l'hôpital de Gœttingue. Elle ne pouvait pas du tout remuer les extrémités, lesquelles avaient très-peu de chaleur et de sensibilité. Le dos était également très-roide, et, à un certain endroit du sacrum, il n'y avait point de sensibilité. Souvent elle éprouvait un déchirement et un fourmillement depuis le dos jusque dans les jambes. Les autres fonctions étaient normales. Après deux doses de soufre, elle prit de l'alcoolature de phosphore, deuxième dilution. 10 gouttes tous les deux jours. Après quatorze jours de l'emploi de ce remède, elle pouvait déjà marcher à l'aide d'un bâton et sans autre médication, elle fut complétement guérie de sa maladie. (Dr Engelhard. — *Allgemeine Hom. zeitung*, 1854, t. XLVII, p. 172.)

PARAPLÉGIE INCOMPLÈTE A LA SUITE D'ABONDANTES HÉMORRHAGIES INTESTINALES.

Obs. XXXI. — « Haldemann, menuisier, âgé de 30 ans, employé en dernier lieu dans une scierie à eau, souffrait d'hémorrhagies intestinales depuis dix-huit mois, et d'après son estimation, il perdait chaque jour une pinte de sang artériel. Ces hémorrhagies, à peu près quotidiennes, n'avaient pas décessé pendant plus de trois à quatre semaines malgré l'emploi de tous les remèdes. L'aspect du malade justifiait assez bien son rapport. Quelque temps auparavant déjà il était incapable de travailler et très-faible surtout, le matin à son lever. Il vint à moi en traînant les jambes l'une après l'autre comme un vieillard, et en faisant exécuter au tronc un demi-mouvement de rotation comme s'il devait pousser alternativement chaque jambe en avant pour faire un pas. Sa faiblesse siégeait surtout à la région lombaire et dans les extrémités inférieures, et il affirmait avoir conservé dans les bras toute sa force d'autrefois. Quand il se tient assis un instant, il éprouve la sensation de fourmis qui lui remonteraient le long des jambes jusqu'aux genoux, et, en outre, une sensation d'engourdissement dans les membres. Les symptômes concomitants sont: une céphalalgie continuelle, des battements dans les tempes, une douleur et une chaleur passagères à la tête et dans les yeux; le jour surtout, une toux produite par un chatouillement dans les bronches avec des crachats épais, verts et d'un goût amer. Le malade attribue cette toux à l'absorption de poussière de bois dans la scierie à eau. L'appétit du malade est médiocre; les selles sont plutôt molles, mais régulières.

« Après qu'il eut pris calcarea carbonica et china alternés pendant une semaine, chaque jour une dose, les hémorrhagies disparurent peu à peu, mais il n'y avait pas grand changement dans la faiblesse, ce qui me fit lui prescrire le phosphore, dont l'usage fut continué pendant deux semaines (deux fois par jour) et aboutit à un résultat si complet, que dès la première semaine il venait déjà chez moi en marchant très-vite, et, dès la seconde semaine, il pouvait reprendre son travail chez un menuisier. » (G. B. Montgomery, d'Amérique. — *Hirchel's zeitschrift*, 1857, p. 13.)

PARALYSIE INCOMPLÈTE DES QUATRE MEMBRES ET DES MUSCLES DÉFÉCATEURS; TÉNESME VÉSICAL; ANESTHÉSIE DES EXTRÉMITÉS, A LA SUITE D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Obs. XXXII. — M. ..., âgé de 46 ans, d'une forte constitution, fut atteint, en septembre 1858, d'une fièvre typhoïde qui fut traitée par les médications ordinaires. Au commencement d'octobre, cette maladie était guérie et la tête était complétement libre; mais il s'était développé une affection de la moelle épinière que le docteur Trinks entreprit de traiter au commencement de novembre.

Le malade avait une anesthésie complète des extrémités, depuis les doigts jusqu'aux coudes et depuis les orteils jusqu'aux genoux. Il pouvait bien avec les doigts saisir un objet, mais non pas le tenir ferme. Il pouvait bien s'asseoir, mais quand il essayait de se tenir debout, ses genoux fléchissaient. Une fois assis, il pouvait remuer quelque peu les pieds, mais non pas les tenir allongés. Quant à marcher, il ne devait pas y songer. Quoique la température des membres fût normale, les muscles commençaient à s'engourdir et à perdre de leur fermeté. Il ne pouvait aller à la selle qu'à l'aide de lavements, et, la nuit particulièrement, il éprouvait de fréquents besoins d'uriner qu'il devait satisfaire promptement, sous peine de voir ses urines s'échapper involontairement. Antérieurement ni à l'époque présente, on n'avait jamais observé aucune sensibilité anormale le long du canal rachidien, et il n'y avait de douleur et de gonflement à aucune des vertèbres. Le cerveau et les sens étaient pareillement intacts et l'appétit excellent.

Le docteur Trinks fit prendre, de la deuxième dilution décimale (solution au centième) de phosphore, trois gouttes chaque fois dans de l'eau, d'abord deux fois et plus tard une seule fois par jour.

La maladie s'en retourna comme elle était venue: d'abord la sensi-

---

à l'époque où ils parurent; mais ils n'en sont pas moins un éclatant témoignage de la foi vive et sincère, comme du haut savoir et de la profonde sagesse qui caractérisent leur auteur.

C'est dans les préfaces (*Epistolæ nuncupatoriæ*) de son grand *Traité d'histoire naturelle* qu'il faut étudier Conrad Gesner. C'est là qu'il expose non-seulement ses vues, ses projets, le plan de sa vaste entreprise, mais encore le véritable caractère de sa belle âme. Malheureusement, bien peu de savants de nos jours iront les chercher à cette place, et toutefois, c'est là seulement que l'on peut bien juger de la portée et de la justesse de ses vues comme de l'étendue de son génie. Dans l'*Epître dédicatoire* que l'on trouve en tête de son livre sur les quadrupèdes, il expose son but, sa manière de comprendre la science, sa grandeur et sa dignité. Cette épître se termine par un extrait de Job, sur les vues de la Providence au sujet des animaux. Celle du troisième volume, consacré aux oiseaux, est suivie d'une citation empruntée à la préface de Théodore de Gaza, sur l'histoire des animaux d'Aristote. Chacune des suivantes est également terminée par des fragments tirés, soit des saintes Ecritures, soit des savants les plus autorisés de l'antiquité. C'est dans le quatrième livre, histoire des poissons, qu'il commence à employer la nomenclature binaire, formée du nom du *genre* suivi du nom *spécifique*, premier exemple de la nomenclature généralement adoptée aujourd'hui dans les sciences naturelles.

On trouve partout, dans ses épîtres dédicatoires, des témoignages de la grandeur d'âme et des pieux sentiments qui caractérisent leur auteur. Il déclare que son but, en se livrant à l'étude des sciences, a été d'y trouver une sorte d'échelle pour s'élever à la contemplation du grand architecte, maître et père de toutes choses, de la nature et de nous-mêmes. Il blâme Pline d'avoir toujours personnifié la nature au lieu de rapporter à Dieu tous les faits et les phénomènes qu'il signale. L'histoire de chaque objet naturel, dit-il, doit être comme un hymne à la sagesse et à la bonté divine, l'œuvre devant naturellement remonter de l'œuvre au suprême artisan. Il ajoute qu'il ne s'est voué à la médecine qu'à cause de ses rapports avec la philosophie naturelle. Il regarde comme une âme abjecte et sordide celle qui ne considère dans l'étude des sciences que l'utilité et le lucre (1). La science, suivant lui, est formée de deux parties: le raisonnement et l'expérience. La raison comprend les préceptes universels et éternels que l'expérience ne fait que confirmer; car l'expérience ne prouve rien sans le raisonnement.

Si l'on cherche à résumer les services que Conrad Gesner a rendus à l'histoire naturelle, on doit reconnaître qu'ils consistent principalement dans les idées neuves et originales qu'il introduisit dans la science et dont il fit lui-même la première application: par exemple, la *description* des objets naturels, qu'il assujettit à un ordre déterminé et qu'il accompagna de *figures* plus détaillées qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui. Il eût

(1) *Illiberalis herculè et sordidus est animus, quisquis ubique utilitatem et lucrum spectet. (Epist. nuncup. Quadrup.)*

bilité revint peu à peu dans les membres supérieurs et inférieurs, la motilité et la force augmentèrent dans les muscles, qui devinrent plus fermes, et, en deux mois et demi, le malade guérit complétement et définitivement. (Docteur TRINKS (de Dresde), *Homœop. Vierteljahrschrift*, 1860, p. 431.)

FAIBLESSE PARALYTIQUE DES JAMBES ET DES MAINS; ANESTHÉSIE DES PIEDS; ANAPHRODISIE, CHEZ E. D., AGÉ DE 34 ANS, A LA SUITE D'UNE INTOXICATION CHRONIQUE PAR LE SULFURE DE CARBONE.

OBS. XXXIII. — Pendant plusieurs jours, le malade prend chaque jour un milligramme de phosphore dissous dans l'huile et émulsionné dans une potion gommeuse.

Julep gommeux....	125 grammes.
Huile d'olive......	24 gouttes (1 gramme).
Phosphore.........	1 milligramme.

Ce traitement amène de la diarrhée et rétablit les forces musculaires et génésiques, après avoir produit tout d'abord des érections excessives. (Docteur DELPECH, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1863, t. XIX, p. 178, obs. XXIV.)

GRANDE FAIBLESSE DES JAMBES, SURTOUT DE LA DROITE; PARALYSIE INCOMPLÈTE DES FLÉCHISSEURS ET DES EXTENSEURS DES MAINS; HÉSITATION DANS LA PAROLE; ANESTHÉSIE DES QUATRE MEMBRES; ANAPHRODISIE ET IMPUISSANCE, CHEZ A. D., AGÉ DE 21 ANS, A LA SUITE D'UNE INTOXICATION CHRONIQUE PAR LE SULFURE DE CARBONE.

OBS. XXXIV. — Le malade prend du phosphore, qui fait disparaître tous les symptômes plus haut signalés; il reste seulement un peu de roideur et de maladresse des mains. (*Id.*, *id.*, p. 127, obs. III.)

Le phosphore a été employé avec succès, nous venons de le voir, contre divers états paralytiques ou convulsifs du système musculaire passés à l'état chronique. Je vais maintenant, à l'aide des observations suivantes, démontrer que ce médicament peut encore guérir des affections analogues qui se présentent dans les formes grave et maligne de certaines maladies aiguës, et ces observations, je l'espère, offriront de précieux renseignements pratiques aux médecins appelés à traiter des cas semblables.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE.

SUR LE CÉRAT DE CIRE VÉGÉTALE; par M. LAILLER, pharmacien de l'asile des aliénés de Quatre-Mares.

Le Codex proscrit la cire végétale de la préparation du cérat de Galien, et ce mode de préparation serait considéré comme une fraude dans les officines. M. Lailler affirme cependant que dans les asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon, on a été fort content d'un cérat qu'il préparait avec la cire végétale, à titre d'expérience, et qu'il n'a paru en rien inférieur au cérat ordinaire.

On a reproché aux cires végétales leur odeur de rance, mais ce reproche ne saurait être adressé à la cire végétale blanche. Le cérat préparé à l'aide de cette cire n'est pas plus grumeleux que le cérat ordinaire; la préparation n'en est pas plus difficile, et M. Lailler croit pouvoir affirmer que l'eau a moins de tendance à s'en séparer.

Voici les proportions qu'il a adoptées :

Huiles d'amandes douces.....	500 grammes.
Cire végétale blanche........	90 —
Eau de roses.................	375 —

On fait liquéfier la cire dans l'huile et l'on procède comme pour le cérat ordinaire.

NOTICE SUR LE BUCHU; par M. GENÈTS DE SERVIÈRE.

Le buchu (*diosma crenata*), qui croît spontanément au cap de Bonne-Espérance, est employé par les Hottentots comme vulnéraire et comme sudorifique. Les Anglais en font usage contre les rhumatismes, les crampes de poitrine, les névroses, et enfin contre un grand nombre d'affections des organes génito-urinaires. Ce dernier usage est également emprunté aux sauvages du cap de Bonne-Espérance.

Dès 1823, M. Burchell, qui a introduit le *buchu* en Europe, avait constaté que les Hottentots emploient comme vulnéraire et contre les maladies de la vessie des feuilles que la pharmacopée de Dublin, et plus tard celle de Londres, réunirent sous le nom collectif de *diosma crenata*. Sir William démontre que ce *diosma crenata* est souvent mélangé de *D. crenulata* et de *D. serratifolia*. Toutes ces espèces furent ensuite réunies au genre *barosma*. Thauberg, et après lui Lindley, firent connaître que les Hottentots recueillent d'autres *barosma*, *B. pulchella*, *B. betulina*, et aussi des *adenandra uniflora*, *agosthuma*, etc. La synonymie vulgaire du *buchu* est très-variée : *bucko*, *bocho*, *bocco*, *booko*, *boechoe*, etc.

Le mélange des *barosma crenata*, *B. crenulata* et *B. serratifolia* est probablement le seul qui parvienne en Europe sous le nom de *buchu*.

Ce sont des feuilles lisses, brillantes, dentelées en scie ou crénelées à la marge, pointillées de petites vésicules remplies d'huile essentielle. Celles qui sont ovées ou obovées sont fournies par le *B. crenata;* celles qui sont linéaires, lancéolées, proviennent du *B. serratifolia*; et, enfin, les feuilles ovales, oblongues, sont celles du *B. crenulata*.

Les feuilles de *buchu* exhalent une odeur très-forte, analogue à à celles de la feuille de figuier sèche; leur saveur est chaude et aromatique. Elles contiennent de la résine, une grande quantité de mucilage, une matière extractive assez amère (*barosmine?*), et, surtout, une huile essentielle à laquelle elles doivent leur odeur, et qui, presque incolore lorsqu'elle est récemment extraite, devient d'abord verdâtre, et au bout d'un laps de temps plus ou moins long, brun jaunâtre.

Lorsqu'on boit une infusion de *buchu* tiède, on éprouve bientôt un sentiment de chaleur dans la région des lombes, puis la transpiration s'établit, et l'urine émise, devenue plus abondante, conserve l'odeur du *buchu*.

Au début de la blennorrhagie, lorsque l'émission de l'urine est

---

voulu y joindre la *coloration* des mêmes objets, mais sa pauvreté mit obstacle à son désir. Il compara le premier l'ensemble et les détails des êtres décrits, ce qui constitua la première tentative d'une *classification rationnelle*. Au point de vue de la méthode, si, dans ses premiers essais, il adopta l'ordre alphabétique, il ne tarda pas à reconnaître, ainsi qu'Albert le Grand, que cet ordre n'avait rien de philosophique et qu'il rompait les affinités (*cognatas animantes*). C'est alors qu'il conçut l'idée du *genre* et qu'il commença à grouper autour de ce type les *espèces* voisines. Il réunit même quelques genres en faisceau, ce qui servit de prélude à l'établissement ultérieur des *familles*.

Conrad Gesner reconnut aussi que l'ordre *artificiel* repose sur la considération d'un seul caractère, par exemple, les dents chez les oiseaux, et le nombre des étamines pour les plantes; tandis que l'ordre *naturel* doit se fonder sur l'ensemble et la valeur relative de tous les caractères; idée lumineuse qu'il ne fit qu'indiquer, mais qui n'en est pas moins le premier pas vers la fondation de la méthode naturelle.

Aristote avait pressenti la *nomenclature* rationnelle, qui existait déjà dans les langues hiéroglyphiques. Gesner la fit passer dans les langues modernes et l'appliqua aux sciences naturelles, en donnant au genre un nom substantif, accompagné d'un adjectif qualificatif pour l'espèce. Linné, deux siècles après, généralisa ce système de nomenclature, qui s'appliqua successivement à plusieurs branches des sciences descriptives.

Albert le Grand avait essayé de ranger les corps naturels en *série* continue, en montrant les degrés et les rapports généraux qui existent entre les êtres organisés. Gesner rendit cette série plus complète en appliquant cette pensée aux êtres des trois règnes. Il l'étendit même jusqu'à une série d'êtres supérieurs, imaginaires à la vérité, qui, selon lui, devaient servir de transition entre l'homme et la Divinité : idée ingénieuse qui fut reprise et développée plus tard par Charles Bonnet, compatriote de Gesner, et qui fait la base de la *Palyngénésie morale* du savant philosophe génevois.

Conrad Gesner était d'un caractère doux et modeste. Il s'était fait beaucoup d'amis et de nombreuses relations. Bien qu'il fût pauvre, souvent maladif, et qu'il eût beaucoup voyagé, il avait rassemblé une bibliothèque considérable, ainsi qu'un grand nombre de planches et de manuscrits. Il était myope, ce qui ne l'empêchait pas de dessiner et même de peindre assez facilement. Il était bienveillant, pieux, simple et modéré dans ses habitudes. Moissonné dans la force de l'âge et victime de son dévouement, que de promesses, que d'espérances sa mort n'enlevait-elle pas à la science et à sa gloire! L'étendue et la variété de ses travaux ne s'expliquent que par l'innocence de sa vie, par son ardeur pour le travail et la rare aptitude de son esprit, secondés par une mémoire exceptionnelle et une activité infatigable. Conrad Gesner possédait surtout cet esprit d'ordre et de méthode qui abrége les recherches, qui allonge le temps, et sans lequel la mémoire ne garde aucune trace des faits appris ou observés. Il appliquait ce goût, j'allais dire ce sentiment, à tous les sujets de ses études, et c'est ce qui le ren-

douloureuse, on retire des avantages utiles de l'emploi du *buchu*. Il paraît, en outre, qu'il a rendu réellement des services dans le traitement des affections de la vessie.

Relativement à la forme pharmaceutique à employer, l'auteur propose la suivante comme conservant toutes les propriétés de la plante :

Feuilles de buchu.......... 500 grammes.
Eau bouillante.............. 5,000 —

Faites infuser douze heures dans la cucurbite d'un alambic. Distillez avec précaution pour obtenir 750 grammes de produit. Passez le liquide de la cucurbite; mêlez-le à 3 kilogrammes de sucre, faites évaporer en consistance de sirop très-cuit; quand ce sirop sera froid, mélangez-y la liqueur distillée.

Dose : de trois à quatre cuillerées par jour.

III. RÉPERTOIRE DE PHARMACIE.

Le tome XIX (1862-1863) contient les travaux originaux suivants : 1° *De la lixiviation au point de vue de la pharmacie pratique*, par M. Deschamps. 2° *Même sujet*, par M. Lepage. 3° *De l'acide gallique comme hémostatique*, par M. Aidé. 4° *Observations sur les composés à base de protoxyde de fer et sur le protoiodure de fer*, par M. de Luca. 5° *Rapport sur un mémoire de M. Lamy, relatif au thallium*, par M. Dumas. 6° *Sur la paraniline*, par M. Hoffmann. 7° *Transformation du sucre en mannite*, par M. Linnemant. 8° *Défécation du sucre de betterave par la magnésie*, par M. Kessler. 9° *Sur la manne du Sinaï et sur la manne de Syrie*, par M. Berthelot. 10° *Sur le gluten*, par M. Ritthausen. 11° *Action réciproque des protosels de cuivre et des sels d'argent*, par MM. Millon et Commaille. 12° *Sur les pétroles d'Amérique*, par MM. Pelouze et Cahors. 13° *Nouvelle analyse de l'eau du Boulon*, par M. Béchamp.

IV. L'ART MÉDICAL.

Les numéros de janvier à août 1863 contiennent les principaux travaux originaux suivants : 1° *De l'origine de la vaccine*, par M. Jousset. 2° *Des accidents produits par l'usage des caissons ou chambres à air comprimé dans les travaux souterrains et sous-marins*, par M. Hermel. 3° *Études sur quelques symptômes de l'arsenic et les eaux minérales arsénifères*, par M. Imbert-Gourbeyre. 4° *De l'emploi de l'arsenic dans la néphrite et dans l'albuminurie scarlatineuse*, par M. Bourgeois. 5° *Du traitement du mal de Bright par l'arsenic*, par M. Imbert-Gourbeyre. 6° *Des eaux de Luxeuil contre le virus syphilitique caché*, par M. Martin-Lauzer. 7° *Des formes et du traitement de l'éclampsie*, par M. Tousset. 8° *De l'onanisme conjugal*, par M. Bourgeois. 9° *Sur la médication révulsive*, par M. Gabalda. 10° *Des formes de la diathèse purulente*, par M. Dufresne. 11° *Effets du tartre stibié à haute dose chez les animaux*, par M. Jousset. 12° *Polypes du larynx et de la trachée extirpés par les voies naturelles*, par M. Ozanam.

DES ACCIDENTS PRODUITS PAR L'USAGE DES CAISSONS OU CHAMBRES A AIR COMPRIMÉ DANS LES TRAVAUX SOUTERRAINS ET SOUS-MARINS, par M. HERMEL.

Dans les caissons, l'atmosphère comprimée ou non est une atmosphère confinée dont l'air ne se renouvelle pas. Dans ce milieu, la compression de l'air détermine des accidents particuliers en même temps que l'absorption de l'oxygène, le dégagement d'acide carbonique et de vapeurs fumeuses, la formation d'oxyde de carbone, etc., placent les hommes dans toutes les conditions d'asphyxie par privation d'air et d'empoisonnement par des gaz délétères. La fatigue du travail aggrave encore ses mauvaises conditions. Pour sortir des caissons, les hommes traversent un milieu plus resserré, où les viciations de l'air sont encore plus considérables : c'est le passage du puits.

Arrivé dans la chambre d'éclusement, ou *sas*, les hommes subissent un abaissement de compression considérable, relativement à la compression à laquelle ils ont été soumis, qui détermine chez eux tous les phénomènes que produit la raréfaction de l'air, relativement extrêmes; car, en sortant des caissons, la différence est d'une, deux, trois atmosphères et plus, tandis qu'on ne pourrait s'élever sans péril jusqu'à la limite de l'atmosphère normale.

Dans le sas, la production du froid, de vapeurs irrespirables qui forment un brouillard intense, la raréfaction de l'air déjà vicié des caissons, etc., produisent des phénomènes physiologiques inverses de ceux produits par la compression. Ces conditions prédisposent éminemment aux congestions de tous les viscères.

Cette *décompression* présente d'autant plus de danger qu'elle se fait plus rapidement, que les hommes ont été placés sous une plus haute pression, qu'ils y ont séjourné plus longtemps et qu'ils en ont été plus affectés au moment de leur retour.

Tant que la condensation de l'air n'a pas dépassé la pression de 1 1/2 à 2 atmosphères, on a observé des affections morbides plus ou moins légères, telles que : otites, otalgies, bronchites, douleurs musculaires plus ou moins intenses.

Mais lorsque la pression s'est élevée au-dessus de 2 atmosphères, on a vu paraître des accidents plus graves : des cas de surdité et de troubles de la vue persistants, des abcès, des emphysèmes, du bégayement, des congestions pulmonaires et cérébrales avec toutes leurs péripéties, même des paralysies des viscères et des membres, des troubles dans la mémoire et les idées, et quelquefois la mort immédiate ou ultérieure.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

EMPLOI DU COURANT ÉLECTRIQUE CONTINU DANS LE CAS DE TÉTANOS. Note de M. MATTEUCCI.

Une communication faite aux journaux américains par un médecin dont j'ignore le nom, et qui a pour but de montrer les avantages du courant électrique dans un cas d'hydrophobie, me rappelle une observation que j'ai faite il y a vingt-cinq ans, et qui a été publiée premièrement dans le cahier de mai 1838 de la *Bibliothèque universelle*, fondée

---

dit si habile dans l'art des classifications. Il réunissait à tant de facultés heureuses un tact exquis dans la critique, l'aptitude à extraire, à résumer, à exposer les matières scientifiques. S'il n'embrassa pas, comme Aristote et Albert le Grand, le cercle complet des connaissances humaines, personne n'approcha plus que lui de ces grands exemples de l'universalité du savoir.

A Conrad Gesner se termine l'ère de la science de l'antiquité, du moyen âge, et commence celle de la science moderne. Il forme la transition entre l'une et l'autre, car il arriva précisément à l'époque où l'Europe, enrichie par les voyages et les découvertes de l'âge précédent, abandonnait partout les doctrines surannées pour s'élancer dans des voies nouvelles. Au milieu de ce mouvement général, Conrad Gesner représente presque à lui seul tout l'avenir des sciences naturelles, comme Bernard Palissy, Césalpin, Vésale, Harvey et Van Helmont représentent les sciences physiques; comme Tycho-Brahé, Copernic, Galilée, Cardan, Fermat et Képler se placent à la tête des sciences mathématiques; comme Thomas Morus, Montaigne, Ramus, Vivès, Bacon et Descartes représentent toute la philosophie du seizième siècle. Au même moment, dans la littérature, déjà s'annonçait l'avènement de cette grande école qui devait fleurir avec tant d'éclat sous Louis XIV, tandis que, dans les beaux-arts, brillait en même temps cette noble phalange d'artistes qui illustrait les pontificats de Jules II et de Léon X. Siècle prodige qui, s'il ne fut pas l'apogée de la puissance de l'esprit humain, fut, du moins, l'une de ses périodes les plus glorieuses! Il est beau de figurer à l'un des premiers rangs dans un semblable cortége et d'avoir les mêmes titres à la renommée, titres qu'il nous semble utile de rappeler quelquefois aux générations nouvelles et de signaler ainsi à la reconnaissance de la postérité.

NOTE. Le catalogue des écrits de Conrad Gesner est très-volumineux. Il ne comprend pas moins de 66 numéros. Il a été rapporté très-complétement : 1° par le Père Nicéron : *Mémoires pour servir à l'histoire de la république des lettres*, t. XVII, p. 343 370. Paris, 1732, in-12; 2° par le docteur Gaspard Schmiedel, médecin du margrave d'Anspach, dans l'édition qu'il a donnée des *Opera Botanica* de Conrad Gesner; 3° par le docteur Jourdan : *Biographie médicale*, t. IV, p. 402-408.

Les meilleurs éléments de la biographie se trouvent : 1° dans son *Epistola ad Guillelmum Turnerum; de libris a me editis*. Zurich, 1562; 2° dans la préface de sa *Bibliothèque universelle*; 3° dans l'oraison funèbre de Conrad Gesner, par Josias Simber son compatriote et son successeur dans la chaire de mathématiques à Zurich (1565); 4° dans sa *Vita Conradi Gesneri*, de C. Schmiedel, placée en tête du volume des *Opera Botanica* de Conrad Gesner. Nuremberg, 1751-1770. 2 parties en un volume in-f°. Cette biographie, écrite en latin, est la plus étendue et la plus complète que nous connaissions. C'est à cette source que nous avons principalement puisé pour cette *étude*.

P. A. CAP.

sur les résultats des recherches électro-physiologiques de Nobili et de moi.

Une des expériences les plus nettes et les plus obscures encore en électro-physiologie est celle qui montre l'état de contraction tétanique qui saisit une grenouille ou un animal quelconque en deux circonstances bien déterminées : l'une, c'est le passage interrompu, et à des intervalles très-rapprochés, sans dépasser certaines limites, du courant électrique dans les nerfs et les muscles d'un animal vivant ou récemment tué ; l'autre circonstance, c'est le passage continu d'un courant dans le nerf, en sens contraire à ses ramifications. Ce dernier fait, découvert d'abord par Ritter, a été étudié minutieusement dans un de mes mémoires d'électro-physiologie publiés dans les *Philosophical Transactions*. Il est bien prouvé que la contraction tétanique très-forte et prolongée qui saisit le membre dans lequel ce nerf se ramifie, au moment de l'ouverture du circuit, n'est pas due à de l'électricité qu'on pourrait supposer condensée dans ce nerf. Ce n'est pas le muscle qui est le siége de l'altération ; car si l'on interrompt le circuit en coupant le nerf, on n'a plus la contraction tétanique si le nerf est coupé au point de son entrée dans le muscle, tandis qu'on obtient cette contraction en coupant le nerf plus haut. Je crois avoir été dans le vrai (et je considère comme un des progrès notables de l'électro-physiologie moderne d'avoir introduit un principe de physique dans l'application de phénomènes si obscurs), je crois, dis-je, avoir été dans le vrai en montrant que les nerfs prennent, sous le passage du courant, des polarités secondaires très-fortes, comme font les lames de platine ou certains solides poreux et imbibés de liquide. Ces polarités secondaires, à l'ouverture du circuit, se déchargent et donnent lieu à des courants en direction inverse des courants primitifs. Or dans les conditions de l'expérience que nous considérons ici, ces courants secondaires sont justement dirigés de manière à exciter le plus vivement possible les nerfs qui, par le phénomène bien connu des alternatives voltaïques, avaient cessé d'être sensibles au passage du courant primitif ou excitateur.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il est certain qu'un nerf qui a acquis, ou par des courants interrompus, ou par le courant inverse continu, la propriété d'éveiller des contractions tétaniques, perd immédiatement cette propriété aussitôt qu'on le soumet de nouveau à un courant continu. C'est donc l'analogie qui nous a conduits, Nobili et moi, à penser que le tétanos pouvait être assimilé, pour l'état de ces nerfs, à un animal sur lequel on a fait passer, ou des courants interrompus, ou un courant inverse continu, et par conséquent à espérer que le passage continu d'un courant direct dans un malade de tétanos aurait produit, comme dans l'animal, la cessation ou la diminution des contractions. C'est là précisément ce qui est arrivé dans le cas que j'ai décrit en 1838. Le malade de tétanos, pendant qu'il était soumis au courant électrique d'une pile à colonne de 30 ou 40 couples, n'éprouvait plus de secousses violentes comme auparavant ; il pouvait ouvrir et fermer la bouche ; la circulation et la transpiration paraissaient se rétablir. Cette amélioration dura pendant plusieurs minutes ; les contractions reparurent malgré le passage du courant. On cessa de faire passer le courant, et après quelque temps on le rétablit avec une pile de 50 à 60 éléments. L'amélioration se présenta de nouveau, et ces alternatives se reproduisirent pendant plusieurs heures, tout en voyant malheureusement diminuer peu à peu, et à la fin cesser les effets salutaires du courant. Le médecin, qui était un homme très-distingué, devenu depuis célèbre en Italie par son patriotisme et par les malheurs dont la Providence l'a frappé, M. Farini, me disait que la maladie était occasionnée et entretenue par la présence de corps étrangers dans les muscles de la jambe du malade. Le cas dont parle le journal américain me paraît avoir d'autant plus d'importance, que la maladie a une origine toute différente, et que l'analogie ou l'identité n'existe que dans l'état des nerfs et des muscles sur lequel le courant agit.

Cette note me paraît mériter toute l'attention des médecins physiologistes ; il y a certainement dans cela une étude longue et importante à faire, et peut-être un peu de soulagement à porter dans des maladies si affreuses.

Nota. Cette note, adressée par l'auteur à M. Flourens, était accompagnée de la lettre suivante :

Turin, 16 janvier 1864.

Je vous prie de vouloir bien communiquer à l'Académie la note ci-jointe, et de vouloir en même temps appuyer de toute votre autorité, auprès de nos confrères de la section de médecine, un sujet qui mérite certainement leur attention, et duquel, je crois fermement, on pourra tirer, je ne dis pas un procédé thérapeutique amenant des guérisons, mais bien sûrement un vrai soulagement dans certaines maladies, ce qui est souvent tout ce que la médecine peut obtenir, et toujours un grand bienfait.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département du Jura.

2° Le rapport final de M. le docteur Foucault sur une épidémie d'angine qui a régné dans la commune de Montmirail en 1862 et 1863. (Commission des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. Mortière, officier de santé à Vic-sur-Aisne, sur un moyen de diminuer la fréquence des cas de rage. (Commission de la rage.)

2° Un mémoire écrit en allemand de M. le docteur Meyer, de Wismar (Mecklembourg-Schwerin).

3° Une note de M. Charrière, contenant le dessin et la description d'un nouvel urétrotome.

— M. Jolly fait hommage à l'Académie, au nom de M. Cahen, d'un ouvrage intitulé : *Des névroses vaso-motrices*, couronné par l'Académie des sciences.

— M. Tardieu offre également un mémoire de M. le docteur Marcaux sur la maladie d'Addison et un travail de M. Duchesne sur l'hygiène.

— M. le Président déclare une vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, et invite les personnes qui voudraient se porter candidats dans cette section à faire parvenir leurs titres à l'Académie.

— M. Robinet fait part à l'Académie d'un cas de mort dû aux inhalations d'éther, dont il a été témoin dimanche dernier. La victime est un jeune homme, dont on l'a trouvé dans sa chambre encore accroupi dans son lit tenant dans un verre un mouchoir fortement imbibé d'éther, et dépose sur le bureau l'observation de ce fait, par M. le docteur Mathias.

M. Cloquet demande la lecture de cette observation.

M. le Secrétaire annuel fait observer que le règlement s'y oppose ; une pièce ne peut être communiquée à l'Académie qu'après avoir passé sous les yeux du conseil.

En conséquence, la lecture de l'observation est renvoyée à la prochaine séance.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'inoculation.

La parole est à M. Bouillaud.

M. Bouillaud : Messieurs, il en est de la vaccine comme de toutes les grandes découvertes, comme de toutes les choses de ce monde, elle a eu ses vicissitudes ; dans les premiers temps de sa découverte, les objections ne manquèrent pas contre elle, et elle eut à subir des attaques plus ou moins violentes. Elle eut aussi de chaleureux partisans, et Jenner trouva bon nombre de gens qui s'associèrent à ses travaux ; aujourd'hui l'on semble contester sa découverte, ou plutôt la traiter de chimère, puisque la vaccine n'existerait pas. Quelle que soit la doctrine que l'on adopte, il n'en reste pas moins certain que Jenner a trouvé un moyen préservatif de la variole. C'est un fait incontestable. Quant à l'origine de ce moyen, ce n'est qu'une question accessoire. Dans tous les cas, Jenner serait le premier coupable des interprétations que l'on a depuis données à sa découverte ; ne l'a-t-il pas lui-même désignée sous le nom de *cow-pox*, c'est-à-dire, petite vérole des vaches ? Il y a donc lieu de s'étonner qu'on ait pu s'intéresser autant à cette question quand on a reconnu que Jenner lui-même a eu l'idée de tout ce qui semble avoir été trouvé depuis.

Aujourd'hui il ne s'agit plus de savoir d'où vient le vaccin, il s'agit de savoir si le vaccin existe en tant que virus particulier, puisque M. Depaul est venu vous dire qu'il n'est autre que le virus varioleux lui-même, doctrine que son auteur considère à bon droit comme révolutionnaire, puisque M. Bouley vous a communiqué un fait foudroyant d'après lequel il n'y aurait plus de vaccin, vu que tout aurait été vaccin, qu'on aurait considéré comme tel ces pustules que l'on produit chez les animaux, pustules qui sont varioliques et non vaccinales. Ce dernier fait prouve une fois de plus qu'il ne faut pas s'en rapporter à l'apparence ; la pustule émétique ressemble à la pustule varioleuse. Pour en revenir à M. Bouley, l'arme a éclaté dans sa main, ou plutôt il s'est produit un choc en retour qui a foudroyé sa doctrine ; on lui a prouvé qu'il était tout simple que son inoculation ait produit une variole, puisque l'animal soi-disant vaccinogène avait lui-même la variole ! Il en est résulté que M. Depaul, qui depuis longtemps a conçu l'idée de l'identité du vaccin et de la variole, a saisi cette occasion pour enfanter cette idée un peu prématurément. Quant à la priorité de cette conception, je ne crois pas qu'elle puisse lui être attribuée ; l'identité du vaccin et de la variole a été affirmée déjà il y a longtemps. Ainsi, je trouve dans une brochure

de M. Mannonry (*De la contagion du virus, des eaux aux jambes du cheval à l'homme*), publiée en 1852 et présentée à l'Académie, je trouve, dis-je, cette assertion empruntée au *Recueil de médecine vétérinaire pratique*, que l'nn des membres de la Société centrale vétérinaire, adversaire acharné de la doctrine de Jenner, prétendait que le cow-pox, comme source première de vaccine, n'est qu'une pure invention. Selon lui, Jenner n'aurait jamais inoculé que la variole.

Sans sortir de cette enceinte, deux de nos collègues, MM. Piorry et Jules Guérin, ont revendiqué la priorité de M. Depaul de l'idée qui consiste à considérer comme identiques la vaccine et la variole. M. Jules Guérin, notamment, est venu pièces en mains vous démontrer que bien avant cette discussion il avait indiqué cette identité.

M. Depaul : Il y a erreur.

M. Bouillaud : Pas de mon fait.

M. Depaul : Non, mais du fait de M. Jules Guérin. Je le démontrerai.

M. Bouillaud : M. Guérin porte assez complaisamment à cette tribune les questions de doctrine, et ce n'est pas la première fois qu'il vient se plaindre qu'on ne s'occupe pas assez des opérations de l'intelligence. Or, je le demande, est-il possible que M. Guérin arrive à la vérité autrement que nous? Il est bien certain que l'on ne peut, rien qu'à l'aide des sens, parvenir à une seule connaissance, et sous ce rapport l'adage *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu* sera éternellement vrai. M. Guérin n'a donc pu faire cette découverte autrement que le commun des mortels; il l'a faite en s'appuyant sur les observations faites précédemment et les faits déjà connus.

Je n'ai jamais attaqué le principe de l'induction. Ce principe a été la base d'admirables découvertes, et il a suffi à Newton pour soupçonner la combustibilité du diamant; mais encore une fois Newton avait un point de départ. M. Guérin n'a pu faire différemment. Dans tous les cas, cette idée est restée chez lui à l'état de pure conception; il n'en a point donné la démonstration expérimentale, tandis que M. Depaul l'a fait en soumettant l'idée au contrôle de l'observation.

L'orateur termine en déplorant la division qui règne entre MM. Depaul et Bouley, division qui n'a pas été favorable à la science. Déjà M. Bouley a fait un pas pour se rapprocher de son adversaire; que M. Depaul fasse un pas dans le même sens, et ces deux honorables collègues achèveront ensemble l'œuvre commencée. En finissant il exprime le vœu de la formation d'une commission spéciale pour étudier cette importante question.

M. Leblanc lit un discours dont voici le résumé :

Messieurs, sans preuve valable et seulement par induction, M. Depaul est arrivé à affirmer que la maladie éruptive pustuleuse du cheval et la vaccine qu'elle produit est identique à la variole de l'homme; puis, sans être aussi affirmatif, il a soutenu que plusieurs autres maladies observées chez diverses autres espèces d'animaux sont aussi identiques à la variole de l'homme et, par conséquent, à la maladie vaccinogène du cheval et à la vaccine. C'est cette opinion qu'avec MM. Magne, Bouley, Reynal, Huzard et beaucoup d'autres, je ne puis admettre. Je viens me joindre à eux pour affirmer que tout ce que j'ai vu dans le cours d'une longue pratique m'autorise à dire qu'il n'y a que de simples analogies entre la variole de l'homme, la clavelée du mouton, la petite vérole du chien et la vaccine. Ces maladies appartiennent bien à la même famille, que l'on pourrait appeler varioloïdes, mais elles ne sont pas de la même essence, puisqu'elles ne peuvent pas toutes se transmettre d'une espèce d'animal quelconque à une autre espèce ou à l'homme.

Ce n'est pas seulement l'expérimentation que j'invoquerai à l'appui de ce que je viens d'avancer, c'est l'observation de tous les jours, l'observation dont a parlé notre honorable collègue M. Guérin.

Ainsi la clavelée du mouton, si contagieuse pour l'espèce ovine, ne se transmet jamais à l'homme ni aux autres animaux; la petite vérole du cochon n'est pas identique à la clavelée; elle ne se communique pas non plus aux autres espèces animales; il en est de même de la petite vérole du chien, laquelle diffère de la variole par sa marche et ses caractères anatomiques. Toutes ces maladies sont si différentes de la variole de l'homme qu'elles n'ont pas la propriété de produire le cow-pox chez la vache.

Voilà ce que prouve l'observation, alors que la vraie philosophie médicale, selon M. Guérin, voudrait que toutes ces maladies ne fussent qu'une seule et même chose. Je crains bien que le principe rappelé par notre savant collègue ne soit pas applicable dans cette circonstance. Je crois même que M. Guérin ne l'a pas bien appliqué tout récemment quand il a dit, en parlant de l'affection varioloïde du cheval, du *horse-pox* de M. Bouley : « Ce serait donc la variole du cheval qui, transmise à la vache, engendrerait le vrai cow-pox, et celui-ci inoculé à l'homme, le vaccin. » Car c'est M. Guérin lui-même qui nous a dit que M. Depaul se trompe en regardant le virus-vaccin comme identique au virus varioleux. Si M. Guérin nie l'identité de ces deux virus, la philosophie médicale se trouve nécessairement en défaut. C'est l'observation qui a suggéré à M. Guérin l'opinion vraie, si utile, qu'il a émise sur la non-identité de la variole et de la vaccine; l'observation l'a donc emporté cette fois sur l'induction. Je ne conteste pas pour cela l'utilité de cette dernière, mais il ne faut pas y obéir aveuglément, surtout en médecine.

Je prévois l'objection que fera M. Guérin, il me dira sans doute que le principe qu'il a rappelé n'a pas été faussement appliqué par lui dans la circonstance dont il s'agit, attendu que le cow-pox et la variole sont de même essence, et que ces deux affectinns ne diffèrent que par quelque chose qu'il appellera peut-être modificatinn, insuffisance de développement. Cette idée serait ingénieuse, mais elle ne me satisferait pas; pour moi, le cow-pox est toujours le cow-pox, la variole toujours la variole; ce sont seulement deux maladies très-proches parentes, mais qui ne peuvent vivre dans le même lieu, parce qu'elles ont besoin des mêmes conditions pour exister.

Je concevrais des ébanches de l'une ou l'autre maladie dans les cas du développement spontané; mais dans la variole, je ne pourrais admettre que des atténuations dans l'intensité de la faculté virulente.

(Ici l'orateur aborde l'examen de la maladie dite aphtheuse qui est commune à la vache, au bœuf, au mouton et à la chèvre; puis il discute la question de la spontanéité du cow-pox et l'inoculation de la variole aux animaux. Les expériences de ce genre dont il a été témoin ont toutes donné des résultats négatifs : il conclut en disant :)

Tenons-nous-en jusqu'à présent à ce que l'observation de tous les jours nous permet de constater; cette observation m'autorise à mettre à la place des conclusions de M. Depaul d'autres conclusions que je vais formuler :

1° Il existe un virus-vaccin propre à la vache.

2° Le virus-vaccin propre à la vache peut se produire spontanément et se développer par le contact ou par l'inoculation du virus provenant d'une maladie pustuleuse spontanée du cheval. Le cow-pox et le horse-pox, inoculés à l'homme, ne produisent pas des phénomènes semblables en tout à ceux du virus variolique.

3° La variole de l'espèce humaine n'est pas identique, par sa *nature*, au cow-pox ni au horse-pox, puisqu'elle ne peut se transmettre, ni par infection, contact, ni par inoculation, soit au cheval, soit au bœuf.

4° La variole de l'homme ne peut non plus se transmettre aux autres animaux domestiques.

5° Les phénomènes généraux des varioloïdes des animaux sont analogues à ceux de la variole de l'homme, mais ils varient beaucoup d'intensité et de gravité. Ils sont peu manifestes chez la vache et chez le cheval; ils sont très-prononcés chez le mouton, le chien et le cochon.

6° Les varioloïdes apparaissent sous forme sporadique ou épizootique dans toutes les espèces, mais elles ne sont pas toutes contagieuses d'une espèce à une espèce différente.

7° Il n'y a que la varioloïde du cheval qu'on puisse inoculer à la vache; on ne sait pas si le cow-pox spontané de la vache peut se transmettre au cheval.

8° L'homme peut être vacciné et revacciné.

9° Le horse-pox se transmet à l'homme; on ne doit pas l'inoculer à l'homme comme préservatif de la variole, parce qu'il produirait probablement des lésions graves.

10° Non-seulement la variole de l'homme ne se transmet pas aux animaux par infection ni par contagion, mais elle ne peut pas non plus s'inoculer aux animaux.

11° Il est extrêmement rare qu'une épidémie de variole coïncide avec une épizootie de horse-pox, de cow-pox, de clavelée et d'autres maladies éruptives d'animaux. Le cow-pox ne règne même pas quand il existe une épizootie de horse-pox.

12° Une épizootie de horse-pox ou de cow-pox peut produire un assez grand nombre de cas de horse-pox ou de cow-pox chez l'homme, mais pas d'épidémie. Le horse-pox spontané est très-fréquent chez le cheval, et très-rarement communiqué à l'homme ou à la vache.

13° Les varioloïdes des animaux inoculés produisent le plus souvent une réaction générale beaucoup moins grande que les varioloïdes développées spontanément ou par simple contagion.

14° Les pustules qui résultent des varioloïdes inoculées sont souvent limitées aux points mêmes de l'inoculation.

15° Les éruptions secondaires aux inoculations sont surtout rares dans la clavelée.

16° La clavelée du mouton, la petite vérole du chien et celle du cochon sont aussi graves que la variole de l'homme.

17° Les dangers de ces varioloïdes inoculées sont moins grands que ceux de ces mêmes varioloïdes spontanées ou résultant de l'infection.

18° Les animaux, les chiens surtout, sont sujets à des éruptions aphtheuses, limitées à la bouche, et très-différentes des varioloïdes.

19° La maladie que l'on a dénommée *maladie aphtheuse*, et qui n'a aucune gravité, n'appartient pas à la famille nosologique des varioloïdes. C'est une affection bulleuse qui se transmet par contagion aux espèces bovine, ovine, caprine et porcine.

En résumé, dit en terminant M. Leblanc, la variole de l'homme est une maladie particulière à l'homme qui ne se transmet pas aux animaux. Plusieurs espèces de nos animaux domestiques sont sujettes à des maladies analogues à la variole de l'homme, mais non identiques.

La maladie varioloïde du cheval, appelée par M. Bouley *horse-pox*, et par M. Auzias Turenne *grease pustuleux*, inoculée sur le pis de la vache, produit une maladie de même nature, mais non encore complétement identique sous tous les rapports; c'est le cow-pox ou vaccine.

Les diverses maladies varioloïdes des animaux autres que le horse-pox et le cow-pox ne se transmettent ni à l'homme ni à des animaux d'une espèce différente de celles chez lesquelles elles se sont développées.

Études sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle; par M. Lancereaux.

1° Entrevues par les auteurs des trois derniers siècles, les manifestations syphilitiques des viscères ont été récemment l'objet d'une étude plus spéciale (1), mais néanmoins jusqu'ici insuffisante.

L'Académie qui, en 1858, fixa notre attention (2) sur les affections nerveuses liées à la diathèse syphilitique, nous invita, par cela même, à faire l'étude des altérations spécifiques de chaque organe en particulier. C'est le résultat de nos recherches sur ce sujet, d'une importance pratique incontestable et du plus grand intérêt, que nous avons l'honneur d'exposer aujourd'hui.

2° Considérées dans les viscères, les lésions qui se développent sous l'influence de la syphilis constitutionnelle présentent, ainsi que les manifestations de l'appareil tégumentaire, des caractères anatomiques en général assez constants et assez distincts pour spécifier la cause qui leur a donné naissance. Vues dans leur ensemble, ces lésions ne revêtent pas un seul et unique mode, mais néanmoins, malgré des apparences variées, elles se groupent très-naturellement sous les trois formes suivantes :

1° La forme inflammatoire interstitielle;
2° La forme gommeuse;
3° La forme cicatricielle.

3° Certains organes, comme le foie et le testicule, dans la structure desquels il entre un stroma fibreux, abondant, sont plus particulièrement le siége de la première de ces formes. Des éléments nouveaux (noyaux, cellules et fibres de tissu conjonctif), se développent dans la trame organique. De là une augmentation de volume et plus tard, en vertu de propriétés spéciales à quelques tissus de nouvelle formation, retrait et atrophie de l'organe lésé. A cette période, la surface des glandes susnommées se trouve parsemée de sillons et de dépressions plus ou moins profondes qui leur donnent une physionomie tout à fait caractéristique. C'est pour le foie une cirrhose lobulaire (*cirrhose à gros grains*), bien différente de l'induration granulée des ivrognes (*cirrhose acineuse ou à petits grains*). Moins distincte dans d'autres viscères tels que le cerveau, les reins, les poumons et le cœur, par exemple, cette même forme est aussi plus difficile à reconnaître, mais seulement lorsqu'elle est isolée. Dans ces organes, en effet, elle se montre avec les caractères de la cérébro-sclérose, ou du ramollissement cérébral, de la néphrite interstitielle, de la pneumonie et de la myocardite chroniques.

4° Des tumeurs du volume et de la forme d'un pois, d'une noisette ou d'une noix, quelquefois d'un haricot, et généralement connues sous la dénomination de gommes ou de tumeurs gommeuses, caractérisent la seconde forme anatomique de la syphilis viscérale. Peu différentes dans les divers organes, ces tumeurs ont une consistance ferme ou molle, une coloration grise, jaunâtre ou blanchâtre, suivant la période de leur évolution et la proportion relative de leurs éléments histologiques, nucléaires, cellulaires ou fibreux; elles sont ordinairement plongées au sein d'un tissu dense, fibreux, grisâtre, vasculaire et très-résistant sous le doigt; ce tissu, qui est pour ces productions une sorte d'enveloppe qui les enkyste, et dont il est quelquefois possible de les énucléer, constitue à notre sens, par sa disposition, un de leurs meilleurs caractères, souvent même il est suffisant pour les différencier des lésions tuberculeuses, cancéreuses et, en définitive, de la plupart des néoplasmes non syphilitiques.

5° Laissant de côté la question de savoir si elles proviennent d'un blastème extravasé ou d'une prolifération des cellules plasmatiques, ainsi que le prétend Virchow, les tumeurs gommeuses n'en sont pas moins constituées dans les premiers temps de leur existence par des éléments embryonnaires de tissu conjonctif. Parvenus à un degré de développement plus ou moins complet, ces éléments subissent peu à peu les phases diverses de l'évolution régressive ou graisseuse. De là résulte la possibilité de la résorption spontanée de ces produits, terminaison favorable sans doute, mais susceptible de laisser à sa suite, au sein même des organes, des lésions variées telles que des membranes d'apparence kystique (cerveau), des brides fibreuses, des cicatrices (foie) qui, alors même que le néoplasme gommeux a disparu, sont encore comme des témoins de son existence passée. Dans quelques cas pourtant, au lieu d'une métamorphose graisseuse, c'est une transformation calcaire qui advient aux tumeurs syphilitiques.

6° Distinctes du cancer, des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques, tant par leur vascularité peu riche on nulle que par leur constitution histologique et la disposition anatomique déjà signalées, les gommes syphilitiques sont plus aisément confondues avec les lésions tuberculeuses ou scrofuleuses, les athéromes vasculaires, les tubercules morveux ou farineux. Toutefois, il est encore possible de les différencier de ces dernières manifestations et par les caractères qui précèdent, et par l'observation attentive de tous les organes malades et du foie en particulier.

7° L'altération cicatricielle des viscères dans la syphilis, qui n'est en réalité qu'un des modes de terminaison des formes précédentes, se trouve caractérisée par la présence, à la surface des organes, de sillons cicatriciels uniques ou multiples, simples ou étoilés, de dépressions plus ou moins profondes et par des bandes ou des toiles fibreuses à l'intérieur des parenchymes. De ces lésions, les premières diffèrent des atrophies consécutives aux oblitérations vasculaires, par l'existence d'un tissu fibreux en général abondant au niveau du point déprimé, et par une disposition qui n'est nullement en rapport, comme celle des lésions consécutives, aux obstructions des canaux artériels ou veineux, avec la distribution des vaisseaux; elles se distinguent des cicatrices traumatiques par l'absence de matière colorante du sang. Les secondes se différencient des foyers purulents, résorbés ou cicatrisés, par leur multiplicité et aussi par l'absence de détritus purulents au voisinage et dans l'épaisseur de la membrane cicatricielle.

8° Aux formes anatomiques précédentes, s'ajoute encore un dernier mode pathologique qui est surtout spécial aux glandes vasculaires sanguines : c'est l'hypertrophie avec ou sans altération des éléments actifs.

Sur 24 cas qui nous sont personnels ou qui nous ont été communiqués par quelques-uns de nos maîtres, nous avons noté :

L'hypertrophie de la rate	10 fois.
— des ganglions lymphatiques	10 —
— du corps thyroïde	4 —
— des capsules surrénales	2 —

Dans quelques cas enfin, nous avons constaté l'hypertrophie des follicules de la base de la langue, du pharynx et des amygdales, organes qui, comme on le sait, ne sont pas sans analogie de structure et de fonctions avec les glandes sanguines. A l'altération de ces glandes s'ajoutent en général une modification du liquide sanguin et la cachexie.

Les dégénérescences graisseuse, amyloïde, lardacée ou cirreuse des organes, et principalement du foie et des reins, se rencontrent dans plusieurs de nos observations, mais tout porte à croire qu'elles ne se sont pas développées, ainsi que les altérations précédentes, sous l'influence immédiate de l'infection syphilitique; elles font d'ailleurs partie du cortége d'un grand nombre d'autres maladies avec cachexie, dans le cas surtout où il existe des lésions du côté du système osseux.

9° Etudiées dans chaque organe en particulier, les manifestations syphilitiques des viscères ont leur siége le plus habituel dans le foie. Nous trouvons dans nos observations :

Hépatite interstitielle ou cirrhose syphilitique	3 fois.
Gommes sans cicatrices	1 —
Cicatrices sans gommes	7 —
Cicatrices de la surface du foie avec gommes dans l'épaisseur de l'organe	11 —

Ajoutons que dans la plupart des cas, l'organe hépatique adhérait, en outre, avec le diaphragme ou les viscères de son voisinage; il y avait, par conséquent, périhépatite, mais jamais cette affection n'était isolée.

10° Les altérations des reins, sur le même nombre de faits se répartissent ainsi qu'il suit :

Néphrite interstitielle	3 fois.
— avec dégénérescence cirreuse	2 —
Petites tumeurs disséminées	1 —
Cicatrices de la surface avec atrophie	2 —

11° Les testicules, affectés dans trois cas, nous ont présenté les lésions suivantes :

Masses gommeuses donnant lieu à l'augmentation de volume des deux testicules dont l'élément glandulaire a complétement disparu	1 fois.
Productions gommeuses dans l'un des organes, tandis que l'autre est atteint d'orchite interstitielle	1 —
Péri-orchite	1 —

Dans quelques autres cas, l'atrophie de ces mêmes glandes nous a paru reconnaître encore une origine syphilitique, et n'être qu'une période avancée de l'orchite interstitielle. Nous avons enfin constaté dans les mêmes conditions, des altérations des ovaires (1) ayant une grande analogie avec les affections du testicule dont il vient d'être question.

12° Dans le cerveau nous avons trouvé :

Des tumeurs gommeuses anciennes, en partie transformées en substances grasses	2 fois.

Une membrane d'apparence kystique (2), avec cloi-

(1) Parmi les auteurs qui, dans ces derniers temps, se sont occupés de cette question, nous devons citer plus particulièrement MM. Ricord, Rayer, Depaul, Gubler, Dietrich (de Prague), Wilkes, Schutzenberger, Waren, Virchow, Frerichs, Leudet, G. Loyneau, Zambaco, etc.

(2) Voir *Traité des affections nerveuses syphilitiques*, par Léon Gros et Lancereaux. Ad. Delahaye, Paris, 1861.

(1) L'ovarite syphilitique a déjà été signalé par M. Richer. (*Traité d'anatomie chirurgicale*, première édition, 1857.)

(2) L'existence des prétendus kystes du cerveau dans plusieurs obser-

sons nombreuses occupant la plus grande partie du lobe antérieur droit, ayant amené l'atrophie consécutive de la pyramide antérieure correspondante et du faisceau antéro-latéral du côté opposé........ 1 fois.
Cicatrices de la surface de l'une des circonvolutions, et bande fibreuse cicatricielle à la limite des substances grise et blanche.............. 1 —
Dégénérescence amyloïde de l'épendyme et ramollissement de la protubérance................ 1 —

13° Dans les poumons, il nous a été donné de constater :
Pneumonie chronique avec excavations profondes à parois lisses et régulières...................... 2 fois.
Productions gommeuses.............................. 3 —
Cicatrices (1) de la surface........................ 1 —
Rétrécissement avec dilatation des bronches....... 2 —
Cicatrices et ulcérations du pharynx........ Plusieurs fois.
Ulcérations des grosses bronches.................. 1 —

14° Le cœur se trouve lésé de la manière suivante :
Myocardite (2) gommeuse parfaitement accusée et caractérisée par la présence des tumeurs disséminées au sein d'un tissu fibreux avec ulcération ou même disparition de la plupart des fibres musculaires... 2 —
Myocardite simple.................................. 1 —
Dégénérence lardacée............................... 2 —

Remarquons qu'une mort rapido ou subite a été, dans quelques-uns de ces cas, la conséquence de la lésion cardiaque.

15° Les désordres fonctionnels que déterminent les lésions syphilitiques des organes viscéraux n'ont ordinairement pas de caractères spécifiques. Chaque organe malade manifestant sa souffrance par le trouble de la fonction qui lui est dévolue, il en résulte que les symptômes propres à ces manifestations varient nécessairement, non-seulement avec les organes affectés, mais encore pour un même organe avec le siége et l'étendue de l'altération. Aussi est-ce dans les affections syphilitiques antérieures présentes ou passées, et dans les antécédents des malades qu'il faut, en pareil cas, chercher les éléments du diagnostic clinique. Il est bon, toutefois, de tenir compte de l'âge et de quelques autres circonstances étiologiques; de rechercher avec le plus grand soin l'état du foie, dont la déformation est souvent caractéristique; d'examiner les fonctions des reins, dont la modification donne fréquemment lieu à la présence de l'albumine dans l'urine.

L'altération simultanée de plusieurs viscères doit être prise en grande considération, mais ce qui doit surtout servir à fonder le diagnostic, c'est, avec l'époque d'apparition (période tertiaire) et la marche particulière des nombreuses manifestations de la syphilis viscérale, l'état de cachexie spéciale qui les accompagne presque toujours.

16° D'une façon générale, le pronostic des affections syphilitiques des viscères doit être regardé comme très-sérieux, mais il n'en faut pas moins reconnaître qu'il est toujours subordonné à l'importance fonctionnelle de l'organe ou des organes lésés.

Un traitement spécifique (mercuriaux et iodure de potassium), mis en usage dans des conditions convenables, a souvent amené sous nos yeux la disparition rapide d'accidents sérieux menaçant d'une mort prochaine et quelquefois imminente, les malheureux qui en étaient atteints.

Ce traitement, avantageux dans les deux premières formes ci-dessus décrites, reste sans effet, on le conçoit, dans la forme cicatricielle. Un point que nous ne devons pas oublier, c'est qu'il est besoin, en fait de syphilis, de prolonger l'administration des agents thérapeutiques; tel est en effet le meilleur moyen d'éviter les récidives auxquelles sont exposés les individus affectés d'une maladie qui modifie l'organisme humain au point d'amener la dégénérescence de l'espèce.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR L'AVORTEMENT, suivie d'observations et de recherches pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées; par AMBROISE TARDIEU, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. — Chez J. B. Baillière et fils, 1863, 1 vol. in-8 de VII-208 p.

I

A un élève en médecine ardent à s'instruire, mais découragé par les difficultés qu'il rencontrait dans ses études, Barthez disait profondément : « Voulez-vous apprendre ce que vous ignorez, enseignez-le et vous le saurez bien. » Sous l'apparence d'un paradoxe, ce conseil est d'une grande sagesse et tout à fait digne du maître illustre qui remplissait avec tant d'éclat ses fonctions de professeur. Il voulait dire que, pour enseigner avec fruit, avec succès, il faut savoir à fond, en conscience, et posséder en toute sûreté et plénitude les matières de l'enseignement qu'on est chargé de distribuer. Telle est la condition la plus essentielle, sinon la seule, pour réussir dans cet art si difficile de répandre les connaissances par la parole.

Quand un homme s'assied dans une chaire, il maîtrise infailliblement son auditoire et le fixe s'il possède pleinement son sujet. La conviction qu'il a de ne rien ignorer de ce qui fait l'objet de son enseignement le soutient et l'anime, en lui inspirant cette confiance secrète qui constitue sa véritable force et toute son autorité sur des auditeurs qui l'écoutent, suivant l'expression du poete, en silence et l'oreille attentive. Savoir consciencieusement, pour enseigner de même, est d'obligation dans la carrière didactique, et ceux-là seulement professent avec autorité qui se conforment à cette obligation majeure. Le public, quel qu'il soit, voire celui des écoles, si indulgeut, et pour cause, ne s'abuse guère sur le mérite et la valeur des maîtres les plus courus. Ni la facilité d'élocution, ni la faconde, ni les ressources mêmes d'une éloquence artificielle ne peuvent emporter ou surprendre l'approbation absolue de ceux qui sont assis sur les bancs. Du discoureur habile, de l'orateur disert, du beau parleur, en un mot, dont la verve d'improvisation ne tarit pas, mais qui ne parvient pas toujours à dissimuler, sous l'élocution abondante, la pauvreté du fonds et l'inconsistance de ses convictions doctrinales, c'est-à-dire la pénurie et l'incertitude de ses connaissances, de ces professeurs au verbe creux et sonore, le public des écoles porte tôt ou tard un jugement aussi net que celui de Salluste sur Catilina: *Satis loquentiæ, sapientiæ parum.*

Voilà en quatre mots une excellente formule, qui s'applique à merveille à ceux que nous voyons plus préoccupés de bien dire que de bien savoir. L'occasion serait belle pour engager à la tempérance ces beaux diseurs qui ne modèrent jamais leur verve, qui ne résistent point à leur facilité de parler, et ne craignent pas de se noyer dans un flux trop abondant de paroles. Ils se laissent aller, ils cèdent avec complaisance à la tentation de briller, ils s'échauffent, lâchent la bride à leur langue, et, glissant sur la pente qui les entraîne, ils tombent dans la trivialité et frisent de bien près le ridicule; car c'est le propre des discoureurs intempérants d'enfreindre souvent les prescriptions du goût et d'outre-passer la mesure que la raison conseille d'observer en toutes choses.

Combien il nous serait facile de développer ces réflexions et de les appliquer, non sans à-propos, à quelques habitués de la tribune académique et de la chaire professorale, si nous avions la moindre envie de leur donner des avertissements salutaires et l'espoir de les faire agréer! Mais il faut les abandonner à leur incorrigible vanité qui les conseille si mal. Le verbiage procure des satisfactions bien vives à ceux qui le cultivent avec passion, et ce serait vraiment dommage de troubler leur contentement. Cette maladie, qu'un médecin de beaucoup d'esprit appelle crûment une *logorrhée* (nous recommandons ce mot tiré du grec et composé suivant toutes les règles aux fabricants de nomenclatures), est une affection incurable. Ceux qui en sont atteints voudraient s'en défaire qu'ils ne le pourraient pas; s'ils nuvrent la bouche pour parler, ils subissent aussitôt l'influence de la diathèse qui les domine, et ils la subissent également lorsque la plume remplace la parole.

Gardez-vous des écrits de ces hommes qui parlent, non pas bien, mais beaucoup et même trop. Ils sont lâches, diffus, incorrects, enclins aux digressions et aux longueurs, incapables de discipliner leurs idées et de les mettre en ordre. Comme ils parlent, ils écrivent, et ils pensent de même, en improvisateurs. Ils n'ont pas cette patience qui est le grand ressort du génie scientifique et le secret du style; ils ne connaissent point cette élaboration sévère et pénible qui, tout en mettant l'esprit à la gêne, lui procure finalement de si douces satisfactions; ils n'ont jamais goûté ce plaisir mêlé de peine qui accompagne l'éclosion des bons germes et l'enfantement des produits viables.

A la désuétude de méditer longuement avant d'écrire et de surveiller attentivement en écrivant le travail de l'esprit, à cette désuétude, si générale parmi les médecins, il faut attribuer la médiocrité de la plupart des ouvrages que publient les maîtres les plus renommés dans l'enseignement. La jeunesse inexpérimentée, qui ne sait pas

vations de syphilis viscérale donne lieu de supposer qu'il ne s'agissait, dans tous ces cas, que d'une altération gommeuse dont une partie du produit mortifié avait disparu. L'absence d'hématine dans notre cas est une circonstance peu favorable à l'hypothèse d'un kyste hémorrhagique.

(1) C'est par leur siége principalement que les cicatrices syphilitiques des poumons diffèrent des cicatrices tuberculeuses.

(2) Ajoutés aux observations de MM. Ricord, Lebert et Virchow, ces deux faits portent à cinq le nombre des cas dans lesquels on a constaté l'existence d'une myocardite gommeuse véritablement spécifique.

encore le secret de ces réputations de la chaire ou de la tribune, cette jeunesse qui applaudit volontiers à la faconde qu'elle prend trop souvent pour l'éloquence, s'étonne du vide et de la pauvreté de ces gros volumes dont le frontispice est décoré d'un nom retentissant; séduite par l'assurance du débit, par le geste qui accompagne la parole et par ces qualités accessoires et secondaires dont le concours fait le succès des beaux diseurs, elle a peine à comprendre qu'un professeur disert ou un habile faiseur de discours soit en même temps un auteur médiocre et un méchant écrivain. Plus tard l'expérience vient dissiper l'illusion, et le professeur applaudi se montre tel qu'il est en réalité, dans ses livres, sans le prestige de l'action et de la parole, qui faisait le succès de son enseignement.

Ces orateurs à la parole facile et au geste avenant ne devraient jamais écrire. La plupart d'entre eux ressemblent à ces femmes dont les imperfections se dissimulent sous des atours artificiels et qui, dépouillées de leurs ornements mensongers, ne pourraient servir de modèle à un sculpteur amoureux des belles formes. C'est qu'il y a loin du genre didactique au genre dogmatique. Il est bien vrai qu'un auteur enseigne à sa manière, puisque son ambition est de se rendre utile en instruisant le lecteur; mais l'enseignement écrit est bien différent de l'enseignement oral. Celui-ci passe et celui-là demeure, car ce qui est écrit ne se peut effacer, et, de plus, le livre s'adresse à un public mieux préparé et plus compétent que celui qui fréquente les leçons. De là des obligations pour ceux qui écrivent auxquelles ne sont point tenus ceux qui enseignent; de là des difficultés que ces derniers ne connaissent guère et qu'il faut vaincre pour mériter les suffrages des bons juges.

Il est plus aisé de réussir dans une chaire, où l'on parle en maître et sans être contredit, que dans un livre, d'autant plus que chaque lecteur a le droit de se faire juge et de soumettre l'auteur à un sévère examen.

Sans étendre davantage ces considérations, il est permis d'affirmer que les succès vulgaires généralement obtenus dans l'enseignement excluent le plus souvent le succès plus légitime qui s'obtient par les écrits. En autres termes, il est rare qu'un professeur en vogue soit en même temps un auteur passable. Tel peut faire des leçons applaudies qui ne fera, ne saurait jamais faire un bon ouvrage. Mille exemples démontreraient au besoin la vérité de cette assertion, si la librairie médicale n'avait maintes fois offert au public des leçons réunies en volume, dont la médiocrité a été révélée par l'impression. Cependant ces mêmes leçons avaient emporté les suffrages d'un auditoire; preuve évidente qu'un livre ne se peut faire comme un cours. Malheureusement bien peu comprennent cela parmi ceux qui enseignent, et la plupart ont le tort d'imprimer leurs leçons, soit qu'ils cèdent aux suggestions de la vanité, soit qu'ils se prêtent à des spéculations mercantiles. Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est qu'on ne se contente pas de publier des cours qui ne devraient avoir d'autre publicité que celle des amphithéâtres. Les gens qui professent sont encore sujets à traiter les matières dogmatiques suivant les méthodes, ou mieux, d'après leurs habitudes didactiques, et ils ne s'aperçoivent pas en écrivant qu'ils continuent de professer.

C'est là une cause d'infériorité relative. Les traditions scolaires influent pernicieusement sur les ouvrages dogmatiques. « Les professeurs n'ont pas toujours le loisir de se tenir bien au courant de l'état des sciences : livrés à eux-mêmes, ils ont la plus forte disposition à répéter tous les ans les mêmes choses, à les répéter de la même manière; ils deviennent routiniers. » La réflexion est de Cabanis, et quoique un laps d'un demi-siècle et plus ait introduit de notables améliorations dans l'enseignement médical, l'aphorisme est toujours applicable. En médecine, les docteurs infaillibles se comptent en très-grande majorité parmi les hommes d'enseignement. Un médecin qui a le privilége de se draper dans une toge rouge est naturellement enclin à se croire hors du commun. Involontairement il écrit comme il professe, et le plus souvent il suppose que l'autorité que ses fonctions impriment à sa parole fortifiera aussi ses écrits, faute de savoir que les devoirs du professorat sont bien distincts et surtout bien différents des obligations d'un auteur.

M. le docteur Ambroise Tardieu a fort heureusement saisi la distinction et la différence, et c'est par là qu'il se distingue de la plupart de ses collègues de la Faculté. Très-goûté de ses auditeurs, qu'il initie aux difficultés d'une des branches les plus compliquées de l'art médical, il obtient un succès de bon aloi auprès de ses lecteurs, en usant diversement, selon les circonstances, des facultés brillantes et des connaissances solides qui se révèlent dans ses leçons et dans ses livres. Nous disions naguère, à l'occasion du discours de M. le docteur A. Tardieu, prononcé dans la séance de rentrée, que ce professeur excelle surtout dans l'exposition des faits. Esprit facile, lucide et pratique, il n'a point de goût pour les théories et n'est guère porté à la généralisation. A le suivre on ne risque jamais de s'égarer ni de perdre pied. Marchant non sans précautions, mais avec assurance sur la terre ferme, il n'est pas homme à quitter le sol pour s'envoler dans les nues. Instruit de toutes les particularités scientifiques qui sont de son domaine, il n'abandonne point le bon chemin de l'empirisme pour courir après des chimères. Disciple de l'école empirique, c'est-à-dire suivant fidèlement les leçons de l'expérience et les salutaires inspirations du sens commun, il se tient sagement dans la vraie tradition médicale et se conforme strictement aux principes de la médecine clinique. Observateur attentif, pénétrant, minutieux, exact, il ne sort point de la réalité, reste dans ses attributions d'expert, et loin de céder, il n'a pas même besoin de résister à la tentation de faire le légiste, le philanthrope ou le philosophe. Sans déclamations, sans prétentions, toujours à l'aise dans son domaine et ne s'y trouvant jamais à l'étroit, il raconte simplement ce qu'il a vu, et ses récits sont de nature à captiver l'attention du législateur et du moraliste.

M. le docteur Ambroise Tardieu annonce vaguement son intention de publier plus tard un traité dogmatique de médecine légale. S'il donne suite à ce dessein, qui est fort beau assurément et qui semblerait à tout autre d'une exécution très-difficile, nous verrons bien si son talent est capable d'une œuvre magistrale. Ce n'est point d'après le *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité* qu'on peut juger d'une pareille aptitude, car un dictionnaire, quel qu'il soit et quelque bien fait qu'on le suppose, ne représente jamais qu'un travail de compilation, et il est à croire que M. le professeur A. Tardieu, s'il persévère dans son dessein, voudra donner un ouvrage original et vraiment dogmatique, comme ces monographies si solides et si pleines qui sont jusqu'ici ses meilleurs titres et les plus fermes soutiens de sa réputation. Depuis son étude initiale *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*, il a montré ce qu'il sait faire dans ce genre si fort en vogue aujourd'hui et qui a de grands avantages, pourvu que ceux qui le cultivent de préférence ne donnent point, comme il arrive le plus souvent, dans les excès de la spécialité.

La prédilection générale des médecins qui tiennent le public au courant de leurs observations et réflexions, est aujourd'hui pour le mémoire et la monographie, et jamais on n'avait vu en médecine un aussi grand nombre de spécialistes. Il résulte de cette tendance à peu près générale qui pousse les observateurs à rétrécir le champ de l'observation, sous prétexte de la rendre plus exacte, à se borner pour mieux voir, que notre époque ne représentera dans l'histoire de l'art qu'un âge de transition, une période de préparation. A vrai dire, nos contemporains, rivés à l'observation stricte, ne font que préparer des matériaux pour servir à l'érection d'un monument qui ne les préoccupe guère. Encore serait-il plus juste de dire, non pas qu'ils les préparent, mais qu'ils les entassent; car ce ne sera point un petit travail que le tri qu'auront à faire les constructeurs de l'avenir pour utiliser les bons matériaux. Il est facile de prévoir leur embarras et facile aussi de deviner la méthode qu'ils emploieront pour choisir bien et vite. Procédant par élimination, ils rejetteront le mauvais et le médiocre et ne garderont que le solide. L'élimination une fois opérée, il restera encore de quoi les satisfaire, car dans ce tas énorme de monographies et de mémoires, nous en avons vraiment beaucoup de bons, d'excellents, qui sont comme autant de pierres bien taillées, que les futurs architectes sauront apprécier et employer dignement.

Les *Études médico-légales* de M. le professeur Tardieu sont au premier rang dans cette catégorie; celle qu'il a publiée, il y a deux ans, *sur les attentats aux mœurs*, a fait fortune, même hors du monde médical. C'est, en effet, un travail très-curieux, très-neuf, que les romanciers et les moralistes peuvent consulter avec fruit après l'ouvrage si connu de Parent-Duchatelet. L'étude si étrangement intéressante de M. Ambroise Tardieu est le complément de cette utile compilation.

Celle qu'il vient de publier sur l'avortement, quoique plus essentiellement médicale, n'échappera point à l'attention des écrivains d'imagination et des publicistes qui s'appliquent à connaître dans toute sa laideur notre société contemporaine, pour la peindre telle qu'elle est en réalité.

Bien mieux que la police et les associations de charité, les médecins connaissent toutes les misères sociales. Le médecin légiste notamment est à la source des informations exactes, et c'est à l'aide de ses révé-

lations qu'il est possible d'interpréter sûrement cette statistique du crime, qui a la vaine prétention d'être une sorte d'arithmétique morale. La bonne fortune de M. le professeur Tardieu a été de mettre la main en temps opportun sur deux chapitres encore inédits et très-importants de la médecine légale, et son mérite consiste à les avoir traités de façon à prouver qu'en suivant un autre chemin que celui qu'ont frayé Marc et Orfila, on peut arriver à la notoriété qui s'acquiert par les bons travaux.

Ces deux noms ne sont cités ici que pour rappeler une époque de la médecine légale, dont les tendances ne sont pas tout à fait les mêmes que celles qui prévalent présentement. Sans rompre avec un passé si voisin de nous, M. Ambroise Tardieu, représentant autorisé et en quelque sorte officiel de la médecine légale de notre temps, ne reste point asservi à la tradition de ses prédécesseurs et maîtres. Moins étranger qu'il ne voudrait être ou paraître aux circonstances extérieures, au courant des choses contemporaines, ses études portent l'empreinte, subissent l'influence de notre milieu social, et ont par cela même un caractère très-marqué de solidité et de vérité. Evidemment, c'est par l'excellence de son esprit pratique et à son insu, pour ainsi dire, que l'auteur a été acheminé dans la bonne voie; l'observation attentive et réitérée l'a entraîné hors des limites de cette suprême indifférence, si chère à nombre de savants qui la professent par principe, et qui se persuadent volontiers qu'en se tenant à distance du mouvement général, qu'en éludant les questions vraiment vitales, ils s'élèvent jusqu'à ces hauteurs sereines que hantent les sages, selon le poëte, et où se trouve le bonheur parfait,

> Sed nihil dulcius est, bene quam munita tenere,
> Edita doctrina sapientum, templa serena.

Sans doute la vraie sagesse consiste à s'élever au-dessus des basses régions de l'erreur et des préjugés; mais la vraie science, qui ne va point sans la sagesse, doit être avant tout bienfaisante et toujours active comme la charité. La médecine publique et politique n'est, par le fait, que l'intervention opportune et salutairement efficace de l'art médical, dans toutes les questions d'hygiène générale. Le médecin intervient au même titre que le prêtre, le moraliste et le législateur, pour assainir l'atmosphère morale, pour améliorer les conditions de la vie commune, en signalant les causes et les symptomes de toutes les maladies qui affligent les grandes communautés ou familles humaines, en indiquant des moyens prophylactiques ou des remèdes effectifs.

Le médecin légiste, dans notre état de civilisation, contribue à l'accroissement et aux progrès de cette médecine publique et vraiment sociale, autant pour le moins que le médecin qui fait partie d'un conseil de salubrité ou d'une commission des épidémies. Aussi son rôle s'agrandit-il à mesure que les conditions sociales tendent à s'améliorer; et ces conditions s'améliorent inévitablement en proportion de la connaissance plus étendue et plus exacte, ou mieux encore de la conscience plus nette que la société acquiert des forces et des éléments bons et mauvais qui la constituent, et dont la combinaison avec les circonstances extérieures ou les conditions de temps et de milieu, est la cause efficiente des phénomènes sociaux et le principe immédiat de l'évolution générale.

Le médecin légiste, dont la fonction est d'éclairer la justice, de l'aider dans la recherche du vrai, n'est pas uniquement un auxiliaire de la justice. Non-seulement il concourt à l'enquête et porte la lumière dans les plus ténébreux recoins; mais ses dépositions raisonnées, ses rapports motivés, ses démonstrations scientifiques, ses observations désintéressées, recueillies sans préoccupation, abstraites en quelque sorte, malgré leur caractère concret, sont autant d'indications thérapeutiques, autant de révélations précieuses pour le législateur, autant d'avertissements donnés à ceux qui ont charge d'âmes et qui gèrent les intérêts de tous.

Les attributions d'un médecin légiste sont autres que celles d'un simple consultant; ou du moins les consultations qu'il est appelé à donner ont une importance capitale, non-seulement par rapport aux individus dont l'honneur, la fortune ou la vie sont en cause, mais aussi en ce qui touche les mœurs et l'économie sociale. La loi, qui consulte le médecin expert pour se diriger plus sûrement dans l'application, profite en même temps des lumières du consultant, soit pour adoucir ses arrêts, soit pour les modifier, les changer ou les abolir. En autres termes, la médecine légale intervient à son tour pour améliorer la législation. Cette intervention, aussi salutaire qu'incontestable, est un des plus glorieux titres de notre art à la reconnaissance des hommes, et un bienfait inestimable de la médecine publique.

Le droit n'est qu'un ensemble de formules de valeur inégale. La législation subit nécessairement l'influence des mœurs publiques et ne vaut qu'autant qu'elle en est l'expression vraie. Les mœurs éprouvent des variations : si elles s'altèrent, la vie sociale périclite; si elles s'épurent, la vitalité sociale se fortifie à proportion; et de cet accroissement de force résulte la santé des nations ou la moralité.

J. M. Guardia.

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— Par inadvertance de l'imprimeur, la *Gazette Médicale* a omis d'annoncer dans son dernier numéro que M. le professeur Tardieu vient d'être nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris. Nous réparons avec empressement cette omission, et sommes heureux d'ajouter que cette nomination a été accueillie avec les plus entières sympathies du corps médical.

— Le banquet annuel de l'internat aura lieu le 6 février, au Grand-Hôtel, à sept heures. Le prix de la cotisation est de 16 francs.

La liste des souscriptions sera fermée le 2 février au soir.

Chirurgien femelle. — L'Allemagne aussi se permet des licences. Madame Josepha Fey vient de recevoir celle de pratiquer la petite chirurgie dans le district de Cologne, sous l'inspection d'un praticien. C'est le premier exemple d'une semblable concession en Allemagne. O femmes sensibles!

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Veuillez me permettre de répondre à la lettre de M. le docteur Rennes (*Gazette Médicale*, 1864, p. 18), qui prétend que « les tristes rejetons de la population dégénérée par les grandes guerres » présentaient, en 1829 et 1830, un nombre plus considérable de varicocèles que de nos jours.

Mais nous ne trouvons les preuves de cette assertion ni dans le premier travail de notre savant confrère, ni dans sa lettre rectificative du 2 janvier. En déduisant le nombre proportionnel des varicocèles du chiffre total des jeunes gens *exemptés* par les conseils de révision (ainsi que le mentionne le mémoire publié dans les *Archives de médecine* en 1831), M. Rennes ne nous fait connaître que le rapport des varicocèles aux autres causes d'exemption du service militaire, tandis que, pour apprécier la fréquence absolue de cette affection, il aurait fallu établir la proportion avec le nombre total des jeunes gens *examinés* par les conseils de révision.

Or notre honorable confrère ne s'est nullement préoccupé de cette règle élémentaire de statistique, dont l'inobservation enlève toute valeur aux calculs les mieux établis. Remarquons, d'ailleurs, que M. Rennes, en constatant le varicocèle chez le cinquième *ou* le sixième des individus exemptés, se borne à des appréciations approximatives qui semblent ne pas reposer sur des chiffres recueillis avec une rigoureuse précision.

Mais, nous dit aujourd'hui M. Rennes, la faiblesse de constitution, le défaut de taille, le crétinisme, etc., nécessitaient en 1829 et 1830, « pour faire le contingent, l'examen d'un nombre triple de jeunes gens, ce qui ne se voit pas de nos jours. » Raison de plus pour ne pas adopter l'opinion de notre honorable contradicteur qui, par inadvertance sans doute, n'a point remarqué que le nombre proportionnel des varicocèles est d'autant plus faible que le chiffre des jeunes gens examinés est plus élevé.

Quant à la véracité contestée des rapports officiels qui ont servi de base à nos recherches statistiques, nous ne pouvons admettre que les erreurs trouvent leur raison d'être dans la considération alléguée par M. Rennes. Nous ne sachions point, en effet, que le médecin militaire songe de nos jours « à épargner au conscrit l'humiliation de proclamer le varicocèle, » d'autant plus qu'étranger à toute influence de personnes et de localités, le médecin a pour mission capitale d'éclairer le Conseil sur la véritable cause d'exemption.

Enfin, M. Rennes attribue à l'usage du maïs et de la châtaigne une influence prépondérante sur la production du varicocèle. La distribution géographique de cette affection dans les 86 départements de la France permet d'autant moins d'accorder cette importance à cette donnée étiologique, que plusieurs départements (la Corse entre autres), qui se nourrissent presque exclusivement de châtaignes dans les campagnes, fournissent un nombre de varicocèles bien minime et même inférieur à celui de la Dordogne.

Agréez, etc.

Sistach.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'ORGANISATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE EN ALLEMAGNE (1).

Il n'est pas sans intérêt de faire connaître l'origine du travail qui est l'objet de cet article. Ce travail est en quelque façon une œuvre posthume; posthume en ce qu'il est publié après la mort administrative de ceux qui l'ont inspiré.

On a déjà fait remarquer ailleurs (UNION MÉDICALE) l'absence du nom de M. Rayer dans le rapport de M. Jaccoud, et l'on a dit que l'auteur avait eu des motifs pour ne pas l'y faire figurer. Nous ne connaissons pas les motifs de cette abstention, mais nous connaissons bien ceux qui avaient porté M. Rayer, doyen de la Faculté, et M. Ronland, ministre de l'instruction publique, à faire faire l'exploration dont M. Jaccoud vient de publier le résnltat. Or ces motifs, les voici :

En appelant M. Rayer au décanat, M. Ronland avait eu en vue de donner une nouvelle impulsion et nn nouveau caractère à l'enseignement de la médecine en France : il voulait régénérer l'antique Faculté. Cependant le ministre et le nouveau doyen, d'accord sur la nécessité de cette régénération, ne voulurent pas en improviser les moyens. Ils crurent devoir interroger l'expérience des autres pays, savoir ce qui s'y faisait et ce que la science et l'enseignement pouvaient en retirer. Cela pouvait être considéré comme une mesure de prudence; mais nous considérons, nous, que c'était la plutôt une grande imprudence, ainsi que nous nous sommes permis de le dire alors très-respectueusement à qui devait l'entendre : « Les flots sont « changeants, et à qui possède une idée nette de ce qu'il veut faire « et un plan d'exécutinn bien arrêté, il est inutile et il n'est pas sans « danger de s'inspirer de systèmes et d'organisations qui y sont « étrangers on y snnt plus nu moins opposés. » L'expérience a malheureusement justifié nos prévisions, et hier encore nous les rappelions en présence des événements qui n'en ont que trop bien vérifié l'exactitude. Mais il unus reste quelque chose à faire pour montrer, par le produit même de l'exploration ordonnée, comme mesure préalable, la stérilité, si ce n'est l'inutilité complète de la mesure.

Il faut distinguer dans le rapport de M. Jaccoud deux choses : le travail de l'explorateur et les résultats de l'exploration. Le premier ne mérite que des éloges ; à part l'exposé général des doctrines philosophiques de l'Allemagne, qui n'était pas nécessaire et qui n'a pas été traité avec une connaissance suffisante du sujet, ni avec la déférence due aux grands penseurs qui étaient en cause, l'exposé de M. Jaccoud est remarquable par l'ordre, la clarté, la sobriété, la justesse et l'impartialité des appréciations, les principales qualités qu'on peut exiger dans un travail de ce genre.

En ce qui concerne les résultats de l'exploration de M. Jaccoud, nous sommes obligé de reconnaître qu'ils ne sont que d'une médiocre importance. Ils n'apprennent d'ailleurs rien de nouveau, et la GAZETTE MÉDICALE peut revendiquer à bon-droit le mérite d'avoir fait connaître dès longtemps, et telle qu'elle est encore aujourd'hui, l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne (1).

Le caractère le plus général de l'organisation des Universités allemandes est une sorte d'autonomie résultant de notre ancienne corporation avec ses droits et priviléges. Mais comme le dit M. Jaccoud : « Pour nous, il n'y a plus dans ce mot qu'un souvenir historique, « c'est l'expression d'une idée perdue; mais sur les bords du Danube « et de la Sprée, l'idée règne encore, elle règne puissante et forte, et « le mot c'est l'écho lointain qui réveille de vieux souvenirs. c'est le « symbole qui transporte et fait revivre dans le présent les coutu- « mes des temps écoulés. » Cette définition, aussi profonde que juste, donne la clef du système tout entier, avec ses avantages et ses inconvénients, avantages et inconvénients dont M. Jaccoud a fait la part à peu près exacte. Nous disons à pen près, car il nous a paru bien plus porté à voir les bienfaits de l'unité, de la liberté et de la solidarité des écoles, résultant de leurs priviléges, que des entraves à la liberté professionnelle, inséparables du système de la corporation. Ce n'est pas le lieu de discuter ici le mérite du progrès politique qui a aboli les corporations au profit de la liberté générale, mais il n'est que trop certain que les vestiges qui en restent dans les Universités allemandes ne sauraient être cousidérées, comme M. Jaccoud semble le croire, comme la cause, ou l'une des causes des avantages qu'elles présentent. A ce premier point de vue donc, ce qui se fait au delà du Rhin n'est nullement a réintroduire chez nous. Le vrai progres était et est encore ailleurs.

Entrant plus avant dans l'organisation immédiate des Facultés de médecine, M. Jaccoud signale l'existence de trois ordres de professeurs : des *professeurs ordinaires*, des *professeurs extraordinaires* et des *maîtres particuliers*, tous concourant à l'enseignement des différentes branches de la médecine, à titre de membres et fractions privilégiées du corps enseignant. Il y a ainsi dans chaque Faculté un certain nombre de professeurs ordinaires, désignés par elle et nommés par le chef de l'Etat, nombre assez limité, de douze à quatorze pour chaque Université ; des professeurs extraordinaires en nombre à peu près égal, uommés par le ministre, sur la présentation de la Faculté, et des maîtres particuliers (*privat docentem*), nommés par la Faculté, en nombre illimité, mais toujours dépassant le chiffre des professeurs ordinaires et extraordinaires. Tous ces professeurs sont des émanations de la Faculté elle-même. De leur nombre et de la variété des matières qu'ils enseignent résultent évidemment plus de cours, plus de sources d'instruction, mais de sources d'instruction uniformes ponr les tendances et les idées, parce qu'elles sont recrutées par la Faculté elle-même où elles jaillissent et où on ne les laisse jaillir qu'à la conditinu d'être sympathiques aux hommes et aux idées qui les recrntent. C'est là, on ne saurait le méconnaitre, un second et grave inconvénient du système de la corporatiou, qui a la liberté de faire ses choix, mais qui peut empêcher tout progrès en dehors de ses

(1) Rapport présenté à M. le ministre de l'instruction publique par M. le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(1) *Lettres sur les Universités étrangères* ; par M. Lombard. (GAZETTE MÉDICALE, 1830 etc.)

FEUILLETON.

DE L'INSPECTORAT MÉDICAL DES ÉTABLISSEMENTS DE BAINS.

Depuis que la question de l'inspectorat médical a été portée devant le conseil d'Etat, une foule d'écrits ou d'articles ont été publiés soit pour, soit contre cette institution, et ont amené une polémique dans laquelle la passion s'est fréquemment substituée à la saine appréciation des choses.

« L'inspectorat, dit-on, est une institution caduque; inutile, qui éta- « blit en faveur des titulaires une sorte de privilége nuisible aux méde- « cins libres. La surveillance dont le médecin-inspecteur est chargé, « peut être exercée par toute autre personne. Les indigents n'ont pas « besoin d'un médecin officiel, puisque chaque médecin se fait un de- « voir de les traiter gratuitement ; et quant aux rapports et aux obser- « vations qui doivent être adressés à l'administration, chaque médecin « libre, établi près d'une station thermale, peut rédiger ses observations « de maladies et fournir un rapport ou des données statistiques, abso- « lument comme le médecin-inspecteur. »

Tout cela est très-vrai ; les médecins libres peuvent surveiller le service, peuvent traiter les indigents, rédiger des observations et envoyer des rapports, tout comme les médecins-inspecteurs. Mais ils peuvent aussi ne pas le faire ; rien ne les y oblige, et c'est précisément pour cela qu'il faut des médecins spécialement chargés de ces fonctions, des médecins-inspecteurs en un mot.

Sans l'inspectorat il n'y aurait pas de suite, pas de continuité dans la surveillance ; la régularité du service ne serait pas suffisamment garantie; l'administration n'aurait pas auprès des établissements thermaux ses représentants officiels, et par conséquent responsables, représentants à qui elle puisse demander les documents nécessaires, envoyer ses instructions ou adresser ses malades.

Le médecin-inspecteur est par conséquent le médecin à qui incombe la responsabilité de la bonne tenue de l'établissement et de la bonne direction du service ; comme il ne relève que de l'administration supérieure, il se trouve par cela même dans une position plus nette, plus franche vis-à-vis du personnel, vis-à-vis du propriétaire, du régisseur ou de la commune. C'est cette indépendance de position qui donne plus d'efficacité à sa surveillance, plus d'autorité à ses observations, à ses recommandations, à ses rapports. Y a-t-il des changements, des améliorations à opérer dans l'établissement ou dans le service? le médecin-inspecteur a charge d'en référer à qui de droit, et d'en réclamer l'exécution. Un maire, nn sous-préfet. un préfet ont-ils des malades indigents à envoyer aux eaux? ils les adressent au médecin-inspecteur qu'ils peuvent requérir à l'effet de leur donner ses soins, tandis qu'ils ne pourraient pas agir de même à l'égard des médecins libres, sur lesquels ils n'ont aucun droit.

sympathies, et, disons le mot, de ses préjugés. Il y a longtemps qu'on a fait voir ce qu'il y avait de fâcheux et de dangereux pour les corps enseignants de leur laisser trop d'autorité et de prépondérance dans le recrutement de leurs professeurs. L'autonomie des Universités allemandes présente cet inconvénient au plus haut degré. A ce second point de vue, il n'y avait donc pas lieu de les imiter et d'introduire dans nos Facultés le système des trois ordres de professeurs, subordonnés au choix, c'est-à-dire au bon vouloir des Facultés elles-mêmes.

Mais en signalant les inconvénients inhérents au principe, il serait injuste de ne pas faire la part des avantages qui résultent du système allemand dans la pratique. Le grand nombre de professeurs enseignant la même matière, les professeurs rétribués par les élèves et en proportion du nombre de ces derniers, sont à coup sûr des éléments de zèle et d'émulation qui tournent au profit de la science et des élèves. On ne le conteste pas; mais ce résultat n'est pas inhérent et exclusif au système de la corporation; il est, au contraire, atténué, limité et même vicié par ce système. En laissant, en effet, aux Facultés le droit absolu de limiter l'enseignement des différentes branches de la médecine aux seuls professeurs qui font partie de la corporation, elle empêche ceux qui voudraient professer des principes et des idées subversives à ses doctrines; et l'on sait que d'ordinaire le progrès n'est pas ce qu'on écrit, pense et professe dans les écoles, mais en dehors des écoles, et souvent malgré elles. Le privilége dont jouissent les Facultés allemandes d'empêcher les cours autres que ceux de leurs membres des trois degrés est donc une entrave à la liberté de l'enseignement, c'est-à-dire aux libertés de la science.

Mais c'est ici le lieu de faire une distinction, que M. Jaccoud n'a pas faite, et de dissiper une confusion dans laquelle il est tombé et resté avec ceux qui ont eu à s'occuper des mêmes matières.

Dans ses remarquables lettres sur l'enseignement de la médecine en Allemagne, M. Lombard avait caractérisé l'enseignement des professeurs extraordinaires et des maîtres du nom d'*enseignement libre*. Il s'était trompé, ainsi que nous l'avons montré ailleurs; avec le système allemand, non-seulement l'enseignement n'est pas libre, il est, au contraire, très-entravé, puisqu'il est subordonné à l'agrément des facultés. Mais M. Lombard, en commettant une méprise d'appellation, n'en avait pas moins fait ressortir les avantages du système. Or ces avantages sont ceux-ci : c'est que l'élève a la liberté de choisir parmi les professeurs ordinaires, extraordinaires ou maîtres, pour satisfaire aux conditions de la scolarité; il lui est loisible d'apprendre la science où il croit qu'on l'enseigne le mieux, et il n'est tenu qu'à prouver par des certificats des professeurs ordinaires, extraordinaires ou maîtres indistinctement, qu'il a été présent dans la Faculté et présent aux cours qui font la matière de l'enseignement et des examens. Or cela ne constitue ni l'enseignement libre ni la liberté d'enseignement, mais la liberté d'instruction; ajoutons toutefois de l'instruction dans le cercle tracé par l'autorité, mieux par le privilége universitaire. Il y a là, comme on le voit, une distinction importante à faire, distinction qui n'est pas nominale, mais qui exprime, au contraire, les choses telles qu'elles sont, et dégage l'élément de progrès renfermé dans l'institution qui n'en offre pas le caractère. On ne saurait méconnaître, en effet, les avantages pour l'élève de puiser aux sources de la science qui lui paraissent les plus abondantes et les plus limpides; mais on n'oubliera pas non plus que ces sources ne sont pas celles de la science libre, indépendante, et du progrès continu, mais de la science parquée et monopolisée.

Cependant le système allemand, tout bâtard qu'il est, tout empreint qu'il est des vieilleries du moyen âge, marquera un premier pas dans la vraie voie du progrès, et c'est là ce que ni M. Lombard ni M. Jaccoud n'ont vu ni soupçonné. Or ce pas c'est un commencement de *séparation du corps enseignant d'avec le corps recevant*. Il y a longtemps que nous avons cherché à faire valoir les avantages de cette séparation, qui serait une révolution, et ceux qui voudront remonter le cours déjà assez long de la GAZETTE MÉDICALE y retrouveront les plaidoyers que nous avons fait à chaque étape de l'organisation des Facultés de médecine en faveur de ce système, c'est-à-dire en faveur de *l'enseignement libre*, cet enseignement qu'il ne faut pas confondre avec la liberté d'enseignement, ainsi que M. Jaccoud a continué de le faire après beaucoup de personnes. Dès 1830, lors que nous eûmes l'honneur de tenir la plume en qualité de membre et de rapporteur d'une commission composée de MM. Richerand, Duméril, Andral, Husson, Jules Cloquet, et sous la présidence de l'illustre Cuvier, nous écrivions ce qui suit :

« Pourvue d'un mandat sans limite, placée dans les heureuses cir-
« constances d'une époque qui permet à la civilisation de franchir
« d'un seul coup tous les degrés de son perfectionnement, comptable
« devant l'opinion de tout le bien qu'elle ne conseillera pas, la com-
« mission, Monsieur le ministre, croit, avant de quitter le champ des
« améliorations, devoir s'arrêter quelques instants sur une question
« capitale, sur une question qui touche à la base de tous les corps en-
« seignants, nous voulons parler de *l'enseignement libre*. Les hommes
« qui ont observé le développement et la marche des institutions scien-
« tifiques, un grand nombre de médecins qui comparent les résultats
« de ce système avec ceux de l'enseignement universitaire, regar-
« dent le premier comme une conséquence forcée du progrès des lu-
« mières et de la liberté. Si ce jugement était fondé, si tous les mo-
« tifs en étaient suffisamment démontrés, nul doute que, malgré les
« grandes difficultés que son application rencontrerait, et dans nos
« mœurs scientifiques, et dans la législation qui nous gouverne, il
« ne dût prévaloir dès aujourd'hui, et présider à la réorganisation
« de nos écoles........

« L'enseignement libre est celui où le nombre des professeurs est
« illimité, et dans lequel les élèves payent eux-mêmes le cours qu'ils
« préfèrent, tandis que le gouvernement n'en paye aucun. Un jury
« d'examen et de réception, institué par lui, est chargé seulement de
« contrôler l'instruction des élèves et de procéder aux réceptions.

« Les partisans de l'enseignement libre le regardent comme un
« moyen d'émulation plus actif parmi les professeurs, et d'instruc-
« tion plus grande pour les élèves. Le professeur qu'on rétribue en
« raison de son zèle et de son mérite est plus intéressé à remplir ses
« devoirs, et à perfectionner son enseignement, que celui dont le
« mérite une fois jugé n'a plus ni rivaux à craindre, ni récompenses
« nouvelles à obtenir. L'élève de son côté paye suivant ses besoins,
« profite en raison des sacrifices qu'il s'impose, et cherche, par plus

---

Il y a une grande similitude entre l'institution des médecins-inspecteurs et celle des médecins cantonaux. Les uns et les autres exercent leurs fonctions à côté ou au milieu de confrères avec lesquels ils sont plus ou moins en concurrence. Les médecins cantonaux sont chargés des vaccinations et du traitement gratuit des pauvres; ils doivent en outre tenir l'administration au courant de l'état sanitaire de leur circonscription cantonale. Ce n'est pas à dire pour cela que les médecins libres ne puissent pas aussi faire des vaccinations, soigner des indigents ou adresser des rapports médicaux à l'administration. Mais l'autorité a établi (dans quelques départements du moins) des médecins cantonaux afin de régulariser ou d'assurer le service en question, afin de généraliser le bienfait de la vaccine, afin d'avoir à sa disposition des hommes de l'art qu'elle puisse requérir en cas de besoin pour des soins à donner à des malades indigents, souvent éloignés de toute espèce de secours.

Jusqu'à présent l'institution des médecins cantonaux a été considérée comme un bienfait partout où elle a été organisée. De même que l'inspectorat, elle donne souvent au titulaire un certain avantage sur les confrères libres, un certain relief à leurs dépens; mais c'est là l'inconvénient de tous les emplois, de toutes les places fixes occupés par des médecins, et ce serait puéril de vouloir, pour de pareils motifs, supprimer des institutions jugées utiles et nécessaires, des institutions qui d'ailleurs sont accessibles à tous, et ne portent, par conséquent, aucune atteinte à l'égalité devant le diplôme.

Je ne sache pas que jusqu'à présent personne se soit encore élevé contre le soi-disant privilége dont jouiraient les médecins cantonaux. Pourquoi donc se récrie-t-on contre les priviléges de l'inspectorat et réclame-t-on l'abolition de cette charge? Les médecins-inspecteurs ne sont-ils donc pas, comme les médecins cantonaux, des agences spécialement instituées par l'administration dans le but d'assurer un service médical? Chacun de ces emplois n'a-t-il pas ses avantages réels, sa raison d'être? Oui, sans doute; mais ce qui fait la différence, c'est que la médecine cantonale fonctionne dans une sphère plus humble, tandis que l'inspectorat s'exerce dans une sphère plus relevée et, par conséquent, plus exposée aux atteintes de la concurrence et des rivalités : c'est cette circonstance surtout qui vaut à l'inspectorat les attaques auxquelles nous le voyons en proie depuis quelque temps.

On a parlé d'inspecteurs régionaux, d'inspecteurs nomades, qui auraient à surveiller un certain nombre d'établissements situés dans un rayon déterminé. Cette idée n'a rien de pratique, car si l'inspection médicale est nécessaire, c'est surtout pendant la saison des eaux. Plus l'affluence du public est grande, et plus il importe que l'inspecteur soit à son poste et assidu à sa tâche. Or que voulez-vous que fasse un inspecteur nomade qui, étant partout, ne serait jamais nulle part? Il verrait l'établissement en passant; mais, quant à la surveillance de tous les moments, quant au service médical et aux mille soins qu'un pareil service réclame d'une manière incessante, son action serait à peu près illusoire, ses offices ne seraient que d'une utilité fort contestable. L'in-

« d'attention et d'assiduité aux leçons qu'il choisit, à s'épargner de « nouveaux frais.

« Les avantages qu'on attribue à l'enseignement libre ne s'arrêtent « pas là. La libre concurrence multiplie les professeurs: quelques « professeurs font même plusieurs cours différents. De là une division plus grande des parties de la science, et, par conséquent, un « développement de chacunes d'elles proportionné au nombre de ces « divisions. De là enfin l'absence de l'autocratisme scientifique qui « s'établit d'autant plus difficilement, qu'il trouve un plus grand « nombre de contradicteurs. »

Obligé à cette époque de ne présenter ces idées qu'avec une réserve imposée par les hommes et les circonstances, nous n'avions fait qu'indiquer le système. Lors de la loi de 1847, présentée par M. Salvaody et votée par la chambre des pairs, nous n'avons cessé de rappeler les avantages de l'enseignement libre et de renouveler nos efforts pour le faire comprendre au pouvoir du temps dans la mesure de notre influence et de l'opposition des idées régnantes. Plus tard, en 1848 et après, profitant de l'esprit de rénovation qui soufflait de toute part, nous n'avons cessé d'insister sur les avantages du système, rappelant sans cesse l'expérience qui en a été faite en Belgique au profit de la science, des écoles et des élèves. Si depuis, les circonstances n'ont pas été absolument favorables à l'émancipation complète de l'enseignement, ce n'était pas une raison de s'abstenir d'en discuter la valeur, puisqu'on était mis sur la voie par l'organisation des écoles allemandes. Cette lacune est d'autant plus regrettable dans l'intéressant rapport de M. Jaccoud, qu'il n'eut pas manqué d'apporter, dans la discussion de ces idées, la sagacité, l'expérience des choses et la distinction d'esprit dont il a fait preuve dans tout le cours de son rapport.

Jules Guérin.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Des symptômes spinaux qui peuvent accompagner la fièvre typhoïde : exposé analytique des symptômes spinaux sensitifs; par le docteur E. Fritz.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

La marche de l'hyperesthésie cutanée obéit assez exactement, autant que nous avons pu nous en assurer, aux règles dont nous parlions tout à l'heure, à l'occasion de la distribution et des degrés variables de l'exaltation morbide de la sensibilité. Dans les cas les plus complets, dans ceux que nous avons pu observer le plus exactement, nous l'avons vue suivre au début une marche ascendante, envahir successivement les extrémités inférieures, l'abdomen, le thorax, les extrémités supérieures, persister ensuite pendant un temps variable à un degré uniforme ou présenter quelques variations irrégulières, puis suivre dans sa disparition une marche descendante exactement inverse de celle qui lui avait été tracée dans la première phase. Quant aux oscillations de la phase intermédiaire ou d'état, il ne nous a pas été possible ordinairement de les rattacher nettement à quelque cause bien déterminée. Parfois une exacerbation évidente se produisait le soir, en même temps que la fièvre redoublait. Chez un malade, j'ai vu l'hyperesthésie s'aggraver sous l'influence d'une complication de pneumonie. Chez un malade, dont l'histoire m'a été obligeamment communiquée par mon excellent collègue, M. Ranvier, l'hyperesthésie, pendant plusieurs jours de suite, n'existait guère que dans la soirée, et disparaissait complétement le matin. Voici les principaux détails de ce fait :

Fièvre typhoïde a forme spinale; rachialgie lombaire, affaiblissement et hyperesthésie des membres inférieurs.

Obs. II. — Service de M. Hérard, hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry, n° 11.

Fourchet (Charles), 19 ans, cordonnier. Ce jeune homme habite Paris depuis quatre ans. Il est sujet à de fréquentes céphalalgies, mais n'a jamais été sérieusement malade. Il est d'une faible constitution.

Le début de sa maladie n'a pas été franc. Il le fait remonter à huit ou dix jours. Il a eu de la céphalalgie, de l'insomnie, des rêves pénibles, une diarrhée constante développée spontanément, tous les jours une ou deux épistaxis. Il se plaint surtout d'avoir été pris, et dès le commencement de sa maladie, d'un grand affaiblissement des jambes. Les bras avaient conservé leur force; aussi, bien qu'il éprouvât une très-grande difficulté à marcher et à se tenir debout, il a pu, jusqu'à ce jour, continuer son métier de cordonnier.

Aujourd'hui, 11 août, la céphalalgie persiste; la vue est légèrement troublée; il y a eu une épistaxis depuis le matin; la peau est chaude; il y a cinq ou six taches rosées sur l'abdomen; le pouls est fréquent; la langue est blanche et sèche; il y a de la douleur et du gargouillement au niveau de la fosse iliaque droite; la diarrhée continue. Il n'y a rien du côté du thorax.

Une pression modérée sur les apophyses épineuses des premières vertèbres lombaires détermine de la douleur. En piquant et en pinçant légèrement la peau sur toute l'étendue des membres abdominaux, on amène une forte douleur. Ce phénomène ne se produit pas dans les autres régions.

12 août, le matin, persistance de l'état typhoïde. L'hébétude de la face est très-prononcée. Il y a encore un peu de rachialgie, mais l'hyperesthésie a complétement disparu. (Eau de Sedlitz, bouillon, potage; deux lavements.)

Le soir, le pouls s'est élevé, la face est congestionnée. L'hyperesthésie reparait.

Les jours suivants, on observe les mêmes phénomènes: disparition de l'hyperesthésie le matin, réapparition le soir. La diarrhée persiste; il y a de fréquentes, mais peu abondantes épistaxis.

Le 17, l'hyperesthésie disparaît complétement.

Le 20, le malade entre en convalescence; il se lève, mais il éprouve toujours de la douleur dans les reins et une grande faiblesse.

Le 1er septembre, il marche avec peine. On l'envoie à Vincennes.

Nous le revoyons le 15 septembre à la consultation; il n'a pas encore récupéré ses forces et ne peut marcher qu'à l'aide d'un bâton.

Ailleurs, l'hyperesthésie variait en proportion de la gravité générale de la maladie, ou de l'ensemble de ses symptômes. Deux fois nous l'avons vue disparaître complétement à la fin du premier septé-

---

spectoral réclame un médecin en permanence (du moins pendant la saison), et non un médecin touriste.

Si j'ai parlé en faveur du maintien de l'inspectorat, ce n'était pas pour dire que je ne trouverais rien à changer, rien à modifier dans cette institution. Je pense tout d'abord que la charge devrait être gratuite: la rétribution des inspecteurs a toujours été une des difficultés de l'institution même, et la gratuité des fonctions viendrait en quelque sorte faire contre-poids à l'avantage que le titulaire peut tirer de sa position; elle ferait aussi taire, en partie du moins, les accusations plus ou moins malveillantes qu'on se plait à diriger contre l'inspectorat.

De plus, comme tous les inspecteurs n'envoient pas régulièrement chaque année leur rapport à l'administration, et que cette négligence de la part d'un certain nombre d'entre eux a motivé des plaintes de la part du ministère et de l'Académie de médecine, je pense qu'il faudrait rémunérer les rapports, les mémoires ou les travaux que les inspecteurs sont chargés d'adresser à l'administration. Les fonds ou une partie des fonds, destinés jusqu'à présent à rétribuer l'inspectorat, pourraient être affectés à cette dépense. On ne récompenserait, bien entendu, que les travaux signalés à cet effet par la commission des eaux minérales de l'Académie, et la rémunération serait nécessairement en raison du mérite de chaque travail. Par ce genre de stimulant l'administration atteindrait plus facilement son but, et la science y gagnerait.

Enfin (et ceci pourrait être considéré comme la garantie d'une appréciation impartiale), tous les travaux jugés dignes d'être récompensés devraient être publiés dans un recueil spécial, lequel recueil deviendrait avec le temps une source de documents précieux, une riche mine pour la science hydrologique.

Dr J. Kuhn,
Médecin à Niederbronn.

LES CONSULTATIONS DE MADAME DE SÉVIGNÉ.

(Suite. — Voir les nos 11, 13, 18, 23, 25, 27, 30, 33, 37, 38, 40, 41, 43, 46 et 51 de l'année 1862, et les nos 2, 10, 22, 24, 26, 42 et 46 de l'année 1863.)

A la date du 28 décembre 1689, madame de Sévigné déclare qu'elle a observé très-positivement que cette année les jours sont moins courts que d'ordinaire. Elle dit qu'il en a été de même les trois ou quatre ans qui précèdent, que tout le monde en a fait la remarque, que l'abbé Têtu en a parlé à l'Observatoire; mais elle ne dit pas ce que l'Observatoire a répondu. Ainsi voilà un grand phénomène météorologique indiqué en passant, au pied levé; tirez-en tel parti qu'il vous plaira, mais surtout ne le révoquez pas en doute. C'est un fait, disent les observateurs; j'ai vu, j'ai constaté; mais qui prouve que vous avez bien vu, que vous savez voir? Quelles précautions avez-vous prises pour éviter

naire, puis reparaître avec une intensité remarquable sous l'influence d'une complication grave.

Nous ne pouvons fixer d'une manière tout à fait précise l'époque à laquelle apparaît l'hyperesthésie, nos malades n'ayant été généralement admis à l'hôpital qu'après plusieurs jours de maladie. Chez tous néanmoins nous l'avons constatée dès le jour de leur entrée. C'est donc, dans la grande majorité des cas, un symptôme du début, et il est infiniment probable qu'il succède immédiatement aux prodromes, si même il ne se confond pas avec eux.

Chez nos sujets, la durée de l'hyperesthésie a été extrêmement variable. Tantôt elle disparaissait deux ou trois jours après leur admission à l'hôpital, c'est-à-dire dans le courant ou à la fin du premier septénaire; tantôt elle persistait pendant la deuxième semaine, ou même jusqu'à une époque bien plus avancée. Notons qu'elle peut se prolonger, plus ou moins atténuée, jusque dans la convalescence, et survivre pendant quelque temps au mouvement fébrile. D'une manière générale, il y avait un rapport assez exact entre la durée de l'hyperesthésie et l'extension qu'elle avait prise, ces deux éléments étant d'ailleurs approximativement proportionnels à la gravité générale de la maladie. Mais cette règle n'a qu'une valeur relative.

L'hyperesthésie cutanée s'accompagne dans un certain nombre de cas d'hyperesthésie musculaire, de rachialgie, et bien plus fréquemment, presque toujours, d'hyperesthésie spinale. Il n'y a pas de rapport constant entre l'une et l'autre. Quelquefois cependant l'hyperesthésie spinale occupe toutes les apophyses épineuses situées au-dessous de la ligne qui limite supérieurement l'hyperesthésie cutanée, mais dans ce cas, elle remonte toujours un peu plus haut, de quatre ou cinq apophyses épineuses, par exemple.

L'hyperesthésie spinale, moins régulière dans son mode d'apparition et de manifestation que l'hyperesthésie cutanée proprement dite, bien plus fréquente qu'elle, est au moins aussi variable que celle-ci sous le rapport de l'étendue dans laquelle elle se dessine : de l'atlas non-seulement aux vertèbres lombaires, mais même jusqu'à l'extrémité du sacrum, il n'est pas un point qui n'en soit parfois le siége. Rarement cependant elle règne dans toute cette hauteur. Presque jamais, d'une autre part, elle n'est limitée à une seule apophyse épineuse, et dans les cas les plus légers, nous avons à peu près toujours trouvé au minimum deux ou trois apophyses épineuses douloureuses à la pression.

Dans quelques cas l'hyperesthésie spinale suit dans sa distribution une marche ascendante analogue à celle de l'hyperesthésie cutanée. Ailleurs il n'en est pas de même. L'hyperesthésie spinale peut occuper les vertèbres cervicales seules, ou bien les dernières cervicales et les premières dorsales seulement, ou bien quelques vertèbres dorsales, à l'exclusion de toutes les autres. La limite est ici parfois nettement tracée, mais ailleurs l'hyperesthésie s'efface insensiblement à partir du centre où elle a son maximum d'intensité.

Il est facile de s'assurer que c'est bien d'une hyperesthésie cutanée qu'il s'agit. S'il en était autrement, une pression profonde devrait être plus douloureuse qu'une pression superficielle; or il n'en est rien, et parfois c'est précisément le contraire que l'on remarque. La sensibilité anormale n'est d'ailleurs pas limitée exclusivement au niveau des apophyses épineuses; elle existe également dans leurs intervalles et sur leurs côtés dans une zone plus ou moins large. Elle est seulement plus facile à mettre en lumière, comme partout ailleurs, là où la peau repose à peu près directement sur un plan osseux. D suffit, pour le dire en passant, de signaler ce fait pour faire voir qu'il ne s'agit pas là de points névralgiques. Il est probable que l'hyperesthésie spinale, analogue en cela à l'hyperesthésie de la peau de ses extrémités, entre pour sa part dans les douleurs que provoquent les mouvements de la colonne vertébrale chez les sujets qui en sont affectés; mais le plus souvent ces douleurs paraissent avoir principalement pour siége les masses musculaires et peut-être les tissus articulaires.

L'hyperesthésie spinale offre, sous le rapport de son intensité, de grandes variations, comme l'hyperesthésie cutanée. Il est des cas dans lesquels elle ne le cède en rien à l'intensité de celle-ci (elle peut être assez vive pour empêcher les malades de prendre le décubitus dorsal); généralement cependant elle nous a paru un peu plus modérée. Nous n'avons pas remarqué qu'elle fût sensiblement plus prononcée, en thèse générale, au niveau des vertèbres plus déclives qu'au niveau de celles situées plus haut. Elle n'affecte pas davantage, dans sa marche, une progression ascendante ou descendante régulière.

Nous avons par contre vu presque toujours l'hyperesthésie spinale partager très-exactement les destinées de l'hyperesthésie cutanée proprement dite sous le rapport de son époque d'apparition, de sa durée et de sa marche croissante ou décroissante.

L'hyperesthésie spinale, nous le répétons, est un symptôme qui se présente chez un très-grand nombre de typhoïdes, peut-être dans la moitié des cas dans les circonstances ordinaires, et même plus souvent chez les enfants et chez les femmes. Elle est certainement aussi fréquente que les bourdonnements d'oreille, par exemple, sinon davantage. Nous croyons donc qu'elle doit être inscrite au nombre des symptômes habituels de la fièvre typhoïde. Cette assertion pourra paraître surprenante, mais que l'on veuille bien la contrôler, et nous sommes convaincu que l'on arrivera au même résultat que nous. Il ne suffit pas pour cela de questionner les malades qui, presque toujours, répondent négativement. Il faut interroger directement la sensibilité de chaque apophyse épineuse.

L'hyperesthésie spinale coexiste fréquemment, ainsi que nous l'avons vu, avec l'hyperesthésie cutanée. Elle est à peu près constante chez les sujets qui éprouvent de la rachialgie. Elle s'associe du reste volontiers avec les divers symptômes que nous étudions plus loin.

L'hyperesthésie musculaire, compagne fréquente des douleurs musculaires spontanées et de l'hyperesthésie cutanée, est bien plus que celle-ci la source de souffrances pénibles et difficilement évitées pour les malades. Mise en éveil par chaque contraction des muscles endoloris, elle fait un supplice de tous les mouvements, condamne parfois les malades au repos ou ajoute encore aux incommodités qu'elle crée en provoquant, par action réflexe, des contractures fort gênantes.

Lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'une exaltation analogue de la sensibilité des nerfs cutanés, on la reconnaît facilement. La douleur que la contraction provoque dans un muscle non endolori préalablement ne peut tenir à une autre cause, et une pression méthodique

---

l'erreur? Savez-vous même quelles sont les causes d'erreur qui se rencontrent dans les observations de ce genre? Il n'y a que ceux qui passent leur vie à faire des expériences qui connaissent l'immense difficulté que l'on éprouve à produire un résultat à l'abri de toute objection.

Un nouveau cas de mort subite se présente dans la lettre du premier de l'an 1690. Un des membres de la collégiale de Grignan, l'abbé *Lausier*, en sortant de déjeuner tomba roide mort, et quand le cadavre fut porté à l'église pour la cérémonie funèbre, le sang coulait de tous côtés de son cercueil. *Ah! mon Dieu! quelle idée! le sang coule-t-il d'un corps mort? Oui, puisque vous le dites.* Autrefois on croyait que ce phénomène se produisait dans le cas de mort violente, quand le meurtrier se trouvait en présence de la victime. Madame de Sévigné fait allusion à cette croyance : elle dit que ce sang ne demande pas *justice*, mais *miséricorde*. Cette scène, racontée avec beaucoup de charme et de sensibilité, montre quelles salutaires réflexions inspirait un événement de ce genre.

Autre scène, mais moins lugubre. M. de la Trousse, avec sa paraplégie, ne va pas mieux; il n'a pas voulu recevoir *Beaulieu*, le valet de chambre de la marquise, envoyé par elle pour savoir comment se portait ce personnage. Le fidèle serviteur, habitué à être bien reçu partout, lui à qui les plus grandes dames demandent des nouvelles de sa maîtresse, ne peut digérer le refus du pauvre paralytique, et se plaint de ce manque d'égards. Les récriminations sont non moins amères que plaisantes, et madame de Sévigné les raconte à sa fille d'une manière fort agréable (4 janvier 1690).

Il y a bien encore dans la même lettre une plaisanterie fort étrange à propos du *soufre nerval* prescrit à M. le comte de Grignan par *Alliot*. Madame de Grignan, qui a voulu se renseigner à ce sujet auprès du docteur, s'est trompée de nom, elle a dit un autre mot, et ce mot, relevé par la marquise, par M. de Sévigné, et même par la jeune femme, constitue un chapitre sur lequel tout le monde s'égaye aux dépens de la comtesse. Nous n'en dirons pas davantage sur ce sujet, laissant aux curieux le plaisir de faire des conjectures. Ajoutons seulement que c'est encore dans cette lettre qu'on trouve la mention de la mort de madame de Motteville, arrivée le 29 décembre 1689. On a de cette dame des mémoires fort intéressants sur la reine, mère de Louis XIV, sur la minorité de ce monarque et sur les événements qui signalèrent le commencement de son règne.

Un motif tout personnel me porte à consigner ici un petit document historique d'une nature spéciale. Dans sa lettre du 8 janvier, la marquise se moque agréablement de sa fille qui, ne sachant que lire, en est réduite à s'occuper des *Oraisons du Père Coton*. Or ce Père Coton, célèbre jésuite, avait été le confesseur d'Henri IV. Orateur emphatique et ridicule, il a laissé quelques discours, entre autres une oraison funèbre de M. de Villeroi, dans laquelle, s'adressant à la Mort, il dit : *Dévorer toujours, et toujours être en toi décharnée et sur nous acharnée!* Ce personnage avait beaucoup d'influence sur les déterminations du roi, et

suffit au besoin pour lever tout doute. Il n'est pas tout à fait aussi aisé de trancher la question lorsque l'enveloppe cutanée sus-jacente est elle-même hyperesthésiée. Toutefois, ici encore, on voit parfois la contraction des muscles provoquer de la douleur, dont il est impossible de rapporter l'origine à la tension de la peau, ainsi dans la continuité des membres, au dos. D'autre part, en explorant comparativement, par une pression uniforme, les points dans lesquels la peau repose directement sur le squelette, à ceux dans lesquels elle recouvre des masses musculaires, on peut constater parfois que dans ces dernières la douleur provoquée est beaucoup plus vive, ce qui suffit.

Le siége de l'hyperesthésie musculaire est extrêmement variable. On peut l'observer à peu près dans tous les muscles des extrémités, de l'abdomen, du thorax, du cou. Lorsqu'elle coexiste avec l'hyperesthésie cutanée, nous avons pu constater que sa distribution correspond presque identiquement à la répartition de celle-ci, dont elle paraît partager la marche ascendante. Il nous a semblé toutefois qu'elle s'arrête à un niveau moins élevé, et qu'en général elle est plus fugace. Son début paraît d'ailleurs coïncider à peu près avec la première apparition de l'hyperesthésie cutanée. Plus encore que celle-ci elle échappe facilement à l'attention, lorsqu'on ne la recherche pas expressément.

Douleurs spontanées. — A côté des symptômes précédents viennent se ranger diverses sensations douloureuses spontanées. Elles présentent quelquefois la plupart des caractères des douleurs névralgiques; mais les faits de ce genre sont exceptionnels, et dans la grande majorité des cas il n'en est pas ainsi.

Il n'est guère possible de déterminer avec précision dans quels tissus ou dans quels organes ces douleurs se font ressentir. Il s'agit ici d'un symptôme purement subjectif et dont l'analyse rencontre dès lors de grandes difficultés. Il est probable cependant que les nerfs sensitifs des muscles doivent en réclamer une bonne part pour leur compte. Quant aux articulations, ligaments, etc., ils sont peut-être réellement le siége, en partie, des douleurs spontanées dans la rachialgie; mais il n'est guère possible de s'en assurer, et, en somme, il est impossible d'établir ici les mêmes distinctions que pour l'hyperesthésie. La meilleure division à adopter nous paraît être toute topographique; elle rapprochera d'ailleurs en grande partie les deux modes d'altération de la sensibilité. Nous parlerons donc successivement de la rachialgie, des irradiations douloureuses qui s'y associent, des douleurs des extrémités, et de la douleur thoracique.

Rachialgie. — Nous comprenons dans l'appellation générale de rachialgie toutes les douleurs que les malades rapportent à la colonne vertébrale ou aux parties immédiatement adjacentes, quelles que soient d'ailleurs la région et l'étendue dans lesquelles elles se font sentir.

Cette rachialgie concomitante de la fièvre typhoïde a été mentionnée dans l'une ou l'autre de ces formes depuis bien longtemps. Les douleurs du dos sont signalées par Finke, dans sa relation de la constitution épidémique du Tecklembourg.

Le même symptôme a été décrit par un assez grand nombre d'auteurs. Il a surtout été étudié avec soin par MM. Lombard et Fauconnet.

J'ai observé comme MM. Fauconnet et Lombard, mais bien moins souvent qu'eux, la céphalalgie occipitale en même temps que la rachialgie cervicale. Elle me paraît être une de ces irradiations douloureuses auxquelles la rachialgie donne si souvent lieu dans diverses parties.

La rachialgie présente autant de variétés de siége, d'étendue et d'intensité que l'hyperesthésie spinale. Elle peut n'apparaître que par le redressement de la tête et du tronc. Dans les cas les plus simples, c'est une douleur modérée, fixe, sourde, pénible surtout par sa persistance; mais souvent aussi elle acquiert une intensité redoutable. Les malades accusent alors une sensation de brûlure ou une douleur profonde, térébrante, déchirante, le long du rachis, dans les masses musculaires des gouttières vertébrales, à la nuque. Le moindre mouvement leur arrache des cris, et ils s'astreignent autant que possible à l'immobilité. Le redressement de la colonne vertébrale est surtout pénible; aussi les malades renversent-ils la tête sur la nuque, et quand tout le rachis est envahi, ils prennent l'attitude d'un individu atteint d'opisthotonos. Les enfants surtout enfoncent violemment leur occiput dans leurs oreillers, et s'opposent obstinément aux efforts que l'on tente pour leur relever la tête. Ce n'est encore là qu'une contraction musculaire volontaire; mais on comprend qu'il n'y ait pas très-loin de là à une véritable contraction tétanique.

La rachialgie, de même que tous les symptômes étudiés jusqu'ici, est un symptôme du début: elle s'associe même souvent aux prodromes, et sa durée est généralement assez courte. Dans les cas les plus simples, comme l'ont observé MM. Lombard et Fauconnet, elle peut disparaître au bout d'un très-petit nombre de jours. Elle dépasse rarement la fin de la première semaine, et ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'elle se prolonge dans la troisième.

J'appelle spécialement l'attention des médecins sur les douleurs lombaires, que j'ai observées bien plus fréquemment que MM. Lombard et Fauconnet. Elles se présentent au début de la fièvre typhoïde absolument comme pendant l'invasion de la variole, moins constamment toutefois. Aussi se tromperait-on bien souvent si l'on voulait se servir de ce symptôme pour trancher le diagnostic différentiel entre ces deux maladies, diagnostic souvent si hérissé de difficultés au deuxième et au troisième jour des varioles et des varioloïdes non confluentes.

Irradiations douloureuses diverses. — A part les cas extrêmement simples de douleurs lombaires de médiocre intensité, la rachialgie n'apparaît presque jamais isolée. Le plus souvent elle s'accompagne de divers autres phénomènes qui partagent en général son sort et qui ont avec elle incontestablement des rapports intimes. Nous en indiquerons seulement quelques-uns ici, parce que c'est à la faveur de ce rapprochement qu'il est possible de comprendre qu'ils se rattachent probablement à un trouble fonctionnel de la moelle, et non à une affection périphérique.

C'est ainsi que la douleur à la nuque peut s'accompagner de douleurs dont la distribution ne rappelle en rien celle dont l'origine est notoirement spinale; chez tel malade, c'est une douleur très-aiguë dans la partie droite du cou et au bras droit; la tête est déviée du côté droit; les muscles du même côté sont très-douloureux sous la pression, et par la moindre pression la douleur descend dans le bras

---

l'on disait en parlant de l'un et de l'autre: *Notre roi est bon, mais il a du coton dans les oreilles!*

Madame de Sévigné n'en avait certes pas quand on lui parlait de sa fille; elle entendait à demi-mot, trop bien même, car allant au-devant de ce qu'on lui disait, elle supposait bien des choses dont elle devait plus tard reconnaître l'inanité. La maladie, ce fantôme qui la poursuivait toujours, troublait sa vie par des alarmes continuelles, et cependant, forcée de renoncer à ses craintes imaginaires, elle arrivait peu à peu à des raisonnements comme celui-ci : *Pour ces santés délicates, elles méritent qu'on y prenne confiance; je vous avoue sincèrement qu'après les états où j'ai vu madame de Méri, je la crois immortelle, et qu'ayant confiance à la sagesse et à l'application de madame de la Fayette pour la conservation de sa personne, il me semble qu'elle sortira toujours de ses maux.* Le mot *toujours* est bien hardi, on en conviendra, pour une dame si pusillanime, si fort en garde contre les hasards de la vie, si habile à prévoir des catastrophes. Après les deux beaux exemples qu'elle vient de citer, elle parle d'elle-même en ces termes : *Ma santé, Dieu me la donne jusqu'à présent d'une perfection qui me surprend moi-même, et qui me ferait peur si je m'observais autant que vous m'observez.* Elle se promène quand il fait beau, et si le temps ne le permet pas elle reste dans sa chambre. *Voilà sur quoi je ne suis plus la même, car autrefois c'était un sot vœu de sortir tous les jours.*

Elle dit très-tendrement à sa fille qu'elle se trouve heureuse d'avoir sur elle une avance d'années et de penser que les premiers vont devant: *Vraisemblablement et naturellement, je garderai mon rang avec vous.* Elle a pu craindre autrefois que cet ordre légitime fût interverti, mais aujourd'hui, 11 janvier 1690, *vous vous portez bien, toutes choses ont repris leur place naturelle.*

M. le chevalier de Grignan se trouve bien du séjour en Provence, les hivers mitigés lui conviennent mieux que ceux de Paris, *il est comme les hirondelles, il lui faut du soleil*, et à cet égard la marquise apprécie avec justesse l'influence du climat chaud sur les personnes affectées de goutte et de rhumatisme. Elle semble croire qu'on vieillit moins vite en Provence, et cependant elle reste aux Rochers, où la retiennent des intérêts majeurs. Elle fait des économies, elle calcule et dirige ses *lods et ventes* avec l'aide de l'abbé Charrier, qui a remplacé son oncle de Coulanges, et même au milieu de ces ennuis, elle trouve que le temps passe trop vite. *Je ne puis m'accoutumer à la date de cette année* (1690), dit-elle, *et cependant elle sera bientôt passée; nous trouverons bientôt le fond de notre sac de mille francs* (Elle comparait l'année à un sac de mille francs, qui est bientôt vide quand on a commencé d'y puiser.)

Elle se soignait bien en Bretagne, elle avait de belles vaches, de bon lait; elle prenait la crème bien sucrée mêlée avec du café, elle appelait cela *du lait cafeté* ou du *café laité*, et s'en trouvait à merveille. *Du Bois l'approuve fort pour la poitrine, pour le rhume*, et le docteur Alliot partageait cette opinion. *Nous faisons ici fort bonne chère; nous n'a-*

droit et en gène les mouvements. Chez un autre, la douleur de la nuque s'étend aux épaules. Il en était ainsi chez une jeune fille que, grâce à l'obligeance de mon excellent collègue M. Verliac, j'ai pu observer dans le service de M. Duplay. Il semblait à cette malade qu'un poids énorme lui écrasait les épaules, dont les muscles étaient le siége de douleurs spontanées atroces et d'une vive hyperesthésie. Ailleurs encore la douleur lombaire s'accompagne de douleurs dans l'hypogastre, dans les régions iliaques, dans divers points de l'abdomen, à l'épigastre, dans l'un des hypocondres; ou bien la rachialgie dorsale s'irradie dans l'une des extrémités supérieures; celle-ci est engourdie, roide, etc. Chez trois malades de M. Poulet, la lombalgie s'accompagnait, une fois de coliques hypogastriques, et deux fois de douleurs sciatiques fort vives, etc.

Ces divers accidents ne portent pas avec eux, si on les envisage d'une façon isolée, le cachet de l'origine spinale. Leur coïncidence chronologique avec la rachialgie et avec d'autres accidents spinaux incontestables, leur disparition sous l'influence des moyens dirigés contre ceux-ci, donnent cependant à l'opinion de MM. Lombard et Fauconnet, qui en font remonter l'origine à la moelle, une assez grande force. Je dois avouer que je me sens assez porté à me rallier à cette opinion, mais c'est un point sur lequel je conserve des doutes. Il se pourrait, en effet, que ces accidents fussent dus à une perversion des fonctions du système nerveux périphérique, survenue sous l'influence de la cause qui jette le désarroi dans les fonctions médullaires, et par un mécanisme analogue. Le système nerveux périphérique peut en effet être troublé dans l'une ou l'autre de ses circonscriptions en dehors de toute participation prédominante de la moelle et de toute complication cérébrale.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

GUÉRISON DU TÉTANOS TRAUMATIQUE PAR LA NÉVROTOMIE. — EMPLOI DU TANNIN DANS LA CONJONCTIVITE. — DU TRAITEMENT DE L'OZÈNE PAR LE PERMANGANATE DE POTASSE. — PROCÉDÉ TRÈS SIMPLE POUR LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE ET DES KYSTES SÉREUX. — TRAITEMENT ABORTIF DE LA PUSTULE MALIGNE PAR L'EMPLOI TOPIQUE DU SUBLIMÉ. — DU TRAITEMENT DES VASTES ABCÈS FISTULEUX DE L'AISSELLE PAR LES INJECTIONS D'EAU CHLORURÉE. — DE L'INCISION DES GENCIVES COMME MOYEN DE REMÉDIER AUX ACCIDENTS CONVULSIFS DE LA PREMIÈRE DENTITION.

GUÉRISON DU TÉTANOS TRAUMATIQUE PAR LA NÉVROTOMIE.

Parmi les nombreux moyens proposés pour guérir cette terrible affection qui se nomme le tétanos, la névrotomie est un de ceux dont l'emploi nous semble le plus rationnel, et ce traitement éminemment chirurgical compte jusqu'à présent en sa faveur un certain nombre de succès, il est vrai qu'il n'est guère applicable que dans les cas de tétanos traumatique, c'est-à-dire dont le point de départ peut être connu et l'origine en quelque sorte localisée. Quoi qu'il en soit, nous croyons devoir enregistrer les deux faits suivants empruntés au *British medical Journal* (10 octobre 1863), tout en faisant nos réserves en faveur de l'opium, lequel pourrait dans les deux cas revendiquer une bonne partie de la guérison. Voici donc le résumé de ces deux observations :

1° TÉTANOS GUÉRI PAR LA SECTION DU NERF MÉDIAN.

Un jeune brahmine, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital de Calcutta, service de M. Fayrer, le 3 novembre 1862. Une semaine auparavant, il s'était enfoncé dans la main gauche, à la base du pouce, quelques éclats de bambou, qui se brisèrent et restèrent logés dans l'éminence thénar; bientôt suppuration, douleur vive. Pendant les trois jours qui précédèrent son admission, le malade avait pu fermer les doigts de la main blessée; mais quand il voulait les étendre, le pouce et les trois doigts qui reçoivent leurs nerfs du médian, se contractaient et se tordaient d'une manière spasmodique. Pas de spasme dans le bras, mais douleur à l'épaule gauche, et trismus incomplet permettant encore l'introduction entre les dents d'un manche de couteau. M. Fayrer fait une incision à la paume de la main, et enlève un éclat de bois de la longueur d'un pouce; lavement purgatif, potion avec deux grains d'opium.

Le lendemain (4 novembre) continuation des contractures dans la main; contractions spasmodiques fréquentes dans le dos, et rigidité de la mâchoire; le plus léger attouchement amène des contractures dans le bras, le dos et la mâchoire. Potion avec teinture de chanvre indien et chloroforme; lavement purgatif, cataplasmes laudanisés sur la main. Ablation d'un autre éclat de bambou. Comme ces fragments se trouvaient implantés juste à l'endroit où le nerf médian se divise en rameaux digitaux, le chirurgien fait chloroformer le malade, et divise le médian au-dessus du ligament annulaire. Il n'y a pas de résultat obtenu sur le moment, mais six heures après, les doigts sont un peu engourdis, la main et le bras douloureux, et les contractures ont diminué de fréquence et d'intensité.

Le 5 novembre, la rigidité du cou et des mâchoires a disparu. Les contractures du bras et de la main persistent, mais avec moins de violence et de durée. Le chanvre indien, et l'opium et le chloroforme sont continués jusqu'au 9 novembre. Le 12 ouverture d'un nouvel abcès de la main; et ablation d'un troisième éclat de bambou. Cessation des contractures; les doigts restent encore fléchis, mais avec moins de rigidité; cet état persiste quelque temps après la disparition des contractures. À sa sortie de l'hôpital, le 28 novembre, le malade pouvait étendre les doigts sans trop de peine, et commençait à en recouvrer l'usage.

2° TÉTANOS GUÉRI PAR LA SECTION DU NERF SAPHÈNE INTERNE.

Le 14 décembre 1859, par un temps très-froid, un homme vigoureux, âgé de 30 ans, d'habitudes modérées, tomba d'une hauteur de 3 mètres. Il y eut fracture de la jambe droite, avec issue des fragments à travers la peau. Il ne fut pansé qu'après être resté une heure sur le sol. Le tibia et le péroné étaient brisés : l'on dut extraire quelques fragments.

Le 16, le malade se plaint d'un mal de gorge, dû, dit-il, au froid qu'il a éprouvé avant d'être pansé.

Le 17, il accuse des douleurs au cou, ainsi que dans les dents.

Le 18, M. Wood le trouve le cou et la tête renversés en arrière, les mâchoires serrées : il y avait des attaques de spasme de temps en temps. — 10 centigr. de chlorhydrate de morphine.

Le 19, les spasmes ont continué; occlusion des mâchoires; sensation d'engourdissement dans l'autre jambe; on est obligé de remédier au dé-

---

vons pas votre Sorgue, mais nous avons la mer, et le poisson ne nous manque pas. Il nous vient toutes les semaines du beurre de la Prévalair, je l'aime et le mange comme si j'étais Bretonne. Les longues beurrées lui fournissent une remarque digne d'intérêt. *Votre frère y mat que toutes ses dents, et ce qui me fait plaisir, c'est que j'y marque encore toutes les miennes.* Ajoutons une particularité qui subsiste encore dans l'ouest de la France. On recouvre une tartine de fines herbes et de violettes, quelquefois on y met des fleurs de pêcher; *le soir on mange un potage au beurre, puis des pruneaux et des épinards, et nous disons avec confusion : Qu'on a de peine à servir la sainte Église! Voilà le chapitre du carême vidé.* (19 février 1690.)

Madame de Sévigné se moque volontiers des prédicateurs de province; ceux qu'elle a entendus à Paris l'ont rendue difficile, cela se conçoit. Bossuet, Fléchier, Bourdaloue et tant d'autres illustres orateurs n'avaient pas de rivaux; aussi la dame préférait-elle aux sermons médiocres les bonnes lectures dont nous avons si souvent parlé. Elle se permettait même de prêcher, et dans une lettre du 26 février, elle dit à sa fille : *Point d'ennemis, ma chère enfant; faites-vous une maxime de cette pensée qui est aussi chrétienne que politique;* et elle ajoute : *Non-seulement point d'ennemis, mais beaucoup d'amis.* Ces conseils excellents sont appuyés de motifs péremptoires, d'exemples frappants, qui montrent à nu l'âme de cette femme, aussi pleine de tendresse que de raison et même de calcul.

Une princesse de sang royal, madame la dauphine, mourut le 20 avril 1690, à sept heures et demie du soir; on ne dit pas de quoi; mais la pauvre femme, en expirant, laissait entendre à toute la famille royale que sa mort devait être attribuée à l'impéritie de *Clément*, son accoucheur. Madame partageait cette opinion, mais il paraît certain, dit la marquise, *qu'elle n'avait aucun mal dans tous ces lieux-là.* Il est assez remarquable que la marquise soit du parti de la médecine, ou plutôt du médecin, contre le public si disposé à lui attribuer la perte des malades, même incurables; nous ne sommes pas habitué à lui faire compliment de tant d'indulgence. Peut-être l'âge lui donnait-il plus de jugement. Il est fâcheux qu'une longue série de lettres ait été perdue, on ne sait comment, car elle resta encore aux Rochers pendant sept mois, jusqu'au commencement de novembre 1690, et l'on ne possède aucune des nombreuses épîtres qu'elle a dû adresser à sa fille pendant ce laps de temps. Le comte de Bussy, le président de Moulceau, M. de Lamoignon, madame de Coulanges et madame de la Fayette entretenaient avec la marquise une correspondance assez active, mais dans laquelle nous ne trouvons rien qui nous intéresse spécialement.

P. MENIÈRE.

(La suite prochainement.)

placement des fragments que les convulsions ont produits. — Purgatifs, 5 centigrammes d'opium toutes les trois heures.

Le 20, le spasme est revenu; le malade, extrêmement alarmé, frémit dès qu'on approche de sa jambe et même lorsqu'on marche dans la chambre.

M. Wood, voyant l'inutilité de l'opium (des applications opiacées avaient aussi été faites), se demanda si, en coupant le nerf dont les rameaux étaient irrités par les fragments, on ne pourrait pas espérer de mettre fin à ces graves symptômes. Soupçonnant, vu le siége de la lésion, que le saphène était le nerf compromis, il pressa le long du crural antérieur, très-douloureux, jusqu'à ce que, arrivant à toucher la branche interne du saphène, le malade s'écria : « La douleur répond à ma plaie ! »

Sûr d'être dans la bonne voie, M. Wood divisa alors en travers ce tronc nerveux; à ce moment, le patient s'écria qu'il ressentait quelque chose dans la plaie, ainsi qu'à l'extrémité des orteils. *L'opium fut continué à forte dose.*

Depuis l'opération, aucun spasme ne reparut, si ce n'est le cinquième jour, un tressaillement causé par quelque rêve. Tout, d'ailleurs, marcha favorablement, et la guérison fut peu à peu complète.

EMPLOI DU TANNIN DANS LA CONJONCTIVITE.

Dans la période aiguë de la conjonctivite, M. Sheaton emploie le collyre au tannin, dans la proportion de 4 à 8 grammes dans 30 grammes d'eau distillée. Quelques gouttes instillées dans l'œil amènent un larmoiement considérable, mais sans la douleur et le picotement parfois insupportables des sels minéraux, et en en répétant l'usage aussi souvent que l'intensité du mal le réclame, on voit bientôt survenir la contraction des capillaires engorgés.

M. Sheaton préfère ce collyre à ceux qui ont pour base un sel minéral astringent, tels que les sels d'argent, de cuivre, etc. Le perchlorure de fer qui en est le type, ne mérite pas même de faire exception. Employé dans une conjonctivite subaiguë, avec chémosis, la solution normale, diluée au dixième, produisit une douleur si violente et une telle coagulation des liquides albumineux, que le malade fut une heure environ à jeter des cris, en disant qu'il n'y voyait plus à cause des flocons albumineux qui venaient se placer par intervalle devant la pupille. Il n'y a pas à redouter de voir le tannin produire de pareils accidents. (*Union médicale*, n° 124, 1863.)

DU TRAITEMENT DE L'OZÈNE PAR LE PERMANGANATE DE POTASSE.

Après ce tribut payé à la chirurgie étrangère arrivons à la pratique française; nous y trouverons bon nombre de faits intéressants à noter.

Le dernier numéro des *Archives*, contient un mémoire de M. Reveil sur le permanganate de potasse et ses diverses applications. Ce précieux désinfectant sur lequel l'attention de l'Académie des sciences a été appelée par une communication de M. Demarquay (séance du 5 mai 1863), et celle de l'Académie de médecine, par le rapport de M. Blache, sur un travail de M. Castex, continue à donner d'excellents résultats, à la Maison municipale de santé, où il est journellement employé dans le service de M. Demarquay, pour désinfecter les plaies, surtout celles qui résultent d'ulcérations chroniques, par exemple dans les cas de cancer utérin. Mais c'est surtout dans l'ozène que ce chirurgien en a observé des effets remarquables, et cela tout récemment encore chez un enfant dont la dégoûtante affection faisait le désespoir des parents. Ce résultat a été obtenu à l'aide de lavages et d'injections dans les fosses nasales d'une solution contenant de 1 à 4 grammes par litre de permanganate. Cet énergique désinfectant, en faisant dès les premiers jours disparaître entièrement l'odeur de cette repoussante infirmité, constitue par cela seul un puissant encouragement à continuer le traitement. Nous ne verrions pas d'ailleurs d'inconvénients à combiner la méthode de M. Cazenave avec ce nouveau moyen thérapeutique, et à employer les injections de nitrate d'argent concurremment avec celles de permanganate de potasse.

PROCÉDÉ TRÈS-SIMPLE POUR LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE ET DES KYSTES SÉREUX.

Il pourrait sembler que tout a été dit sur l'hydrocèle et que le traitement de cette affection par l'injection iodée ou, si l'on veut, d'une manière plus générale, par les injections iodées était aussi satisfaisant que possible; il n'en est rien cependant, et l'on a pu voir dans ces dernières années les détestables effets produits par les diverses applications du séton plein ou creux au traitement de cette affection. Voici aujourd'hui, d'après le *Journal de méd. et chir. prat.*, un perfectionnement apporté par M. Maisonneuve au traitement de l'hydrocèle. Il suffit du trocart du stylet ordinaire et du crayon de nitrate d'argent pour tout appareil instrumental. Voici la manière de procéder : on approche d'une lumière quelconque le crayon et la cannelure du stylet dans laquelle coule une goutte de nitrate d'argent en fusion; elle y reste adhérente en se refroidissant. Cela fait, la tumeur est ponctionnée, vidée; puis le stylet bien essuyé et débarrassé du noir de fumée dont il était couvert est introduit par la canule dans la tunique vaginale sur la surface de laquelle on le promène trois ou quatre fois rapidement. La goutte de nitrate d'argent se dissout dans la cavité séreuse et y produit une inflammation suffisante pour amener l'adhésion des feuillets de la tunique vaginale.

Ce traitement d'après M. Maisonneuve oblige le malade à garder le repos pendant huit ou dix jours, la guérison est complète au bout d'un mois. Le même procédé serait applicable à tous les kystes séreux de petite dimension.

TRAITEMENT ABORTIF DE LA PUSTULE MALIGNE PAR L'EMPLOI TOPIQUE DU SUBLIMÉ.

Parmi les divers caustiques proposés pour détruire au début la pustule maligne, le sublimé corrosif est moins employé parce qu'on redoute les accidents qui suivraient son absorption. L'expérience prolongée et les nombreux succès de M. le docteur Missa répondent victorieusement à cette objection. Voici sa méthode et son prétendu secret, rédigés de sa propre main :

« Le secret Dardelle n'a jamais été un secret pour la médecine; l'unique agent de ce traitement est le sublimé corrosif purement et simplement. Avant de le connaître, j'échouais souvent par les autres procédés, et j'étais heureux d'envoyer mes malades à Dardelle, qui les guérissait toujours. Une fois le secret en ma possession, j'ai réussi à mon tour à sauver constamment les personnes affectées de charbon qui se sont présentées à moi. Je puis, sans exagération, estimer à 30 par an le nombre des individus ainsi traités par moi depuis douze années (donc environ 360). Je n'ai échoué que deux fois. Chez l'un, la pustule maligne remontait à cinq jours; chez l'autre à sept. Chez les deux il existait des symptômes d'infection générale lorsqu'ils ont réclamé mes soins. C'est généralement du troisième au quatrième jour que j'ai appliqué mon remède, rarement après le cinquième, une fois au septième: c'est celui qui a succombé. En règle générale, les sujets qui dépassent le cinquième jour sans être soignés meurent infectés vers le huitième ou le dixième.

« Voici la conduite que je tiens : Je taille une rondelle de linge en rapport pour les dimensions avec la largeur de la pustule, je recouvre cette rondelle d'une légère couche de sublimé (deutochlorure de mercure), de l'épaisseur de 2 millimètres ; alors, avec tout le soin possible, je fais en sorte que cet emplâtre soit placé bien précisément sur le lieu malade. Je maintiens le tout au moyen de bandelettes de taffetas agglutinatif, je laisse cet appareil vingt-quatre heures en place; ce temps écoulé, je retire ce pansement, et toujours j'ai la satisfaction de reconnaître que la maladie est détruite. Le pansement se fait trois fois par jour, avec l'onguent styrax étendu sur du linge; il faut avoir l'attention, à chaque pansement, de faire des fomentations huileuses sur le lieu malade et les surfaces tuméfiées avec les huiles de lis, de lin, de camomille et d'hypéricum. Après une dizaine de jours de ce traitement, l'escarre se détache, et la plaie se panse comme une plaie simple. (*Union médicale*, septembre 1863.)

DU TRAITEMENT DES VASTES ABCÈS FISTULEUX DE L'AISSELLE PAR LES INJECTIONS D'EAU CHLORURÉE.

Le *Bulletin de thérapeutique* du 30 novembre dernier publie, sous ce titre, une observation de M. Hervieux, médecin de la Maternité. Il s'agit d'une élève sage-femme âgée d'une vingtaine d'années, blonde, lymphatique, entrée le 5 septembre 1863 dans les salles de l'infirmerie pour une angioleucite du membre supérieur gauche, et à la suite de laquelle on constata le 1er octobre, à un travers de doigt au-dessous du pli de l'aisselle et s'adossant à la partie latérale du thorax, une tumeur molle, sans changement de couleur à la peau, sans fluctuation manifeste.

Les jours suivants la tumeur ne grossit pas; la peau ne parut ni s'amincir ni rougir; mais la malade accusait des douleurs vives dans le creux axillaire et jusque sous l'omoplate; il y avait de la fièvre, de l'inappétence, de l'agitation, de l'insomnie. A l'ouverture de la tumeur un pus séreux très-abondant et mélangé d'une grande quantité de sang noir s'écoule par l'incision; une sonde cannelée introduite dans la plaie y disparut presque tout entière. Elle permit de

s'assurer que l'on a affaire à une vaste poche présentant deux diverticules, l'un qui se porte en avant jusqu'au-dessous du tiers externe de la clavicule, l'autre qui s'étend en arrière jusqu'à l'omoplate.

Le bien-être qui avait succédé le premier jour à l'ouverture de la poche ne persista pas. La tendance de la plaie à se fermer amenait facilement des rétentions de pus qui donnaient lieu à du malaise, de l'anorexie et des redoublements fébriles dans la soirée.

M. Danyau, appelé alors en consultation, jugea nécessaire un débridement et le pratiqua séance tenante. Dès lors, le pus trouva une issue facile, et tous les accidents causés par la rétention de ce liquide disparurent. Mais plus de trois semaines après la seconde incision, l'ampleur de la poche purulente restait la même, la sonde cannelée pénétrait partout à la même profondeur, et, malgré l'emploi d'une médication reconstituante à l'intérieur, on n'apercevait aucune amélioration dans l'état des parties affectées.

Ce fut alors que M. Hervieux prescrivit les injections d'eau chlorurée. Elles furent pratiquées deux fois par jour dans l'excavation, d'abord à des doses très-faibles, au vingtième, puis au dix-huitième, puis au quinzième, pour tâter la susceptibilité du foyer, puis à des doses progressivement croissantes, jusqu'au dixième environ.

En moins de six jours, les dimensions de l'abcès étaient tellement réduites qu'il n'était plus possible, après ce laps de temps, d'introduire par la plaie fistuleuse des mèches dont la longueur eût dépassé 2 centimètres; il ne reste de cette immense poche qui ne mesurait pas moins de 12 à 15 centimètres de diamètre qu'une petite cavité à peine susceptible d'admettre l'extrémité de l'index. En même temps l'état général s'est amélioré; il y a retour des forces de l'appétit, de la fraîcheur, de l'embonpoint.

DE L'INCISION DES GENCIVES COMME MOYEN DE REMÉDIER AUX ACCIDENTS CONVULSIFS DE LA PREMIÈRE DENTITION.

Le même recueil publie sous ce titre un travail de M. le docteur Fonssagrives dont les conclusions tendent à faire revivre cette vieille pratique. Les accidents convulsifs, dit M. Fonssagrives me paraissent être l'indication principale de la section des gencives. Toutes les fois que des convulsions se manifestent chez des enfants qui présentent une ou plusieurs dents saillantes, je n'hésite pas à la conseiller.

L'éclampsie infantile me paraît, je le répète, constituer l'indication la plus ordinaire de l'incision des gencives; mais les symptômes graves d'entérite, de catarrhe pulmonaire profond et de pseudoméningite qui accompagnent si souvent la dentition, la réclament également, à mon avis, et au même degré. Qu'elle agisse en défluxionnant la gencive, en ouvrant une voie à la dent dont la racine doit peser sur le fond de l'alvéole et sur la ramification nerveuse qui lui est destinée, ou bien par une simple contre-fluxion douloureuse, cette petite opération est indiquée d'une manière positive par la coexistence d'un travail dentaire évident et d'accidents généraux graves, pouvant logiquement lui être imputés. Son manuel est du reste des plus simples. A l'exemple de Harris et de Van Swieten, je rejette formellement l'usage du bistouri et de la lancette, qui exposent à blesser la joue, qui font une section trop nette, et qu'il est quelquefois difficile de faire pénétrer jusqu'à la dent. Le sécateur des gencives et le déchaussoir valent mieux, mais je préfère de beaucoup le canif de poche ordinaire, à lame courte coupée en biseau et à dos épais. On peut avec cet instrument exercer une pression considérable et sans préjudice pour les organes avoisinants. Une incision longitudinale suffit pour les incisives et les canines; elle doit être cruciale pour les molaires.

E. SALVA.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

RECHERCHES SUR L'OXYGÈNE, AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. Premier mémoire: DE L'ACTION DE L'OXYGÈNE SUR LES ANIMAUX; par MM. DEMARQUAY et LECONTE.

(Commissaires: MM. Andral, Bernard.)

Lorsque les propriétés si remarquables du chloroforme furent découvertes et que la puissance de cet agent, à la fois merveilleux et terrible, suivant la belle expression de M. Flourens, furent démontrées, il était naturel de penser que les médecins et les chirurgiens chercheraient à faire pénétrer par la voie pulmonaire des agents puissants capables d'imprimer à l'organisme malade une modification heureuse. Il n'en fut rien: les efforts tentés eurent presque tous le même but, celui de chercher un succédané à l'éther et au chloroforme. Il eût été naturel cependant de revenir sur les travaux entrepris à la fin du siècle dernier par les médecins et les physiciens de cette époque.

La découverte des éléments constitutifs de l'atmosphère, et celle de l'oxygène en particulier, excitèrent parmi les médecins les plus vives espérances; la propriété essentielle de l'air vital, de rallumer les corps en ignition, porta quelques médecins, tant en France qu'à l'étranger, à voir dans cet agent le spécifique de la phthisie. Mais bientôt les espérances furent complétement déçues, et Fourcroy fit promptement justice, dans un mémoire resté célèbre, de faits mal observés. Cependant à la même époque, en Angleterre, Bedoës et Davy avaient retiré de l'application de l'oxygène des résultats remarquables dans des maladies différentes de la phthisie. Depuis, plusieurs médecins eurent recours à l'air vital. M. Pravaz (de Lyon), dans son ouvrage sur l'air comprimé, démontra que les effets si curieux qu'il obtenait étaient dus le plus souvent à l'oxygène. Par suite de recherches persévérantes sur les gaz, auxquelles nous nous livrons depuis quelques années, nous avons dû recourir à l'application de l'oxygène tant sur l'homme sain ou malade que sur les animaux: c'est le résumé succinct de ces recherches que nous nous proposons de faire connaître à l'Académie des sciences.

Avant d'appliquer l'oxygène à l'homme sain ou malade, nous avons fait un grand nombre d'expériences sur les animaux, dans le but: 1° d'établir que ces derniers, ainsi que l'ont constaté MM. Regnault et Reiset, peuvent respirer l'oxygène pendant un temps plus ou moins long sans danger pour leur santé; 2° d'étudier l'influence que l'air vital exerce sur l'organisme dans lequel il a été introduit, soit directement par la respiration, soit en l'injectant dans le système veineux; 3° de déterminer le temps pendant lequel les animaux peuvent vivre dans l'oxygène; 4° enfin d'étudier les désordres pathologiques qu'entraîne la mort survenue après un séjour démesurément prolongé dans l'oxygène. Il eût été, en effet, téméraire d'agir sur l'homme sans avoir éclairé notre marche par des recherches physiologiques sur les animaux.

Il résulte de nos expériences que les chiens peuvent respirer pendant longtemps de 30 à 40 litres d'oxygène et au delà, sans témoigner après ces inhalations autre chose qu'une vive gaieté et un grand développement de leur appétit. Mais il était important de savoir quelle modification l'oxygène, ainsi respiré, faisait subir à l'organisme. Pour arriver à ce résultat, nous fîmes à des chiens de vastes plaies dans la région axillaire, et, lorsque celles-ci furent en voie de guérison, nous soumîmes nos animaux à l'action de l'air vital. Il fut alors facile de constater: 1° l'injection vive de la plaie; 2° l'écoulement d'une sérosité transparente à la surface de cette plaie; 3° la continuation de l'expérience amenait une grande quantité de petites pétéchies ou ecchymoses. L'oxygène respiré avait donc une action puissante sur les plaies. Il était curieux de savoir si l'oxygène injecté dans le système veineux donnait le même résultat que lorsqu'il était introduit par la voie pulmonaire; nous fîmes à ce sujet une série d'injections par la veine jugulaire externe, et nous constatâmes les mêmes phénomènes. Ces expériences demandent à être faites avec soin, sans quoi elles amènent la mort de l'animal, ainsi que l'a vu Nysten, par la distension des cavités droites du cœur et par la présence d'un sang spumeux dans les branches de l'artère pulmonaire. Un fait curieux qui ressort de nos études, c'est qu'il est facile d'injecter dans le système veineux une grande quantité d'oxygène, en prenant la veine cave au-dessous du foie ou la veine porte comme siége de l'expérience. Par cette voie nous avons pu injecter près de deux litres d'oxygène sans tuer l'animal et sans que le sang veineux dans lequel nous faisions passer cette grande quantité de gaz fût en rien modifié dans sa couleur; la rate seule, comme si elle était un organe d'hématose, prit une teinte rouge écarlate; toutes les veines abdominales devinrent turgescentes, comme si, sous l'influence de l'oxygène, la masse sanguine se fût accrue. Nous savions, par les expériences de Bedoës et Broughton, et par celles plus récentes de MM. Regnault et Reiset, que des animaux pouvaient vivre longtemps dans une atmosphère d'oxygène; mais ce qu'il était important d'étudier, c'était de déterminer quelles modifications le sang et tout l'organisme des animaux mis en expérience avaient subies, choses qui avaient été incomplétement étudiées par les deux auteurs anglais que nous avons cités plus haut. Il résulte de ces recherches: 1° que des lapins ont vécu de 14 à 17 heures dans de l'oxygène; 2° qu'à la mort des animaux nous trouvions tout le système musculaire extrêmement turgescent; 3° que le système veineux et le système artériel avaient conservé leur coloration normale, contrairement à l'opinion de Broughton; 4° qu'aucun organe, quelque vasculaire qu'il fût, n'était le siége ni d'inflammation ni de gangrène, contrairement à l'assertion de Bedoës; 5° que le système musculaire avait pris une teinte rosée toute particulière (1).

(1) Les expériences sur lesquelles s'appuie ce mémoire seront publiées intégralement dans notre ouvrage sur les gaz.

Sur une opération d'ovariotomie pratiquée a Alais le 9 janvier 1864. Note de M. Auphan.

La malade était une jeune fille de 20 ans, dans des conditions excellentes de santé, et dont la tumeur, ayant son siége dans l'ovaire droit, ne remontait guère au delà de quatorze mois.

Trois ponctions avaient été faites successivement, en avril, juin et juillet 1863, et n'avaient donné lieu qu'à l'issue d'une très-faible quantité d'un liquide épais, visqueux, albuminoïde. La rétraction légère du ventre après chaque ponction avait permis de supposer que les adhérences de la tumeur étaient peu profondes et peu nombreuses.

Le 9 janvier, à dix heures du matin, en présence de M. le professeur Courty, de MM. les docteurs Roch et Auphan (d'Alais), Métaxas (de Marseille), et Chapon (de Portes), médecin ordinaire de la malade, M. le docteur Serres incisa méthodiquement la peau, suivant la ligne blanche, entre l'ombilic et le pubis, sur une étendue d'environ 12 centimètres, puis le péritoine suivant les règles établies. La tumeur ovarique se présenta immédiatement à l'ouverture béante pratiquée sur l'abdomen; elle fut vidée avec les précautions ordinaires, au moyen de l'énorme trocart anglais muni d'un tube conducteur en caoutchouc. La quantité de liquide écoulé de ce premier kyste était de 15 litres environ. Alors seulement, et après avoir agrandi l'incision tégumentaire d'environ 3 centimètres, la main put pénétrer plus librement dans l'abdomen. Les adhérences, presque nulles à droite, étaient au contraire très-nombreuses à gauche, et, quoique assez résistantes, elles avaient pu être détruites avec la main : ces adhérences s'étendaient jusque sur la région diaphragmatique du péritoine. Mais, durant ces manœuvres, un deuxième kyste, contenant environ 3 litres de liquide, se déchira, et la liqueur s'épancha en partie dans la cavité péritonéale. Une troisième tumeur, un peu moins volumineuse, fut attirée à la surface de la plaie et vidée au dehors par une ponction pratiquée au moyen d'un bistouri. Enfin apparut une quatrième poche, d'un litre environ de capacité, que l'on put extraire de l'abdomen non sans quelque difficulté. Plusieurs autres petits kystes furent remarqués à la base de la tumeur.

Le pédicule fut alors saisi par le clamp au point le plus élevé possible, et fixé à l'angle inférieur de la plaie. La tumeur fut sectionnée immédiatement au-dessus du clamp.

On dut ensuite s'occuper de nettoyer le péritoine. Une quinzaine d'éponges furent successivement introduites dans la cavité péritonéale pour enlever le sang et les autres liquides qui s'y étaient épanchés durant l'opération. Puis M. le professeur Courty pratiqua onze points de suture métallique profonde et trois points de suture superficielle. Du coton cardé, bien chaud, et un bandage médiocrement serré terminèrent l'opération. La malade fut transportée dans un lit convenablement chauffé, et grâce à toutes ces précautions et à une assez forte dose d'opium administrée sur-le-champ, elle put goûter pendant quelques heures un sommeil calme et réparateur. Nous avons oublié de dire que pendant toute la durée de l'opération mademoiselle Michel avait été sous l'influence des vapeurs de chloroforme.

Il est à remarquer qu'à la suite de cette épreuve longue et pénible, aucune réaction fébrile ne s'est produite, et que le nombre des pulsations n'a jamais dépassé *cent*.

Pendant les trente-six heures qui ont suivi, les seuls phénomènes remarquables ont été quelques vomissements, des vomituritions fréquentes et le hoquet; mais dès le commencement du troisième jour tout était rentré dans l'ordre. Les règles se sont montrées cinquante heures environ après l'opération et vingt jours avant la période menstruelle régulière.

Le clamp et les points de suture ont été enlevés le huitième et le neuvième jour et remplacés par quelques bandelettes agglutinatives. Autour du pédicule, momifié par le perchlorure de fer, il s'est produit un léger écoulement de matière sanieuse, noirâtre, d'une odeur caractéristique, qui se continue encore aujourd'hui, mais qui ne paraît avoir aucune influence fâcheuse sur l'état de la malade.

L'angle inférieur de la plaie a la forme d'un infundibulum, et, à mesure que le ventre, qui dès les premiers jours était fortement déprimé, reprend ses dimensions ordinaires, cet aspect infundibuliforme se prononce de plus en plus.

Aujourd'hui, 22 janvier (quinzième jour), la malade paraît être dans un état de santé parfaite, et si ce n'était le suintement noirâtre dont nous avons parlé, on pourrait la considérer comme complétement guérie.

(Renvoi à l'examen des commissaires désignés pour de précédentes communications sur des opérations semblables : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Variation des proportions d'oxygène dans la vessie natatoire des poissons. Lettre de M. A. Moreau à M. le Secrétaire perpétuel.

Je vous prie de communiquer à l'Académie la note suivante, qui est relative à un point essentiel du travail qui m'a valu le prix de physiologie expérimentale de l'année 1863.

J'ai soumis un poisson du genre labre (*labrus*) à la ponction de la vessie natatoire. L'air retiré par cette première opération contenait 16 pour 100 d'oxygène. Le lendemain, une seconde ponction me fournit de l'air contenant 41 pour 100 du même gaz. Une troisième ponction donna 51, une quatrième 71, et une cinquième 75 pour 100 du même gaz oxygène. Le poisson, qui n'avait plus alors sa vigueur première, fut sacrifié; je trouvai dans sa vessie natatoire une certaine quantité d'un liquide coagulant abondamment par la chaleur et par l'acide nitrique; la surface interne de l'organe était revêtue de productions pseudo-membraneuses. Ces lésions se sont offertes plusieurs fois dans le cours de mes recherches. Elles caractérisent un état de maladie, ou, si l'on veut, un état extra-physiologique dans lequel les phénomènes relatifs à la formation de l'oxygène se sont modifiés.

Ainsi donc, pour faire varier dans les limites les plus étendues aussi bien que les plus étroites la proportion d'oxygène de l'air de la vessie natatoire, il faut tenir compte à la fois de la quantité d'air enlevée à cet organe et de l'état de santé du poisson.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Homologie des membres pelviens et thoraciques de l'homme; par M. Foltz. (Deuxième partie.)

(Commissaires précédemment nommés : MM. Serres, Flourens, Milne Edwards.)

L'extrait suivant de la lettre d'envoi donnera une idée de cette seconde partie, dont la première a été présentée dans la séance du 13 avril 1863.

Les dispositions soit normales, soit anormales des artères et des nerfs des membres que j'examine dans ce nouveau travail confirment la théorie homologique des membres, et particulièrement celle que j'ai donnée du pied et de la main, dans laquelle le pouce répond aux deux derniers orteils et le gros orteil aux deux derniers doigts. C'est ainsi que je démontre l'homologie de l'artère radiale avec la péronière, et celle de l'interosseuse avec la tibiale antérieure, homologies qui ont été complétement méconnues par tous les anatomistes, bien qu'elles soient indiquées par Vicq d'Azyr.

Valeur de la statistique appliquée aux mariages consanguins. Extrait d'une note de M. Ancelon.

On a fait grand bruit, dans ces derniers temps, à propos des mariages consanguins. Pourquoi cela? Sont-ils, de nos jours, favorisés par quelque raison sociale nouvelle, inconnue, partant plus fréquents qu'autrefois? Qu'on le dise et qu'on le démontre.

Ce qui étonne, ce n'est pas le nombre des méfaits imputés aux mariages consanguins, mais l'énorme quantité de ces mariages relevés depuis le peu de temps que l'on s'en occupe, et surtout la longue observation que l'on prétend leur avoir accordée.

N'est-il pas surprenant, par exemple, que l'on ait rencontré tout à coup, dans une petite circonscription rurale de la Meurthe, 54 mariages consanguins décomposés de la manière suivante :

Mariages demeurés stériles	14
Mariages qui ont produit des enfants morts avant l'âge adulte	7
Mariages qui ont donné des enfants scrofuleux ou rachitiques, tuberculeux ou dartreux, sourds-muets ou idiots	18
Mariages dont la descendance ne donne lieu à aucune observation	15
Total	54

Que veut-on inférer de là?

Assurément ces données seraient fort alarmantes si l'on ne devait les envisager qu'à un seul point de vue, et négliger la multiplicité des causes de dégénérescence introduites dans la société depuis la fin du siècle dernier. Mais messieurs les condensateurs de chiffres se sont-ils demandé ce qu'il adviendrait de leur échaffaudage statistique en retournant la question? Se sont-ils demandé ce qu'ils trouveraient en interrogeant les mariages non consanguins? En attendant que l'on fasse, s'il est possible, une statistique des mariages consanguins contractés antérieurement à 1800, nous nous sommes livré à une enquête sur les mariages non consanguins contemporains, dont voici les résultats.

Dieuze, sur une population de 3,700 âmes, agglomérée en 800 feux, compte seulement 4 mariages consanguins, dont nous examinerons les conséquences un peu plus loin; quant aux mariages non consanguins, ils se répartissent de la manière suivante :

	Pour 100.
Mariages stériles	7,50
Mariages ayant donné des enfants scrofuleux, etc., etc.	47,33
Mariages ayant produit des enfants tous morts avant l'âge adulte	0,69
Mariages n'ayant donné lieu à aucune observation	44,93

La balance ici n'est pas favorable aux mariages non consanguins, et pour que rien ne manque à la démonstration de notre manière de voir, faisons une contre-épreuve en analysant nos quatre mariages consanguins.

Le premier de ces mariages, entre cousins germains, qui date de trente et quelques années, est demeuré stérile. Les trois autres, qui ont eu lieu également entre cousins germains, sortent d'une même souche. D'un premier mariage consanguin naquirent 5 enfants : 3 garçons et 2 filles. L'aîné des garçons a épousé sa cousine germaine, dont il a eu 2 enfants très-vigoureux ; le second, âgé de 25 ans, est encore célibataire ; le troisième est mort épileptique à 20 ans. Le mariage de l'aînée des filles est non consanguin, et depuis trois ans n'a encore produit qu'un enfant. Quant à la fille cadette, mariée à son cousin germain peu avant sa sœur aînée, elle a déjà 3 enfants vigoureux. A part l'épileptique, dont il est fait mention plus haut, tous les autres membres de cette nombreuse famille consanguine ont joui de la plus florissante santé jusqu'ici, à part deux ascendants qui ont accidentellement succombé à une pneumonie aiguë.

D'après ce qui précède, et jusqu'à ce qu'on se soit livré avec soin à la double statistique dont nous venons de présenter le spécimen, nous nous croyons en droit de conclure qu'il faut chercher ailleurs les causes de dégénérescence dont on s'ingénie à charger les mariages consanguins.

Cette note est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour les diverses communications relatives à cette question, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer, Bernard et Bienaymé.

— M. Brasseur présente des remarques sur la manière dont devrait être, suivant lui, posée la question dans le débat sur lequel l'Académie va être appelée prochainement à porter un jugement, le débat entre deux opinions opposées concernant les générations dites spontanées.

Cette note est renvoyée à l'examen de la commission récemment nommée sur la demande de M. Pasteur et de M. Pouchet, commission qui se compose de MM. Flourens, Dumas, Brongniart, Milne Edwards et Balard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

A l'occasion du procès-verbal, M. Tardieu demande à faire une rectification : ce n'est pas Marco, mais bien M. le docteur Martineau, qui est l'auteur du travail sur la *Maladie d'Addison*, mentionné dans la précédente séance.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le médecin en chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1862. (Commiss. des eaux minérales.)

2° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Manouvrier (de Valence) ; Bouly (de Douai) ; Bagneris (de Douai). (Commiss. des épidémies.)

3° Des échantillons d'une ceinture hypogastrique et d'un corset suspenseur, de l'invention de M. Godefroy, élève en pharmacie, à Paris. (Commiss. : MM. Poiseulle et Bouvier.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. Pidoux, L. Soubeiran et Durand-Fardel, qui prient l'Académie de les inscrire au nombre des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et de matière médicale, par suite du décès de M. Moquin-Tandon.

2° Une lettre de M. le docteur Bonjean (de Chambéry), accompagnant l'envoi de deux brochures : l'une, intitulée : *Traité théorique et pratique de l'ergot de seigle*, qui a été couronné par l'Académie ; l'autre, *sur l'ergotine*, que l'auteur présente au concours pour le prix Itard. Cette brochure ayant deux ans de publication, remplit les conditions exigées par le programme de ce prix.

3° Une note *sur la conjonctivite maniaque*, par M. le docteur P. Berthier, médecin en chef des asiles de Bourg.

Tous les auteurs qui ont écrit sur la folie, dit M. Berthier, ont fait connaître l'état de l'œil et de la vue chez les aliénés.

La physionomie du malade emprunte, en effet, au genre du délire une expression spéciale à laquelle le globe oculaire prend une très-large part. Ce n'est pas sans raison qu'on dit qu'il est le miroir de l'âme.

Dans la manie, c'est l'injection des muqueuses, la procidence de l'organe, l'éclat du point visuel, la mobilité des muscles.

Dans la mélancolie, c'est une teinte sombre, l'obliquité du regard, la fixité des mouvements, l'excavation des yeux.

Dans la démence, c'est l'atonie, le vague, la nullité.

On a signalé le marasme qui suit l'affaiblissement graduel, nous l'avons constaté. On a dû remarquer aussi, chez le paralytique, cette boursouflure et ce brillant, qui s'expliquent par un afflux sanguin habituel au cerveau.

Personne, que je sache, n'a parlé d'une affection particulière aux maniaques, consécutive au délire, sa conséquence obligée, la conjonctivite.

Cette inflammation locale, qui a pour cause probable l'hyperémie cérébrale, débute par une rougeur semblable à celle des gens qui dorment peu ou pleurent beaucoup. La rougeur, presque toujours accompagnée d'humidité ou de larmoiement, devient, à la longue, un véritable érythème, qui envahit la totalité de la conjonctive, au moment de l'agitation, et disparaît avec elle. Les accès se renouvellent-ils trop souvent, la phlogose gagne en profondeur, détermine la blépharite : sécheresse épithéliale, pulvérulence du bord palpébral, ulcération des paupières et chute des cils.

La maladie a pour caractère singulier de se montrer rebelle à tout traitement : collyres, pommades, émissions sanguines, occlusion, substitutifs, vésicatoires, rien n'agit. Elle suit la marche de l'accès, ne cède qu'avec lui. Telles sont les circonstances les plus graves.

Ordinairement la vascularisation reste superficielle, et n'aboutit qu'à ce que les patients appellent « baisse ou fatigue. »

Depuis que le fait est soumis à mon observation, je l'ai vérifié quarante fois chez des aliénés chroniques des deux sexes, la plupart du temps dans la manie franchement intermittente, quelquefois dans la mélancolie avec agitations intercurrentes, jamais dans la folie calme et continue.

J'en ai conclu :

Qu'il existe une ophthalmie propre à l'aliénation mentale ;

Que cette ophthalmie, simple irritation d'abord, peut s'invétérer et devenir incurable ;

Que, liée à une congestion spécifique, elle ne cesse qu'avec celle-ci ;

Que c'est un signe capable d'éclairer sur la nature de la fureur, dans des cas suspects de simulation.

4° Une lettre de M. le docteur Legendre (de Bleneau), sur un cas de rage humaine, actuellement traitée par le chloroforme et le laudanum de Rousseau. (Commiss. de la rage.)

5° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Boinet. (Accepté.)

6° Une note de M. le docteur Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône), sur le développement parallèle de la vaccine et de la variole, et, par conséquent, sur la non-identité des deux virus. (Commission de vaccine.)

— M. J. Béclard présente, au nom de M. le docteur Jules Lemaire, un volume intitulé : *De l'acide phénique*, et de son action sur les végétaux, les animaux et les miasmes. M. Béclard fait observer que la question est traitée moins au point de vue chimique qu'au point de vue médical. « L'auteur, dit-il, s'est, avant tout, préoccupé des applications physiologiques et hygiéniques de ce produit ; il a étudié aussi les avantages que pourraient en tirer les pathologistes. Je recommande ce petit volume à l'attention de nos collègues de l'Académie. »

M. J. Béclard présente encore, au nom de M. le docteur E. Dally, une brochure sur les *Mariages consanguins*, dans laquelle l'auteur fait justice de toutes les assertions hasardées et des statistiques de fantaisie qui ont été émises sur cette question.

— M. Gosselin, au nom de M. le docteur Dolbeau, dépose sur le bureau un mémoire concernant une méthode mixte d'opération des calculs vésicaux. La taille périnéale ouvre une voie facile aux instruments lithotriteurs.

— M. Robinet, au nom de M. Beveil, offre en hommage à l'Académie la deuxième année de l'*Annuaire de pharmacologie*.

— M. Larrey dépose sur le bureau le nouveau fascicule de la Société d'émulation de Paris ; il présente, au nom de M. le docteur Sarrasin jeune (de Strasbourg), une note *sur l'histoire des tumeurs*.

— M. Tardieu, de la part de M. le docteur Jaccoud, une brochure *sur l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne*.

— M. Grisolle, au nom de M. le docteur Leroy (d'Etioles), une brochure *sur les calculs vésicaux*.

— M. le docteur Kergaradec, au nom de la commission des épidémies, commence la lecture du rapport officiel sur les épidémies, demandé par M. le ministre.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION.

M. Bouvier lit un discours dont voici le résumé :

Messieurs, le grand fait de la vaccine du cheval, si bien étudié à Alfort, ajoute une belle page à l'histoire future des sciences médicales. Mais il resterait une lacune dans l'historique de cette importante dé-

converte si l'on s'en tenait aux documents produits jusqu'ici. Mon principal but en prenant la parole est de combler cette lacune.

Tout le monde accorde que la production de la vaccine peut avoir lieu par l'inoculation d'une matière prise sur le cheval; mais ce que beaucoup paraissent ignorer, c'est la conformité qui existe entre les faits qui à si juste titre excitent l'intérêt de l'Académie et les observations publiées il y a plus de soixante ans par un contemporain de Jenner, le docteur Loy. On retrouve dans cet auteur, qui a été bien des fois cité, mais que l'on semble n'avoir jamais consulté dans l'original, on retrouve, dis-je, presque entière la mention des faits qui viennent de se produire. Loy parle, en effet, d'une maladie dont le produit inoculé lui a fourni des résultats tout à fait semblables à ceux que l'on obtient aujourd'hui, et voici ce qu'il en dit : « Les animaux avaient, au début, de la fièvre dont ils furent soulagés dès que la maladie parut aux talons et qu'ils eurent une *éruption* sur la peau. » Ainsi c'était bien là une maladie générale aiguë éruptive transmettant la vaccine par inoculation. Il manque, je l'avoue, à Loy des détails plus précis, et déjà son traducteur, de Carro, regrettait en 1802 l'absence de cette précision; mais enfin Loy n'en a pas moins signalé le fait capital de la découverte récente : je veux parler de cette généralisation de l'éruption. de cette extension aux autres parties que les jambes. Il a même dépassé les expérimentateurs modernes. Ainsi l'on trouve dans M. Depaul exprimée cette idée à propos de l'affection qui nous occupe : « Du cheval on l'inoculerait à l'homme si des raisons de haute prudence n'avaient empêché jusqu'ici de le tenter. » Or Loy, qui n'était pas à cette époque retenu par ces raisons, a pratiqué une inoculation directe, et il a réussi; donc une fois au moins l'expérience a été faite avec succès.

Une question se présente donc d'elle-même : Comment se fait-il que l'on ait mis soixante ans à retrouver la maladie de Loy? Ce n'est pas à cause de sa rareté. les faits actuels l'ont bien prouvé. Voyons si l'histoire médicale de ce siècle ne pourra pas nous l'expliquer. Nous distinguerons trois périodes : la première est celle de l'ancien comité de vaccine; la seconde, qui commence avec l'Académie, est celle où ce comité fut remplacé par une commission académique permanente; enfin la troisième, qui ne compte encore qu'un petit nombre d'années, comprend la phase nouvelle dans laquelle est entrée la question.

Ici l'orateur. abordant l'étude de la première période ou époque jennérienne, analyse successivement les travaux de Husson, Huzard, etc. Il signale notamment cette phrase d'un auteur étranger : *Nos aliquando equum vidimus variolis plenum*. Il passe ensuite à l'étude de la deuxième époque, première de l'Académie, et signale l'apparition successive du *Traité* de M. Bousquet *sur la vaccine*, en 1832, et du nouveau travail de cet auteur en 1838. lors du concours de l'Académie des sciences. où le prix proposé fut partagé entre M. Bousquet, d'une part. MM. Steinbrenner et Viarc, de l'autre; il mentionne ensuite avec détail les travaux de John Baron qui. dans une *Vie de Jenner* publiée en 1836, proclame formellement l'identité de la variole et de la vaccine; il s'étonne que personne n'ait songé à objecter à Baron qu'il doit être indifférent d'inoculer l'une à la place de l'autre; il mentionne l'opinion de Sœmering, qui considérait la vaccine et la variole comme deux degrés de la même maladie, opinion qui paraît d'ailleurs avoir été celle de Jenner lui-même. Puis il arrive à la troisième période, ou époque actuelle, et s'exprime ainsi :

Troisième époque (*deuxième de l'Académie*). La génération ardente et chercheuse qui nous succède déjà. à nous hommes de la deuxième époque, reprit la question expérimentalement; mais la malencontreuse équivoque vainement dévoilée par Baron subsistait toujours; on était loin de la voie tracée par Loy et Husson; on marchait dans les ténèbres; on échoua dans toutes les nouvelles inoculations d'eaux aux jambes; on chercha bien à se guider par l'étude des travaux antérieurs, mais on ne prit connaissance du mémoire de Loy que par les extraits qu'en avaient donnés MM. Steinbrenner et Bousquet; on ne relut pas Husson; Baron resta inaperçu, et faute de l'avoir lu on ne connut même pas les dernières indications de Jenner.

Nos médecins vétérinaires gardaient le silence sur les exanthèmes du cheval qui pouvaient ressembler à la variole, ou ils leur donnaient d'autres noms. Qui donc aurait pu songer à rechercher une maladie éruptive dont on n'avait pas même l'idée, et quand chacun ignorait la nécessité de cette recherche?

On allait peut-être renoncer à ce travail ingrat, lorsque le fait de MM. Maunoury et Pichot et le rapport lucide de M. Bousquet sur ce fait ranimèrent l'espoir des expérimentateurs. Quatre ans après, M. Lafosse (de Toulouse), servi par un heureux hasard, tomba sur la maladie de Loy en croyant inoculer les eaux aux jambes. On sait le reste.....

Si donc cette troisième époque doit partager avec ses aînées la responsabilité d'un aussi grand retard dans la vérification d'un fait important annoncé depuis tant d'années, elle seule du moins a fini par atteindre le but.

Ai-je besoin en terminant de protester que, dans cette esquisse du passé, il a été bien loin de ma pensée de vouloir incriminer personne? C'est grâce à la persévérance de tous que l'Angleterre. qui avait une si grande avance sur nous dans la question de la vaccine du cheval, a été dépassée à son tour. Je dois dire d'ailleurs qu'un de nos honorables confrères, depuis longtemps voué à l'étude des maladies virulentes, M. Auzias-Turenne, n'avait pas attendu l'événement pour en appeler aux bonnes sources et conseiller la lecture de Loy, qui m'a guidé dans cette revue rétrospective.

Est-ce là un objet de pure curiosité? Non assurément. L'histoire, ici comme toujours, est un enseignement. La découverte que je me suis plu à glorifier laisse encore plus d'un problème à résoudre : je ne citerai qu'une question capitale : Peut-on faire du vaccin avec la variole de l'homme en la transmettant aux animaux? M. Depaul dit oui, MM. Leblanc et Bousquet disent non. Qui a raison? Je crois que nous l'ignorons. Faudra-t-il encore soixante ans pour le savoir? Espérons que non. On expérimentera en se guidant sur les résultats constatés par les premiers expérimentateurs; on lira leurs textes mêmes, et on les lira attentivement; car on se souviendra que pour un mot négligé dans le récit de Loy, la vérité est restée cachée un demi-siècle.

LECTURE. — CAS DE GUÉRISON DE RAGE.

M. Decroix, vétérinaire de la garde de Paris, donne lecture d'un mémoire dont la première partie contient deux faits de guérison de rage chez des chiens. En voici le résumé :

Obs. I. — Le 26 juillet 1860, à Mustapha (Alger), on conduit à M. Decroix un chien atteint de la rage, lequel succombe le 28; le 27, il en inocule la bave à un autre chien au moyen de sept piqûres, dont trois à la face interne de chaque oreille et une sur le nez. On attache l'animal et on place près de lui un autre chien.

Le 9 août, le sujet de l'inoculation précédente commence à être malade; il a des troubles dans la digestion. l'animal vomit ce qu'il mange.

Le 13 août, M. Decroix le voit donner un coup de dent à son compagnon sans toutefois le faire saigner.

Le 14, il commence à perdre sa gaieté.

Le 15, il a eu une nuit très-agitée; il donne un coup de gueule à son voisin, mais sans grognement d'impatience, et d'une façon particulière au chien enragé; il n'aboie plus; sa physionomie est fortement altérée : M. Decroix se croit fondé à diagnostiquer la rage.

Le 16, agitation et vomissements; continuation des symptômes généraux, néanmoins ceux-ci s'amendent peu à peu les jours suivants, et l'animal guérit complétement. M. Decroix ne lui rend la liberté que le 30 septembre.

Obs. II. — Le 12 juin 1862, le nommé Barry. cordonnier à l'Agha. fut mordu au poignet par un chat inconnu; malgré une cautérisation au fer rouge. il se déclare chez lui, trente-six jours plus tard. une rage bien caractérisée. M. Decroix inocule la bave de ce malade à une petite chienne au moyen de trois piqûres et plusieurs égratignures à la face interne de chaque oreille; il pratique en outre à chaque flanc une petite plaie sous-cutanée de la contenance d'une noisette, et cette plaie est remplie de bave.

Pendant quinze jours, l'animal conserve son appétit et sa gaieté; le 3 août au matin, il n'a pas mangé comme de coutume: il a mordu des branches de saule à sa portée; il est triste, a la queue basse, et détourne la tête quand on lui présente la soupe; si l'on persiste, il y mouille sa langue, mais il la retire en voussant le cou à chaque mouvement. quelquefois il mâchonne. et cependant il n'a rien dans la gorge; à midi, il est agité et tourne rapidement sur lui-même en enroulant sa corde; on le dégage et on ajoute une deuxième attache: il ne cherche pas d'ailleurs à mordre. M. Decroix diagnostique la rage.

Le soir, l'agitation a augmenté; par moments il entre en fureur et s'acharne à déchirer les branchages et roseaux qui sont à sa portée. Par intervalle il fait entendre un aboiement plaintif, rauque, enroué; il refuse les boissons et les aliments, etc.

Ces symptômes se maintiennent jusqu'au 7; du 7 au 11, ils diminuent; l'appétit revient peu à peu; le 1er octobre, le chien, complétement guéri, est mis en liberté.

La deuxième partie du mémoire de M. Decroix est consacrée à soulever quelques points de doctrine et à discuter certaines opinions de son maître, M. Bouley. Elle contient en outre la constatation d'une expérience faite par lui-même pour démontrer l'innocuité de la chair des animaux enragés. Il a avalé une première fois un morceau de muscle cru pris sur la cuisse d'un chien mort de la rage; une seconde fois de la viande cuite provenant d'une brebis enragée. Il y a de cela soixante-neuf jours. Comme exemple de l'influence de l'imagination, il raconte qu'ayant lu que la rage s'était déclarée dans un cas soixante-dix jours après l'ingestion de viande provenant d'animaux enragés, il fut pris d'insomnie et d'une sensation toute particulière de dilatation dans la gorge. Il part de là pour préconiser le traitement proposé par M. Gosselin, consistant à occuper outre mesure l'esprit et le corps des individus atteints d'une morsure suspecte.

— La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR L'AVORTEMENT, suivie d'observations et de recherches pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées; par AMBROISE TARDIEU, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. — Chez J. B. Baillière et fils, 1863. 1 vol. in-8° de VII-208 pages.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

La médecine légale ayant acquis une autorité non médiocre par les lumières qu'elle fournit aux juges, a dû, tout en aidant la justice dans ses investigations, pénétrer plus avant qu'elle n'avait jamais fait, dans les mœurs publiques, et arriver, par l'étude multipliée des faits, à ces généralités inductives, qui étant des principes, impriment naturellement à cette partie de l'art médical un caractère de plus en plus scientifique. Ce caractère distingue essentiellement *l'Étude médico-légale sur l'avortement*, par M. le professeur Tardieu.

Reprenant des essais antérieurs sur un sujet tellement ardu, l'auteur a confirmé, par de nouvelles recherches, les règles qui l'ont guidé dans la pratique, et qu'il produit maintenant en corps de doctrine, comme le résultat de son expérience, en se proposant de servir les intérêts de la science autant que ceux de la morale. Dans ce dessein, il a fait un choix raisonné d'observations sur la matière, et de ces observations réunies en faisceau, il a tiré des conclusions qui aboutissent à une théorie fort plausible. Pour ce qui est de l'histoire médico-légale de l'avortement, peut-être l'auteur s'avance-t-il un peu trop en affirmant qu'elle est définitive et fondée désormais sur une base inébranlable. En produisant une centaine environ de cas d'avortement criminel bien confirmés, M. le docteur Ambroise Tardieu, certes, a dissipé nombre d'incertitudes et de préjugés scientifiques, il a par conséquent fortement ébranlé la vieille tradition en traçant aux médecins experts une voie en dehors de la routine. Mais il reste encore des doutes à éclaircir et des points litigieux qui demandent une discussion plus approfondie.

Dans la partie théorique, toutes les propositions de l'auteur ne nous ont pas convaincu, malgré la clarté de l'exposition, la distribution méthodique des matières, l'enchaînement des preuves et la force même des arguments accumulés. Comme tous les novateurs, M. le professeur Tardieu nous semble être exagéré dans ses négations, dans ses critiques et aussi dans ses affirmations. Mais il est de bonne foi; sa conviction déborde et ses bonnes intentions répondent de la sincérité de ses doctrines.

Il n'y a rien que de très-sensé dans ses réflexions sur les expertises en matière d'avortement. M. le docteur Ambroise Tardieu, préoccupé avant tout de la pratique, ne perd jamais terre, et il s'appuie constamment sur les deux béquilles sans lesquelles la médecine exacte et positive n'avancerait guère : les faits et la statistique. Rien à reprendre non plus dans ses considérations sur l'époque de la grossesse et l'âge de la vie auxquels l'avortement criminel est le plus fréquent, quoique ce paragraphe soit un peu maigre. On regrette que l'auteur ne se soit pas expliqué plus clairement sur les conditions morales, sur les causes diverses qui poussent la femme enceinte à se rendre coupable d'un infanticide avant terme; de même qu'on voudrait des renseignements plus nombreux et plus précis sur la période de la vie fœtale où le crime d'avortement est le plus souvent tenté ou pratiqué.

Le chapitre qui suit, sur la qualité des coupables dans les accusations d'avortement, est plus plein; c'est un des meilleurs. On y voit, non sans honte pour la profession médicale, que le législateur n'a été que trop bien inspiré dans ses prévisions. Les sévérités de l'art. 317 du Code pénal atteignent, en effet, maintes fois de ces personnes en sous-ordre, autorisées par brevet ou par diplôme à l'exercice partiel d'une profession qu'il faut rendre accessible à tous indistinctement, ou ne permettre absolument qu'à ceux qui offrent des garanties suffisantes de capacité et de moralité. M. Tardieu, qui a répandu un peu partout dans son excellent livre l'esprit qui domine dans ce chapitre substantiel, remarque, en partant toujours des faits observés, que le plus souvent, dans le crime d'avortement, la femme soumise aux manœuvres criminelles n'est qu'une complice passive, et que les vrais coupables, ceux qui agissent par divers moyens, mais toujours avec des vues criminelles et par cupidité, sont ordinairement des personnes plus ou moins directement attachées à la profession médicale. « Il faut donc, en définitive, se résoudre à considérer presque exclusivement les crimes d'avortement comme l'œuvre de gens de l'art, » lisons nous à la page 22, et au même endroit, des chiffres démontrent mathématiquement la vérité de cette assertion. Dans le nombre des cas allégués par l'auteur à l'appui de sa manière de voir (ils s'élèvent à 96), les coupables sont ainsi distribués : 37 sages-femmes, 9 médecins, 1 pharmacien-herboriste, 2 charlatans, 2 matrones.

Les matrones et les charlatans ont rarement recours aux manœuvres criminelles. Il en est autrement des sages-femmes et des médecins, qui opèrent efficacement et dangereusement aussi sur l'organe même de la gestation.

En traitant des moyens indirects le plus généralement employés pour produire ou préparer l'avortement, l'auteur reste dans un éclectisme qui est voisin de l'incertitude, et il se borne à une énumération qu'on souhaiterait plus complète. Un tout autre esprit a présidé à la rédaction du chapitre qui traite des substances abortives. Ici l'auteur est d'un scepticisme absolu à l'endroit des drogues et breuvages qui passent pour aider efficacement à l'expulsion violente et prématurée du produit de la conception. Dans l'espèce, le scepticisme peut tenir lieu de prudence, et il faut avouer que bien des préjugés transmis et conservés dans les plus classiques traités de matière médicale autorisent cette réserve. Néanmoins, M. le professeur Tardieu nous semble pousser la circonspection à l'excès, en niant résolûment l'effet abortif des drogues qu'il passe en revue, et il nous a paru bien subtil dans la distinction tant soit peu scolastique qu'il a établie entre l'action générale de ces drogues et l'effet particulier qu'on leur attribue. Il importe peu que les moyens dont il conteste l'efficacité spécifique agissent ou non directement; si sous leur influence se produit le résultat que veut obtenir le crime, ces substances sont évidemment abortives. La rue, la sabine, les feuilles d'if produisent-elles ou non l'avortement? Il y a là une simple question de pratique et d'expérience, et non une théorie plus ou moins acceptable en matière médicale.

Ce qu'ont d'exagéré les négations de M. le professeur Tardieu dans ce chapitre vient peut-être de l'étude plus spéciale qu'il a faite dans le suivant des moyens directs mis en usage pour provoquer l'avortement. Ce sont les plus efficaces, les plus certains et les plus faciles à constater, pourvu que l'expert, guidé par les excellentes indications de M. Tardieu, possède à fond le diagnostic différentiel des piqûres, déchirures, plaies et autres lésions qu'il aura l'occasion d'observer sur les organes de la génération où de la gestation de la femme vivante ou morte soumise à son examen.

C'est à partir de ce chapitre si solide que la monographie de M. Tardieu échappe de plus en plus à la critique. L'auteur parle avec l'autorité d'un homme de savoir et d'expérience qui est en pleine possession de son sujet. Les observations qui servent d'appui ou de prétexte à sa doctrine sont habilement groupées, et de façon que chaque groupe réponde à un chapitre de la partie théorique. Suivant cette économie, qui révèle à la fois un esprit net, méthodique et consciencieux, le lecteur peut repasser dans la seconde partie, essentiellement pratique, toutes les matières traitées dans la partie doctrinale, et contrôler ou rectifier à mesure les propositions de l'auteur.

On ne peut qu'approuver sans restriction un plan aussi rationnel, aussi simple, et dont la conception annonce beaucoup de netteté et de franchise. Pour ce qui est des observations, choisies avec discernement et non sans habileté, elles sont substantielles, bien ordonnées, claires, faciles, sobrement rédigées, dignes de tout point du rapporteur exact et fidèle qui ne se propose qu'un but : instruire à la fois les médecins et les juges par la reproduction vraie de ce qu'il lui a été donné de voir.

L'auteur de l'*Étude médico-légale sur l'avortement* n'a peut-être pas fait tout ce qu'il s'était promis de faire; mais il n'est pas resté au-dessous de son rôle ni de sa tâche, puisqu'il a servi la cause de la vérité et de la justice, en tirant de l'observation réitérée toutes les lumières qu'elle a pu fournir pour déjouer les ruses et les mensonges des criminels. Dans l'appendice qui termine sa monographie et dans le dernier groupe des observations qu'il a recueillies, M. le professeur Tardieu a cherché un complément aux indications qui doivent guider les experts dans l'étude des cas d'avortement provoqué à mauvaise fin.

Nous pourrions terminer ici cette analyse; mais les réflexions que nous a suggérées la lecture très attentive de la monographie du docteur Ambroise Tardieu nous ont ramené vers les anciens temps, et de cette excursion rétrospective nous avons rapporté quelques remarques dont nos lecteurs approuveront peut être l'esprit. Il s'agit de montrer qu'en matière d'avortement provoqué, nos idées diffèrent notablement de celles qui avaient cours dans l'antique civilisation; et de noter en passant que la médecine n'a pas peu contribué pour sa part aux progrès de la morale. Puisqu'il est de mode depuis quelque temps de s'occuper de l'histoire de notre art, il faut profiter de

l'occasion pour chercher dans les études historiques des enseignements qui tournent à l'avantage de la médecine.

Le serment connu sous le nom d'Hippocrate, et qui paraît d'une époque antérieure à ce grand homme, est un document très-précieux pour la connaissance de la profession médicale dans la haute antiquité et un monument impérissable de la sagesse grecque. Dans cette pièce on lit, entre autres formules en quelque sorte sacrées, qui sont autant d'engagements pris par le jeune médecin :

« Je ne donnerai non plus à personne, en étant requis, aucune drogue mortelle, et n'en conseillerai jamais l'usage ; de même, je ne donnerai jamais à une femme de pessaire abortif, et je resterai pur et irréprochable dans ma conduite et dans l'exercice de mon art (1). »

C'est immédiatement à la suite de ce passage que vient la phrase tant commentée, sans doute parce qu'elle pouvait se passer de tout commentaire : « Je ne taillerai point les calculeux, et je laisserai cette opération à ceux qui la pratiquent, » c'est-à-dire aux spécialistes, aux lithotomistes, comme on nisait autrefois des chirurgiens spécialement voués à l'extraction des calculs.

Ici l'abstention est motivée : on se fait scrupule d'entreprendre une opération très-difficile et très-grave, que des hommes spéciaux pratiquaient avec cette habileté et cette sûreté que donne une longue habitude.

Quant aux engagements qui précèdent celui-là, ils sont purement et simplement énoncés ; et on le comprend très-bien, car ils peuvent se traduire ainsi : « Je ne serai jamais ni empoisonneur ni assassin, je ne me servirai jamais de mes connaissances pour détruire un être vivant ; je ne contribuerai jamais comme acteur ou comme complice à la destruction d'un germe humain en voie d'éclosion. »

Cette partie du serment est comme l'expression de la loi sociale, qui a pour principe le respect de la vie humaine. Hippocrate la résumera plus tard en une formule admirablement simple, qui renferme, en quatre mots, tous les devoirs du médecin : « ÊTRE SECOURABLE OU NE PAS NUIRE. » Ce sont là, dit-il, les deux points qui doivent préoccuper dans le traitement : Ἀσκέειν περὶ τὰ νοσήματα δύο, ὠφελέειν ἢ μὴ βλάπτειν (2).

Il est heureux pour la dignité de la profession médicale que de tels préceptes se rencontrent dans les plus anciens écrits de la collection hippocratique, car on en trouve d'autres dans le même recueil qui attestent la triste influence que le relâchement des mœurs et les doctrines d'une philosophie plus savante que saine avaient exercée sur la pratique de l'art salutaire, au mépris des vieilles traditions.

Dans le *Traité de la nature du fœtus*, l'auteur anonyme raconte le cas d'une danseuse qui appartenait à une femme de sa connaissance et qui valait beaucoup. Cette baladine, tout en exerçant ses jambes, faisait un autre métier. Comme les bayadères de l'Inde et les almées d'Égypte, elle fréquentait les hommes, selon le texte grec ; elle s'exposait par conséquent à devenir enceinte, et il ne fallait pas qu'elle le devînt, car un pareil accident aurait notablement diminué de sa valeur. Le médecin ajoute que l'accident redouté survint, et qu'il fut consulté par la matrone ou la maîtresse de la jeune esclave (on peut supposer qu'il ne s'agissait point d'une femme libre). « Nous lui ordonnâmes, poursuit-il, de sauter de manière à porter ses talons jusqu'aux fesses ; elle sauta sept fois, et la semence tomba à terre ; il se fit un bruit sourd, et elle, regardant, s'étonna de ce qu'elle voyait (3). »

Ce germe, qui tombe avec un bruit sourd, est minutieusement décrit. Assurément la description ne contenterait pas nos micrographes ; mais on sent que l'auteur de cette description était poussé par un vif sentiment de curiosité. Ce sentiment ne suffirait point pour justifier sa conduite. Aussi ne prétexte-t-il aucune excuse. Il se borne à dire qu'il fallait provoquer l'avortement, pour conserver à la baladine tout son prix. La raison n'est point scientifique, mais purement économique.

Quant à la pratique de la destruction du germe, elle était vulgaire dès cette époque, très-voisine de la période alexandrine.

Dans un autre traité évidemment de la même famille, il est dit que les filles publiques connaissaient très-bien si elles avaient conçu à la suite d'une copulation, et dans le cas où elles croyaient avoir conçu, elles procédaient à la destruction du germe. L'avortement étant produit, il tombait comme une masse de chair (1).

On voit par ces passages, qui pourraient être confirmés par beaucoup d'autres, non-seulement que la pratique de l'avortement était très-répandue, mais encore que les médecins eux-mêmes n'hésitaient pas à imiter les manœuvres des courtisanes, contre la prescription expresse du *Serment*. Ils n'ignoraient pas toutefois les inconvénients ni les dangereuses conséquences de cette odieuse pratique.

L'auteur du *Traité des maladies des femmes* reconnaît les suites funestes de l'avortement provoqué. « L'avortement, dit-il, est bien plus dangereux que l'accouchement ; car on ne parvient à détruire le produit de la conception que par des moyens violents, soit qu'on emploie des drogues ou des breuvages, soit qu'on ait recours à des moyens mécaniques ou de toute autre espèce. Or la violence est funeste, d'autant que ces pratiques risquent fort de lacérer la matrice ou de l'irriter jusqu'à l'inflammation (2). »

C'est bien évidemment de l'avortement provoqué à mauvaise fin qu'il s'agit dans ce passage. L'auteur grec, très-bien informé des pratiques ordinaires, n'en ignorait point les graves conséquences. Il en parle en homme de grande expérience, et ses réflexions, qui sont d'un observateur sérieux, ne sont point en désaccord avec celles de nos meilleurs experts. Assurément M. Tardieu lui-même ne les désavouerait pas, puisqu'il a conclu exactement comme l'écrivain de la collection hippocratique, en suivant, bien entendu, les principes de haute moralité que la raison a fait prévaloir dans nos sociétés modernes.

Ces principes n'étaient pas, on l'a démontré plus haut, étrangers à l'antique civilisation grecque, mais ils n'étaient pas assez profondément enracinés pour résister aux sophismes des théoriciens, qu'aucun obstacle n'arrête quand ils veulent construire un système.

Il faut remarquer que les Grecs en général, tout à la fois très-ingénieux et très-positifs, allaient en toutes choses droit au fait et que leur logique était impitoyable, parce que dans tous leurs raisonnements ils obéissaient à deux principes souverains : la réalité et la nécessité. Malthus a eu des prédécesseurs dans l'antiquité. Placés entre ces deux grands problèmes : la vie et la subsistance, l'existence humaine et les moyens de la soutenir, Platon et Aristote concluent exactement comme le célèbre économiste anglais, et pour les mêmes motifs. Ils n'hésitèrent pas à proclamer comme une maxime, disons mieux, comme une loi, en économie politique, la réduction ou l'accroissement limité de la société humaine. — L'institution de l'esclavage, qu'on a tant reprochée aux Grecs de l'ancien temps, était fondée sur des raisons analogues d'économie sociale. — L'amour masculin, qui porte encore les noms des plus illustres représentants de la philosophie grecque, l'amour socratique ou platonique, fut d'abord toléré, puis autorisé, de même que l'avortement, afin de maintenir l'équilibre social et d'empêcher un surcroît de population.

Il est étonnant que les penseurs modernes qui ont médité sur les mœurs et les usages des peuples anciens, aient perdu de vue l'origine première et la cause initiale de ces coutumes que nous réprouvons, et qui florissaient jadis sous la protection des lois. Mais sans insister davantage sur des considérations qui nous entraîneraient loin, examinons en observateurs curieux ces pratiques criminelles, qui recevaient pourtant la sanction des grands maîtres de la politique et de la sagesse.

On a vu que les médecins de la haute antiquité grecque repous-

---

(1) Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε· ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἁγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν. *Hippocr. et alior. medicor. veter. reliq* Ed. Fr. Zach. Ermerins, *Traj. ad Rhen.*, 1859. Tom. I, p. 4. — Cf. *Hipp.* de Littré, t. IV, p. 630.

(2) *Epidém.*, liv. I. sect. II, § 11, p. 170, t. I de l'édit. d'Ermerins. — Le savant éditeur hollandais regarde ce paragraphe comme une interpolation, ou du moins comme une transposition. *Cf.* sa note à ce sujet. Quoique M. Fr. Z. Ermerins ait un faible pour les conjectures, celle-ci n'est pas entièrement dépourvue de probabilité. Quant aux autres, elles sont pour la plupart, malgré l'appareil d'un savoir profond et d'une érudition exubérante, plus ingénieuses que vraisemblables.

(3) Γυναικὸς οἰκείης μουσοεργὸς ἦν πολύτιμος παρ' ἄνδρας φοιτέουσα, ἣν οὐκ ἔδει λαβεῖν ἐν γαστρὶ, ὅκως μὴ ἀτιμοτέρη ἔῃ.. Ἐκελευσάμην αὐτὴν πρὸς πυγὴν πηδῆσαι, καὶ ἑπτάκις ἤδη ἐπεπήδητο, καὶ ἡ γονὴ κατεῤῥύη ἐπὶ τὴν γῆν, καὶ ψόφος ἐγένετο, κἀκείνη δὲ ἰδοῦσα ἐθεῆτο καὶ ἐθαύμασεν. *De nat. puer.*, § 13, tom. VII, p. 490 de l'édition Littré.

(1) Αἱ ἑταῖραι αἱ δημόσιαι, αἵτινες αὐτέων πεπείρηνται πολλάκις, ὁκόταν παρὰ ἄνδρα ἔλθῃ, γινώσκουσιν ὁκόταν λάβωσιν ἐν γαστρί· κἄπειτ' ἐνδιαφθείρουσιν· ἐπειδὰν δὲ ἤδη διαφθαρῇ, ἐκπίπτει ὥσπερ σάρξ. *Traité des chairs*, § 19, tom. VIII, p. 610, édit. Littré.

(2) Καὶ κινδυνεύουσιν αἱ φθείρουσαι μᾶλλον· αἱ γὰρ φθοραὶ τῶν τόκων χαλεπώτεραί εἰσιν· οὐ γὰρ ἔστι μὴ οὐ βιαίως φθαρῆναι τὸ ἔμβρυον ἢ φαρμάκῳ ἢ ποτῷ ἢ βρωτῷ ἢ προσθέτοισιν ἢ ἄλλῳ τινί· βίη δὲ πονηρόν ἐστιν· ἐν γὰρ τῷ τοιούτῳ κίνδυνός ἐστι τὰς μήτρας ἑλκωθῆναι ἢ φλεγμῆναι· τοῦτο δέ ἐστιν ἐπικίνδυνον. *Des malad. des fem.*, liv. I, § 72, tom. VIII, p. 152 de l'édit. Littré.

saient la pratique de l'avortement comme un crime égal à celui de l'empoisonnement. Dans la suite, les médecins grecs ne tinrent compte du précepte consigné dans le *Serment*, et ils ne se firent aucun scrupule d'employer les moyens mis en usage par les courtisanes, dans les maisons publiques de prostitution, αἱ ἑταῖραι αἱ δημόσιαι, dit le texte du traité hippocratique, dont nous avons reproduit un fragment. Mais les médecins n'intervenaient pas seuls comme complices dans tous les cas d'avortement. Les sages-femmes prêtaient volontiers leur concours aux mères qui voulaient avorter, et l'on verra tout à l'heure que la pratique de l'avortement était une des principales attributions de leur métier.

Les matrones ou sages-femmes ne doivent pas être oubliées dans l'histoire de la profession médicale. A dire vrai, elles n'y ont pas laissé une trace bien lumineuse. Dans la pratique elles ne se piquaient point de ressembler aux deux divinités tutélaires qui sont invoquées au début du serment hippocratique, Hygie et Panacée. Elles se souciaient très-petitement des préceptes de haute morale, contenus dans ce monument de la médecine religieuse. L'exercice de l'art, pure routine, était devenu entre leurs mains une industrie plus lucrative qu'honorable. On verra bientôt que ces praticiennes n'honoraient guère en œuvres les deux filles d'Esculape, qui présidaient naturellement à la médecine des femmes.

La sagesse des Grecs, toute pratique et d'expérience, avait, durant des siècles, exclu le sexe faible de ces professions dites libérales, qu'il faut exercer comme une sorte de magistrature, à cause de la responsabilité qu'elles imposent, et de la fermeté d'esprit et de conscience qu'elles réclament. Les femmes, dans l'histoire de l'ancienne médecine, ne figurent d'abord que parmi ces divinités fabuleuses ou mythiques, qu'il faut considérer comme des symboles. Cependant elles prirent petit à petit leur rang et eurent entrée dans l'art secourable. Un mythographe de l'antiquité nous a conservé à ce sujet une tradition, qu'il convient de rappeler ici, car elle est en quelque sorte la première page des annales de la tocologie ou de l'art des accouchements pratiqué par des matrones. Cette page, peu connue des médecins, est tellement curieuse, qu'au lieu d'abréger le récit de Caïus Julius Hygin (un écrivain du siècle d'Auguste, et qu'on n'ose ranger néanmoins parmi les classiques), il convient de le reproduire tel quel par une traduction littérale :

« Les anciens, dit le compilateur latin, n'avaient point d'accoucheuses, de sorte que les femmes mouraient victimes de la pudeur. Les Athéniens défendaient aux femmes et aux esclaves d'apprendre l'art médical. Or une jeune fille vierge, Agnodice, possédée du désir d'apprendre la médecine, coupa ses cheveux, revêtit un costume masculin, et se mit à l'étude sous la direction d'un certain Hiérophile. Instruite des principes de l'art, elle sut qu'une femme était en travail, et se présenta pour la secourir. La patiente, refusant de se confier à ses soins, convaincue que c'était un homme, elle (Agnodice) releva sa tunique et montra son véritable sexe. De la sorte s'étendit sa pratique. Les médecins, se voyant exclus d'auprès des femmes (en mal d'enfant), commencèrent par calomnier Agnodice. Ils prétendaient qu'elle n'était qu'un débauché de la pire espèce, corrupteur des femmes qui simulaient la maladie (afin de jouir de ses caresses). Les juges de l'Aréopage, réunis au sujet de cette accusation, prononcèrent la condamnation d'Agnodice. Celle-ci, relevant sa tunique devant eux, prouva qu'elle était femme. Alors les médecins renforcèrent leur accusation. Mais les femmes du plus haut rang se rendirent ensemble au tribunal et parlèrent ainsi : « Vous n'êtes point nos maris, mais « nos ennemis, car vous condamnez celle qui nous a rendu la santé. » Alors les Athéniens introduisirent dans la loi un amendement qui autorisait les femmes libres à étudier la médecine (1). »

Ce récit est à la fois très-naïf et très-piquant. Agnodice, bien mieux qu'Hygie et Panacée, mérite d'être la patronne de ces femmes résolues qui en Amérique, en Angleterre et ailleurs, s'enrôlent bravement dans la milice médicale. Quelle vocation irrésistible que celle de cette jeune fille qui, pour satisfaire sa passion si noble et ce vif désir d'être secourable à son sexe, n'hésite point à prendre un vêtement d'homme, et se trousse sans fausse honte pour rassurer ses clientes, et avec indignation pour convaincre ses juges et confondre des accusateurs effrontés et jaloux de ses talents! Nos femmes-médecins ne sont pas heureusement tenues de fournir de telles preuves, de subir de ces épreuves hasardeuses. Nos lois sont plus clémentes que celles des Athéniens, qui se ressentaient apparemment, à cette époque reculée, de l'influence draconienne. Un fait certain, d'après la narration du mythographe, c'est que Phryné n'a pas eu seule le courage peu commun d'arracher à l'Aréopage un verdict d'acquittement par un argument désespéré, qui ne fut pas, comme on vient de le voir, inventé par la plus belle des courtisanes. Agnodice avait pris l'initiative, et tout le mérite de l'invention doit lui rester; d'autant plus digne de louanges que sa démonstration était faite pour éclairer et convaincre la justice, et non pour la séduire.

J. M. Guardia.

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS

— L'Association des médecins de la Seine a tenu sa séance annuelle dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, sous la présidence de M. Velpeau. Le nouveau doyen, M. Tardieu, était assis auprès du président, assisté des deux vice-présidents, du conseil judiciaire de l'Association et des autres membres du bureau. M. L. Orfila, secrétaire général, a donné lecture du rapport annuel qui a été accueilli, comme il l'est tous les ans, par des applaudissements unanimes. L'assemblée a procédé ensuite à l'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général.

M. Velpeau a été réélu président à l'unanimité des voix; M. L. Orfila a été maintenu également, à l'unanimité des suffrages, dans les fonctions de secrétaire général, et MM. Barth et Nélaton ont été élus vice-présidents. Le bureau a procédé ensuite au tirage au sort des membres qui devront faire partie de la commission générale renouvelée tous les ans par tiers.

— Par arrêté en date du 14 janvier, M. Paul Dupuy a été nommé professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux.

— L'École préparatoire de médecine de Tours a décerné, pour la première fois, dans sa séance de décembre, une médaille d'or frappée à l'effigie de Louis Tonnellé.

Ce prix annuel, fondé par madame Riffault pour perpétuer le souvenir des éminents services rendus par son gendre, M. Tonnellé, à l'École et à l'hôpital de Tours, consiste en une médaille de 150 francs.

Les lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant :

Élèves en médecine. — *Prix Tonnellé*, M. Meusnier.

Troisième année : Médaille de vermeil, M. Meusnier; mention honorable, M. Challier.

Deuxième année : Médaille d'argent, M. Bezard; mention honorable, M. Delalande.

Première année : Médaille de bronze, M. Ferré; 1re mention honorable, M. Marchand; 2e mention honorable, M. Carré.

Élèves en pharmacie. — Médaille de bronze, M. Baugé.

Un heureux médecin. — Le docteur A. Campbell, d'Ottawa (Canada), vient d'être déclaré l'unique héritier des domaines du duc de Breadalbane, dont les revenus annuels s'élèvent, dit-on, à 40,000 livres sterling, soit 1 million de francs. N'est-ce pas là une belle occasion de s'illustrer sûrement dans sa profession par le bien qu'il peut faire?

(1) « Antiqui obstetrices non habuerunt, unde mulieres verecundia ductæ interierant. Nam Athenienses caverant, ne quis servus aut fœmina artem medicinam disceret. Agnodice quædam puella virgo concupivit medicinam discere, quæ cum concupisset, demptis capillis, habitu virili, se Hierophilo cuidam tradidit in disciplinam : quæ cum artem didicisset, et fœminam laborantem audisset ab inferiore parte (je rétablis la bonne ponctuation; il s'agissait, soit du travail de l'enfantement, soit d'une affection quelconque des organes génitaux), veniebat ad eam; quæ cum credere se noluisset, æstimans virum esse, illa tunica sublata, ostendebat se fœminam esse : et ita eas curabat. Quod cum vidissent medici, se ad fœminas non admitti, Agnodicen accusare cœperunt, quod dicerent eum glabrum (littéralement, sans poils, épilé, comme les mignons et les esclaves voués à la débauche), esse et corruptorem earum, et illas simulare imbecillitatem. Quo cum Areopagitæ consedissent, Agnodicen damnare cœperunt : quibus Agnodice tunicam allevavit, et se ostendit fœminam esse. Et validius medici accusare cœperunt. Quare tum fœminæ principes ad judicium convenerunt, et dixerunt : Vos conjuges non estis, sed hostes : quia quæ salutem nobis invenit, eam damnatis. Tunc Athenienses legem emendarunt, ut ingenuæ artem medicinam discerent. » — C. Jul. Hygini. Augusti liberti, *Fabularum liber*, c. 274, quis quid invenerit, p. 328-329, t. I, de l'édition des mythographes latins de Thomas Muncker, Amsterdam, 1681, 2 vol. in-8°.)

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(Quatrième trimestre de 1863.)

DISCUSSION SUR LES LIGATURES PRÉLIMINAIRES. — CANCROÏDE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE; RESECTION DU MAXILLAIRE. — POLYPES DE LA LUETTE ET DU VOILE DU PALAIS. — RÉDUCTION DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE PAR DES MANŒUVRES LENTES. — LUXATION DE LA PORTION CERVICALE DU RACHIS. — NÉVROSE CONSÉCUTIVE A UNE CONTUSION DE LA VERGE. — DISCUSSION SUR L'EMBOLIE.

Nous commençons aujourd'hui, pour la continuer régulièrement, une revue périodique des travaux des principales sociétés savantes. Cette revue ne sera point un simple procès-verbal, mais une analyse éclectique raisonnée des travaux et discussions qui auront eu le plus d'importance dans le trimestre précédent.

Nous n'omettrons rien d'important, tout en laissant de côté les faits et débats secondaires, de manière à ne point grossir outre mesure ce compte rendu; nous tâcherons, en un mot, de rester fidèle à l'esprit philosophique qui a toujours dirigé la *Gazette médicale*. Sans nous assujettir d'une manière trop rigoureuse à l'ordre chronologique, nous grouperons autant que possible les faits similaires, de manière à faire ressortir de leur rapprochement un certain nombre de déductions pratiques. Nous donnons aujourd'hui la revue de la Société de chirurgie, puis viendront la Société médicale des hôpitaux, celle de médecine pratique et la Société d'hydrologie.

DISCUSSION SUR LES LIGATURES PRÉLIMINAIRES.

Nous assistons au commencement de ce trimestre à une discussion soulevée par une communication de M. Verneuil, tendant à remettre en honneur la pratique des ligatures préliminaires. Cette discussion, restée à peu près stérile quant à son résultat, en ce sens que chacun des argumentateurs a fini par garder son opinion, peut se résumer dans la question suivante : Quels sont les cas où la ligature préalable d'une artère principale est utile ou indispensable? Ces cas, assez nombreux selon M. Verneuil, seraient d'après M. Richet tout à fait exceptionnels, et même à proprement dire nuls, parce que dans les affections chirurgicales qui les réclament, le chirurgien de la Pitié préférerait s'abstenir de toute opération. Dans l'espèce, le débat, quoique général en principe, s'est restreint à la ligature du tronc carotidien; et, en effet, la gravité de cette opération donnait beau jeu à M. Richet pour reprocher à M. Verneuil d'ajouter un danger de l'opération proprement dite celui de l'acte préalable destiné à la simplifier.

Toute la discussion porte donc sur ce point, de savoir si cet inconvénient suffit pour contre-balancer les avantages de cette ligature préliminaire, avantages qui, d'après M. Verneuil, se résument à deux principaux : la possibilité d'enlever des tumeurs énormes avec des pertes de sang presque insignifiantes, et la grande atténuation des phénomènes locaux inflammatoires. L'objection la plus radicale faite par M. Richet à la ligature préliminaire porte sur l'utilité même de cette opération; à quoi bon, en effet, prendre tant de précautions si les moyens ordinaires d'hémostase usités dans les opérations sanglantes permettent toujours au chirurgien de se rendre maître du sang? Pour réfuter cette allégation, M. Verneuil a dû chercher dans les annales de la science les cas où une extirpation de tumeur commencée comme à l'ordinaire provoqua une telle hémorrhagie que, séance tenante, on crut indispensable de lier la carotide primitive. Quoique ces faits ne soient pas très-nombreux, ils suffisent cependant pour faire admettre la possibilité de voir le malade succomber d'hémorrhagie. Resterait seulement à apprécier quels sont les cas où l'on peut prévoir d'avance ce danger; ces cas, que l'on peut à bon droit qualifier d'exceptionnels, se précisent pour M. Verneuil dans les indications suivantes :

1° Volume énorme de la tumeur;

2° Vascularité très-grande;

3° Adhérences solides et larges dans des régions anfractueuses et profondes rendant l'énucléation impossible et l'emploi continu de l'instrument tranchant indispensable;

4° Rapports multiples avec des organes importants dont la lésion serait rendue probable si le sang masquait les parties et forçait le chirurgien à trop se hâter;

5° Affaiblissement, anémie considérable du sujet rendant dangereuse toute perte de sang.

Reste la fin de non-recevoir présentée par M. Richet, consistant à dire que les cas qui justifieraient l'emploi de la ligature préliminaire ne doivent point être opérés. Ceci est une affaire toute d'appréciation personnelle, et M. Verneuil a eu la sagesse de ne point égarer la discussion sur ce point.

CANCROÏDE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE; RESECTION DU MAXILLAIRE.

Précisément dans cette même séance où prenait fin la discussion sur les ligatures préliminaires (28 octobre), M. Bauchet communiquait à la Société deux malades que MM. Michon et Velpeau avaient hésité à opérer et auxquels il avait pratiqué la resection partielle de la mâchoire inférieure; il s'agissait dans l'un et l'autre cas d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

Chez le premier de ces malades, âgé de 60 ans, il existait un cancroïde très-étendu de la lèvre inférieure qui avait envahi les ganglions sous-maxillaires et attaqué la symphyse du menton; l'opération fut faite par M. Bauchet au mois d'octobre 1861. Pour combler le vide laissé par la resection de la partie médiane du maxillaire inférieure, il fallut recourir à une sorte d'autoplastie. Ce malade, lors de sa présentation à la Société, était complétement guéri et la difformité à peine sensible.

L'autre opération de M. Bauchet remontait à sept années (1856); il s'agit également d'un cancroïde de la lèvre inférieure opéré dans des conditions déplorables après une première ablation pratiquée par un empirique; la tumeur récidivée était très-adhérente au bord inférieur de la branche horizontale de la mâchoire et elle s'engageait assez profondément sous le muscle sterno-mastoïdien; à l'examen micrographique on y trouva des cellules cancéreuses et épithéliales.

FEUILLETON.

LES CONSULTATIONS DE MADAME DE SÉVIGNÉ.

(Suite. — Voir les n°s 11, 13, 15, 23, 25, 27, 30, 33, 37, 38, 40, 41, 43, 46 et 51 de l'année 1862; et les n°s 2, 10, 22, 24, 26, 42 et 46 de l'année 1863; et le n° 6 de l'année 1864.)

Séjour en Provence.

En quittant la Bretagne, madame de Sévigné s'en alla en Provence, chez sa fille, trouvant juste, après seize mois passés chez son fils, d'accorder la même faveur à madame de Grignan. De là elle écrivait à ses parents, à ses amis, elle échangeait des nouvelles, par exemple, elle apprenait au comte de Bussy que M. de Seignelai, ministre et favori de Louis XIV, mourait le 3 novembre 1690, d'une maladie de langueur et d'épuisement, au comble de la fortune, des honneurs, et criblé de dettes. C'est de lui que la Bruyère a dit : *Tel avec deux millions de rente, peut être pauvre chaque année de cinq cent mille livres.*

M. de Grignan était souvent malade. Dans une lettre du 1er décembre, madame de Sévigné écrit à madame de Coulanges : *Il a été mené quatre ou cinq jours fort rudement de la colique et de la fièvre continue avec deux redoublements par jour. Cette maladie allait beau train, si elle n'avait été arrêtée par les miracles ordinaires du quinquina.* Nous ne savons pas trop ce que veut dire l'apostille suivante : *Mais n'oubliez pas qu'il a été aussi bon* (le quinquina) *pour la colique que pour la fièvre.* Huit mois après, le 12 juillet 1691, madame de Sévigné disait à un de ses correspondants : *Nous avons passé l'hiver ici sans autre chagrin que d'y voir le maître de la maison malade d'une fièvre dont le quinquina a eu toutes les peines du monde à le tirer, tout quinquina qu'il est.* Le fils du comte de Grignan, ce jeune colonel de 18 ans qui était venu visiter sa famille, a eu la fièvre comme son père, mais il a été guéri plus promptement.

M. de Chaulnes était toujours à Rome, représentant la France et influençant l'élection d'un nouveau pape. Cette fois, le conclave dura cinq mois entiers, et il se trouve un passage (dont le sens a besoin d'explication) dans une lettre que madame de Sévigné écrit à son parent, M. de Coulanges, lequel était le secrétaire de l'ambassadeur. Voici ce que dit la dame : *Malgré la Saint-Pierre passée et la prédiction des médecins, voilà donc un pape fait, et les cardinaux sortiront du conclave sans qu'il leur en coûte la vie; au contraire, ils retrouveront leur santé et leur liberté.* Pour bien comprendre ces paroles, il faut savoir que le pape a, dans la ville éternelle, deux résidences, le *Vatican* et le *Quirinal*. La grande affaire, à Rome, c'est l'*aria cattiva*, la cause des fièvres qui règnent dans certains quartiers, et pour éviter ce fléau qui sévit avec une ponctualité singulière, on abandonne certaines demeures pour en prendre d'autres plus saines. Or le Vatican est la

POLYPES DE LA LUETTE ET DU VOILE DU PALAIS.

Nous trouvons à la séance du 4 novembre une note de M. Semieleider (de Vienne), membre correspondant, laquelle emprunte un assez grand intérêt à l'importance attribuée dans ces derniers temps aux excroissances polypeuses du larynx. Il s'agit cette fois des polypes de la luette et du voile du palais. M. Semieleider dit en avoir observé deux cas chez deux jeunes hommes, artistes chanteurs; il existait sur les parties latérales de la luette seulement chez l'un, et en outre, chez l'autre, à l'arcade glosso-palatine, une végétation pédonculée molle d'un rouge légèrement bleuâtre, presque diaphane, de la grosseur d'un petit pois; coupées, elles présentaient tout à fait l'aspect des polypes muqueux des fosses nasales.

Ces végétations furent excisées et les surfaces saignantes cautérisées à l'aide de l'acide chromique en cristaux, porté sur les plaies au moyen d'un pinceau de verre filé. L'auteur attribue à cette petite opération d'avoir activé la guérison du catarrhe laryngo-pharyngien coexistant.

Nous trouvons à cette même séance une observation d'anévrisme faux consécutif, suite de saignée, due à M. Notta (de Lisieux), membre correspondant, observation qui contient d'intéressants détails d'anatomie pathologique, le malade ayant succombé à un érysipèle survenu après la ligature de l'humérale.

RÉDUCTION DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE PAR DES MANŒUVRES LENTES.

Une coïncidence fortuite a réuni dans les deux dernières séances de novembre un certain nombre de communications intéressantes relatives aux luxations.

C'est d'abord une note de M. Alph. Salmon, membre correspondant, sur un procédé de réduction des luxations sous-coracoïdiennes, que l'auteur propose d'appeler *par manœuvres lentes*, et qu'il ne donne d'ailleurs que comme un mode particulier d'une méthode ancienne.

En voici la description empruntée à M. Salmon :

« Je commence par placer le blessé dans la position la plus avantageuse et la plus sûre pour annuler, sans usage du chloroforme, toute contraction involontaire des muscles du membre malade. J'obtiens ce résultat en faisant coucher le patient dans le décubitus complet sur le dos, la tête étant relevée seulement par un traversin, et le corps débordant le lit par tout le côté du tronc correspondant à l'épaule luxée, c'est-à-dire pour ainsi dire suspendu à moitié au dehors.

« Pour exécuter la manœuvre opératoire, le chirurgien, placé du côté du membre blessé, saisit doucement la main et l'avant-bras luxés et les écarte du tronc avec la plus grande lenteur, s'arrêtant quand le malade éprouve la moindre souffrance, soumettant à un massage léger les muscles du moignon de l'épaule, interrogeant fréquemment le blessé sur le degré de douleur qu'il ressent, l'engageant à se plaindre si on le fait souffrir (ce qui ferait suspendre momentanément les mouvements du chirurgien), etc.

Or, pendant ces mouvements, il est arrivé que le membre luxé a été peu à peu écarté du tronc, puis a fait angle droit avec lui, puis en a été éloigné à angle obtus, puis s'est trouvé enfin comme dans le procédé d'élévation tout à fait parallèle à l'axe du corps. Il reste alors à exécuter la réduction, et elle est des plus simples. On la pratique comme il suit :

« Le chirurgien confie doucement à un aide le membre luxé et lui ordonne de le maintenir sans effort dans la position qui vient de lui être donnée. Quant à lui, il se place en dedans du membre, vis-à-vis le creux axillaire, comme s'il voulait explorer l'articulation; puis il enveloppe le moignon de l'épaule avec ses quatre doigts de chaque main, et ceux-ci, en se rejoignant au-dessus de l'acromion, immobilisent l'omoplate. D'un autre côté, sans effort brusque et en évitant toujours de réveiller de la douleur, il porte les pouces sur la tête de l'humérus, qu'on sent sous la peau dans le creux de l'aisselle; enfin, par pression douce des pouces sur la tête luxée, il la fait rentrer aisément dans l'article, en s'aidant un peu, s'il en est besoin, d'une légère extension faite par l'aide qui tient le membre. Après quoi l'on rapproche le bras du tronc, non plus au hasard, comme cela a lieu souvent, mais avec la certitude que la réduction est achevée. L'opération est ainsi finie, au grand étonnement du malade, qui n'a pas ordinairement éprouvé la moindre douleur. »

Quoi qu'il en soit du procédé de M. Salmon, nous voyons les luxations de l'épaule donner lieu, dans la séance du 25 novembre, à une discussion assez intéressante en elle-même, quoique stérile dans ses résultats à propos d'une pièce pathologique présentée par M. Morel-Lavallée; cette pièce présentait des délabrements tels qu'il était assez difficile de déterminer à quel genre appartenait la luxation produite, M. Richard voulant n'y voir qu'une luxation intracoracoïdienne, tandis que M. Morel la présentait comme un cas exceptionnel. En définitive, l'étendue de la lésion était telle que l'humérus était dans une situation *vague*. En rappelant cette expression de Gerdy, M. Morel-Lavallée a exprimé le vœu de voir restreindre le nombre des espèces de luxation de l'épaule. C'est là, ce nous semble, la véritable conclusion du débat.

LUXATIONS DE LA PORTION CERVICALE DU RACHIS.

Dans cette même séance, M. Richet qui, dans sa thèse de concours sur les luxations du rachis (1851) avait déjà fait preuve d'une connaissance approfondie du sujet, a soumis à l'examen de la Société une pièce pathologique et un jeune malade chez lequel il avait pu opérer la réduction d'un cas de ce genre. Nous croyons devoir, vu l'intérêt qu'elles présentent, reproduire avec quelques détails chacune de ces observations.

Obs. I. — Il s'agit, dans la première, d'un jeune homme de 22 ans, tombé le 1er août 1863, d'une hauteur de 15 pieds environ. Immédiatement perte de connaissance et résolution des membres. On le transporte à la Pitié pendant la visite, et M. Richet constate les symptômes suivants :

Le malade revenu à lui a conservé toute son intelligence, seulement la parole est un peu lente et tremblante; les traits du visage expriment la souffrance. Les membres inférieurs sont dans la résolution la plus complète; les supérieurs peuvent encore exercer de petits mouvements imperceptibles. La sensibilité est abolie non-seulement dans les mem-

---

résidence d'hiver, le Quirinal n'est habité que pendant l'été, et encore jusqu'à une certaine époque, car le *monte Cavallo* n'est pas complétement à l'abri du mauvais air.

Le conclave se tient au palais Quirinal; la Saint-Pierre arrive à la fin du mois de juin; les médecins pouvaient prédire que les cardinaux enfermés dans ce palais se trouvaient par cela même exposés à l'influence miasmatique qui menace tout le monde dans cette partie de la ville, et voilà comme on peut interpréter la phrase que nous avons citée plus haut. La prédiction des médecins se rapporte à des circonstances locales qui ont une extrême importance à Rome, et l'on ne doit pas s'étonner de voir la Faculté intervenir dans une affaire de cette nature. Cinq mois de conclave, c'est-à-dire un interrègne de cette longueur, excitent à un haut point la sollicitude des Romains, le choix d'un pape passionne la foule non moins que les familles des cardinaux, il n'y a pas de plus grands intérêts dans la capitale du monde chrétien, et les médecins eux-mêmes, qui avaient hâte de voir une élection si longtemps attendue, pouvaient dire que les prélats enfermés au Quirinal couraient de grands risques en prolongeant leur séjour dans un lieu où la fièvre pouvait faire de nombreuses victimes.

Le lundi 16 juillet 1691, M. de Louvois travaillait avec le roi, il paraissait fort souffrant. Louis XIV le voyant prêt à s'évanouir, le renvoya chez lui. On le saigna, et il expira au bout d'une demi-heure dans des soulèvements de cœur continuels. Tout porte à croire qu'il a été empoisonné. Son corps fut ouvert, et les gens de l'art partagèrent unanimement cette opinion. On arrêta un domestique qui fut accusé d'avoir mis du poison dans une aiguière où le ministre buvait habituellement. Quelques auteurs contemporains ont nié le poison; un éditeur moderne des *Lettres de madame de Sévigné* a cru à un suicide, mais rien n'autorise cette manière de voir. On sait que ce ministre si hautain, si dur, était à la veille d'une disgrâce; Louis XIV voyait clair enfin dans de perfides manœuvres que l'habileté de Louvois était parvenue à lui dérober, et la mort de ce personnage le débarrassa d'un fardeau devenu trop pesant. Il n'est pas difficile de penser qu'en un tel état de choses les bons courtisans aient trouvé facile de hâter la solution d'une affaire qui était dans les secrets désirs du prince.

Madame de la Fayette écrivant à madame de Sévigné lui dit : *Ne vous inquiétez pas de ma santé, mes maux ne sont pas dangereux, et quand ils le deviendraient, ce ne serait que par une grande langueur et par un grand dessèchement, ce qui n'est pas l'affaire d'un jour.* Et dans cette même lettre, qui est du 19 septembre 1691, elle raconte que sa belle-fille vient de faire une fausse couche, huit jours après être accouchée; *il y a assez de femmes à qui cela arrive*, dit-elle, *c'est avoir été bien près d'avoir deux enfants.*

Le duc de la Feuillade mourut presque subitement le 19 de ce même mois de septembre. On connaît son fétichisme à l'égard de Louis XIV, cette stupide adoration d'un courtisan qui dépassa toutes les limites. En expirant, il disait : *Que n'ai-je fait pour Dieu ce que j'ai fait pour le roi!* Et le roi disait quelques jours plus tard : *Cette année-là me fut*

bres, mais dans le tronc jusqu'au niveau du mamelon. Toutefois la piqûre d'une épingle détermine dans les membres supérieurs et inférieurs une légère contraction par action réflexe, et le malade n'accuse aucune douleur. La respiration est purement diaphragmatique, les côtes ne se soulèvent pas.

Le malade accuse une assez vive douleur dans la région cervicale, en arrière, au niveau des quatre dernières vertèbres cervicales. Cette douleur augmente lorsqu'on veut soulever le malade pour essayer de l'asseoir sur son séant, ce qu'on ne parvient à faire qu'avec beaucoup de peine. Il n'y a d'ailleurs aucune ecchymose dans cette région, non plus qu'aux téguments du crâne.

Le malade, invité à imprimer des mouvements à sa tête et à son cou, peut le faire sans paraître très-gêné; cependant il nous semble avoir la tête un peu fléchie en avant, mais c'est peu de chose, le cou est aussi plus roide, mais parfaitement droit et sans inclinaison.

La région cervicale, explorée avec soin latéralement et en arrière, ne nous offre d'autre irrégularité qu'un enfoncement assez notable situé immédiatement au-dessus de l'apophyse épineuse de la sixième vertebre cervicale; encore cet enfoncement existe-t-il à un degré presque aussi prononcé chez un voisin de ce malade que nous explorons comparativement.

J'examine alors l'arrière-gorge, je n'y vois ni saillie ni ecchymose, jusqu'au-dessous de l'orifice supérieur du larynx, et portant le doigt au fond du pharynx, je ne trouve aucune irrégularité dans la conformation des corps vertébraux.

Les mouvements de déglutition se font avec une certaine difficulté; cependant je fais boire le malade devant nous, et il avale un demi-verre de liquide sans éprouver autre chose qu'un peu de gêne.

Le diagnostic reste très-hésitant entre une fracture, une luxation ou une simple commotion de la moelle.

Les jours suivants ces divers symptômes persistent en s'exagérant; on constate de plus un priapisme que le malade dit s'être produit sitôt son accident. Le 5 et le 6 une sorte d'amendement semble se produire dans la paralysie des membres supérieurs; mais le 8, affaiblissement notable, délire, selles involontaires. Le malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie, lors de l'examen de la colonne cervicale, on constate une mobilité extrême entre la cinquième et la sixième vertebre. Un épanchement de sang coagulé cache la face postérieure de ces corps vertébraux. Une fois enlevé, on voit que le ligament intervertébral a disparu, qu'il a été rompu et qu'un épanchement de sang le remplace; aussi est-il facile de faire mouvoir la cinquième vertèbre sur la sixième.

Les apophyses articulaires de ces deux pièces osseuses sont écartées de près d'un demi-centimètre. L'apophyse articulaire inférieure gauche de la cinquième a passé au devant de l'apophyse supérieure de la sixième, et se trouve comme accrochée au devant d'elle par son bord postérieur. Quant à l'apophyse articulaire inférieure de la droite de la même vertèbre, elle est restée comme suspendue au-dessus de la même apophyse supérieure de la sixième, dont elle est séparée par un intervalle d'un demi-centimètre. Tous les liens fibreux qui unissent ces apophyses entre elles ont été déchirés. Le trou de conjugaison qui correspond aux deux vertèbres luxées est du côté gauche notablement rétréci, tandis qu'à droite, il n'offre presque aucun changement. Du côté gauche, les racines nerveuses présentent les traces d'une compression non équivoque avec épanchement sanguin périphérique; à droite, on ne trouve rien de semblable.

Le grand surtout ligamenteux postérieur est rompu; l'antérieur n'est déchiré qu'en partie. Les muscles prévertébraux sont intacts, il existe un épanchement sanguin à leur insertion aux corps vertébraux. Point de traces de fracture.

Obs. II.—Dans la seconde observation de M. Richet, il s'agit d'un enfant de 12 ans, lequel avait reçu en jouant une voiture à bras sur la partie postérieure du cou.

Le malade et les parents affirment que dès le jour de l'accident il ne put plus se servir de ses bras, tandis qu'il pouvait parfaitement mouvoir les membres inférieurs. D'ailleurs, il mangeait et avalait sans beaucoup de difficulté, et ce n'est qu'après deux mois de cet état, regardé d'abord comme peu alarmant, que ses parents, voyant la persistance de la paralysie des membres supérieurs, se décidèrent à l'amener à la Pitié. Voici ce que l'on constate le jour de son entrée: La face est tournée du côté droit, et tellement inclinée que le bord de la mâchoire de ce côté n'est distant de la clavicule que de deux travers de doigt au plus, tandis que du côté gauche il en existe largement quatre; le cou est arqué, et offre une convexité dirigée à gauche et une concavité à droite.

Pour mieux explorer le malade, nous le faisons asseoir: nous observons alors qu'en outre de la convexité dirigée à gauche, la colonne vertébrale en présente une autre postérieure résultant de l'inflexion du cou en avant déjà signalée. C'est à partir de la cinquième ou sixième vertèbre cervicale que semble commencer la déviation. A gauche, on rencontre un relief saillant et volumineux dû à la contracture du muscle trapèze. Il existe une paralysie complète du membre supérieur droit, et incomplète du côté gauche; la sensibilité n'est pas complétement abolie à droite; à gauche elle persiste à un degré plus élevé.

En présence de ces symptômes, M. Richet n'hésite pas à diagnostiquer une luxation de la colonne vertébrale; M. Gosselin, qui examine le malade, s'accorde avec lui pour reconnaître qu'il y a luxation d'une vertèbre cervicale, la troisième ou la quatrième, et qu'il faut tenter de la réduire. Voici comment on y procéda. Laissons parler M. Richet:

Après avoir obtenu la résolution chloroformique, une alèze pliée en écharpe et dont le plein fut appliqué sur la partie postérieure du cou, tandis que les chefs étaient ramenés en avant par-dessus les épaules et fixés aux pieds du lit, servit à faire la contre-extension d'une manière aussi fixe que possible.

Deux aides placés à la tête du lit saisirent la tête du malade avec les mains placées au-dessous de l'occiput et de la mâchoire, et pratiquèrent l'extension.

J'appliquai alors mes mains sur celles des aides dans le but non-seulement d'augmenter la force de traction, mais surtout de la diriger, et alors, dans l'hypothèse que nous avions affaire à une luxation latérale gauche de la troisième ou de la quatrième cervicale, j'inclinai d'abord la tête sur l'épaule droite, comme pour dégager l'apophyse oblique inférieure, que je supposais avoir passé au devant de la supérieure, puis je pratiquai la rotation de droite à gauche, c'est-à-dire en sens inverse de celle qui constituait la difformité; enfin, je renversai dans un dernier temps la tête et la partie supérieure du cou en arrière.

Pendant ces manœuvres, M. Gosselin pressait avec ses doigts sur les côtés de la colonne, et cherchait à repousser les vertèbres en arrière et à gauche, comme je tendais à le faire de mon côté.

Nous procédâmes avec beaucoup de lenteur et de prudence, et déjà il nous semblait que nous avions sensiblement redressé la colonne, lorsque tout à coup nous perçûmes un soubresaut; je fis alors suspendre les manœuvres, non sans une certaine inquiétude, et nous constatâmes, M. Gosselin et moi, que l'inflexion de la colonne et surtout la

---

heureuse, je fus défait de trois hommes que je ne pouvois plus souffrir : M. de Louvois, Seignelai et la Feuillade. Terrible leçon, mais qui n'a jamais profité à personne. Les *illustres ingrats* savent bientôt le vrai motif des amitiés qu'on leur offre, le pouvoir excite tant de dévouements suspects que les rois ne se croient guère obligés à la reconnaissance. Ce qui se passe quand ils abdiquent leur montre clairement la valeur du zèle qu'on déploie autour d'eux. Mais revenons à nos affaires.

Elles tournent rapidement au funèbre, le temps marche, il emporte avec lui parents, amis, et parmi ceux-ci, les plus chers, les plus dévoués, par exemple, madame de la Fayette, qui mourut en juin 1693. Madame de Sévigné, qui annonce cette triste nouvelle à madame de Guitaud, en parle en ces termes : *Ses infirmités depuis deux ans étoient devenues extrêmes; je la défendais toujours, car on disait qu'elle étoit folle de ne vouloir point sortir. Elle avait une tristesse mortelle* (on la surnommait le brouillard), *la pauvre femme n'est présentement que trop justifiée. Elle avait deux polypes dans le cœur, et la pointe du cœur flétrie. N'était-ce pas assez pour avoir ces désolations dont elle se plaignait?* Il paraît que la malade tomba sans connaissance et resta ainsi pendant quatre jours que dura la maladie qui l'emporta. Nous avons trouvé jusque-là de si rares occasions de sigoaler une autopsie faite dans le but de découvrir la cause du décès, que nous notons celle-ci moins encore en raison de sa rareté que pour la lésion singulière qui est indiquée en termes précis. Les polypes du cœur étaient sans doute des concrétions fibrineuses dont on ne connaissait pas alors la valeur. Quant à la flétrissure de la pointe de l'orgaoe, nous ne savons ce que cela veut dire, et il convient de s'abstenir de toute interprétation. Le comte de Bussy mourut le 9 avril 1693; madame de Barbezieux succomba le 4 mai 1694 à une petite vérole qui jeta la consternation dans le palais de Versailles, où elle demeurait. Nous apprenons à cette occasion qu'en pareil cas le malade, quel qu'il fût, était enlevé du château, mais que l'on se départit de cette règle en faveur de cette jeune dame. Cependant la duchesse d'Uzès, sa mère, ayant demandé instamment qu'elle fût visitée et soignée par Duchesne, médecin des enfants de France, le roi le défendit absolument. On voit à quel point on redoutait la contagion de cette affreuse maladie à laquelle madame de Sévigné devait payer bientôt un fatal tribut.

La marquise quitta Paris au commencement de mai 1694 pour aller en Provence. Son parent, M. de Coulanges, qui lui écrivait souvent et la tenait au courant des nouvelles de la cour, se plaint de sa goutte qui lui tient l'épaule, le bras et la main, et le jette dans un abattement profond, dont les saignées et les nombreuses médecines ne le peuvent tirer, mais enfin il s'estime heureux de ne pas être atteint de *fièvre, de pourpre et de mille autres maux*, comme M. de Harlay, la présidente le Coigneux, et madame de Sanzei, *qui a été empoisonnée par l'odeur des jonquilles*. On a prétendu qu'elle avait un rhumatisme des entrailles; *on l'a saignée trois ou quatre fois du pied en deux jours;* elle est dans des agitations et des convulsions si violentes qu'elle n'a plus de

rotation avaient presque disparu. L'enfant avait la face dirigée en avant et le menton sur la ligne médiane sans presque aucune inclinaison de la tête.

Nous jugeâmes prudent de nous en tenir là pour cette fois.

L'opéré fut replacé dans son lit et maintenu dans la positinn que nous avions conquise, à l'aide d'un système d'extension et de contre-extension semblable à celui qui avait servi aux manœuvres opératoires.

Dès le lendemain, le petit malade, qui avait passé nne très-bonne nuit, pouvait faire de légers mouvements avec le doigt indicateur de la main droite, tandis que les mouvements de la main ganche avaient notablement augmenté.

Depuis ce moment, les progrès furent régnliers, et chaque jour on constata une amélioration; lors de la présentatinn du malade à la Société la paralysie avait complétement disparu.

Le chirurgien de la Pitié a fait suivre ces deux observations de considérations d'un grand intérêt; nous nous boruons à reproduire les suivantes :

« Le fait le plus important qui ressort de la lecture de ces deux observations, c'est la difficulté du diagnostic, faute de signes physiques apparents ou suffisants pour permettre de reconnaître le déplacement. Ainsi dans la première observation, malgré un examen d'autant plus attentif que nous soupçonnions la lésion trouvée à l'autopsie, nous n'avons trouvé d'autre signe qu'un enfoncement situé au-dessus de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale, et encore chez un des voisins du malade, nous trouvions cet enfoncement à un degré moins prononcé il est vrai. Aussi le diagnostic dut-il rester incertain, ce qui dans le cas présent n'avait pas beaucoup d'importance, parce que la gravité des symptômes annonçait une lésion accomplie du cordon rachidien, contre laquelle toute thérapeutique devait rester insuffisante.

« Dans la deuxième observation, on a pu voir combien M. Gosselin et moi avions dû apporter de réserve dans l'appréciation des symptômes observés, à ce point que nous n'avions pu affirmer qu'une chose, à savoir, qu'il y avait une luxation. Quant au siége de cette luxation, nous avons pensé qu'il était probablement entre la troisième et la quatrième cervicale, ou entre la quatrième et la cinquième; et quant à la variété de luxation, qu'elle était probablement latérale gauche. »

On peut rapprocher des deux faits que nous venons de citer, une observation de luxation de vertèbres lombaires publiée par le *British medical journal* du 12 septembre dernier.

Enfin nous trouvons dans la même séance un rapport de M. Legouest sur une observation de luxation ilio-ischiatique présentée par M. Servier, rapport dans lequel se trouve étudiée l'action des boutonnières musculaires comme cause d'irréductibilité. En rapprochant de ce fait une observation de M. Parmentier publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique*, M. le rapporteur conclut que dans celle-ci comme dans celle-là, la tête du fémur était bien probablement étranglée par une boutonnière musculaire formée par le pyramidal, soit avec l'obturateur interne, soit avec le bord inférieur du petit fessier.

NÉVROSE CONSÉCUTIVE A UNE CONTUSION DE LA VERGE.

Un cas remarquable de névrose traumatique du pénis a été soumis à la Société par M. Verneuil (séance du 9 décembre). Il s'agit d'un homme de 49 ans qui, le 26 mars 1863, se heurta légèrement le pénis en enjambant une barrière; deux semaines plus tard, il ressentit au point frappé une gêne légère, avec sentiment de tension ou parfois de constriction. Malgré tous les moyens thérapeutiques mis en usage pour le combattre, le mal empira sans cesse. Voici l'état du malade quand il fut amené à M. Verneuil par M. le docteur Bonnin (de Poissy), son médecin ordinaire :

Verge de dimension ordinaire ne présentant aucune déformation, aucune cicatrice. En arrière du gland on perçoit une légère induration large de 2 ou 3 millimètres, demi-circulaire, occupant la face dorsale et la face latérale gauche de l'organe, très-peu saillante, sous-cutanée et correspondant manifestement au corps caverneux. Ce petit bourrelet est tout à fait indolent à la pression, mais il correspond exactement au point où le malade accuse cette sensation de resserrement qu'il compare lui-même à l'effet d'un anneau qui étranglerait la verge en ce point. Toutefois l'érection n'est pas douloureuse. Outre cette constriction permanente, il existe un sentiment de pesanteur et de gêne incessant, qui porte le malade à tirailler continuellement la verge comme pour la débarrasser d'un corps étranger. La station et la marche prolongées exaspèrent ce sentiment; la même exacerbation finit par se produire quand le malade est resté quelque temps assis; la nuit, il ressent des crises nerveuses très-pénibles ayant leur point de départ dans l'organe malade, crises qui ne cessent que par le réveil en sursaut du malade. Depuis huit mois, M. X. n'a pas cessé un seul instant de ressentir au niveau de la contusion la constriction dont nous avons parlé; aussi la continuité du mal et l'aggravation constante des symptômes ont fini par influencer notablement la santé du malade et produire chez lui un découragement manifeste.

A quoi rattacher cette singulière affection?

« S'il m'était permis de déposer un diagnostic anatomique, dit M. Verneuil, j'admettrais que la contusion a blessé quelque filet nerveux qui, pris actuellement dans l'induration précitée, est le point de départ des phénomènes. Peut-être existe-t-il là un de ces névrômes traumatiques comme on en observe à la suite des contusions ou des blessures, et qui donnent naissance à de si singulières aberrations du sentiment et même du mouvement périphérique. Je croirais à la lésion d'un de ces filets sympathiques extrêmement ténus qui rampent sur la tunique fibreuse du corps caverneux. »

Tous les traitements mis en œuvre jusqu'alors ayant complétement échoué, M. Verneuil proposait de faire une section transversale et sous-cutanée du corps caverneux en arrière de la zone indurée, qui est manifestement le siége du mal. Cette opération qui, sauf le lieu insolite, est l'analogue des incisions pratiquées sur les cordons nerveux dans les cas de névrôme traumatique, aurait compris seulement l'enveloppe du corps caverneux. Si elle amenait du soulagement et si, plus tard, après la cicatrisation, les phénomènes reparaissaient, on serait autorisé à faire même l'extirpation du noyau induré.

Nous ne savons si M. Verneuil a mis en pratique ce moyen opératoire; jusqu'ici il n'a fait à la Société aucune autre communication à cet égard. Quoi qu'il en soit, il nous semble très-rationnel, et l'on y est en effet conduit par l'analogie avec les cas de tétanos trauma-

---

repos qu'en prenant de l'opium, dont on lui fait faire un trop fréquent usage. Madame de Coulanges, fort liée avec la malade, lui a envoyé un médecin du nom de *Saint-Donnat*, qui se trouve à Paris par hasard et ne doit y rester que quelques jours. Une autre lettre nous apprend que mademoiselle de Sanzei n'en mourut pas. Elle dit elle-même que cette aventure lui apprendra à ne pas s'abandonner, au moins dans de certains moments, à tous les parfums dont elle est entourée, bien qu'elle attribue plutôt le mal qui l'a tourmentée à une promenade sur l'eau qu'aux jonquilles.

M. de Coulanges, qui se charge de rédiger la gazette au bénéfice de madame de Sévigné, incline un peu au lugubre, ses lettres sont pleines d'enterrements. Par exemple, dans celle du 23 juin 1694, il raconte la mort de son petit laquais qui paraît due à une pleuro-pneumonie très aiguë, car elle le tua en quatre jours. *Mais pourquoi ne serait-il pas mort*, dit-il, *M. le duc de Sully et M. de Rebenac sont bien morts*; le fils unique de la belle madame du Fresnoi est mort aussi. La princesse d'Enrichement a la petite vérole, madame de Beringhen a la rougeole, etc. *Madame de Coulanges a perdu son temps et son argent avec Saint-Donnat.* Les coliques sont revenues, le ventre est enflé, *aussi s'est-elle mise depuis trois jours, avec l'approbation de toutes les bonnes têtes, entre les mains de Carette, qui lui fait prendre des médecines et des eaux de Saint-Miou*, dans lesquelles elle fait tomber sept gouttes d'une liqueur qui fait tous les miracles dont vous avez entendu parler.

Ce Carette, charlatan italien qui était venu débiter ses drogues à Paris, avait grand soin de se faire payer d'avance les guérisons qu'il promettait. La Bruyère l'a peint sous le nom de *Carro-Carri* dans le chapitre intitulé : *De quelques usages*; mais ce profond observateur, en s'étonnant du goût que les gens du monde professent pour les charlatans, en se moquant de cette infirmité des intelligences les plus cultivées, n'a pas guéri la maladie qu'il a signalée avec tant de verve et d'esprit. Les Carette sont toujours les bienvenus dans la société, même la plus éclairée, il y a place pour tous les guérisseurs; jamais l'erreur reconnue ne met à l'abri d'une autre erreur, et ceux qui exploitent avec tant d'effronterie l'ardent désir de soulagement des gens qui souffrent sont assurés du succès de leurs manœuvres, si grossières qu'elles soient.

Un certain abbé Tetu, dont nous avons déjà parlé quelquefois, ne pouvait souffrir ni la personne ni la conversation de Carette, à tel point qu'il a déserté la maison de madame de Coulanges pour ne pas rencontrer ce guérisseur. Notons que la dame elle-même n'a pas meilleure opinion de l'empirique; mais, dit son mari, *quand il y va de la vie*, elle sait se contraindre, et elle écoute volontiers le personnage qui la vient voir tous les jours et *passe avec elle des temps infinis*. Cette lettre du 28 juin contient sur ce chapitre de médecine domestique des détails intéressants auxquels nous renvoyons les amateurs.

Nous ne pouvons omettre quelques circonstances relatives à ce charlatan. Madame de Coulanges, dans l'intérêt de sa santé, poussait loin la condescendance à l'égard d'un homme qui n'en était pas digne. Elle lui

tique où la névrotomie a produit de bons effets, ainsi que nous en avons reproduit deux nouveaux cas dans une précédente revue.

DISCUSSION SUR L'EMBOLIE.

Signalons encore une courte discussion sur l'embolie provoquée (séance des 16 et 23 décembre) par une communication de M. Morel Lavallée. Il s'agissait d'un malade ayant un abcès de l'aisselle communiquant avec la cavité pleurale, qui mourut subitement après un mois passé sans accident. « J'ai pensé, dit M. Morel, que l'on ne peut expliquer cette fin subite que par l'embolie. En effet, nous avons trouvé dans la branche gauche de l'artère pulmonaire un caillot volumineux formé de deux parties : l'une blanche et ancienne, l'autre noirâtre et récente; comme chez ce malade le poumon droit ne fonctionnait plus, l'interruption de la circulation dans le poumon gauche a pu suffire pour causer la mort. Le cœur contenait du sang noirâtre; ses orifices étaient sains. »

Quant au siége de la phlébite qui aurait produit ce caillot, M. Morel avouait son ignorance à cet égard; il admettait l'embolie bien plutôt par conclusion que d'après les caractères du caillot lui-même; il y a d'ailleurs des exemples bien établis d'embolie de l'artère pulmonaire, et, séance tenante, M. Morel a cité trois faits de ce genre; dans l'un, entre autres, M. Briquet a vu un caillot de 15 centimètres, dur, dense, noueux portant l'empreinte des valvules veineuses, et oblitérant l'artère pulmonaire.

A cette occasion M. Broca, dont on connaît les recherches sur la température des membres où l'artère principale est oblitérée, a présenté à la Société les considérations suivantes utiles pour le diagnostic de ce genre de lésion :

« Quand un caillot oblitère complétement un tronc artériel tel que celui de la fémorale, la circulation est troublée, elle devient plus active dans les couches superficielles au niveau de l'oblitération, et il y a en ces points augmentation de la température; mais comme la quantité de sang que reçoit le membre a diminué, la température s'abaisse de 1° à 1° 1/2 au-dessous de l'oblitération. »

Mettant à profit ces données M. Broca a pu, dans un grand nombre de cas de gangrène sèche, diagnostiquer le siége de l'embolie au moyen du thermomètre; il a pu, entre autres, dans un cas récent de gangrène du pied, reconnaître que l'oblitération existait au niveau de l'anneau du troisième adducteur, et se prononcer nettement contre l'amputation de la jambe au lieu d'élection; enfin il a cité un fait dans lequel l'examen thermométrique a suffi pour faire reconnaître que la gangrène n'est pas due à l'embolie. C'était chez une vieille femme où l'on trouva à l'autopsie un état athéromateux de l'artère fémorale, et à sa face interne des couches fibrineuses qui en réduisaient le volume à celui de la radiale. La gangrène avait été causée par un caillot formé dans les derniers jours, et qui oblitérait complétement l'artère. Or dans ce cas du vivant de la malade, le thermomètre avait fait constater une diminution de température d'un degré dans tout le membre. C'est le contraire qui arrive dans l'embolie.

(La suite à un prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DES SYMPTÔMES SPINAUX QUI PEUVENT ACCOMPAGNER LA FIÈVRE TYPHOÏDE : EXPOSÉ ANALYTIQUE DES SYMPTÔMES SPINAUX SENSITIFS; par le docteur E. FRITZ.

(Voir les n°s 5 et 6.)

Douleurs dans les membres. — Les élancements douloureux dans les extrémités inférieures (ce symptôme est fort rare aux extrémités supérieures) se présentent souvent avec l'aspect bien caractérisé d'un symptôme d'origine spinale. Nous ne parlons pas ici des douleurs sourdes qui appartiennent à la courbature et dont la nature d'ailleurs, pour le dire en passant, est encore assez mal déterminée. Ce sont des douleurs vives, profondes, pongitives, lancinantes, térébrantes, que les malades rapportent aux masses musculaires des membres et qui leur paraissent avoir souvent pour point de départ une douleur rachialgique, dorsale ou lombaire. Quelquefois ces douleurs s'accompagnent d'une sensation de brûlure. Elles augmentent pendant les mouvements qui deviennent ainsi fort pénibles et que les malades évitent autant qu'ils peuvent. Quoique continues, elles présentent des recrudescences spontanées, irrégulières.

Ce qui a été dit précédemment au sujet de l'époque d'apparition et de la douleur rachidienne s'applique également, d'une manière générale, ici. Quelques faits font pourtant exception à cette règle.

Ces douleurs s'accompagnent très-généralement d'hyperesthésie musculaire. Il en résulte un ensemble de caractères qui rappelle beaucoup les douleurs rhumatismales. M. Griesinger fait remarquer, et j'ai observé comme lui, que la plupart des malades ne les accusent pas spontanément, et que c'est là encore un symptôme qu'il faut chercher pour le trouver.

FIÈVRE TYPHOÏDE, DOULEUR CERVICALE S'IRRADIANT DANS LES BRAS; RACHIALGIE, DOULEURS DANS LES MEMBRES INFÉRIEURS; GUÉRISON.

Obs. III. — M. Fauconnet, appelé auprès d'une personne âgée de 18 ans, la trouva, lors de sa première visite, sans fièvre, ne se plaignant que de faiblesse, d'un peu de céphalalgie et d'une douleur cervicale assez vive pour gêner les mouvements et condamner la malade à l'immobilité. Quelques sangues parurent diminuer la douleur; mais, au bout de cinq à sept jours, tous les symptômes de la fièvre typhoïde se développèrent et suivirent leur cours ordinaire avec assez d'intensité; en même temps, il s'y joignit dans les membres inférieurs et tout le long de la colonne vertébrale des douleurs qu'aggravaient la pression et les mouvements, tandis que la douleur cervicale continuait et s'étendait même aux bras. La maladie dura plus d'un mois, mais la santé se rétablit complétement après un séjour à la campagne.

Douleurs spontanées. — Il est probable que c'est dans la même classe qu'il faut ranger les douleurs qu'un certain nombre de malades éprouvent dans la poitrine et qui occasionnent souvent une gêne extrême de la respiration. Elles se trouvent déjà mentionnées par Rœderer et Wagler dans leur relation de l'épidémie de Gœttingue. M. Hirsch parle d'un étudiant qui éprouva pendant toute la durée de la fièvre typhoïde des douleurs excessives dans la colonne vertébrale

---

donna à diner, le mit en relation avec des personnes du grand monde, et Carette, dont on se moquait en l'appelant *le marquis*, se conduisit fort mal dans cette société choisie. Et quand enfin guérie, ou à peu près, elle voulut le récompenser, elle lui envoya une tabatière d'or, *pesant deux cents écus et coûtant dix louis de façon. Le marquis n'a pas daigné seulement l'en venir remercier et a publié qu'elle lui avait fait un présent où il y avait plus d'invention que de magnificence. Il prétend lui avoir donné pour deux cent cinquante pistoles de son élixir.* Et voilà comme finit cette histoire, qui ressemble à bien d'autres dont on est témoin tous les jours.

La petite vérole régnait toujours à Paris, madame de Boisfranc en est gravement malade; le fils de M. le premier président l'a aussi; enfin, *tout en est rempli*, dit madame de Coulanges dans une lettre de la fin de novembre 1694. Le maréchal de Bellefonds mourut le 5 décembre suivant d'un abcès au genou. *Si on le lui avait percé, on lui aurait sauvé la vie*, disaient les habiles, *mais vous n'êtes pas dupe de ces sortes de repentirs*, dit la dame, *il faut partir quand l'heure est venue.* Reste à savoir quand elle est venue.

P. MENIÈRE.

(La suite prochainement.)

— M. Chevallier recommande avec raison aux jeunes collectionneurs de timbres-poste de ne pas porter à leur bouche ces petits carrés de papier qui peuvent être imprégnés de salive malsaine. Un timbre mis à tremper pendant quelques minutes dans de l'eau pure a tout à gagner à ce lavage; le papier de l'enveloppe qui y adhère tombe de lui-même, et l'on ne s'expose pas à le déchirer. Après l'avoir agité dans cette eau pure, pour bien le nettoyer, on le sèche entre deux feuilles de papier joseph ou buvard, et le timbre se trouve dans des conditions qui doivent satisfaire l'exigence du collectionneur, sans l'avoir exposé à être atteint de maladies transmises par le premier contact d'une bouche malade.

— Une des célébrités médicales de l'Allemagne, M. le docteur Luce (de Schœntein) a succombé à Bamberg, en Bavière, le 23 janvier, à l'âge de 70 ans, par suite d'un rétrécissement de la trachée-artère.

M. de Schœntein avait été depuis 1819 successivement professeur à l'Université de Wurzbourg, de Zurich et à celle de Berlin.

Ses dernières années se sont passées dans sa ville natale, où, tout à fait retiré de l'enseignement et de la pratique, il jouissait d'une très-haute réputation acquise par la justesse de son diagnostic et par la supériorité et la clarté de son enseignement. Il est regardé en Allemagne comme le premier qui ait introduit le système nosologique naturel ayant pour base principale les altérations anatomiques.

et dans les extrémités, avec impossibilité de les mouvoir. Il ajoute : « Les muscles respiratoires étaient également affectés ; de là de violents paroxysmes asthmatiques accompagnés d'une forte dyspnée. » M. Kœpp a observé plusieurs fois, pendant l'épidémie de Torgau, une douleur violente dans la poitrine avec oppression ou constriction spasmodique. » Dans une observation consignée dans la thèse inaugurale de M. le docteur Arnaud, on trouve mentionnés les symptômes suivants : « Hyperesthésie considérable de la base du thorax, dont la percussion détermine de la toux convulsive, de l'anxiété; une difficulté très-grande de la respiration. Ces accès se répètent toutes les deux ou trois minutes, etc. »

On retrouve encore des accidents thoraciques analogues dans diverses observations, mais il n'est pas toujours possible d'en déterminer bien exactement la nature. Il en est qui paraissent dépendre d'une paralysie des muscles respiratoires. D'autres fois, il s'agit peut-être d'une affection spasmodique des muscles respiratoires, survenue sous l'influence de l'état morbide de la moelle épinière, et indépendamment de toute douleur.

Chez une malade, nous avons observé également cette douleur en ceinture dont l'origine spinale est si connue.

Pour clore la liste des douleurs spontanées qui nous occupent, il nous reste à ajouter qu'à côté d'autres symptômes spinaux on rencontre parfois des douleurs qui offrent les caractères des *douleurs névralgiques*.

Les douleurs dont il vient d'être parlé accompagnent ordinairement seulement la période initiale de la maladie; on les a vues cependant reparaître pendant la défervescence.

La perversion de la sensibilité, consistant en *sensations anormales*, est infiniment plus rare que les symptômes précédents et ne paraît avoir été observée qu'en coïncidence avec quelques-uns d'entre eux. Nous rangeons ici les sensations de fourmillements, de picotements qui sont accusées par un certain nombre de malades dans les extrémités ou le long de la colonne vertébrale. Ces sensations accompagnent quelquefois les autres symptômes spinaux du début de la fièvre typhoïde (Wunderlich).

Chez un certain nombre de malades, on observe une *analgésie* plus ou moins étendue et complète, et obéissant plus ou moins dans sa distribution aux lois propres aux symptômes nés d'un trouble des fonctions spinales. Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer, si ce n'est pendant la convalescence, ce symptôme qui paraît être plus tardif et se présenter avec des allures beaucoup plus irrégulières que les accidents décrits plus haut. Dans l'observation suivante, dont je dois la communication à mon excellent collègue, M. Ranvier, on le voit occuper d'abord la partie supérieure du corps, puis envahir le bassin et les extrémités inférieures, de telle manière qu'il restait entre les deux régions analgésiques une zone circulaire, dont la sensibilité n'était pas altérée et qui entourait le corps comme une ceinture au niveau des épines iliaques antéro-supérieures. Au bassin et aux extrémités inférieures, l'analgésie s'accompagnait d'anesthésie. On remarquera d'ailleurs que cette malade présentait en même temps plusieurs des symptômes spinaux précédemment décrits.

FIÈVRE TYPHOÏDE; DOULEURS AU COU; SYMPTÔMES THORACIQUES; ANALGÉSIE DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU CORPS; DYSPHAGIE; RACHIALGIE DORSO-LOMBAIRE; ANALGÉSIE ET ANESTHÉSIE DU BASSIN ET DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES; PARALYSIE INCOMPLÈTE DES EXTRÉMITÉS; GUÉRISON.

Obs. IV. (recueillie par M. Ranvier, dans le service de M. Hérard). — La nommée Hélène W..., âgée de 20 ans, est originaire d'Alsace. Elle habite Paris depuis trois mois; elle est placée comme cuisinière dans une maison où elle a beaucoup de fatigues. Sa chambre est éclairée par une petite fenêtre qui donne dans l'intérieur d'un appartement. Sa santé habituelle est excellente, sa menstruation est régulière. Elle n'a jamais éprouvé de phénomènes hystériques. Elle nous raconte seulement qu'elle est impressionnable, et que la moindre contrariété la fait pleurer. Au commencement de décembre 1862, cette jeune fille éprouva les premières atteintes de cette maladie. Elle perdit l'appétit, ses forces s'affaiblirent; elle fut tourmentée par de fréquentes céphalalgies. Néanmoins elle continua son travail, et c'est seulement un mois après, le 2 janvier 1863, qu'une fièvre intense, développée brusquement, la força de garder le lit. Elle eut aussi, à cette époque, des vomissements et une diarrhée légère qui ne l'a pas abandonnée.

Le 6 janvier, elle est conduite à l'hôpital Lariboisière, et placée dans le service de M. le docteur Hérard (salle Sainte-Mathilde, lit n° 4). A l'expression typhoïde du visage s'ajoute celle de l'inquiétude. La face est vultueuse, baignée de sueur. Il y a une céphalalgie continue, de l'insomnie à laquelle se mêlent des rêves pénibles et du bourdonnement d'oreille. Il n'y a pas eu d'épistaxis, la langue est blanche et sèche. Il y a perte complète de l'appétit, de la diarrhée peu abondante. Une pression légère, exercée au niveau de la fosse iliaque droite, y éveille une douleur obscure et y détermine du gargouillement. Le pouls est à 120; la peau est chaude, mais non sèche. La respiration est pénible; les mouvements en sont accélérés; l'examen de la poitrine ne fournit aucun signe stéthoscopique. Malgré l'absence des taches, l'ensemble des autres symptômes fait admettre une fièvre typhoïde à forme indéterminée jusqu'alors. (2 verres d'eau de Sedlitz, bouillons.)

Le 9, la dyspnée est très-grande, l'auscultation ne révèle rien dans la poitrine. La diarrhée continue, la face est vultueuse et non cyanosée. Il y a eu plusieurs épistaxis peu abondantes. Le pouls est à 130. (Potion avec musc, 50 centigr.; ventouses sèches à la base du thorax.)

Les 10, 11 et 12, le même état persiste; il y a de nouvelles épistaxis.

Le 13, comme on remarque que depuis quelques jours la malade se plaint de souffrir dans le cou, on examine cette région. La pression exercée sur les apophyses épineuses de toutes les vertèbres cervicales y révèle une vive douleur. Cette douleur est surtout très-forte au niveau de l'atlas. On songe alors à étudier la sensibilité, et l'on voit qu'il y a une analgésie complète de toute la partie supérieure du tronc, à partir d'une ligne circulaire passant par les épines iliaques antéro-supérieures. L'analgésie se rencontre aussi sur les membres supérieurs; elle s'arrête en haut au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur. Autant qu'on peut en juger sur une personne affaiblie par une maladie aiguë, il y a aussi une paralysie incomplète du mouvement des membres supérieurs. Les jours suivants, la dyspnée cède peu à peu. On s'aperçoit alors d'une dysphagie qui tourmente beaucoup la malade. On examine plusieurs fois l'arrière-gorge, sans y rien voir d'anormal : il n'y a pas de taches. La diarrhée persiste. (La potion au musc (50 centigr.) est continuée.)

Le 20, surviennent de nouvelles épistaxis. La fièvre a diminué, l'appétit est revenu; la malade demande à manger. Elle souffre toujours à la région cervicale. La dysphagie n'est plus douloureuse, mais elle persiste encore, et fait éprouver la sensation d'une barre placée transversalement dans le pharynx. L'analgésie occupe toujours la moitié supérieure du tronc. Les jours suivants, la convalescence paraît établie; la malade se lève et mange avec appétit.

Le 25, elle essaye de se lever, mais ses jambes refusent de la porter. Elle se plaint alors d'une douleur à la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale. Cette douleur est augmentée par la pression sur les apophyses épineuses. La malade peut encore mouvoir ses jambes dans son lit, mais elle ne peut en détacher les talons. A l'analgésie de la portion supérieure du tronc, qui a persisté, s'ajoute alors l'analgésie du bassin et des membres inférieurs. Une seule bande circulaire est restée sensible. Cette bande entoure le corps comme une ceinture au niveau des épines iliaques antéro-supérieures. La face a conservé toute sa sensibilité et toute son expression; la sensation du chaud et du froid paraît conservée. Il n'en est pas ainsi de celle de la nature et de la forme des corps. Pendant quatre jours on étudie cette singulière paralysie.

Le 29, M. Hérard, voyant qu'il n'y a pas une tendance bien marquée vers la guérison naturelle, ordonne l'application d'un vésicatoire sous forme de ruban, occupant toute la hauteur de la colonne rachidienne. Deux jours après, le 1er février, le mouvement et la sensibilité sont complètement revenus. On rencontre pourtant encore une surface analgésique de 10 centimètres sur 15 au niveau de l'épigastre. Le 7 février, la sensibilité est revenue sur ce point. Le rétablissement est complet. Dix jours après, cette jeune fille quitte l'hôpital dans un excellent état de santé.

L'analgésie n'est pas toujours un symptôme aussi indifférent que dans cette observation. M. Wunderlich dit qu'il l'a vue parfois être suivie d'ulcérations et d'escarre aux extrémités.

Ajoutons que chez une malade, à côté d'autres symptômes spinaux d'une haute gravité, il y avait évidemment une *abolition de la sensibilité musculaire*. La malade disait ne plus sentir ses jambes.

Nous avons ainsi épuisé à peu près complètement la liste des troubles de la sensibilité que l'on décrit à l'occasion des diverses affections de la moelle, et nous avons montré qu'il n'en est pas un qui ne puisse s'associer à l'ensemble des phénomènes morbides qui forment le tableau symptômatique si mouvant et si compliqué de la fièvre typhoïde.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

Les paralysies phosphoriques; par le docteur Gallavardin (de Lyon).

(Suite. — Voir les nos 1, 2, 3 et 5.)

PARALYSIE DES SPHINCTERS DE LA VESSIE ET DU RECTUM; PROSTRATION ET INSENSIBILITÉ GÉNÉRALES, DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Obs. XXXV. — « Un jeune homme de 24 ans, après différentes causes d'épuisement, fut attaqué d'une fièvre putride maligne au commen-

cement de juillet 1778. Les symptômes étaient : un abattement des forces considérable, un pouls beaucoup plus lent que dans l'état naturel, un crachement de sang sans chaleur à la poitrine, un vomissement de bile d'abord jaune, ensuite verte et érugineuse. La matière des déjections était très-fétide. Il semblait que le principe de vie était totalement épuisé, et que les humeurs étaient en dissolution. Tous ces symptômes devinrent plus graves, malgré les secours qui paraissaient les plus appropriés, et au point que tout sentiment semblait détruit.

« Lorsqu'on leva le vésicatoire que j'avais fait appliquer, la chair de dessous la pellicule était blafarde et insensible, le mouvement était très-faible. On agitait le malade sans qu'il pût ouvrir les yeux. Si on levait les paupières on voyait les pupilles très-dilatées. La langue, muqueuse et épaisse, ne pouvait sortir de la bouche. Les genoux, les cuisses, le visage et les mains étaient froids. Il rendait depuis trois jours ses excréments et ses urines involontairement. La décomposition des humeurs paraissait être au dernier période, et son corps exhalait déjà une odeur cadavéreuse. La plaie des vésicatoires et le scrotum étaient presque atteints de gangrène. Il serait difficile d'avoir des exemples d'une putridité aussi exaltée dans aucun corps vivant. J'avais employé comme tisane le vin de Champagne mousseux, à deux et trois pintes par jour. Résolu de mettre en usage un remède douteux, plutôt que d'en employer aucun, je tentai le phosphore.

« Je le prescrivis à la dose de 2 grains fondus dans une cuillerée d'huile de lin, mêlée à 2 onces de looch, composé avec l'eau où avait séjourné le phosphore. M. Lebel, apothicaire, prépara ce remède. On en donna dans la nuit du 23 juillet une cuillerée d'heure en heure au malade. A la visite du matin, je lui trouvai de la chaleur, le pouls rétabli, la plaie des vésicatoires ayant suppuré; les jambes étaient sensibles. Les deux gardes (car une seule ne suffisait pas) me dirent qu'à mesure qu'elles lui avaient administré ce remède, elles l'avaient vu sensiblement revenir à la vie. Une d'elles eut une frayeur extrême, parce qu'en donnant ce médicament loin de la lumière, une partie étant tombée sur le menton du malade devint lumineuse, ce qui lui fit croire que c'était du feu.

« Dès le lendemain, le malade demanda à évacuer de l'urine et à aller à la selle. Il y eut un peu de fièvre et du délire que je regardai comme étant d'un heureux présage. Le remède fut réitéré six fois dans l'espace de sept jours; la dernière fois on le donna en lavement. Depuis cette époque, le malade est revenu de jour en jour et s'est parfaitement rétabli. » (ALPHONSE LEROY, *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. I, p. 259.)

PARALYSIE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, DES SPHINCTERS DE LA VESSIE ET DU RECTUM; EXTRÉMITÉS FROIDES ET TREMBLANTES; PROSTRATION EXTRÊME ET INSENSIBILITÉ DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

OBS. XXXVI. — A la fin du mois d'avril 1805, K..., valet de chambre, âgé de 24 ans, d'une forte constitution, fut atteint d'une fièvre intermittente tierce à laquelle succéda une double tierce. Puis après se déclare une fièvre typhoïde, forme maligne. Dans la nuit du 7 septembre, le malade est pris d'un délire violent, de convulsions et de vomissement de sang.

Le professeur Remer, consulté, trouva le malade pâle, étendu dans son lit avec un léger délire, des tremblements dans les mains et les genoux; toux douloureuse continuelle, des crachats sanguinolents, sueurs abondantes, peu d'urines, pas de selles; le pouls à 126, petit, dur et fuyant. Ce jeune homme était très-inquiet, car il donnait pour cause de sa maladie, outre un violent refroidissement et une chute de cheval, un amour malheureux. Aussi son médecin le jugea-t-il perdu en lui voyant le moral si fortement affecté. Néanmoins il lui prescrivit toutes les ressources de la pharmacie, pêle-mêle suivant un usage qui a encore bien des partisans à notre époque.

Il survint un nouveau vomissement de sang très-violent, puis une hémorrhagie par l'anus; dès ce moment épuisement des forces.

Le 8 septembre, vingt-deuxième jour de la maladie, plus de vomissement de sang, mais vomissement des médicaments.

Le 9, bas-ventre couvert de pétéchies, stupeur extrême; déjections involontaires, fétides et noirâtres; le pouls très-fréquent, petit et faible, l'intérieur de la bouche noirâtre; la peau brûlante avec des sueurs visqueuses. Les sinapismes, quoique ayant fortement rougi la peau, n'avaient provoqué aucune douleur.

Le 11 septembre, le malade était près d'expirer : l'œil était éteint, la mâchoire inférieure paralysée, les extrémités refroidies et tremblantes, les excrétions sanguinolentes et involontaires, la respiration stertoreuse, la face hippocratique, les pétéchies en plus grand nombre. Le malade répandait une odeur cadavéreuse et s'enfonçait dans son lit. Ce ne fut que sur les sollicitations réitérées des assistants, que le médecin ne l'abandonna pas, et se décida à lui administrer le phosphore tout en présageant la mort pour le soir. Il lui prescrivit donc la potion suivante :

Phosphore	8 grains.
Gomme arabique	
Huile de pavot	
Eau de cannelle vineuse	
Sirop d'amande	1 once.

A prendre toutes les heures une cuillerée de la potion.

Ce remède fit changer la scène. Déjà les premières doses, que le malade pouvait à peine avaler, augmentèrent l'activité de toutes les fonctions de l'organisme. Les déjections cessèrent d'être involontaires; la force musculaire parut augmentée; les extrémités se réchauffèrent, la face s'anima.

Le 12 septembre, le malade recommença à délirer, ce qui parut d'un bon augure. On répéta la même potion avec le phosphore et on la continua de la même manière.

Le 13 septembre, il reprit connaissance, reconnut son médecin et voulut lui parler, mais le délire l'en empêcha.

Les symptômes dangereux cessèrent pendant les trois jours, du 14 au 16. Le malade avait consommé 40 (?) grains de phosphore.

L'épuisement des forces étant encore considérable, le médecin les rétablit en remplaçant l'usage du phosphore par celui du vin et d'une nourriture animale. (*Hufeland's Journal*, 1809, Bd II, 7 st., p. 17. — *Bibliothèque de thérapeutique de Bayle*, t. II, p. 50.)

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

Les numéros de janvier à octobre 1863 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du traitement du chancre phagédénique*, par M. Putégnat. 2° *Observation de paralysie des quatre muscles droits de l'œil et du muscle élévateur de la paupière*, par M. Ceccarelli. 3° *Emploi des bains de valériane contre les névralgies*, par M. Barella. 4° *Mémoire sur le croup*, par M. Millet. 5° *Traité de l'érysipèle*, par M. Bourgogne. 6° *Monographie de l'iodoforme*, par M. Rigbini. 7° *Mémoire sur la réduction de l'étranglement herniaire et sur la kélotomie*, par M. Liégard. 8° *Observations de fièvres pernicieuses*, par M. Capelle. 9° *Erysipèle phlegmoneux; mort par embolie*, par MM. Delstanche et Marcq. 10° *Sur les tumeurs fibreuses intrapelviennes nécessitant, pendant le travail de l'enfantement, l'opération césarienne abdominale*, par M. Putégnat. 11° *Ablation complète intrabuccale et sous-périostée de la mâchoire inférieure*, par M. Rizzoli. 12° *Note sur l'érysipèle pouvant être considéré comme une maladie à quinquina*, par M. Liégey. 13° *Hernie étranglée, etc.*, par M. Putégnat. (Hernie inguinale étranglée, rentrée en bloc; herniotomie; deux sacs : un externe, ne contenant que du liquide séreux, un dans la cavité abdominale étranglant par son col une anse intestinale. Débridement du sac interne au dessus du ligament de Poupart; autopsie. Rupture intestinale spontanée loin de l'étranglement; péritonite gangréneuse.) 14° *Observation de névralgie sciatique grave guérie par l'arsenic*, par M. Barella. 15° *Notes sur l'ovariotomie recueillies pendant un séjour à Londres*, par M. Jottrand. 16° *Mémoire sur les fissures congénitales du voile du palais et de la voûte palatine*, par M. Tirifahy. 17° *Sur les qualités nuisibles que l'air contracte dans les hôpitaux et sur les meilleurs moyens d'y remédier*, par M. Nahuys. 18° *Compte rendu de la clinique médicale de M. Pigeolet*, par M. Charon.

Nous rendrons prochainement compte, dans un article bibliographique, du mémoire de M. Millet sur le croup. Les autres observations et mémoires qui viennent d'être énumérés offrent presque tous un grand intérêt, et seront utilement consultés par les personnes qui s'occupent des sujets auxquels ils se rapportent. Nous regrettons que l'étendue considérable du travail de M. Bourgogne sur l'érysipèle nous en interdise l'analyse. Mentionnons seulement le traitement que l'auteur recommande pour la plupart des formes de l'érysipèle, et qui consiste dans l'emploi du tannate de quinine à l'intérieur.

MÉMOIRE SUR LA RÉDUCTION DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE ET SUR LA KÉLOTOMIE; par M. ALF. LIÉGARD.

Ce mémoire a été couronné par la Société des siences médicales et naturelles de Bruxelles. Nous en reproduisons les principales conclusions, qui montrent assez bien le sens dans lequel la thérapeutique des hernies étranglées tendait à se modifier sous l'influence de Seutin.

Pour bien comprendre la valeur des différents modes de réduction de l'étranglement herniaire et indiquer celui auquel on doit donner la préférence, il est indispensable d'étudier avec soin et de distinguer les diverses causes de ce grave accident. Une analyse exacte de ces

causes conduit à la division de l'étranglement herniaire en quatre espèces bien tranchées : 1° étranglement spasmodique; 2° étranglement par les anneaux ou les fibres aponévrotiques; 3° étranglement par le collet du sac; 4° étranglement inflammatoire.

Dans l'étranglement spasmodique, l'intestin sorti tout récemment est irrité par la compression de l'anneau, mais il n'est encore ni engorgé ni enflammé. Les muscles de la paroi abdominale sont contractés spasmodiquement et sont la cause principale qui s'oppose, mais très-énergiquement, à la rentrée de l'intestin; dans ce cas, la saignée poussée jusqu'à la défaillance et mieux l'anesthésie par le chloroforme, suffisent pour rendre la réduction très-facile. Dans cette première espèce l'anesthésie, plus un léger taxis, constituent donc le mode de réduction auquel on doit donner la préférence.

Dans la hernie étranglée par les anneaux, les accidents marchent beaucoup plus promptement, et d'autant plus que la constriction est plus considérable. C'est dans ces cas que la temporisation est dangereuse et qu'il faut se hâter de recourir aux plus énergiques moyens de réduction (bains prolongés, frictions belladonées, larges cataplasmes émollients et narcotiques, lavements de tabac et sel, chloroforme, taxis). Si ces moyens ne réussissent pas, position élevée du bassin, glace sur la tumeur pendant une heure ou deux, taxis encore.

Dans cette deuxième espèce, la méthode de Seutin trouve difficilement son application.

Dans l'étranglement par le collet du sac, de même que dans l'étranglement inflammatoire, au contraire, les anneaux sont beaucoup moins resserrés; le collet épaissi et l'inflammation des parties contenues dans le sac ne s'opposent nullement au succès de cette excellente méthode; on peut alors l'employer avec une grande confiance en la faisant précéder, selon les circonstances, par les applications de belladone, par les saugsnes, par le grand bain, et enfin par le chloroforme. Mais on peut affirmer qu'elle constitue, dans ces deux espèces, le mode de réduction auquel on doit donner la préférence.

L'opération de la hernie étranglée ne présente, en général, aucune gravité, si l'on a été appelé de bonne heure et si l'on n'a pas perdu un temps précieux.

Le moment où il devient urgent d'opérer varie beaucoup, suivant les différents tempéraments, l'âge, la constitution des sujets, le degré de l'étranglement, etc. Les distinctions établies par les auteurs entre la hernie inflammatoire et celle qui aurait lieu par engouement sont un embarras pour la science; il suffit d'observer avec soin la marche plus ou moins rapide des accidents et de se tenir tout prêt à l'opération lorsque, malgré tous les moyens que nous avons indiqués, se déclarent et se continuent les symptômes graves : fréquence et petitesse du pouls, ballonnement du ventre, hoquet forcé et fréquence des efforts de vomissements, quoique l'estomac soit entièrement vide, etc.

Dans les hernies étranglées depuis plusieurs jours, dans lesquelles tous les symptômes les plus violents ont continué sans relâche, en devenant de plus en plus graves, on doit se garder de pratiquer le taxis, qui ne pourrait qu'être très-préjudiciable au malade; il faut alors opérer immédiatement.

Une hernie ancienne et *irréductible*, occasionnant les accidents de l'étranglement, le taxis ne doit pas être pratiqué non plus; les antiphlogistiques, le repos, la diète, la position élevée du bassin, quelquefois les sangsues, les lavements purgatifs, de doux laxatifs, et enfin les applications de glace, doivent suffire pour faire cesser les accidents. Si, dans ces cas, on est forcé d'en venir à l'opération sanglante, comme il n'est pas rare de voir le collet du sac être la cause de tous les mauvais symptômes, et les continuer encore après le débridement de l'anneau, il est indispensable alors d'ouvrir le sac et de débrider aussi son collet.

Quand les accidents de l'étranglement ont marché très-promptement, que dès les premières heures on a eu recours sans nul avantage à tous les moyens possibles de réduction, si la kélotomie est alors immédiatement pratiquée, on peut se contenter de débrider l'anneau sans ouvrir le sac, et pour cela il suffira souvent, après avoir fait, comme le conseille Seutin, une petite incision à la peau, d'introduire dans l'anneau l'extrémité du manche de la spatule à bouton, pour opérer un élargissement suffisant pour permettre une réduction facile, sinon on pourrait débrider à la manière ordinaire, avec l'autre extrémité de cet instrument.

Dans les hernies étranglées depuis plusieurs jours, au contraire, on doit toujours ouvrir le sac, afin de débrider à la fois son collet et l'anneau. Dans ces cas, en effet, cette partie du sac s'est enflammée, épaissie, et est devenue une cause sérieuse d'étranglement.

Dans ces mêmes hernies, le sac, dans toute son étendue et plus spécialement à son collet, a subi un travail tout particulier d'organisation qui lui a fait contracter des adhérences intimes avec les couches cellulaires qui l'environnent, de sorte que, si après la réduction par le taxis on voit se continuer tous les accidents de l'étranglement, on peut affirmer presque certainement que le collet du sac n'en est pas la cause, mais qu'ils sont occasionnés par l'inflammation des membranes séreuses et muqueuses de l'intestin qui avait fait hernie, inflammation qui a continué ses progrès après la réduction, comme cela arrive quelquefois après la kélotomie.

Dans l'opération de la hernie étranglée, on trouve presque toujours plusieurs couches de lames distinctes environnant le sac; les plus profondes lui ressemblent beaucoup dans certains cas, même elles ressemblent à l'intestin; mais elles sont toujours réunies entre elles par des *filaments d'adhérence* très-fins, nombreux et résistants. La dernière de ces couches présente avec le sac les mêmes moyens d'union, tandis qu'entre l'intestin et le sac il ne s'en rencontre jamais. L'absence de ces filaments fournira donc un signe précieux pour reconnaître positivement l'intestin.

On ne doit jamais négliger, avant de replacer l'intestin, d'examiner avec soin le point étranglé, parce que ce point peut être le siége de la gangrène, et qu'alors on occasionnerait un épanchement de matières stercorales dans le ventre. Ce précepte d'examiner le point étranglé ne souffre même point d'exception lorsque la gangrène s'est emparée de la petite portion de l'intestin sorti.

Lorsqu'un point de l'intestin faisant hernie est trouvé sphacélé, nous croyons qu'il convient de renverser les bords de la plaie en dedans, d'adosser ainsi la membrane séreuse et de la maintenir en contact avec elle-même au moyen d'un point de suture. L'anse de fil servirait ensuite à maintenir la petite perforation intestinale au fond de la plaie.

Observation de paralysie des quatre muscles droits de l'œil et du muscle élévateur palpébral; par le docteur A. Ceccarelli.

M. Ceccarelli fut consulté, au mois de mars 1863, par une servante âgée de 24 ans, pour une servante qui se plaignait de troubles tout à fait singuliers de la vue.

Trois mois avant cette consultation, cette malade avait été prise d'un violent mal de tête qui l'obligea à garder le lit. Le lendemain, huit jours avant l'époque ordinaire, ses règles apparurent abondamment et durèrent cinq jours. Pendant cette menstruation excessive, elle avait l'œil gauche tourné vers le nez et voyait les objets doubles et confus.

A dater de ce moment, elle se lava l'œil malade d'heure en heure avec de l'eau fraîche. Lorsqu'il était seul ouvert, elle y voyait assez bien, mais la tête lui tournait au point qu'elle n'osait tenir l'œil droit longtemps fermé.

Au bout de quatre jours de ce traitement, la guérison était presque complète; le strabisme avait disparu, la malade voyait droit et simple et se croyait débarrassée pour toujours de cette affection. Elle s'exposa alors imprudemment à un refroidissement violent.

Dès le lendemain matin, l'œil gauche avait repris sa position oblique, la prunelle était très-large et noire, la vue était double et la paupière supérieure de ce côté tombait inerte au devant de l'œil.

Le lendemain matin, les mêmes symptômes persistaient, mais au lieu d'être tourné vers le nez, l'œil restait droit et immobile.

M. Ceccarelli reconnut que la plupart de ses renseignements étaient exacts; seulement la pupille gauche, très-distendue et presque immobile, n'était pas régulièrement ronde. La paupière supérieure retombait masquant une partie de la prunelle et ne pouvait se relever sous l'empire de la volonté, ni seule ni de concert avec sa semblable; toutefois, quand elle avait été relevée passivement, elle conservait cette position pendant quelques minutes, surtout lorsque l'œil droit était fermé.

L'œil gauche, faiblement injecté, restait immobile; il ne suivait pas les mouvements de rotation de son voisin, soit qu'on l'exerçât seul ou avec son congénère, soit qu'on lui imprimât une légère secousse.

La patiente pensait qu'un refroidissement local pouvait bien être la cause de cette affection.

M. Ceccarelli admet qu'il avait affaire à une paralysie des branches nerveuses de la troisième et de la sixième paire.

Afin, dit-il, de ranimer le stimulus nerveux, si nécessaire aux fonctions de ces organes anesthésiés, j'ai cherché à agir le plus directement possible sur eux, et à cet effet j'ai cautérisé modérément le bulbe oculaire aux endroits correspondant aux attaches des muscles droits, pour y provoquer une fluxion irritative suivie avec réaction sur le système nerveux, que je voulais surexciter artificiellement. Ces cautérisations ont été faites d'après la méthode de M. le docteur Vallez (de Bruxelles).

Cette méthode consiste à recouvrir la pierre infernale d'un lambeau de mousseline légèrement humectée. Par ce moyen, on évite au patient

de vives douleurs, on est maître de l'action caustique du sel argentin, qu'on peut graduer à volonté, et enfin on prévient le dépôt de pellicules blanches, résultant de la pierre lunaire, dans le cul-de-sac conjonctival, où elles pourraient agir comme corps étrangers.

Afin de combattre en même temps la céphalalgie frontale existante, j'ai ordonné des frictions sur le front et les tempes, matin et soir, au moyen d'un linge imbibé du liniment suivant :

Pr. Ammoniaque liquide......... 15 grammes.
Éther nitrique.......... 8 —
Huile camphrée.......... 12 —

Mêlez.

Prendre chaque soir des manuluves au sel de soude du commerce pendant quelques minutes; régime ordinaire; repos du corps en général et surtout des yeux autant que possible.

Après quatre jours de cette médication, l'amélioration se manifestait déjà par la diminution des principaux symptômes, car l'œil commençait à osciller un peu sous l'empire de la volonté, et le mal de tête avait perdu toute son intensité. Le 5e, le cinquième jour, une nouvelle cautérisation de la même manière que la précédente, etc.

Le douzième jour, nouvelle cautérisation (troisième); après dix-sept jours de ce traitement, l'œil avait repris ses mouvements rotatoires, la pupille s'était fortement rétrécie et la paupière se maintenait longtemps relevée par les seuls efforts de la nature.

Cette observation nous a paru curieuse comme forme de paralysie. Les faits de ce genre sont assurément fort rares et se prêteraient à des considérations importantes s'ils étaient observés d'une manière bien complète. Il y a malheureusement une lacune qui rend impossible une discussion approfondie du fait de M. Ceccarelli : c'est que l'auteur ne nous renseigne pas exactement sur les fonctions des muscles obliques. Il aurait été utile de connaître ce détail pour chercher si la cause de cette paralysie devait être cherchée dans l'encéphale ou s'il s'agissait d'une affection toute périphérique. Tel qu'il est, toutefois, le fait dont il s'agit mérite d'être conservé, et des observations ultérieures pourront peut-être, en l'utilisant, suppléer à leur tour à ce qu'il a d'obscur.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

M. Bernard présente au nom de M. le docteur Benvenisti (de Padoue) :

1° Plusieurs brochures sur la pellagre, destinées à concourir pour le prix sur la pellagre qui sera décerné en 1864;

2° Le second volume d'un ouvrage intitulé : *Histoire anatomico-pathologique du système vasculaire*, etc. Dans ce volume, destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon, M. Benvenisti étudie particulièrement les lésions anatomico-pathologiques des sinus et des veines cérébrales dans leurs rapports avec les diverses maladies du cerveau. Il a recueilli et examiné avec soin un grand nombre de faits qui servent de base à son travail. L'auteur, du reste, se conformant à une des conditions imposées aux concurrents, a joint à son livre un résumé dans lequel il indique les points qu'il considère comme les plus importants et les plus nouveaux de son travail.

Sur un nouveau procédé facile et économique pour conserver les substances animales à l'air libre. Note de M. Pagliari, présentée par M. Pasteur.

J'ai l'honneur de faire connaître à l'Académie un moyen nouveau fort simple de conserver les substances animales. La liqueur que j'emploie pour cet usage est un composé d'alun, de benjoin et d'eau, qui diffère peu de celle de mon eau hémostatique. Une simple couche de la liqueur conservatrice en question, appliquée sur la substance animale que l'on abandonne ensuite à l'air libre, suffit pour l'empêcher de s'altérer. Voici comment j'explique ce fait :

La liqueur conservatrice, qui a été mise en contact avec la substance animale à conserver, déposerait sur celle-ci une sorte de trame invisible à l'œil nu, laquelle agirait à la manière d'un filtre antiseptique, ne donnant accès qu'à l'air pur; cette trame constituerait une sorte d'enveloppe qui, suivant les belles et savantes recherches de M. Pasteur, s'opposerait au développement des ferments animaux et végétaux, tout en laissant l'évaporation s'effectuer librement. Quant aux substances animales immergées dans la liqueur conservatrice, elles se conserveraient indéfiniment. Il est facile de prévoir, d'après ces faits intéressants, toutes les applications utiles que l'on pourrait faire de la liqueur conservatrice de Pagliari.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un travail intitulé : *Recherches statistiques sur la phthisie tuberculeuse*, par M. le docteur Marmisse (de Bordeaux). (Comm. : MM. Guérard et Vernois.)

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863, dans la Haute-Savoie.

3° Un rapport de M. Le Cœur (de Caen), sur une épidémie de rougeole en 1863. (Commiss. des épidémies.)

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Cambo (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Hiriart; de Fonsanges (département du Gard), par M. le docteur Zaleski, et de Cauvallat (Gard), par M. le docteur Verdier. (Commiss. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. Gubler, Hardy, Boinet et Rotureau, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

2° Un mémoire de M. Verrier, sur les difformités de la taille et la scoliose en particulier. (Commiss. : MM. Malgaigne et Bouvier.)

3° Un travail de M. le docteur Artigues, sur le rôle des eaux thermales sulfureuses dans le traitement de la goutte. (Commiss. des eaux minérales.)

4° M. Galante présente un *nouveau pulvérisateur*.

5° Une lettre de M. le docteur Herczeghy, chirurgien de l'armée d'Italie, accompagnant deux exemplaires d'un ouvrage intitulé : *la Femme au point de vue physiologique, pathologique et moral*.

— M. Poggiale présente, au nom de M. Gérardin, professeur à la Faculté des sciences de Lille, la nouvelle édition de son *Traité des engrais*.

— M. Larrey, au nom de M. le docteur Jeannel, pharmacien en chef des hôpitaux militaires de Bordeaux, un tableau relatif aux maladies syphilitiques; tableau faisant suite à l'ouvrage que M. Jeannel publie sur le même sujet, et le complétant; au nom de miss Nightingale un volume intitulé : *Note sur les hôpitaux*.

— M. Kergaradec continue la lecture de son rapport officiel sur les épidémies pendant l'année 1862.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccine. La parole est à M. Bousquet.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION.

M. Bousquet : C'était en 1798, il y a de cela soixante-six ans, que Jenner a fait présent au monde de la vaccine, et, depuis soixante-six ans, le monde jouit des bienfaits de la vaccine sans interruption et sans contestation; ce qu'elle a sauvé d'enfants dans cet espace de temps, je ne l'ai pas compté. La critique s'est tue devant l'évidence des faits, et cependant ces faits, irréprochables aux sens, se sont toujours présentés à l'esprit entourés d'une sorte de mystère que la science essaye encore une fois de dissiper.

Tel m'a paru d'abord l'objet principal de cette discussion sur l'origine de la vaccine; elle n'avait, en commençant, rien de pratique; c'était une simple curiosité de l'esprit, une satisfaction qu'il voulait se donner. La vaccine elle-même n'avait rien à y gagner, elle n'y gagne rien encore; elle n'en est ni plus sûre, ni plus préservative; mais, par un bonheur inouï, il est arrivé qu'en lui cherchant de fausses analogies avec la variole, on aurait trouvé sa source dans le cheval, et, par suite, un moyen de plus de renouveler le vaccin.

Jenner, vous le savez, a pris le vaccin au pis de la vache, où le plaçaient les croyances populaires; mais ces croyances, il ne les partageait pas; il était d'opinion que la vache elle-même le tenait du cheval. Ce fut une des préoccupations de sa vie; il y revenait sans cesse dans ses écrits, dans sa correspondance, dans sa conversation avec ses disciples, et les médecins qui, de toutes les parties du monde, venaient le visiter dans sa retraite de Berkley.

Ce que Jenner n'avait fait qu'entrevoir, M. Lafosse l'a démontré par voie d'expérimentation; de sorte qu'à l'avenir, l'histoire ne pourra parler de l'origine du cow-pox aux pieds du cheval sans rappeler le nom de celui qui l'y a pris, l'a transporté à la vache, et de la vache à l'homme. On sait le reste. C'est le premier fait d'inoculation bien clair, bien authentique; c'est une époque dans l'histoire de l'art et le principe de cette discussion même.

Mais je ne puis me reporter à cet événement sans me remettre en mémoire l'opposition de M. Depaul, mon puissant et vaillant contradicteur. Je ne sais ce qu'il en pense aujourd'hui, et je n'aurai pas l'indiscrétion de le lui demander.

Par une dérision du sort, il se trouve que celui qui a le plus vivement et le plus longuement contesté au cheval la faculté d'engendrer le cow-pox, c'est celui-là même que le destin a choisi pour nous faire connaître la maladie du cheval qui la contient; il est vrai qu'il l'a trouvée sans la chercher, il l'avait trouvée qu'il ne le savait pas encore; c'est M. Bouley qui le lui a appris, M. Depaul voyait toujours, il voit encore dans l'exantheme du cheval la variole : il en a, dit-il, tous les caractères : mêmes symptômes, même éruption générale et pustuleuse, même fièvre, même marche, mêmes périodes d'invasion, d'éruption et de dessiccation.

Ce parallèle, M. Depaul le poursuit habilement dans l'épizootie de Rieumes, si bien décrite par MM. Lafosse et Sarrans; dans l'épizootie d'Alfort, née si à propos pour vérifier ses conjectures, et finalement dans le fait dit par erreur stomatite aphtheuse, fait doublement glorieux pour M. Depaul et pour M. Bouley : pour M. Depaul, par le talent d'observation qu'il y a mis; pour M. Bouley, par l'aveu de sa méprise et par l'avantage qu'il en a tiré.

Que la variole flotte librement dans l'air, ou qu'elle couve secrètement dans ses germes, on suppose qu'elle se précipite indistinctement sur l'homme et sur les animaux; car M. Depaul, naguère si injuste envers le cheval qu'il lui refusait le cow-pox, le donne maintenant, sous le nom de variole, au mouton, au chien, à l'âne, au singe, au porc, etc.

Suivez, je vous prie, l'ordre des idées. Placée en tête de la famille, la petite vérole engendre successivement le cow-pox et la vaccine; ou plutôt c'est la variole elle-même qui se métamorphose et prend tour à tour la forme du cow-pox sur la vache, de la vaccine sur l'homme; de manière que, sous des apparences diverses, les trois éruptions ne forment qu'une unité pathologique, la même espèce morbide.

En histoire naturelle, on dit qu'ils sont de la même espèce les êtres qui, plus semblables entre eux qu'à tous les autres, descendent par génération les uns des autres ou de parents communs. La descendance emporte la ressemblance; mais ce n'est pas tant la ressemblance que la descendance qui caractérise l'espèce.

A la différence des individus qui se succèdent, passent et varient si fort entre eux qu'on n'en trouve pas deux parfaitement semblables, les espèces, au contraire, sont permanentes, fixes, immuables. Créées de Dieu, rien ne peut les altérer si ce n'est l'inceste, le croisement. Encore cette altération n'est-elle que passagère. Par une admirable prévoyance, les métis ne produisent pas entre eux, on s'ils produisent une fois, deux fois, la fécondité s'arrête ensuite, et tout rentre dans l'ordre accoutumé

A bien des égards, les maladies virulentes, les maladies nées de semence se peuvent comparer aux espèces animales et végétales. Excepté le premier individu, dans chaque espèce, dont j'ignore l'origine, je connais celle de tous les autres. Le second vient du premier; le troisième du second, ainsi de suite à l'infini. Il en est de même de la variole : née de semence, elle se perpétue par génération. Autrefois j'aurais été peut-être moins affirmatif; je croyais qu'elle pouvait se produire spontanément, du moins dans sa patrie originelle; il m'est arrivé plusieurs fois de me mettre sur ses traces pour en suivre l'itinéraire, et s'il ne m'a pas été toujours donné de remonter au point initial, je puis assurer que j'y suis parvenu le plus souvent.

Au reste, de quelque manière qu'elle se soit produite pour la première fois, il est certain qu'elle se propage par génération, à la manière des plantes et des animaux; et par cela même elle constitue, en pathologie, une espèce morbide qui se distingue de toutes les autres.

Je ne parle pas des variétés de la variole, comme la variole inoculée, la varioloïde, etc.; ce sont, pour parler le langage de Buffon, des *touches* accessoires qui toutes émanent de même source, du même fond, du même principe.

C'est, ce me semble, pour avoir méconnu ces notions élémentaires que M. Depaul s'est égaré; il a raisonné des maladies contagieuses comme des maladies ordinaires produites par des causes connues, telles que le froid et le chaud, oubliant qu'il y a pour elles une cause spécifique que rien ne peut remplacer, un germe qui, introduit dans l'économie, y couve, y lève, s'y développe et s'éteint, non pas sans produire de nouveaux germes pour assurer sa postérité.

La variole et la vaccine appartiennent évidemment à la classe des contagions; elles en ont tous les caractères. Je conviens d'ailleurs qu'à s'arrêter à la surface, il existe entre elles d'assez grandes ressemblances; elles ont frappé tous les observateurs, à commencer par Jenner. Écoutez ses paroles, elles sont remarquables : «Entre les pustules de la vaccine et celles de la variole, il n'y a pas, dit-il, une *ombre* de *différence*. » Et il défie tous les plus habiles inoculateurs de son temps de les distinguer. Ce qu'il dit de l'éruption, il le dit de la fièvre vaccinale; car il paraît qu'au commencement, la fièvre se joignait souvent à la vaccine, fièvre si parfaitement semblable à celle de la variole, qu'il lui est arrivé plus d'une fois de visiter le corps des vaccinés pour voir s'il n'était pas survenu une éruption générale; c'est ce qu'il a fait pour William Summer et pour Anna Excell; mais cet examen ne lui a jamais rien découvert au dela des boutons d'insertion.

Qu'eût-il pensé cependant s'il avait trouvé quelques boutons généraux répandus çà et là sur le corps? Aurait-il conclu à l'identité de la variole et de la vaccine? L'exception lui aurait-elle fait méconnaître la règle? Pour un trait fortuit de ressemblance, aurait-il mis en oubli toutes les dissemblances? Il n'y a pas d'apparence; c'eût été renier sa découverte et la gloire de son nom; c'eût été nous ramener à l'inoculation.

Depuis lors, on a cité, je le sais, quelques exemples de vaccine avec des boutons surnuméraires; mais ces cas sont si rares, qu'ils me sont suspects par leur nombre même; je crois en avoir vu deux ou trois dans le cours de ma longue carrière; notre honoré confrère, M. Blache, m'a fait l'honneur de m appeler à en constater un autre. En y reportant aujourd'hui mes souvenirs, je doute un peu de la nature de ces boutons; qui m assurera qu'il n'étaient pas de variole? A moins d'être suffisamment répétée, l'inoculation même y serait impuissante à cause de la ressemblance des deux éruptions.

D un autre côté, M. Depaul ne manque pas de se prévaloir des exemples de variole inoculée avec une seule éruption, l'éruption locale; mais en cela il est bien mieux fondé; c'était un privilége de l'inoculation d'enlever à la variole ce qu'elle a de dangereux en réduisant le nombre des houtons, et il n'était pas très-rare qu'elle supprimât complétement les boutons généraux.

En résumé, ajouter à la vaccine une éruption générale, la retrancher à la variole, voilà comment on espère de rapprocher, de confondre les deux éruptions.

Je ne veux pas chercher jusqu'à quel point la probité scientifique s'accommode d'un pareil procédé; j'ai de plus graves reproches à lui faire, c'est de taire des différences qui sont nombreuses:

1° La variole est souvent épidémique ou endémique;
La vaccine jamais.

2° La variole, modèle de toutes les contagions, se transmet indistinctement par les miasmes qu'elle exhale dans l'air et par l'inoculation du virus contenu dans les pustules;
La vaccine ne se transmet que par inoculation.

3° Telle est la gravité de la variole naturelle, qu'on a calculé qu'elle faisait périr la dixième partie du genre humain;
Telle est la bénignité de la vaccine qu'il est douteux si elle a jamais fait une seule victime.

4° La vaccine couve au moins huit jours avant d'éclater;
La variole trois jours seulement.

5° La variole spontanée n'a qu'une éruption répandue sur tout le corps, et principalement au visage et aux mains;
La variole inoculée en a deux : l'une générale, l'autre locale;
La vaccine n'en a qu'une toujours locale.

6° Rien de plus commun que la variole, puisque ceux-là seuls en sont exempts qui ne vivent pas assez pour l'attendre;
Rien de plus rare que le *cow-pox*, au moins jusqu'ici.

Voilà, certes, d'assez grandes différences, et on en trouverait d'autres en cherchant bien; mais celles-là suffisent pour balancer les ressemblances; d'où l'on voit que, à se régler sur les rapports des deux éruptions, il n'y a pas plus de raison pour les confondre que pour les séparer.

Mais encore une fois il est un guide plus sûr. plus fidèle que les symptômes : c'est la cause, l'origine des deux éruptions. La variole et la vaccine procèdent-elles du même virus, elles sont identiques; elles sont de la même espèce aussi sûrement et au même titre que deux animaux issus du même couple; viennent-elles de deux virus différents, elles se ressembleraient comme deux œufs, qu'elles constituent deux espèces pathologiques distinctes et irréductibles.

M. Bouley a cru marquer les affinités des deux éruptions par une comparaison tirée de la botanique. Voyez, dit-il, que de tribus dans la famille des Rosacées! S'il entend par-là que la variole et la vaccine ne sont que des variétés de la même espèce, je crois qu'il se trompe; et je me sépare de lui; c'est une concession de savant à savant, désavouée par la science. La science enseigne, au contraire, que les deux éruptions forment deux espèces distinctes. séparées comme, au reste, toutes les espèces dans les deux règnes. Elles en ont tous les caractères; chacune se reproduit par génération, chacune a sa souche et sa descendance.

Ainsi, la variole naît de la variole et n'engendre que la variole.

La vaccine naît de la vaccine et n'engendre que la vaccine.

Et jamais on ne les a vues des *yeux du corps* naître l'une de l'autre, ou se transformer l'une dans l'autre.

Établir que la vaccine et la variole naissent du même germe, c'est aller contre toutes les règles. Et cependant il faut qu'elle soit bien naturelle, cette idée, puisqu'elle est venue à tant d'autres avant de venir à M. Depaul. Jenner l'a eue, Woodville l'a eue, Viborg l'a eue, Coleman, Ingenhouls, Turner, Hunter, Thiele de Cazan, Robert Ceely, Robert (de Marseille), M. Piorry, l'anonyme cité par M. Bouillaud, l'ont eue. Et tous ne se sont pas contentés de jeter un propos en l'air; dans le nombre, il en est plusieurs qui ont essayé de lui donner un corps et de le fixer par des expériences.

A la vérité, M. Depaul parle de la vaccine comme d'une variole *modifiée* par la vache; de sorte que, en réalité, il y a deux questions dans une seule question.

Premièrement, la variole de l'homme peut-elle se communiquer à la vache? Secondement, et dans l'affirmative, est-il vrai qu'elles s'y modifie, qu'elle s'y change en vaccine?

Voilà, si j'ai bien compris, tout le système, toute la doctrine de M. Depaul.

La première domine évidemment la seconde; il ne serait pas permis de les intervertir. Elle n'est ni de fait ni de raisonnement, elle est d'expérimentation. Veut-on savoir si la variole se communique à la vache? Il faut l'inoculer; si vous ne l'inoculez pas, vous ne le saurez jamais. Ainsi l'a compris M. Bouley; tandis qu'on discourait à ses oreilles, lui, emporté par le sang et par ce sens pratique héréditaire dans sa famille, plonge la lancette dans une pustule de variole et pique une vache au pis: rien, point de résultat; quelques jours après, il replonge le même instrument dans une pustule de cet exanthème du cheval où M. Depaul se plaît à voir la variole, et cette prétendue variole donne le cow-pox, et si bien le cow-pox que, reporté sur l'homme, il y fait naître la vaccine.

Permettez-moi, messieurs, de m'arrêter un instant à cette double expérience: c'est, à mon sens, un fait considérable; il tire son importance de l'insertion des deux virus sur le même sujet avec des succès contraires; cette importance serait beaucoup moindre s'ils étaient séparés.

On a inoculé d'abord la variole à la vache; inoculation inutile! Dans toute autre circonstance, il n'y aurait pas lieu de s en étonner; je m'en étonne dans celle-ci; car, dans l'hypothèse, les deux virus étant identiques avaient naturellement les mêmes chances; et, dès lors, l'avantage devait rester au premier inoculé. Pourquoi donc le virus varioleux a-t-il échoué, et pourquoi le virus équin, inoculé le dernier, a-t-il réussi? Il est arrivé juste le contraire de ce qui devait arriver dans l'hypothèse: cela ne prouve pas pour elle.

Nous n'avons pas toujours sous la main l'exanthème du cheval pour l'inoculer, mais le virus varioleux ne manque jamais.

Au moment où je parle, je crois savoir qu'un jeune vétérinaire de la plus grande espérance, M. Camille Leblanc, a entrepris, sous la direction de son père, notre judicieux collègue, une série d'inoculations varioleuses sur la vache et sur d'autres animaux. Il ne m'appartient pas d'en prévoir le résultat final, quoique j'y fusse peut-être autorisé par les leçons de l'histoire; mais il m'a été dit qu'elles n'avaient encore rien produit; néanmoins, M. Depaul ne s'en inquiète pas; il a répondu à tout: c'est qu'on aura mal choisi le virus varioleux; ou les vaches inoculées avaient eu la variole, ou elles avaient passé l'âge de l'avoir.

Il n'en est que plus regrettable que M. Depaul n'ait pas mieux compris sa position; c'était à lui de refaire ces expériences, il est juste de dire qu'il y a pensé, mais il s'est laissé détourner par le danger des inoculations des solipèdes à l'homme; et, d'autre part, il n'a pas cru, dans sa bonne foi, qu'il y eût nécessité de recommencer des expériences périlleuses et tentées heureusement par d'autres mains.

On cite, en effet, quelques essais heureux d'inoculation varioleuse sur la vache; j'en ai cité moi-même par scrupule d'historien; mais j'ai dit et je répète que tous les expérimentateurs les plus dignes de foi y ont échoué.

Ne sachant que penser entre tant d'opinions contradictoires, un médecin anglais, du nom de Sunderland, résolut de reprendre ces inoculations; mais bientôt rebuté par ses mauvais succès, il s'ouvrit une autre voie: c'était en 1831; au lieu d'inoculer la variole par la lancette, il imagina d'envelopper les vaches de couvertures de laines qu'il venait d'enlever à un varioleux; et, sous cette espèce de couveuse artificielle, la variole aurait germé sur l'animal. L'expérience ne s'arrête pas là; il prit la matière de cette variole et la transporta sur un enfant qui en reçut la vaccine.

S'il en est ainsi, si tout s'est passé comme on dit, plus de doute, l'expérience est complète et donne raison à M. Depaul.

Mais que la mémoire de Sunderland me le pardonne! ce n'est pas sur sa parole que j'abjurerai ma conviction, que je renierai ma foi scientifique. M. Depaul ne saurait me blâmer de cette retenue; il m'en a donné l'exemple, et, quoiqu'il ne soit pas encourageant, je le suivrai, sauf à me rétracter comme lui. Coleman, Loy, Viborg, et bien d'autres avant Sunderland, s'étaient vantés aussi d'avoir inoculé la maladie du cheval à la vache, et M. Depaul doutait encore; il a été le dernier à se rendre à l'expérience si concluante de M. Lafosse.

Je tiens dans la même défiance les inoculations de la variole sur la vache, non-seulement celles de Sunderland que je viens de citer, mais celles de Thiele de Cazan, postérieures de cinq ou six ans, puisqu'elles sont de 1836 et 1838; il y fut, dit-il, très-heureux; mais comment pourrais-je croire à tant de bonheur? Lui, si habile à communiquer la variole à la vache, n'a jamais pu lui communiquer la vaccine. J'oubliais de dire qu'il employait à ces inoculations le virus varioleux sec, conservé sous verre depuis dix ou douze jours, de préférence au virus frais, limpide, puisé dans la pustule au moment de l'opération; enfin il raconte que, pour plus de sûreté, il mêlait un peu de lait chaud au virus varioleux, sans quoi ce virus, en revenant de la vache, lui donnait tantôt la vaccine et tantôt la variole véritable.

Le succès des expériences de Sunderland et de Thiele s'étant répandu, il prit fantaisie à Robert Ceely de les répéter.

Il fit en tout trois expériences: les deux premières lui réussirent; la troisième échoua.

Après ces autorités, j'ose à peine me citer; je n'ai inoculé que cinq fois la variole à la vache avec ce soin, il est vrai, qu'on met à des expériences dont on souhaite ordinairement le succès. Essais inutiles! peine perdue! Dans le nombre, il en est une qui mérite une mention particulière par son analogie avec celle de M. Bouley, excepté que M. Bouley inocula la variole et la pustule du cheval, au lieu que moi, j'inoculai simultanément la variole et la vaccine: c'était en juillet 1841. J'avais trouvé l'art de vacciner la vache presque sûrement; je me procurai une vache de choix et portai sur elle les deux virus, l'un aux trayons de devant, l'autre aux trayons de derrière. Veut-on savoir ce qui advint de cette double inoculation? La vaccine vint à souhait et la variole ne vint pas du tout.

C'est, dis-je, à peu de chose près, la reproduction, la répétition du fait de M. Bouley, et il y aurait lieu aux mêmes remarques. Pourquoi le virus-vaccin a-t-il pris? Pourquoi le virus varioleux n'a-t-il pas pris? Le sol est le même, ce sont donc les virus qui diffèrent.

Si toutes ces raisons ne peuvent changer les opinions de M. Depaul, qu'il change les moyens; il le peut d'un mot; mais ce mot, il faut qu'il soit prononcé. Que M. Depaul recommence les expériences de Sunderland, de Thiele ou d'autres à son choix; cela fait, qu'il vienne ici, dans cette enceinte, et qu'en présence de l'Académie qui nous écoute et nous juge, il dise ces simples paroles: « Oui, j'ai inoculé la variole à la vache, « et la vache m'a rendu la vaccine. » Je n'en demande pas davantage; j'ai foi en son honneur, et sur sa déclaration, je me convertis à ses doctrines.

Jusque-là, je veux douter.

(La suite du discours de M. Bousquet est renvoyée à la prochaine séance.)

MONSTRE ANENCÉPHALE.

M. Velpeau présente, au nom de M. le docteur Demeau, un monstre de la famille des anencéphales.

« Ce qu'il y a de plus curieux dans cette pièce, dit M. Velpeau, c'est qu'elle paraîtrait confirmer, au dire de M. Demeaux, une opinion de cet honorable praticien. M. Demeaux est persuadé que la conception en état d'ivresse donne souvent lieu à des monstres, et à des monstres chez lesquels le système nerveux est plus ou moins atrophié. Or M. Demeaux croit que les parents du monstre, présenté aujourd'hui, étaient précisément en état d'ivresse quand ils l'ont procréé.

« Je suis loin, ajoute M. Velpeau en terminant, de me porter garant de la réalité des théories de M. Demeaux. »

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

BIBLIOGRAPHIE.

Étude médico-légale sur l'avortement, suivie d'observations et de recherches pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées; par Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. — Chez J. B. Baillière et fils, 1863, 1 vol. in-8° de VII-208 pages.

(Suite et fin. — Voir le n[os] 5 et 6.)

Le texte d'Hygin que nous avons reproduit doit être considéré, non pas comme un témoignage historique, mais comme l'écho d'une tradition fort ancienne, d'une sorte de légende qui surpasse de beaucoup en moralité la plupart des fables recueillies par le mythographe latin.

Cette histoire, et si l'on veut, cette historiette de la vierge Agnodice, patronne des sages-femmes, recommande fort la pudeur des dames grecques, et fait en même temps grand honneur à la sagesse des Athéniens, qui ne permettaient l'exercice de la plus noble des professions qu'à des personnes libres. Les Romains, dont la civilisation la plus raffinée se ressentit toujours de la barbarie primitive des peuples conquérants, les Romains, moins jaloux de se distinguer dans les arts que d'imposer leur souveraineté à l'univers vaincu,

> Tu regere imperio populos, Romane, memento,
> Hæ tibi erunt artes.....
>
> (Virg. *Æneid.*, lib. VI.)

et qui, s'il faut en croire le même poëte, regardaient la médecine comme un de ces arts utiles, dont l'exercice ne rapporte point de gloire; les Romains qui se décidèrent assez tard à exercer eux-mêmes la profession médicale, avaient des esclaves médecins; ce qui ne prouve pas, comme on a voulu le soutenir, qu'il n'y eût pendant des siècles à Rome que des médecins de cette classe. Il faut conclure de ce fait irrécusable que chez les Romains la pratique de la médecine n'était point incompatible avec la servitude, et que les grands seigneurs de Rome ne voyaient apparemment aucun inconvénient à se confier, en cas de maladie, à ceux de leurs esclaves qui pouvaient les traiter. Le Clerc (Daniel) a porté dans cette question tant controversée et si fort embrouillée par les érudits, les lumières de son

grand savoir et de sa haute raison (1). Il serait aujourd'hui aussi puéril de soutenir que la médecine n'était pratiquée à Rome que par des esclaves, que de prétendre qu'elle ne le fut jamais que par des hommes libres.

Revenons maintenant aux sages-femmes d'Athènes, et sachons quelles étaient leurs attributions. C'est à Socrate lui-même, fils d'une accoucheuse, et qui pratiquait, à sa façon, le métier de sa mère, que nous demanderons des informatinns précises. Voici comment il s'exprime à ce sujet dans un dialogue de Platon. Parlant à son interlocuteur Théétète, tout étonné du courant d'idées dans lequel on le fait entrer :

« Tu es en mal d'enfant, lui dit ironiquement Socrate, ô mon ami Théétète ; tu n'es pas à vide, mais véritablement enceinte. — Je ne sais, ô Socrate, mais je dis ce que j'éprouve. — Eh quoi ! mon pauvre ami, n'as-tu pas ouï dire que je suis fils d'une accoucheuse généreuse et résolue, de Phénarète ? — Il y a longtemps que je le sais. — Et as-tu appris que je me livre à la même professinn ? — Nullement. — Eh bien, apprends-le de moi-même, et surtout ne va pas me trahir ; car on ignore que je suis versé dans cet art ; et dans cette ignorance, au lieu de me représenter tel que je suis, on me fait passer pour un extravagant qui se plaît à mettre les gens dans l'incertitude. N'as-tu pas ouï dire ainsi ? — Oui certes. — Et te dirai-je la raison de ces dires ? — Je le veux bien. — Réfléchis donc à toutes les attributions des sages-femmes, et tu comprendras sans effort ma démonstration. Tu sais, sans aucun doute, qu'aucune d'elles n'aide de son ministère les femmes en couches, tant qu'elle est elle-même en état de concevoir et d'enfanter, et qu'elles ont toutes passé l'âge d'avoir des enfants ? — Je sais cela. — Voici la raison qu'on en donne. Diane, qui préside aux accouchements, étant vierge, n'a pas voulu que les accoucheuses fussent stériles, parce que la nature humaine est trop faible pour se rendre maîtresse d'un art, sans en avoir acquis l'expérience, en conséquence, elle prépnsa aux accouchements les femmes qui ont passé l'âge d'enfanter, honorant ainsi un état qui se rapproche du sien. — Cela est vraisemblable. — Et n'est-il pas probable aussi et même certain, que personne ne saurait reconnaître mieux qu'une accoucheuse, l'existence ou l'absence d'une grossesse ? — Sans doute. — Bien plus, par l'administration de certaines drogues et par des incantations, les sages-femmes ne peuvent-elles pas à leur gré provoquer les douleurs de l'enfantement et les adoucir, accoucher les femmes dnnt l'accouchement est difficile ; et ne pratiquent-elles pas l'avortement, lorsqu'il leur plaît de détruire le fruit récent de la conception ? — Tout cela est vrai. — Et n'as-tu pas aussi ouï dire qu'elles s'entendent à merveille à préparer les mariages, en femmes qui sont parfaitement instruites des conditions que doivent remplir les deux époux pour avoir des enfants accomplis ? — Pour cela, je l'ignore. — Eh bien, sache qu'elles ne se piquent pas moins d'exceller en ce point qu'à couper le cordon ombilical. Songes-y. En effet, n'est-ce pas du même art que dépendent la culture et la récolte des productinns de la terre, et la connaissance du terroir où il faut semer ou planter telle ou telle espèce ? — Sans doute, tout cela dépend du même art. — Or penses-tu que pour la femme semer et récolter dépendent d'un seul et même art ? — Non pas, à ce qu'il me semble. — En effet ; mais par suite de l'association vicieuse et déraisonnable de l'homme et de la femme, qu'on appelle séduction (prostitution), les matrones respectables évitent de s'entremettre dans les mariages, craignant, en se mêlant de ce métier, de passer pour en faire un autre ; quoiqu'il n'appartienne qu'aux sages-femmes, en réalité, de négocier parfaitement un mariage. — Il y a apparence. — Voilà donc quelles sont les attributions des sages-femmes, un peu inférieures à mon rôle. N'arrive-t-il pas, en effet, que les femmes enfantent des simulacres et des produits réels ? Et n'est-il pas facile de distinguer entre ces produits divers ? Autrement, l'office de la sage-femme, qui consisterait à discerner le vrai du faux, ne serait-il pas le plus beau et le plus considérable ? Qu'en penses-tu ? — J'en tombe d'accord. — Eh bien, mon art embrasse aussi toutes les attributions des accoucheuses ; mais il l'emporte en ce que j'accouche les hommes et non les femmes, et que je donne mes soins à leur âme en mal d'enfant, et non à leur corps. Le grand avantage de mon art, c'est de pouvoir examiner à fond si le produit de la pensée du jeune homme est simulacre et mensonge, ou s'il est légitime et réel. Je suis d'ailleurs semblable aux sages-femmes, en ce sens que je n'engendre point la sagesse (1). »

Rien de plus difficile à saisir dans le texte de Platon que les mille nuances de cette allégorie, ou mieux de ce parallèle entre le métier de la sage-femme et l'art de conduire les esprits à reconnaître la vérité ou à constater l'erreur, par le chemin de la logique. Socrate nous révèle en passant bien des particularités touchant la profession de sa mère Phénarète ; et c'est à cause de ces particularités que le passage est intéressant. On y voit ce que savaient faire les sages-femmes, et de quoi elles étaient capables. Breuvages, incantations, moyens de provoquer et de calmer les douleurs, elles n'ignoraient rien de ce qui était de leur ressort, et pour ce qui est de l'avortement, elles avaient pleins pouvnirs (2).

La phrase qui fait mention de l'avortement n'est pas sans difficultés. S'agit-il de provoquer l'avortement dans le cas de dystocie, interprétation que l'on pourrait soutenir en la rattachant au membre de phrase qui précède immédiatement ; ou bien s'agirait-il de ces produits non viables qu'on appelait môles, et qui ne représentaient à l'œil qu'une masse de chair, ou encore de ces germes de fraîche date, tels que celui dont il est question dans l'observation rapportée par le médecin hippocratique, et qui n'étaient qu'une masse de chair, ὥσπερ σάρξ ?

Toutes ces interprétations sont plus ou moins plausibles ; mais c'est la dernière surtout qui paraît la plus probable, à ne considérer que le texte et le contexte. Dans les meilleures éditions de Platon, le passage controversé se lit ainsi : καὶ ἐὰν νέον ὂν δόξῃ ἀμβλίσκειν, ἀμβλίσκουσιν. Qu'on supprime ou que l'on conserve le point interrogatif, le sens restera le même. Mais ce νέον ὂν ne me paraît pouvoir signifier autre chose qu'un germe tout récent, un fœtus qui n'est pas encore formé, qui est à peine en voie de formation, qui ne représente encore qu'une masse informe. Si cette interprétation est la bonne, il reste démontré que chez les Grecs, ou du moins à Athènes, à l'époque de Socrate, les sages-femmes pratiquaient impunément l'avortement, suivant leur bon plaisir, ἐὰν δόξῃ et sans encourir aucune responsabilité (3).

Aristote est encore plus pnsitif. Il autorise l'avortement, il le conseille même, et suivant son habitude, il produit des raisons à l'appui de sa manière de voir.

« Il faut, dit-il, borner le nombre des enfants, et ce nombre une fois déterminé, s'il arrive aux conjoints d'être menacés d'un surcroît de progéniture, il faut pratiquer l'avortement avant que le germe n'ait sentiment et vie ; car, dans l'espèce, ce qui est permis et ce qui ne l'est pas sera déterminé par le sentiment et la vie. »

Voilà qui est bien explicite. Le philosophe s'exprime ainsi après avoir dit que les enfants bien constitués et vigoureux doivent seuls être élevés. Si les lois du pays ne permettent point d'exposer les nouveau-nés, il conviendra de restreindre le nombre des enfants, et pratiquer l'avortement, si les précautions économiques des parents n'ont pas réussi à prévenir la conception (4).

---

(1) *Hist. de la méd.*, 3ᵉ part., liv. I, ch. 2, *Des esclaves qui ont pratiqué la médecine*, p. 365 de l'édit. in-4. — Cf. Ad viri rever. Conyer. Middletoni de medicorum apud veteres Romanos degentium conditione dissertationem, qua ignobilem atque servilem eam fuisse contendit, responsio. Londini, 1728, in 8. Excellent ouvrage. — La dissertation de Middleton était elle-même la réfutation des opinions très-absolues de Jacques Spon et de Richard Mead. Cette dissertation souleva une interminable polémique.

(1) J'ai suivi pour la traduction de ce morceau, l'édition grecque des Deux-Ponts, avec la version latine de Marsile Ficin. Platon. philos. quæ exstant græce ad editionem H. Stephani, cum Mars. Ficini interpretatione. Studio sociat. Bipont., tom. II, p. 61 65, in-8, 1782. L'interprète a tourné fort élégamment plusieurs des difficultés du texte.

(2) Καὶ μὴν καὶ διδοῦσαί γε αἱ μαῖαι φαρμάκια καὶ ἐπᾴδουσαι, δύνανται ἐγείρειν τε τὰς ὠδῖνας, καὶ μαλθακωτέρας (ὧν) ἂν βούλωνται ποιεῖν· καὶ τίκτειν τε δὴ τὰς δυστοκούσας, καὶ ἐὰν νέον ὂν δόξῃ ἀμβλίσκειν, ἀμβλίσκουσιν ; p. 63 de l'édit. des Deux-Ponts, p. 149 *d*. de l'édit. de H. Estienne ; p. 73, col. I, *D* de l'édit. de Baiter, Orelli et Winckelmann ; Zurich, 1839, in-4.

(3) Quant au sens du mot dont Platon se sert pour désigner la pratique de l'avortement, il est bien établi et déterminé. Ἀμβλίσκουσιν· ἐκβάλλουσιν, ὃ συμβαίνει ταῖς διαφθειρούσαις καὶ προβαλλούσαις τὰ κυήματα. Πλάτων Θεαιτήτῳ. καὶ ἀμβλίσκειν καὶ ἐξαμβλοῦν τὸ διαφθείρειν καὶ ἀτονίζειν. *Lexique* de Timée le sophiste, p. 974, nº 15 dans l'édit. de Platon de Baiter, Orelli et Winckelmann. *Cf.* Suidas, aux mots Ἀμβλίσκουσιν, Ἀμβλωθρίδια, Ἀμβλώσκειν, édit. de Th. Gaisford, revue par God. Bernhardy. Halle, 1853, 2 vol. in-4, t. I, p. 267. — Marsile Ficin traduit à tort : et si intempestivum fore videatur, obtundere atque retrudere. Outre que le mot *intempestivum* est amphibologique, l'interprète paraphrase le texte, conformément aux idées aristotéliciennes sur l'animation du fœtus, idées dont l'influence se retrouve dans l'interprétation d'un passage de l'*Exode*, suivant la version grecque des Septante.

(4) Περὶ δὲ ἀποθέσεως καὶ τροφῆς τῶν γιγνομένων, ἔστω νόμος, μηδὲν πεπηρω-

La variante introduite dans l'édition grecque de l'Académie de Berlin, et notée déjà en marge de l'édition de Du Val, n'altère en rien le sens de ce passage. Dans le chapitre qui le renferme et qui traite du mariage, Aristote expose d'abord ses idées en physiologiste et en médecin; mais sur la fin du chapitre, l'économiste reparaît avec sa logique implacable, et il veut que des mesnres rigoureuses bornent l'accroissement de la famille. Il semblerait qu'après un certain nombre d'enfants, à suivre de très-près le texte grec, le philosophe voulût empêcher tout rapprochement sexuel entre conjoints (ἐὰν δέ τισι γίγνηται παρὰ ταῦτα συνδυασθέντων). Tel est peut-être le véritable sens.

Quoi qu'il en soit, si un nouveau germe se produit, lorsque la famille est au complet, il faut le détruire dans le sein de la mère, ἐμποιεῖσθαι δεῖ τὴν ἄμβλωσιν, suivant l'énergique expression de l'original; mais le germe doit être anéanti avant d'avoir senti et vécu. Si le produit de la conception est doué de sentiment et de vitalité, sa destruction n'est plus permise, en autres termes, il y a infanticide. Or Aristote, qui ne répugnait pas, à ce qu'il semble, à la pratique d'exposer les enfants nouveau-nés, raisonnait exactement comme les Orientaux.

Chez les Persans, ainsi que chez beaucoup d'autres peuples polygames de l'Orient, l'avortement, passé dans les mœurs comme une vieille coutume, prévient, au dire des casuistes, les infanticides, et comme les infanticides ne sont que trop communs chez les peuples d'Occident, qui repoussent l'avortement et le punissent comme un crime, les Orientaux pensent qu'en ce point ils l'emportent sur nous en moralité. Il n'est pas besoin d'être un grand moraliste pour affirmer qu'en principe ils se trompent, et qu'ils ne sont pas tout à fait innocents dans la pratique. Peut-être quelque théologien bien subtil se chargerait-il de les justifier; mais il ne se rencontrerait pas à coup sûr dans le monde civilisé un seul médecin légiste pour prendre leur défense. Ici la science et la morale n'hésiteraient point à protester contre les doutes, les réserves et les interprétations équivoques des théologiens.

Le moment est venu d'apprécier leur intervention dans le débat, et de mettre en évidence l'incertitude de leur argumentation et leurs variations à ce sujet. Et d'abord remontons à la source de tous les dissentiments, à la *Bible*.

Dans le chapitre de *l'Exode*, qui assigne des peines particulières aux délits ou crimes commis contre les personnes, on voit que l'homicide par imprudence n'était point puni par la loi. Toutefois, si dans une rixe une femme enceinte était atteinte mortellement, la loi du talion était appliquée dans toute sa rigueur : vie pour vie. Mais s'il n'y avait qu'avortement, sans conséquence pour la femme blessée, le coupable devait payer une amende au gré du mari, ou d'après l'estimation d'arbitres désignés : le mari ou ces arbitres fixaient l'indemnité.

Voilà en substance tout ce qui est contenu dans les versets 22 et 23 du chapitre XXI de *l'Exode*. Les hébraïsants n'y ont jamais vu autre chose, et le savant par excellence dans les antiquités judaïques, M. S. Munk, en résumant dans sa *Palestine*, le texte de *l'Exode*, n'y a rien découvert de ce qu'y ont trouvé les théologiens, en torturant, il est vrai, l'original, ou en alléguant, à l'appui de leurs commentaires, des interprétations fautives (1).

μένον τρέφειν. Διὰ δὲ πλῆθος τέκνων, ἐὰν ἡ τάξις τῶν ἐθνῶν κωλύῃ, μηδὲν ἀποτίθεσθαι τῶν γιγνομένων ὡρίσθαι γὰρ δεῖ τῆς τεκνοποιίας τὸ πλῆθος. Ἐὰν δέ τισι γίγνηται παρὰ ταῦτα συνδυασθέντων, πρὶν αἴσθησιν ἐγγενέσθαι καὶ ζωήν, ἐμποιεῖσθαι δεῖ τὴν ἄμβλωσιν· τὸ γὰρ ὅσιον καὶ τὸ μὴ, διωρισμένον τῇ αἰσθήσει καὶ τῷ ζῆν ἔσται. *Arist. Polit.*, liv. VII, c. 16 F, p. 269, tom. II de l'édit. d'Isaac Casaubon, Lyon, 1590, in-fol., p. 447; tom. II de l'édit. de Guillaume Du Val, Paris, 1629, in-fol., p. 1335; col. 2 de l'édit. grecque de Bekker, Berlin, 1831; in-4, t. II.

(1) S. Munk. PALESTINE; *Description géographique, historique et archéologique*, liv. III, 3e partie, § III, *Droit pénal*, B. Crimes, p. 217, col. 2, in-8, 1856, chez Didot, dans la collection intitulée : *l'Univers*. Voici trois interprétations différentes du passage en question. La *Vulgate* traduit ainsi : Si rixati fuerint viri, et percusserit quis mulierem prægnantem, et abortivum quidem fecerit, sed ipsa vixerit : subjacebit damno quantum maritus mulieris expetierit, et arbitri judicaverint. Sin autem mors ejus fuerit subsecuta, reddet animam pro anima. — La version de la *Vulgate*, qui serre d'assez près le texte hébreu, est en conformité avec celle de Sébastien Chastillon, savant linguiste et théologien protestant du seizième siècle, dont la traduction de la *Bible* en latin serait très-précieuse, si le traducteur n'avait eu la malencontreuse fantaisie de mettre les Saintes Écritures en langage cicéronien. Cet humaniste traduit ainsi : « Si qui dimicando mulierem gravidam vulneraverint, et abortum intulerint, si pernicies non fuerit, ad æstimationem mariti mulieris mulcta esto; et ad eam rem arbitri sunto. Sin autem pernicies fuerit, vitam pro vita pendito. » Biblia sacra ex Sebastiani Castellionis interpretatione ejusque postrema recognitione. Lipsiæ, 1778, in-8, p, 73, col 1.

Ce sont les Grecs, ou du moins les juifs hellénisants de l'école alexandrine qui ont induit les théologiens en erreur, en donnant de ce passage si clair de *l'Exode* une paraphrase visiblement empreinte des opinions philosophiques que les Alexandrins introduisaient volontiers dans les religions et les doctrines sacrées de l'Orient. Dans la version grecque de la *Bible*, dite des Septante, le passage en question est rendu de la sorte : « Si deux hommes, en se battant, frappent une femme enceinte, et que l'enfant sorte non encore formé, le coupable sera puni d'une amende; mais si l'enfant est formé, il donnera âme pour âme (1). »

Cette traduction littérale de la version grecque des Juifs d'Alexandrie ne reproduit pas le sens si précis de l'original. Dans le texte hébreu, l'avortement provoqué par des coups portés dans une rixe n'entraîne d'autre châtiment qu'une amende, une pure indemnité en argent, payable au mari. Si la femme enceinte est mortellement blessée, si elle meurt, l'auteur de sa mort est condamné à la peine du talion. Encore une fois, la loi mosaïque concernant l'avortement provoqué ne dit pas autre chose.

Ce n'est point ainsi que l'ont entendu les interprètes alexandrins. Leur paraphrase est un vrai commentaire, empreint des doctrines platonico-aristotéliciennes. Notons qu'ils ne se préoccupent point du sort de la femme, et qu'ils ne parlent que du produit de la conception, en usant d'une expression aussi neuve que curieuse. Ils disent que l'amende ou la mort sera la punition du coupable, suivant que le fœtus présentera ou ne présentera pas une forme, littéralement, une image, une ressemblance, ἐξεικονισμένον. Ce participe passif, précédé de la négation, se rapporte exactement au νέον ὄν que l'on trouve dans le passage du *Théétète* de Platon, cité plus haut. Sans la négation, il se rapporte au passage allégué aussi de la *Politique* d'Aristote. Suivant la décision de ce dernier, qui déclare expressément que l'avortement est permis, en vue de réduire la famille, lorsque le fœtus n'a encore ni vie ni sentiment, lorsqu'il est encore à l'état de matière ou de masse informe, les Septante n'ont pas oublié la réflexion du philosophe péripatéticien, et ils ont conclu, comme lui, en appliquant sa décision à l'interprétation du texte hébreu, que l'avortement provoqué ne devait entraîner qu'une amende, dans tous les cas où le germe n'est pas encore animé, et que la peine capitale devait punir celui qui provoquerait avant terme la sortie d'un fœtus doué de sentiment et de vie, suivant les textes d'Aristote, ou autrement, un fœtus aoimé.

C'est l'interprétation des Septante qui a prévalu, en dépit de la vérité du texte hébraïque, pour dire comme les réformateurs du seizième siècle, et, la scolastique aidant, les casuistes ont suivi à peu près exclusivement la décision aristotélicienne, laquelle n'a rien de commun avec la loi mosaïque.

Le lecteur qui serait curieux de connaître les opinions divergentes des Pères de l'Église et des théologiens en général, peut se satisfaire en parcourant les *Sommes théologiques* et les compilations connues sous le titre d'*Embryologie sacrée*. Que s'il ne veut pas remonter aux sources, Zacchias lui offrira, dans son riche recueil de *Questions médico-légales*, un ample résumé des doctrines de l'Église sur un point tellement obscurci par une erreur d'interprétation, erreur volontaire apparemment, s'il faut juger la version des Septante d'après les règles rigoureuses d'une critique sévère, et non d'après les bonnes intentions qui animaient les Juifs hellénisants de l'école alexandrine.

L'interprétation des Septante ayant prévalu, la difficulté se réduisait à déterminer le moment où le fœtus commençait à vivre et à sentir. Théologiens, jurisconsultes et médecins s'évertuèrent à la solution de cet insoluble problème. Les opinions se multiplièrent à l'infini, et vainement on chercha à déterminer l'époque précise, le moment où l'âme entrait dans le corps du fœtus. On comprend qu'en pareille matière les décisions des jurisconsultes et des caoonistes, sans en excepter celles qui eurent force de loi, ne signifiaient et ne prouvaient absolument rien.

Résumer les discussions soulevées à ce sujet serait une tâche in-

(1) Ἐὰν δὲ μάχωνται δύο ἄνδρες καὶ πατάξωσι γυναῖκα ἐν γαστρὶ ἔχουσαν, καὶ ἐξέλθῃ τὸ παιδίον αὐτῆς μὴ ἐξεικονισμένον, ἐπιζήμιον ζημιωθήσεται· ἐὰν δὲ ἐξεικονισμένον ᾖ, δώσει ψυχὴν ἀντὶ ψυχῆς. *Vetus Testamentum græce juxta LXX interpretes*, éd. Const. Tischendorf, Lips., 1856, in-8, 2 vol., tome I, page 88.

finie. Citons plutôt un passage d'Ambroise Paré qui résume excellemment l'état de la question à la fin du seizième siècle. Voici en quels termes s'exprime ce grand chirurgien à la fin d'un rapport médico-légal sur un cas qu'il vient de relater :

« J'ay bien voulu mettre ce rapport, afin d'instruire le ieune chirurgien à faire rapport à messieurs de la justice en tel cas, si l'enfant est formé de tous ses membres ou non, afin qu'ils donnent tel iugement qu'ils verront estre necessaire : pour ce que la punition doit estre plus grande ayant fait auorter une femme l'enfant estant bien formé, à raison que l'âme y est infuse, que s'il n'estoit encore accomply de tous ses membres : car lors l'ame n'est encore entrée au corps. Ce que j'ay monstré cy-dessus parlant de l'ame de l'opinion de Moyse et de S. Augustin, disant que si quelqu'un frappe ou pousse vne femme enceinte, et qu'elle en auorte, si l'enfant est ja formé, qu'il en perde la vie, mais s'il n'est encore formé, qu'il soit condamné a amende pecuniaire. » (L. XXVIII, des Rapports, c. II.)

Dans un autre endroit de ses œuvres (liv. XXIV, c. 64), ce grand praticien dit noblement : « Il se faut bien garder de donner chose qui prouoque les mois aux femmes grosses, de peur de les faire auorter, qui seroit vn acte damnable et inhumain. »

Ici Ambroise Paré a trouvé la vraie formule et le précepte par excellence, en s'inspirant, non des doctrines mises en crédit par les jurisconsultes et les théologiens casuistes, mais de ce sentiment d'humanité et de justice qui avait dicté, deux mille ans auparavant, la formule du serment hippocratique. C'est le même sentiment qui animait Cicéron, lorsqu'il flétrissait éloquemment ce crime, qui détruit, selon son expression, l'avenir dans le sein d'une mère, et l'espérance. C'est dans son beau plaidoyer pour Cluentius que le grand avocat accable de son indignation la mémoire d'un certain Oppianicus, coupable du crime d'avortement par cupidité; car c'était la cupidité qui poussait le plus souvent le criminel, surtout lorsqu'il s'agissait de supprimer un héritier. Un héritage, une riche succession, tel était le but, tel était le prix d'un avortement, *merces abortionis*, dit énergiquement l'orateur; et il rappelle à cette occasion que, pendant son séjour en Asie, une femme de Milet qui, corrompue par des proches parents de son mari, avait consenti à détruire elle-même le germe qu'elle portait dans ses flancs, fut condamnée à mort, et à bon droit, ajoute-t-il, « car elle avait détruit l'espoir d'un père, la mémoire d'un nom, le soutien d'une race, l'héritier d'une famille, un citoyen destiné à l'État (1). »

Cicéron ne se souciait pas évidemment des décisions de Platon et d'Aristote. Mais ces décisions philosophiques furent malheureusement respectées comme des lois équitables durant tout le moyen âge, et au milieu du dix-huitième siècle (en 1746) un médecin soutenait devant la Faculté de Halle qu'il n'y a point homicide lorsque l'avortement est provoqué avant l'infusion de l'âme, *antequam anima corpori sit infusa*.

Il est inutile de signaler l'immoralité révoltante d'une doctrine qui s'appuie pourtant sur les dogmes et les croyances du plus pur spiritualisme et contre laquelle les lois ont protesté, à diverses époques, par des rigueurs excessives. Il n'entre point dans notre dessein d'énumérer les variations nombreuses de la législation à ce sujet. Il nous suffit d'avoir signalé l'origine d'une théorie profondément immorale qui, sous le couvert de l'ancienne philosophie grecque et de la théologie alexandrine, a prévalu jusqu'à ces derniers temps.

Les Romains, sous les empereurs, pratiquaient volontiers l'avortement, poussés par les mêmes motifs qui ont enraciné cette pratique dans les mœurs de l'Orient. Il est inutile de rapporter ici les beaux vers d'Ovide et de Juvénal. Contentons-nous d'une réflexion qui trouve ici sa place.

Les ennemis de l'antique civilisation, ceux qui datent de l'ère chrétienne et qui proclament la régénération de la société par le christianisme, reproduisent un passage de Minucius Félix, dans lequel il est question de l'avortement provoqué à mauvaise fin (1). Ce passage, qui sent très-fort son rhéteur, ne parle pourtant pas de l'avortement criminel comme d'une pratique habituelle. Et d'ailleurs, de quel droit les chrétiens venaient-ils reprocher aux païens une pratique qui n'était point criminelle, lorsque les conditions établies par Aristote, sanctionnées par le texte grec de la version des Septante et ratifiées par les Pères de l'Église, étaient ponctuellement remplies?

Que conclure de cette étude rétrospective sur les idées des anciens en matière d'avortement provoqué, sinon que dans ces questions de haute morale qui intéressent si fort la vie et la dignité humaines et l'organisation sociale, les théories des publicistes et des économistes, les doctrines des théologiens et des jurisconsultes doivent s'éclipser devant les décisions du bon sens et de l'expérience, c'est-à-dire devant la science elle-même qui résulte de l'intime combinaison de ces deux éléments? C'est tout ce que nous avons voulu démontrer, et la démonstration étant faite, nous faisons grâce au lecteur de maints passages des vieux auteurs, qu'il faut pourtant connaître et bien comprendre pour saisir le fil un peu embrouillé de l'histoire de l'avortement provoqué; histoire que nous avons à peine esquissée, en partant des connaissances acquises sur la matière et des idées qui prévalent aujourd'hui dans la médecine et dans la législation, et qui sont nettement résumées dans l'excellente étude médico-légale de M. le professeur A. Tardieu (2).

P. S. Nous devons à nos lecteurs communication d'une nouveauté vraiment singulière et qui ne manquerait pas de faire grand bruit, si nos médecins se souciaient quelque peu de l'histoire de leur art. Voici ce que nous avons lu dans le feuilleton d'une gazette de médecine, intitulé : ÉTUDE SUR GALIEN.

« L'ÉCLECTISME DE GALIEN, SIGNALÉ PAR CELSE ET ACCEPTÉ D'APRÈS CE JUGEMENT par un grand nombre de médecins, récemment encore par M. Andral, n'est peut-être pas aussi réel qu'on le pense. C'EST UN JUGEMENT A REVISER. Bien que Galien ait, par un passage mal interprété de ses œuvres, pu donner lieu à cette condamnation dont il sera difficile de le réhabiliter.... » (*Gazette des hôpitaux*, n° 14 (37e année), jeudi 4 février 1864, colonne 3 de la 1re page, 1er alinéa).

Ce passage remarquable est extrait d'un « *Cours sur l'histoire de la médecine et des doctrines médicales*, » professé à l'École pratique par M. le docteur Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Le fragment que nous reproduisons ici pour l'instruction et l'édification de nos lecteurs est emprunté à ce que le rédacteur de la *Gazette des hôpitaux*, parlant de M. Bouchut, appelle « l'exorde de son étude sur Galien. » Il se peut que M. Bouchut connaisse à fond l'histoire de la médecine, bien qu'il ne se montre pas très-ferré dans cet exorde; pour ce qui est de la chronologie, il laisse évidemment beaucoup à désirer. Celse jugeant Galien, qui vivait pour le moins cent et quelques années après lui! Bianconi a démontré que Celse appartenait au siècle d'Auguste. Galien vint au monde l'an 128 de l'ère chrétienne, sous l'empereur Adrien, non en l'année 131, comme l'affirme M. Bouchut, dont l'érudition ne paraît pas très-forte. C'est comme si l'on avançait que Fernel ou Baillou ont apprécié les doctrines médicales de Broussais. Ce professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, qui a fait vivre Aristote avant Hippocrate, n'est pas, il s'en faut de la force de M. Bouchut. En toutes choses la Faculté de médecine de Paris mérite la prééminence et emporte la palme.

J. M. GUARDIA.

(1) Ita mulierem, ne partu ejus ab hereditate fraterna excluderetur, necavit : fratris autem liberos prius vita privavit, quam illi hanc ab natura propriam lucem accipere potuerunt... Memoria teneo, milesiam quamdam mulierem, quum essem in Asia, quod ab heredibus secundis accepta pecunia, partum sibi ipsa medicamentis abegisset, rei capitalis esse damnatam : nec injuria; quæ spem parentis, memoriam nominis, subsidium generis, heredem familiæ, designatum reipublicæ civem sustulisset. Quanto Oppianicus in eadem injuria majore supplicio dignus! Siquidem illa, quum suo corpori vim attulisset, se ipsa cruciavit : hic autem idem illud effecit per alieni corporis mortem atque cruciatum. Ceteri non videntur in singulis hominibus multa parricidia suscipere posse, Oppianicus inventus est, qui in uno corpore plures necaret. *Pro Cluentio*, c. XI, 31, 32.

(1) *Cf*. Ælian. *Hist. var.*, lib. XIII, c. 6 de l'édit. grecque de Coraï, p. 170, et le savant commentaire de ce grand helléniste, p. 338. — *Cf*. le scholiaste d'Aristophane sur les *Nuées*, v. 137, p. 87 de l'édit. Dübner, gr. in-8, 1843, dans la collection des auteurs grecs de F. Didot. — Dioscoride, *Mat. méd.*, liv. V, c. 77, tom. I, p. 734-35 de l'édit. de Kurt Sprengel, Leipzig, 1829, 2 vol. in-8, dans la collection des médecins grecs de Kühn. — Galien, *passim*, et notamment dans le commentaire sur le VIe livre des *Epidémies*, § 2, tom. XVII, p. 799 de l'édit. de Kühn. — Oribase, édit. gr.-fr. de Daremberg et Bussemaker, tom. IV, p. 632, 651. — Arétée, *Des signes des affect. chron.*, liv. II, chap. 11 (de l'Hystérie), p. 141 de l'édit. gr.-lat. du docteur Z. Ermerius, Utrecht, 1847, in-4.

(2) Vos enim video procreatos filios nunc feris et avibus exponere, nunc adstrangulatos misero mortis genere elidere : sunt quæ in ipsis visceribus medicaminibus epotis originem futuri hominis extinguant, et parricidium faciant antequam pariant. Minuc. Fel. Octavius, à la suite d'Arnobe. Paris, 1605, in-8, p. 365.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : VACANCE DANS LA SECTION D'HYGIÈNE. QUESTION DE LIBERTÉ SCIENTIFIQUE.

L'Académie doit élire mardi prochain un membre dans la section d'hygiène. Cette circonstance n'offrirait rien de bien extraordinaire s'il n'avait été question que du mérite relatif des candidats et des chances que chacun peut avoir d'obtenir la majorité des suffrages. Mais on a soulevé à cette occasion deux questions de principes, dont une surtout mérite qu'on s'y arrête.

La liste des candidats, dressée par ordre de mérite, offre ceci d'assez extraordinaire que celui qui est placé le troisième sur la liste est, au dire de tous et de la commission même, celui qui a le plus de titres, et des titres très-supérieurs à tous ceux de ses compétiteurs : ce candidat est M. Boudin, ex-médecin en chef de l'armée d'Italie, etc. Inutile de rappeler, même par leurs simples titres, les nombreux travaux d'hygiène publique, de statistique et de géographie médicale, qui ont placé notre savant collègue au premier rang des hygiénistes de l'époque. Pourquoi donc ce désaccord entre les droits de ce médecin éminent et la place qu'il occupe sur la liste de présentation de l'Académie? Pourquoi, parce que M. Boudin, esprit un peu mystique, s'est beaucoup occupé de magnétisme, parce qu'il croit ou a cru au magnétisme, peut-être même aux tables tournantes et aux esprits invisibles; que sais-je? Et il y a cru avec naïveté, sincérité, honnêteté. Voilà son crime abominable. Quelques membres ont bien pris sa défense dans le comité secret et ont montré en fait l'inanité de ce grief. Il faut le reconnaître même, à la louange des membres présents, il ne s'est trouvé personne pour défendre et justifier le classement de la commission. C'est très-bien; mais la science a le droit de lui demander compte de sa manière de faire, parce qu'il ne s'agit plus ici des droits individuels du savant, mais du droit de tous les savants méconnu, et, disons-le mot, attaqué dans la personne de M. Boudin.

Examinons le fait d'abord.

On a placé M. Boudin le *troisième* sur la liste par le motif que vous savez et bien qu'on reconnaisse la supériorité incontestable de ses titres. Cela voudrait-il dire que les croyances de M. Boudin ont *diminué* la valeur de ses ouvrages? Nous honorons trop le bon sens de ceux de nos collègues qui ont présidé au classement pour leur prêter une telle absurdité. Ce classement serait-il, au contraire, une sorte de compromis entre le désir d'écarter M. Boudin et le ménagement dû à cet honorable confrère? Cela est plus probable, mais non plus logique. En effet, si les croyances au magnétisme de M. Boudin ont paru à la commission une cause suffisante d'exclusion, on ne comprend pas pourquoi elle l'a placé le troisième sur la liste; pourquoi ne l'a-t-elle pas éliminé tout à fait? Ces sortes d'incompatibilités n'ont pas de degré : elles se traduisent par un mot qui n'admet pas de nuances; on est digne d'entrer à l'Académie ou on ne l'est pas; et du moment qu'un candidat est admis à la concurrence, il a droit d'y être avec tous ses titres et suivant la valeur de ses titres. Mais admettons, puisque c'est la seule thèse possible, que la place assignée par la commission à M. Boudin soit une proscription mitigée, dissimulée, et voyons jusqu'où la commission a eu le droit d'infliger cette sorte de blâme indirect, nous ne disons rien de plus, à M. Boudin.

Commençons par établir que notre savant confrère n'a jamais pratiqué le magnétisme, ni quoi que ce soit qui y touche, autrement que comme savant et en vue d'un intérêt quelconque. M. Boudin, amant du merveilleux, aime et cultive le magnétisme de la façon la plus platonique du monde. Il a cru, et beaucoup d'esprits supérieurs ont cru avec lui, qu'il y avait au fond de tous les phénomènes qui se rattachent à cet ordre de faits quelque chose de surnaturel qui mérite l'attention des philosophes. Dans sa fervente et naïve crédulité, il nous a convié naguères, avec bien d'autres personnes, à des expériences qu'il croyait probantes. Nous avons cherché à lui faire voir que ces expériences ne prouvaient qu'une chose, la facilité avec laquelle certains esprits élevés peuvent se laisser entraîner. M. Boudin n'a pas insisté, et nous nous sommes bien gardé de violenter son esprit et sa conscience; et nous ajouterons qu'à l'heure qu'il est nous ignorons complètement si le savant hygiéniste, si le sévère et patient statisticien persiste dans ses croyances de fantaisiste.

Voilà les faits; quelles peuvent en être les conséquences par rapport à l'Académie?

Et d'abord c'est la première fois que l'on déclare le magnétisme cause d'incompatibilité académique. Il y a, au contraire, dans le personnel passé et présent de la docte compagnie, assez de précédents qui témoignent du contraire. Husson et toute la commission, dont il était le rapporteur, n'a-t-il pas pris le magnétisme au sérieux? Ne l'a-t-il pas admis au rang de phénomènes physiologiques dignes de toute l'attention de la science et de l'Académie en particulier? N'y a-t-il pas encore aujourd'hui dans les rangs de la compagnie des hommes estimables à tous égards qui l'ont entretenu naguère d'opérations pratiquées pendant le sommeil magnétique? Enfin n'y a-t-il pas eu une commission permanente du magnétisme pour juger le prix Burdin? Que l'on croie ou ne croie pas au magnétisme, cela regarde chacun des membres en particulier, mais cela n'a rien à faire avec les conditions d'admission dans la compagnie. Où en serions-nous, en effet, si le chapitre des croyances des candidats devait être le sujet d'une sorte d'inquisition? Celui-ci ne croit pas à la religion, à l'Église ou à Jésus; celui-là ne croit qu'à lui-même, à son infaillibilité; un autre n'est pas éloigné de penser que nous sommes ici-bas le jouet de toutes sortes d'illusions, que tout est vrai, que tout est faux, suivant le point de vue où l'on se place, et il pense que le mieux est de ne prendre ni les choses, ni les hommes, ni les académies au sérieux. Si nous ne nous trompons, cela s'appelle le libre arbitre, et nous professons que c'est une atteinte portée à ce libre arbitre, c'est-à-dire au droit le plus souverain de l'homme, que de vouloir, sur le seuil de l'Académie, fouiller les consciences comme on fouille les voyageurs à l'entrée des pays étrangers, sous prétexte de contrebande. Il n'y a et ne doit y avoir pour la science de contrebande reconnue que celle des incapables et des charlatans. L'Académie, Dieu merci! n'a jamais eu l'occasion de s'apercevoir qu'ils voulaient franchir ses frontières.

Nous pensons donc que la contradiction avérée qui existe entre la

FEUILLETON.

LES CONSULTATIONS DE MADAME DE SÉVIGNÉ.

(Suite. — Voir les nos 11, 13, 18, 23, 25, 27, 30, 33, 37, 38, 40, 41, 43, 46 et 51 de l'année 1862, et les nos 2, 10, 22, 24, 26, 42 et 46 de l'année 1863, et les nos 6 et 7 de l'année 1864.)

Voici un petit remède contre la goutte, ou tout au moins contre certaines douleurs rhumatismales. C'est M. de Coulanges qui nous en donne la recette : *Il faut, sans autre cérémonie, faire mettre en plusieurs doubles un linge sur la partie affligée, et se faire repasser comme du linge avec le fer à repasser. Je fus dernièrement attaqué à Versailles, je criais l'épaule; on mit en même temps les fers au feu, et les femmes de chambre de madame de Saint Géran me repassèrent que rien n'y manqua; oncques depuis je n'ai eu l'épaule. — Il est au surplus de la prudence que le fer ne soit pas trop chaud.* Ce procédé curatif a été inventé plusieurs fois depuis. Nous nous rappelons un honorable médecin de l'Hôtel-Dieu qui, lors de la première invasion du choléra, en 1832, faisait repasser ainsi la colonne vertébrale de ses malades, et semblait attacher une extrême importance à cette méthode de traitement.

Madame de Coulanges, après avoir usé des remèdes de Saint-Donnat et de Carette, se mit entre les mains d'Helvétius. Elle avait une *dyspepsie flatulente*, son estomac ne pouvait digérer. Son mari dit à madame de Sévigné : *Je n'aime point à la voir courir d'empirique en empirique, elle me paraît une personne égarée, qui cherche le bon chemin et ne peut le trouver.* Helvétius administrait à la malade de *l'extrait d'absynthe*, mais rien n'y faisait, et madame de Sévigné, dans une lettre du 19 juin 1695, conseille à sa cousine de revenir à Carette ou d'aller à Vichy. Celle-ci n'en veut rien faire, elle continue de rester à Paris, de vivre au milieu de la cour, d'expédier une sorte de bulletin vers Grignan, où se trouve la marquise, et de la tenir fort au courant des moindres nouvelles. Le siége de Namur entraîne de grandes pertes dans la noblesse (juillet 1695); à cette même époque, M. le prince de Conti a la petite vérole; *elle est sortie avec abondance, et commence à suppurer sans aucun accident; on espère qu'il s'en tirera bien.* M. de Harlay, premier président, a eu *une manière d'apoplexie*; on l'a saigné quatre fois; la bouche est demeurée un peu tournée; il doit partir incessamment pour Bourbon. Et comme ce personnage était d'un naturel fort revêche, on a fait sur lui l'épigramme suivante :

> Ne le saignez pas tant, l'émétique est meilleur.
> Purgez, purgez, purgez! le mal est dans l'*humeur*.

Madame de Coulanges est une très-aimable correspondante, c'est une des plus brillantes élèves de la marquise, et tout à fait digne de lui donner la réplique. Sa santé était mauvaise, elle s'en occupait beau-

place assignée à M. Boudin sur la liste de présentation et les titres nombreux et importants de ce médecin éminent ne donneront plus désormais matière à méprise ou équivoque: et que, si cette démonstration arrive un peu tard pour porter ses fruits, le moment n'est pas éloigné où elle obtiendra pleine et entière satisfaction, au grand avantage de la science et du savant.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

NÉO-MEMBRANES ET EXTRAVASATIONS SANGUINES PRODUITES PAR L'INFLAMMATION DE L'ARACHNOÏDE CRANIENNE PARIETALE; par le docteur Danie BRUNET, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Niort, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la Société médico-psychologique et de la Société d'anthropologie.

(Suite. — Voir les nos 3 et 4.)

MODE DE FORMATION.

Les nombreux faits que nous avons observés nous ont prouvé que les néo-membranes de la grande cavité de l'arachnoïde ont le même mode de formation que celles des autres séreuses.

La surface sur laquelle elles se développent s'injecte, laisse exsuder un liquide plastique ou blastème, qui augmente graduellement de consistance, et qui donne naissance a de la matière amorphe finement granuleuse et à des noyaux embryoplastiques. Ces noyaux sont ovoïdes, à contours nets, contiennent quelques fines granulations, ont de $0^{mm},007$ à $0^{mm},010$ de long sur $0^{mm},005$ à $0^{mm},006$ de large, et sont insolubles dans l'acide acétique.

A chaque extrémité de ces noyaux se dépose de la matière amorphe, et il se forme de cette manière des corps fusiformes qui constituent la première période d'évolution des libres lamineuses et des vaisseaux.

Ces corps fusiformes s'allongent, s'unissent entre eux, tandis que les noyaux diminuent de volume, deviennent irréguliers sur leurs bords avant de se résorber complétement.

Chaque noyau embryoplastique devient ainsi le centre de génération d'une ou de plusieurs fibres lamineuses.

Lorsque celles-ci commencent à se former, elles sont très-faibles, peu distinctes, et donnent à la matière amorphe, dans laquelle elles sont comme empâtées, un aspect légèrement strié, qui ressemble beaucoup à celui de la fibrine en voie de décomposition, lorsqu'elle passe de l'état fibrillaire à l'état granuleux. Sans doute, la disposition des stries est plus régulière dans le premier cas que dans le second, mais c'est là un caractère difficile a saisir, et qui ne peut guère offrir que des présomptions, à moins d'une grande habitude du microscope.

L'action de l'acide acétique permet heureusement de distinguer avec facilité ces deux espèces de productions morbides.

Ce réactif gonfle légèrement, pâlit, rend transparentes la matière amorphe et les fibres lamineuses, qui laissent voir alors une grande quantité de noyaux embryoplastiques, tandis que la fibrine, devenue également transparente après cette réaction, ne présente que des granulations et quelquefois des leucocytes.

A cette période de formation, les néo-membranes présentent également à l'œil nu une grande ressemblance avec la fibrine coagulée et étendue en lame. Cette dernière est cependant plus opaque, plus élastique, plus difficile à séparer en couches minces, qu'on puisse soumettre à l'examen du microscope, et plusieurs fois a ces caractères nous avons pu reconnaître des couches de fibrine décolorée, qui tapissaient des kystes néo-membraneux.

Les fibres élastiques se forment après les fibres lamineuses, et sont toujours très-peu nombreuses. Elles sont d'abord solubles dans l'acide acétique, et n'y deviennent insolubles qu'au bout de quelque temps.

Les capillaires se forment, comme les fibres lamineuses, par la réunion de corps fusiformes.

La traînée granuleuse qui réunit les noyaux se creuse, ceux-ci s'allongent, et sont rejetés sur la paroi du vaisseau.

Il est difficile de savoir au juste à quel moment de leur formation ces capillaires se mettent en communication avec les vaisseaux de l'arachnoïde pariétale.

Les capillaires de nouvelle formation ne nous ont pas paru présenter de différences bien tranchées avec ceux de l'état normal.

La double rangée, sur leurs parois, de noyaux ovoïdes à grand axe parallèle à celui du vaisseau, leur incrustation de granulations graisseuses, leur diamètre considérable, signalé par MM. Charcot et Vulpian ($0^{mm},02$ à $0^{mm},03$) ne sont pas des caractères constants, et s'observent quelquefois sur des vaisseaux de la pie-mère.

PARTIES ACCESSOIRES DES NÉO-MEMBRANES.

Outre des granulations graisseuses en plus ou moins grand nombre et quelques cellules épithéliales, on trouve presque constamment dans l'épaisseur des néo-membranes de l'arachnoïde pariétale, les éléments du sang épanché, hématies, leucocytes, fibrine, etc.

Au bout de quelque temps, la globuline et l'hématosine, qui constituent par leur mélange intime les hématies, se séparent l'une de l'autre; la globuline forme de petites sphères incolores, tandis que l'hématosine paraît se dissoudre d'abord dans le blastème liquide, et ne se précipiter que lorsqu'il prend une certaine consistance. Plusieurs fois nous avons vu, en effet, l'hématosine séparée presque entièrement des hématies, donner au blastème une couleur jaunâtre, et nous ne pouvions trouver a ce moment que quelques rares granules d'hématosine.

Ces granules sont au contraire très-nombreux plus tard, et se présentent sous forme de grains amorphes arrondis ou polyédriques, libres ou groupés entre eux de mille manières différentes, faciles à reconnaître a leur couleur jaune rougeâtre et a leur insolubilité dans l'alcool, l'éther et l'acide acétique. Ce sont ces granules qui donnent aux néo-membranes la couleur de rouille qu'elles présentent si souvent.

Ces granules sont formés bien évidemment par la matière colo-

coup, mais un peu à la légère, comme nous l'avons vu, toujours consultant, prenant l'avis de tout le monde, accommodant tant bien que mal ses goûts avec les prescriptions de ses médecins; elle a voulu savoir *si l'on pouvait prendre du café deux heures après la Germandrée*, et un savant, sans doute Helvétius, a décidé *qu'on peut le faire en toute sûreté et que même ils s'accommodent fort bien ensemble*. Nous voilà bien rassurés sur c· · .apitre.

Madame de Sévigné écrivait plus rarement à ses amis; son séjour en Provence lui fournissait moins d'occasions, aussi recevait-elle plus de lettres qu'elle n'en envoyait. Il en est une cependant, celle du 20 septembre 1695, qui rappelle tout le charme de sa tendresse pour ses enfants. Elle est adressée au marquis de Sévigné qui vit aux Rochers avec sa jeune femme, dont la frêle constitution donne de sérieuses inquiétudes. Madame de Sévigné parle de sa chère fille toujours en proie à des accidents sérieux. Après des pertes fort abondantes, elle éprouve des phénomènes tout à fait différents, et à cette occasion une de ses amies lui dit que les eaux de Forges, très-utiles en pareil cas, ne peuvent lui convenir que par une sorte d'anticipation, son âge ne lui donnant pas le droit de recourir à un pareil remède. Madame de Sévigné dit que sa fille a mal au foie, que c'est là le point de départ de toutes ses incommodités, et que par malheur les remèdes qui conviendraient à la maladie hépatique pourraient amener le retour des hémorrhagies.

En pareil cas, les amies ont des conseils tout prêts, aussi trouvons-nous dans une lettre de madame de Coulanges (30 septembre 1695) les paroles suivantes adressées à la marquise: *Ce mal d'estomac de madame de Grignan n'est autre chose que le mien. J'ai éprouvé par mon impatience toutes sortes de remèdes, trop heureuse si ces expériences lui peuvent être utiles.* Elle raconte que Carette, lui a donné pendant neuf mois de ses gouttes *qui l'ont grésillée à tel point sans lui raccommoder* l'estomac, qu'elles lui ont fait une seconde maladie. La préparation d'absinthe prescrite par Helvétius a eu plus de succès, et ce médecin a aidé à l'action de ce remède par les eaux de Forges. *Ramenez-nous donc madame de Grignan à Paris; dans deux mois, Helvétius et moi nous la guérirons.*

La duchesse de Chaulnes avait bien aussi la prétention de guérir madame de Grignan. Elle écrit à madame de Sévigné, le 10 octobre suivant: *Empêchez qu'elle ne prenne les remèdes de M. Alliot: feu madame de Colbert s'en est fort mal trouvée.* Il ne lui faut qu'un bon régime, et tout en suivant ce bon régime, les accidents augmentent au point qu'il a fallu recourir à la saignée. *Etrange remède*, dit la marquise, *qui fait repandre du sang quand il n'y en a déjà que trop de repandu; c'est brûler la bougie par les deux bouts.* Elle dit à son cousin de Coulanges de lui envoyer, *par quelque subtil enchantement*, tout le sang, toute la force, toute la joie qu'il a de trop *pour en faire une transfusion dans la machine de ma fille.* Mais toutes ces dames et Helvétius lui-même sont d'accord que l'air de Paris guérira la comtesse, et que celui de Provence est trop subtil. Madame de Coulanges, en parlant de ce médecin, affirme qu'il a un remède sûr *pour arrêter le sang*,

rante du sang, qui a probablement subi quelque modification, puisque sa coloration n'est plus la même que dans les hématies.

Les cristaux d'hématoïdine se rencontrent très-rarement.

MM. Charcot et Vulpian (1) se demandent si les granules d'hématosine sont toujours le produit d'une extravasation sanguine, et paraissent pencher pour la négative, se fondant sur ce fait qu'ils ont trouvé des granules semblables dans la pie-mère de plusieurs sujets pris au hasard à l'amphithéâtre des hôpitaux, qui avaient par conséquent succombé à des maladies très-diverses.

Depuis six ans, nous avons examiné au microscope la pie-mère de presque tous les sujets qui ont succombé à Charenton ou à l'asile de Niort, à diverses causes pathologiques, et si ordinairement nous avons trouvé de nombreux granules d'hématosine chez ceux qui avaient été atteints de démence paralytique, ils étaient très-rares, ou manquaient complétement chez ceux qui n'avaient jamais présenté aucun symptôme d'hyperémie cérébrale.

Ne comprend-on pas d'ailleurs qu'il doit se produire de fréquentes ruptures des capillaires de la pie-mère, dont la trame presque entièrement vasculaire ne contient que de rares faisceaux de fibres lamineuses?

Dans les néo-membranes, il est très-facile de suivre toutes les nuances intermédiaires entre la couleur normale du sang et la couleur de rouille, et cela souvent sur les différents points d'une même néo-membrane.

Tandis que la fibrine, la globuline, les leucocytes disparaissent assez promptement, il n'en est pas de même de l'hématosine, dont nous ne connaissons pas encore bien le mode de résorption.

Des membranes très-épaisses et très-résistantes, dont la formation remonte par conséquent à une époque déjà ancienne, sont tatouées dans toute leur étendue de points couleur de rouille dus à ce principe colorant.

C'est également à des granules d'hématosine, mêlés à des cristaux d'hématoïdine et à des granulations graisseuses, qu'est due la coloration jaunâtre plus ou moins foncée des parties encéphaliques qui ont été le siége d'hémorrhagie ou d'inflammation, et cette coloration peut persister pendant plusieurs années.

Les néo-membranes de la pariétale coïncident presque toujours avec d'autres lésions phlegmasiques des méninges et de l'encéphale, qui ne permettent pas de savoir quels sont les troubles fonctionnels qui leur appartiennent.

OPINIONS DES AUTEURS SUR LA NATURE, LE MODE DE FORMATION DES NÉO-MEMBRANES ET LA SOURCE DU SANG EXTRAVASÉ QU'ELLES CONTIENNENT.

A. Bayle, M. Calmeil, les assimilent complétement aux pseudo-membranes qu'on trouve dans les séreuses enflammées, opinion qui a le tort, comme nous l'avons déjà dit, de confondre sous un nom commun des couches lamelleuses de fibrine avec des membranes réellement organisées.

1) *Gazette hebdomadaire*, 1860.

B. Elles tirent leur origine du sang épanché qui s'organise. Cette théorie a été défendue avec beaucoup de talent par MM. Baillarger, Lélut, Aubanel, Parchappe, Boudet, Rilliet et Barthez, Legendre, etc. Ces auteurs admettent toutefois que ces productions accidentelles sont peut être dues, dans certains cas, à une sécrétion plastique de l'arachnoïde enflammée. Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée exacte de cette théorie, que de citer les conclusions du remarquable mémoire de M. Baillarger :

1° Les fausses membranes arachnoïdiennes sont le plus souvent le résultat d'hémorragies plus ou moins abondantes.

2° L'aspect variable sous lequel elles se présentent dépend uniquement de leur ancienneté et du degré de décoloration qu'elles ont subi par suite de la résorption graduelle de la matière colorante du sang.

3° Les fausses membranes ne doivent pas être, comme on l'a fait, comparées à celles de la pleurésie, de la péricardite, et ne sauraient être nullement invoquées comme preuve de l'existence d'une méningite.

Voici maintenant comment il explique leur formation :

1° Si le sang est épanché en petite quantité et étalé en une couche mince, il est bientôt enveloppé par deux feuillets pseudo-membraneux, au-dessous desquels il s'en forme successivement plusieurs autres.

2° L'épanchement finit par disparaître au milieu de ces feuillets pseudo-membraneux, qu'il faut inciser pour en retrouver les traces.

3° La décoloration peut devenir complète, et la couche de sang se transformer à la longue en une sorte de membrane fibreuse.

4° Dans les hémorrhagies plus considérables, le sang est enveloppé dans une poche, qui s'épaissit peu à peu par la superposition de plusieurs feuillets.

5° Le sang contenu dans l'intérieur de cette poche se sépare ordinairement en caillots fibrineux qui adhèrent à sa face interne, et forment parfois des cloisons inégales, et en une partie liquide plus ou moins décolorée.

Examinons les principaux arguments qu'on invoque en faveur de cette théorie.

Les membranes de la cavité de l'arachnoïde, qui sont de date récente, se présentent ordinairement sous forme de pellicules rougeâtres, contenant des caillots dans leur épaisseur. Entre ces membranes, qui ressemblent à une mince couche de fibrine imbibée de sang, et les toiles fibreuses décolorées les plus résistantes, on observe toutes les transitions intermédiaires. La surface séreuse sur laquelle elles reposent n'est jamais enflammée, les lésions phlegmasiques existent toujours sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde. D'ailleurs la fibrine peut s'organiser; cette organisation s'observe dans les caillots anévrismatiques, dans le sang épanché, dans l'épaisseur des organes et les cavités du péricarde, de la plèvre, de la tunique vaginale, etc. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la cavité de l'arachnoïde? Cette théorie repose, comme on le voit, sur la possibilité de l'organisation de la fibrine, hypothèse complétement dénuée de fondement, comme l'ont prouvé tous les faits exactement observés depuis que l'on connaît bien ce principe immédiat, et que des ressemblances de forme et d'aspect avec les blastèmes ne permettent plus d'en impo-

de quelque côté qu'il vienne, et elle ajoute : *C'est un très-joli homme et très-sage, plus sage que ne le promet sa physionomie.* La même dame, dans son zèle médical, recommande à la malade de prendre des *bouillons d'écrevisses* qui paraissent avoir remplacé ceux de vipères.

Le célèbre Nicole eut une première attaque d'apoplexie le 11 novembre 1695 et une seconde qui l'emporta le 26 du même mois. Dans la lettre qui donne cette nouvelle, on voit que Racine accourut de Versailles à Port Royal pour apporter au moribond des *gouttes d'Angleterre* qui parurent le ressusciter, mais le mieux dura peu, et l'on disait qu'il s'était épuisé à force d'écrire contre la secte des *quiétistes*. On peut se demander aujourd'hui à quoi bon tant de travail pour réfuter des idées si profondément oubliées? Mais alors on attachait beaucoup d'importance à ces controverses, l'école ergotait toujours, et l'on ne connaissait pas encore l'indifférence en ces sortes de matières.

Dans une lettre du 25 janvier 1696, madame de Sévigné engage vivement le président Moulceau à consulter le docteur Barbeyrac, de Montpellier, sur les moyens de rétablir la santé de madame de Grignan. Au moins cela est-il régulier. M. de Coulanges procède autrement. Il y avait alors à Chaudray, hameau à deux lieues de Mantes, un certain paysan, Christophe Ozannes, qui avait reçu de son père, paysan comme lui, la connaissance de simples à l'aide desquels il opérait des cures merveilleuses. On allait en foule le consulter, il ne recevait d'argent que pour le verser dans le tronc des pauvres de sa paroisse. *C'est un homme admirable*, dit M. de Coulanges. *les cancers, la gravelle, les abcès, les ulcères, rien ne tient devant lui.* Le duc de Gramont a été guéri par lui et il a renvoyé les cent pistoles qu'on lui avait données pour cela. Les guérisseurs de cette espèce ont rarement cette manière de procéder, et l'on comprend qu'elle n'en est que plus séduisante. Le Père Lelong, dans sa *Bibliothèque historique* (appendice du t. IV, p. 244) donne quelques détails sur cet homme qui florissait en 1696. Madame de Sévigné ne consulta pas Ozannes, mais elle reçut de M. Barbeyrac le conseil de donner à sa fille de la rhubarbe qui parut produire de bons effets.

P. Menière.

(La suite prochainement.)

ser. Non-seulement la lymphe plastique et les autres blastèmes ne sont pas formés par de la fibrine pure, comme le voulait Hunter, mais ils en contiennent moins que le plasma du sang, et peuvent exister sans elle. Ce principe, quand il s'y trouve mélangé en trop forte proportion, loin de les douer de propriétés plastiques, les empêche plutôt de se convertir en éléments anatomiques semblables à ceux qui les ont produits; ils deviennent diffluents, des leucocytes se forment, etc.

Ces faits que nous avançons, l'analyse chimique, l'examen microscopique surtout, les prouvent d'une manière irréfragable. Quand on examine un caillot qui vient d'être formé, on aperçoit un grand nombre de fibrilles entre-croisées en tous sens, entre lesquelles se trouvent des granulations, disposition qui donne alors à la fibrine une apparence d'organisation; mais qu'on examine ce caillot au bout de quelque temps, on voit que les fibrilles sont déjà moins nettes, puis elles se désagrègent en granules, mais jamais aucun élément analomique, fibre ou cellule, n'apparaît dans son épaisseur.

La fibrine est un corps inerte, privé de vie, ainsi que tous les principes immédiats isolés non susceptibles de s'organiser. « Dans les cas assez nombreux que l'un de nous a observés, dans le cœur surtout, les veines caves, les veines du bassin, les veines variqueuses, les caillots anévrismatiques, ce n'est jamais que de la fibrine qui a été rencontrée, sans éléments anatomiques d'aucun tissu que ce soit, sans les caractères appartenant aux membranes homogènes sans vaisseaux; ce n'est jamais qu'un principe immédiat ou un mélange purement physique de divers principes immédiats qui a été rencontré. » (*Chimie anatomique* de MM. Robin et Verdeil, art. *Fibrine*.)

M. Monneret (*Pathologie générale*, t. I. p. 362) est arrivé aux mêmes résultats, il a souvent étudié et dessiné au microscope les caillots de tous âges trouvés après les hémorrhagies du cerveau, du poumon et du foie, et toujours il a constaté que la fibrine hémorrhagique était inassimilable à l'organisation.

Une objection puissante contre la nature hémorrhagique des néomembranes, se tire de la petite quantité de fibrine contenue dans le sang, quantité qui varie à l'état physiologique de 0gr,002 à 0gr,003. Or la quantité de sang qu'elles contiennent dépassant rarement 10 à 15 grammes, comprend-on que 0gr,020 ou 0gr,030 de fibrine puissent former une membrane tapissant de chaque coté toute la face supérieure de la dure-mère, souvent assez épaisse pour se dédoubler en deux ou trois feuillets, entre lesquels on retrouve d'ailleurs des caillots fibrineux et nullement organisés?

M. Gosselin, dans son *Mémoire sur l'hématocèle*, a démontré que les membranes de la séreuse vaginale qui, comme celles de la cavité de l'arachnoïde, sont souvent composées de plusieurs lames superposées, et qui siègent, dans le plus grand nombre des cas, uniquement sur le feuillet pariétal, étaient aussi un produit phlegmasique : « La nature « n'emploie pas des moyens variés pour arriver à un même résultat. « Partout où il se forme des fausses membranes, sur les séreuses ou « particulier, ce n'est jamais le sang sorti en nature, coagulé sur les « surfaces, qui se vascularise et se transforme en tissu vivant; ce « phénomène s'accomplit toujours à l'aide de la lymphe plastique. « Pourquoi, dans la séreuse testiculaire, les choses se passeraient « elles autrement? D'un autre côté, dans aucun des points où l'on « voit du sang épanché et coagulé, comme à la surface des plaies, « dans les artères, à la suite des ligatures, dans les anévrismes, il ne « se transforme en fausse membrane; sans doute il se décolore et la « fibrine se stratifie, mais il ne se remplit pas de vaisseaux sanguins, « et le produit ne prend l'aspect ni fibroïde ni chondroïde. Pourquoi « donc les caillots sanguins feraient-ils dans la tunique vaginale ce « qu'ils ne font nulle part ailleurs? »

M. Broca n'admet pas non plus que le sang épanché dans la cavité des anévrismes puisse jamais s'organiser.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE EXTERNE.

Nouvelles recherches sur l'étranglement des hernies; par le docteur Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé.

A la doctrine chirurgicale de l'étranglement des hernies par les anneaux aponévrotiques, on a cherché à substituer celle qui attribue l'étranglement au collet du sac. Par suite de ce conflit entre les deux doctrines, une grande incertitude règne dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens. Ils comprennent, ou plutôt ils sentent que tout n'était pas à détruire dans l'ancienne théorie, et que tout n'est pas admissible dans la nouvelle. Il résulte de là du vague dans l'esprit des praticiens du temps présent, presque tous admettant avec restriction quelques-unes des vues nouvelles, conservant quelques traditions de la doctrine ancienne, mais aucun ne disant exactement jusqu'où il va dans l'admission de tel ou tel ordre d'idées.

Nous avons, nous aussi, partagé cette incertitude; elle nous a été pénible. Combien de fois, dans la pratique des hôpitaux, interrogé sur cette question, avons-nous été forcé d'avouer que nous n'avions pas de doctrine arrêtée sur ce sujet; que tantôt le rôle des ouvertures aponévrotiques, comme agents d'étranglement, nous avait paru incontestable; que tantôt nous avions constaté des étranglements exclusivement dus au collet du sac! C'est dans cette disposition tout éclectique que nous avions étudié avec un soin extrême tous les cas où nous avons eu à opérer ou à examiner, *post mortem*, des hernies étranglées.

De cette étude, poursuivie avec persévérance pendant nombre d'années, nous avons retiré cette conviction : que la cause initiale de l'étranglement réside presque constamment dans les anneaux aponévrotiques.

Seulement, à la différence de la théorie des anciens qui, suivant nous, étaient dans une profonde erreur sur le mécanisme par lequel les anneaux libreux causent l'étranglement, notre explication attribue à ces ouvertures un tout autre rôle que celui qui leur avait été assigné jusqu'ici.

L'erreur, selon nous, a consisté à croire que l'étranglement des hernies est toujours et nécessairement annulaire dès le début et à ne pas comprendre que très-souvent, au contraire, cet étranglement a lieu par une vive arête ou crête fibreuse tranchante, sur laquelle s'effectue, à travers le collet du sac, une sorte d'encochure sur les viscères herniés, au point d'y déterminer la suspension du cours des matières et de la circulation sanguine, jusqu'à inflammation, gangrène, etc.; en un mot, jusqu'aux suites quelconques de l'étranglement.

C'est une grande erreur chirurgicale que de croire qu'une circulation arrêtée suppose toujours et nécessairement une constriction circulaire. Chacun sait pourtant qu'on peut rendre le bras violacé, tuméfié, gangréneux, par le seul fait d'une pression latérale très-forte à son côté interne.

Lorsqu'on arrive aux périodes extrêmes de l'étranglement, on trouve souvent un collet serré, mais ce n'est pas là le phénomène primitif.

Il y a deux expressions anatomiques de l'étranglement :

1° L'encochure par vive arête,

2° L'étranglement annulaire.

Peut-on dire que le seul fait de la vive arête puisse donner lieu à l'étranglement? Je réponds par l'affirmative, puisque l'acte fondamental de l'étranglement, c'est l'interruption du cours des matières, et que cette interruption peut exister par le seul fait de la vive arête. Je réponds encore par l'affirmative, attendu que tous les signes diagnostiques peuvent être produits par la coudure et par l'encochure de l'intestin, tantôt seules, tantôt réunies. Je ne conteste pas que le collet du sac ne devienne aussi lui-même cause d'étranglement, qu'il n'en devienne même un agent très-énergique, mais il n'a pas le rôle initial. Il n'intervient que comme cause complémentaire et aggravante.

Je tiens pour étranglé tout intestin dans lequel la circulation des matières intestinales est arrêtée, et le signe c'est le rejet par vomissement des matières intestinales.

Je repousse donc l'opinion qui fait de la constriction circulaire la condition obligée, et en quelque sorte la définition de l'étranglement.

Je regarde comme un fait certain qu'il suffit pour amener l'interruption de circulation des matières intestinales, de l'existence de l'encochure par une vive arête sur laquelle un des côtés de l'intestin est fortement pressé.

En résumé, le phénomène de l'étranglement est successif.

Il peut se composer de deux actes ou de deux périodes. Il débute par l'*encochure*, il peut continuer et se compléter par la constriction circulaire due au collet du sac et aux tissus qui entourent ce collet, sous l'influence du travail phlegmasique qui s'opère par suite du premier acte de l'étranglement, autrement dit l'*encochure*.

Il résulte de là que si l'on examine une hernie étranglée pendant la *première période* de l'étranglement, on reconnaît que l'*orifice du*

collet est *perméable vers l'abdomen* pour des instruments d'un certain volume, à la seule condition de passer ces instruments sur le côté du pédicule de la hernie qui est opposé à la vive arête. Si au contraire un examine une hernie à la période où existe la constriction circulaire, alors toute perméabilité, de l'intérieur du sac vers l'abdomen peut être interceptée.

Dans un cas de hernie péritonéo-vaginale dite hernie congénitale ayant amené la mort au bout de soixante heures après l'opération, par l'entremise d'une péritonite suraiguë, voici ce que j'ai observé : l'anse étranglée siégeait sur le trajet de l'intestin grêle à quatre travers de doigt au-dessus du cœcum. Elle était bleuâtre, presque noire, point sphacelée, mais offrant au niveau de son extrémité inférieure une encochure très prononcée. L'étranglement siégeait au niveau de l'anneau inguinal.

Le sac fut ouvert, et malgré l'existence des signes diagnostiques et anatomiques de l'étranglement, j'ai soumis pendant l'opération cette hernie a une épreuve qui plusieurs fois sur le vivant m'a donné le même résultat.

J'ai pris une algalie, et à deux reprises différentes, bien qu'avec tous les ménagements qu'exige une pareille épreuve, j'ai fait pénétrer sans résistance aucune l'algalie dans la cavité péritonéale.

La conclusion que je tire de ce fait, c'est que dans des cas de hernie parfaitement étranglée on peut, aussitôt que le sac est ouvert et antérieurement à tout débridement, faire pénétrer dans l'abdomen à travers le collet du sac, des instruments d'un volume égal ou supérieur à celui d'une algalie ordinaire.

Sept à huit fois encore chez des malades présentant tous les signes de l'étranglement, il m'est arrivé, après avoir ouvert le sac et avant tout débridement, de pouvoir faire pénétrer dans la cavité péritonéale une algalie en la glissant sur l'un des côtés du pédicule herniaire mis à nu.

Dans quel état trouvait-on les intestins dans le cas ci-dessus mentionné? On les trouvait atteints des diverses altérations qui ont été signalées dans des entérocèles que tous les chirurgiens s'accordent a reconnaître comme véritablement étranglées.

Ainsi tous les signes cliniques de l'étranglement, toutes les lésions anatomiques de l'étranglement existaient, et cela avec absence de la constriction annulaire. Voilà les faits. Quelle est la doctrine?

Je crois pouvoir dire d'après ce qui précède qu'on ne doit pas faire de la constriction circulaire la condition *sine quâ non* de l'étranglement.

La juxtaposition intime du collet du sac contre une crête fibreuse tranchante, est un fait qui s'observe dans l'immense majorité des hernies étranglées.

Je n'ai jamais, dans le cas de hernie véritablement étranglée, rencontré le collet du sac jouant à l'intérieur des anneaux fibreux. Il y a toujours une juxtaposition intime entre le collet du sac et l'anneau fibreux, sinon dans tout le pourtour, du moins sur l'un des points de ce pourtour.

Le collet du sac et l'anneau ont donc toujours l'un avec l'autre des points de juxtaposition très-serrée.

Comme on avait très-mal compris l'étranglement par les anneaux fibreux, attendu qu'on voulait toujours y voir une constriction annulaire, il est arrivé que quand la doctrine des anneaux a été attaquée, on s'est trouvé dans un grand embarras en présence de ces larges anneaux dont le seul aspect exclut l'idée d'un étranglement circulaire.

L'étranglement par une vive arête restituera peut-être aux ouvertures aponévrotiques l'importance dont on avait tenté de les dépouiller.

C'est d'une remarque qui s'est fréquemment reproduite dans les cas où nous avons été à même d'examiner, soit pendant l'opération, soit sur le cadavre, les désordres que présentait l'intestin au niveau du point précis de l'étranglement, qu'a été déduite l'opinion que nous venons d'émettre. Bien d'autres circonstances sont venues depuis corroborer cette première impression ; mais afin de suivre dans l'exposition des idées l'ordre dans lequel elles se sont présentées a nous, nous allons énoncer avant tout le fait qui a servi de point de départ à nos recherches.

Voici donc ce qu'on observe et ce que nous avons constaté dans les diverses variétés de hernies, principalement les inguinales et les crurales, en tant toutefois qu'elles étaient entérocèles.

Nous avons remarqué que toutes les fois que l'étranglement avait été assez prononcé, et avait duré assez longtemps pour laisser des traces de son existence sur la surface de l'intestin, ces traces n'étaient jamais uniformément circulaires, et portaient toujours d'une manière spéciale sur une portion du pédicule de la hernie, et très-peu ou même pas du tout sur d'autres parties de ce pédicule.

Quelle est la signification de ce fait? C'est ce qu'il nous a été longtemps difficile de comprendre ; mais de prime abord cette particularité nous avait paru formellement contraire à la doctrine exclusive de l'étranglement par le collet du sac. En effet, que représente ce collet? Un anneau régulièrement arrondi. Eh bien! quand on exerce sur des tissus d'une consistance homogène une pression régulièrement circulaire au moyen d'un anneau, l'empreinte de celui-ci se produit uniformément sur tous les points qu'il embrasse, et il n'y en a pas qui soient plus serrés les uns que les autres.

Ce premier fait bien constaté fut suivi d'un second que voici : le point le plus altéré correspondait toujours à la partie la plus tranchante de l'anneau aponévrotique. Ainsi, pour les hernies crurales c'était tantôt dans le point correspondant au bord tranchant du ligament de Gimbernat, tantôt dans celui qui correspond au repli falciforme, ou bien à l'arcade de Fallope. Comment ne pas voir dans ce singulier rapport une relation de cause à effet, et comment nier que le bord tranchant qui répond si directement à l'encochure soit étranger à la production de celle ci?

Autre fait : il m'est arrivé plusieurs fois dans les hernies crurales ou inguinales étranglées, de pouvoir faire pénétrer facilement une algalie de femme dans l'abdomen, en la passant par derrière ou par dessous la hernie, tandis que c'est à grand'peine si en avant le bistouri pouvait être introduit dans le point du collet du sac correspondant à la partie tranchante des anneaux.

L'inégalité de pression sur le pourtour du pédicule de la hernie, surtout dans les périodes initiales de l'étranglement, est donc pour moi un fait démontré.

Restait à savoir pourquoi les viscères contenus dans le sac herniaire venaient à se couper en quelque sorte d'eux-mêmes sur la partie la plus tranchante des anneaux aponévrotiques qui livrent passage au sac herniaire. L'étude de la configuration des hernies ne tarda pas a me rendre compte de cette particularité. Pour la hernie ombilicale, par exemple, la masse d'intestin qui sort de l'abdomen vient presser de tout son poids et s'accrocher en quelque sorte sur l'hémisphère concave inférieur de l'anneau aponévrotique. Un coude très-anguleux se forme sur la face inférieure du pédicule de la hernie.

Si je prends une anse d'intestin, enveloppée ou non d'un sac péritonéal, et si je la fais reposer (ou bien si a plus forte raison je la presse) contre une saillie plus ou moins tranchante, il n'est pas nécessaire, pour y interrompre la circulation et y déterminer les phénomènes de l'étranglement, qu'il se produise une pression circulaire.

Ailleurs le coude ou concavité sigmoïde des hernies se forme par un autre mécanisme. C'est, par exemple, une résistance inégale dans les parois de l'espace au sein duquel se place et s'accroît la hernie. Ainsi, lorsqu'au-dessous d'un tranchant fibreux se rencontre une paroi flexible qui cède et laisse l'intestin se boursoufler, et par suite se couder, il y a forcément production d'une encochure. Qu'arrive-t-il, par exemple, dans la hernie crurale? L'intestin, enveloppé de son sac péritonéal, sort à travers l'anneau. A peine l'a-t-il franchi qu'au lieu de rester régulièrement pyriforme, la tumeur se coude au niveau du pédicule, au point de permettre à la hernie de remonter en se contournant jusque par-devant le ligament de Fallope. Pourquoi cette singulière disposition? Elle est due évidemment à l'inégale résistance qu'opposent les parois antérieure et postérieure de l'espace dans lequel la hernie est placée, et à ce qu'immédiatement au dessous d'un bord résistant, il y a une paroi antérieure très-flexible.

En effet, comment cet espace est-il représenté et quelles sont ses limites? En arrière, la paroi postérieure ou profonde du sac est soutenue par les muscles profonds de la cuisse qui forment une masse résistante incapable de céder. La paroi antérieure, au contraire, ne présente aucun muscle. Elle est flexible, elle cède. C'est donc aux dépens de cette paroi que s'effectue le développement de la hernie à mesure qu'elle augmente. Mais par le seul fait de cette expansibilité de la paroi antérieure immédiatement au-dessous des arcades aponévrotiques de la région, il se passe dans la hernie un mouvement de flexion en avant. Ce n'est pas tout : au niveau des arcades fibreuses se produit une vive arête, et partant une *encochure* sur les parties que renferme le sac.

Aussitôt qu'il y a *coudure* du collet du sac et du pédicule de la hernie, si cette coudure se fait sur un bord plus ou moins tranchant, il y a imminence d'étranglement. Maintenant, que les intestins augmentent de quantité dans le sac, qu'ils s'y gonflent par accumulation

de matières ou par congestion sanguine, l'*encochure* devient de plus en plus prononcée. Elle donne lieu à l'étranglement, alors même que sur tel ou tel autre point, il y aurait possibilité d'un libre passage entre le pédicule de la hernie et le collet du sac.

Je comprends bien que si l'étranglement continue de s'accroître, le gonflement général de la hernie faisant de nouveaux progrès, il arrive un moment où le pédicule herniaire devient comme tout le reste. Il est trop gros pour le collet dans lequel il passe. De cette manière il arrive à être comprimé circulairement, après l'avoir été sur un des côtés du pourtour de ce collet. Je comprends encore que sous la pression de la vive arête, le collet du sac s'enflamme, s'indure, se resserre, et qu'il devienne à son tour une cause d'étranglement; mais, je le répète, l'étranglement n'a pas débuté par l'action d'un cercle tout entier.

J'ai répété plusieurs fois l'expérience suivante qui donne très-bien l'idée de ce que peut être l'étranglement intestinal par une *vive arête*.

Trois fils très-résistants et fixés solidement à leurs extrémités sont disposés parallèlement entre eux à la distance de 5 à 6 centimètres. Une portion d'intestin grêle de 1 à 2 mètres de longueur est préparée pour l'expérience en conservant une bordure mésentérique, afin de ne pas trop affaiblir les parois intestinales. Cette portion d'intestin est placée à cheval sur les trois fils, de manière à former deux anses de 15 à 20 centimètres de longueur chacune.

Les deux extrémités de la portion intestinale qui représente une espèce de draperie soutenue par trois supports représentés par les fils, ces extrémités, disons-nous, pendent en dehors des fils. Par une de ces extrémités on introduit un tube mis en rapport avec un appareil puissant de projection des liquides, tels que l'injecteur atmosphérique.

On s'arrange de manière qu'il y ait au milieu de chaque anse un peu de liquide à l'effet de la maintenir en position. Les choses étant ainsi préparées, l'appareil est mis en jeu quand le bout d'intestin qui reçoit le tube injecteur est fortement distendu, l'effort du liquide lui fait franchir la première arête, et il arrive dans la première anse; mais pour passer de la première dans la seconde il éprouve des difficultés presque insurmontables.

Je viens d'exposer la série des faits qui m'ont peu à peu éloigné des doctrines qui reposent sur l'idée de l'étranglement annulaire, pour me conduire à l'explication de l'étranglement par vive arête fibreuse. Cette explication est-elle destinée à remplacer les deux autres? N'est-elle, comme ce qui l'a précédée, qu'un mélange de vérité et d'erreur? C'est ce que m'apprendra sans doute l'appréciation qui en sera faite par les hommes compétents. Jusque-là et en présence d'un fait aussi notoire que l'encochure intestinale dans les hernies fortement étranglées, je ne puis croire que mon explication soit dénuée de toute exactitude.

Je suis convaincu que la doctrine de l'étranglement par les arêtes fibreuses, alors même qu'elle ne serait pas adoptée dans toutes ses données, rendra quelques services à la pathologie et à la thérapeutique des hernies. Elle fera comprendre, je n'en doute pas, certaines particularités inexpliquées jusqu'ici.

Elle rend compte du débridement à l'extérieur du sac, fait inintelligible dans la doctrine de l'étranglement par le collet. Elle seule peut donner réponse aux deux questions que voici :

1° Pourquoi, dans certaines hernies étranglées, peut-on, après l'ouverture du sac et avant aucun débridement, faire pénétrer dans l'abdomen un instrument d'un certain volume?

2° Comment se fait-il que dans certains cas, on soit dans l'impossibilité de réduire des hernies dont le pédicule n'est nullement serré dans le collet du sac?

Nous répondons à ces questions en faisant remarquer que si l'on plie en deux une anse intestinale sur une traverse peu épaisse, le cours des liquides pourra y être interrompu par une sorte d'aplatissement, quoiqu'il soit encore possible de pousser un corps solide plus ou moins volumineux à travers la cavité de cette anse. A quoi nous ajoutons que souvent les pratiques de la réduction, tendent à augmenter le coude que forme la hernie, ce qui suffit pour rendre sa réduction impossible.

Pour ne point entraver par de trop nombreux détails l'exposition d'un travail qui a besoin d'être compris en quelque sorte d'un seul jet, nous avons réservé pour le résumé qui va suivre plusieurs faits qui sont de nature à confirmer les opinions que nous avons émises.

Voici dans quel ordre nous distribuerons les recherches qui ont été faites :

1° Nous réunissons d'abord toutes les données qui s'élèvent contre la doctrine de l'étranglement annulaire.

2° Dans un autre chapitre, nous rappelons tout ce qui se rattache à la doctrine de l'étranglement par vive arête.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(Quatrième trimestre de 1863.)

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

OPÉRATION DE STRABISME. — GLAUCOME CHRONIQUE GUÉRI PAR L'IRIDECTOMIE. — DE L'HÉMORRHAGIE A LA SUITE DE L'OPÉRATION DE LA HERNIE CRURALE PRATIQUÉE A L'ÉPOQUE DE LA MENSTRUATION. — DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA TRACHÉE ET DE LEUR CURABILITÉ.

OPÉRATION DE STRABISME. — GLAUCOME CHRONIQUE GUÉRI PAR L'IRIDECTOMIE.

Le contingent fourni par les maladies des yeux dans le courant du trimestre consiste en un cas de strabisme présenté par M. Meyer avant et après l'opération, et un glaucome chronique guéri par M. Follin au moyen de l'iridectomie.

Le malade présenté par M. Meyer était atteint de strabisme simple convergent dû au raccourcissement du muscle droit interne. Pour déterminer d'une manière exacte l'étendue du strabisme, M. Meyer emploie un appareil composé de deux branches mobiles qui portent deux plaques graduées s'adaptant par leur forme à la paupière inférieure sur laquelle elles sont appliquées ; sur chacune de ces plaques, une aiguille mobile permet de déterminer le centre de la pupille. Chez un individu non strabique, les deux pupilles ont toujours une position symétrique : il n'en est pas de même chez le strabique. En prenant d'une part le centre pupillaire de l'œil sain, de l'autre celui de l'œil dévié, on aura, par un calcul très-simple, la mesure linéaire de la déviation.

La malade de M. Follin était une femme d'une cinquantaine d'années qui avait déjà, quelques années auparavant, perdu l'œil gauche à la suite d'une affection analogue, et quand M. Follin la vit pour la première fois, cet œil, atrophié, était irritable, douloureux. Ce moignon oculaire, qui pouvait exercer une influence fâcheuse sur l'œil du côté opposé, fut tout d'abord enlevé. L'attaque glaucomateuse à l'œil droit date de juin 1861, et la malade raconte qu'elle s'est montrée à la suite d'un refroidissement général, le corps étant tout en sueur.

Les signes du glaucome chronique étaient des plus évidents lorsque M. Follin pratiqua l'iridectomie. Le globe oculaire était dur comme une bille de marbre, la pupille largement dilatée, les milieux de l'œil peu transparents, et la cornée même légèrement trouble par suite de la distension des membranes. On ne pouvait guère s'assurer de l'étendue du champ visuel, car la malade distinguait à peine les plus gros objets.

Le 25 novembre 1861, M. Follin pratiqua une large excision de l'iris à l'œil droit, et au bout de dix jours la malade commença à voir assez nettement les barreaux d'une fenêtre placée en face de son lit. Depuis cette époque, l'état de l'œil s'est progressivement amélioré, la tension oculaire a peu à peu diminué, et aujourd'hui elle est normale; la rougeur scléroticale s'est éteinte, la cornée a repris une transparence parfaite, et l'opérée, à la sortie de l'infirmerie de la Salpêtrière en février 1862, pouvait distinguer très-nettement tous les objets et lire d'assez gros caractères.

Lors de la présentation de la malade à la Société (séance du 11 novembre), c'est-à-dire deux ans après l'excision de l'iris, l'œil opéré pour ce glaucome peut lire sans lunettes le n° 9 du livre de Jaeger, ce qui correspond à peu près au caractère employé pour le premier-Paris des journaux politiques. La cornée est d'une transparence normale, et la pupille artificielle s'est conservée large et sans adhérences. Enfin la malade peut vaquer à toutes ses occupations.

DE L'HÉMORRHAGIE A LA SUITE DE L'OPÉRATION DE LA HERNIE CRURALE PRATIQUÉE A L'ÉPOQUE DE LA MENSTRUATION.

Dans cette même séance, M. le docteur Fleury (de Clermont-Ferrand) a lu à la Société une note contenant deux observations qui ten-

draient à faire admettre une certaine coïncidence entre l'époque menstruelle et l'hémorrhagie consécutive à la kélotomie, hémorrhagie qui, dans les deux cas, a paru à l'auteur ne dépendre de la blessure ni de l'artère épigastrique ni de l'obturation.

Il s'agit dans le premier cas d'une jeune femme opérée le 18 octobre 1861 d'une hernie crurale droite. Malgré l'emploi des réfrigérants, les règles avaient paru dans la nuit qui précéda l'opération. « Il m'a bien semblé pendant l'opération, dit M. Fleury, que l'écoulement de sang était plus abondant qu'à l'ordinaire; cependant *aucune ligature n'a été faite*. » Au bout de quelques heures, on s'aperçut que les pièces du pansement étaient imbibées de sang. L'écoulement ne céda qu'au perchlorure de fer pur. Les suites de l'opération furent d'ailleurs très-heureuses.

La seconde malade observée par M. Fleury était une domestique de Clermont, âgée de 42 ans, et atteinte de hernie crurale gauche; l'opération fut pratiquée le 9 août 1863. « La malade, dit M. Fleury, me dit qu'elle a ses règles, mais qu'elles sont sur le point de finir. Cette considération ne pouvait m'arrêter. L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané donne issue à une quantité de sang plus considérable qu'à l'ordinaire. Les recherches les plus attentives ne me font cependant découvrir *aucun vaisseau susceptible d'être lié*. Je me borne alors à absterger la plaie, et je continue l'opération. »

On voit donc que dans l'un et l'autre cas aucune ligature n'a été pratiquée, et nous ne croyons pas faire preuve d'un vif esprit de critique en ne partageant pas les idées de l'auteur relativement à l'influence qu'il attribue à la ménorrhagie concomitante, d'autant plus que, dans les deux cas aussi, l'hémorrhagie pendant l'opération a été plus considérable qu'à l'ordinaire; ne peut-on pas admettre que l'écoulement sanguin, après s'être arrêté de lui-même par sa propre abondance, a reparu quelques heures après, alors qu'aucun moyen hémostatique n'avait été employé. Cependant nous n'avons pas cru devoir passer sous silence les idées de M. Fleury : il suffit que l'attention soit appelée sur ce point pour que, si elles ne sont pas vraies, l'observation ultérieure en fasse promptement justice.

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA TRACHÉE ET DE LEUR CURABILITÉ.

Enfin nous trouvons à la dernière séance (30 décembre) une question d'un grand intérêt, celle des rétrécissements de la trachée sur lesquels l'attention de la Société avait été déjà appelée dans le trimestre précédent par une communication de M. Demarquay. Il s'agit cette fois d'un rapport de M. Alphonse Guérin sur un mémoire de M. Bœchel (de Strasbourg).

Ainsi que l'a dit M. Demarquay, le rétrécissement de la trachée n'est point une affection rare; il l'a, quant à lui, observée quatre fois : la première sur un malade atteint de morve chronique, la seconde sur un sujet syphilitique. (Voir la *Gazette des hôpitaux*, 1858, p. 584.) Le troisième malade que M. Demarquay opéra avec le concours et l'assistance de M. Trousseau avait un rétrécissement inflammatoire datant de plusieurs années; ce rétrécissement, qui portait surtout sur la membrane muqueuse, fut incisé, puis dilaté à l'aide d'une canule quadrivalve, dont le modèle a été présenté à l'Académie de médecine (séance du 23 avril 1861).

Encouragé par le succès de ce mode de traitement, le chirurgien de la Maison de santé a eu l'occasion d'appliquer de nouveau la dilatation dans le cas de rétrécissement trachéal qui a fait l'objet de sa communication. Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, qui éprouvait depuis plusieurs mois une gêne extrême de la respiration. A son entrée à la Maison de santé (16 août 1863), on constate les phénomènes suivants :

La voix est très voilée, la respiration très-bruyante. Le malade ne peut se mouvoir sans être pris d'orthopnée; pendant les efforts de déglutition, le larynx est immobile. Le malade peut à peine avaler, l'examen laryngoscopique n'ayant fait constater que les altérations de la laryngite chronique. Une gêne aussi grande de la respiration ne pouvait avoir son point de départ dans le larynx; en effet, la trachéotomie ayant été pratiquée après une certaine temporisation, M. Demarquay reconnut un rétrécissement de la trachée au-dessous du sternum. Ce rétrécissement était tel qu'il ne se laissait pas traverser par une grosse sonde d'homme; l'asphyxie étant imminente, l'opérateur allait faire un débridement multiple sur la partie rétrécie lorsque la crainte de l'hémorrhagie et de l'emphysème l'arrêta; il essaya alors de forcer ce rétrécissement avec le petit doigt en déployant une force considérable. Il éprouva la sensation d'une résistance vaincue, et son doigt pénétra dans le rétrécissement : il put alors introduire une petite canule et attendre vingt-quatre heures, au bout desquelles il la remplaça par une longue canule quadrivalve dilatatrice analogue au modèle présenté à l'Académie en 1861.

Grâce à cette canule, il put franchir le rétrécissement sans dilacérer la muqueuse, et produire une dilatation progressive de la trachée-artère. Dans le cas de rétrécissement trachéal qui a fait l'objet du rapport de M. A. Guérin, il s'agit d'un rétrécissement syphilitique. En voici l'histoire résumée :

En mai 1861, une femme âgée de 56 ans se plaint de douleurs au niveau du larynx; la voix se voile, et peu à peu la respiration s'embarrasse, devient bruyante et de plus en plus difficile. Comme depuis deux ans cette femme avait à la fesse un ulcère à bords inégaux et renversés, le médecin qui lui donnait des soins soupçonna une origine syphilitique, et établit un traitement en conséquence. M. Bœckel vit cette malade le 2 août : la dyspnée était extrême. La laryngo-trachéotomie ayant été pratiquée, n'apporta aucun soulagement. Pensant alors avoir affaire à un rétrécissement de la trachée, l'opérateur y introduisit profondément une grosse sonde en gomme qui, arrêtée vers la naissance des bronches, rencontra en ce point un obstacle qu'elle ne put franchir.

La malade mourut le 7 septembre. A l'autopsie, on reconnut qu'il existait un rétrécissement cicatriciel au niveau de la bifurcation des bronches. Des brides et des cicatrices étoilées s'étendaient de la partie inférieure de la trachée jusqu'à 2 centimètres dans les bronches. Les anneaux cartilagineux, déformés à droite, contribuaient au rétrécissement qui permettait encore le passage d'une tige ayant 1/2 centimètre de diamètre, tandis qu'à gauche cette introduction était impossible, les parois de la bronche ayant complétement disparu dans une certaine étendue, et la perte de substance étant comblée par des ganglions. Se fondant sur les antécédents du mari, sur la forme et l'étendue des ulcérations, sur leur durée et leur incurabilité jusqu'au moment où un traitement mercuriel leur a imprimé une tendance à la guérison, M. Bœckel ne doute pas que ce ne soit là un exemple d'ulcération syphilitique ayant causé un rétrécissement de la trachée et des bronches. M. Alphonse Guérin dans son rapport exprime l'idée que le point de départ des altérations observées est dû à des tumeurs gommeuses.

Comme on le voit, il n'y a guère dans ce cas qu'un ensemble de probabilités, et l'on peut concevoir quelques doutes sur l'origine syphilitique de la maladie, d'autant plus qu'il y avait quelques tubercules crétacés dans les poumons, et un abcès ganglionnaire communiquant encore avec l'intérieur du tube oblitéré.

Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur cette importante question dans notre revue de la Société médicale des hôpitaux, à propos d'un cas analogue tout récemment communiqué par M. Bourdon. La question soulevée par ce consciencieux praticien a une gravité extrême : il semble avoir eu comme un remords d'avoir soumis son malade à un traitement antisyphilitique, et se demande jusqu'à quel point la cicatrisation trop rapide de l'ulcération trachéale n'est point une cause productrice, ou tout au moins aggravante du rétrécissement de l'arbre aérien; il exprime également le regret que l'on se soit borné à faire la trachéotomie de la façon ordinaire, et que l'on n'ait pu appliquer le procédé de M. Demarquay, c'est-à-dire la trachéotomie faite le plus bas possible et la dilatation à l'aide de la canule quadrivalve.

Quoi qu'il en soit, maintenant que l'attention du corps médical est fixée sur ce point, nous espérons que d'ici à un certain temps on aura pu recueillir un nombre d'observations suffisant pour établir l'utilité pratique de ce traitement éminemment chirurgical.

E. SALVA.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES.

(Suite.)

IODOFORMOGNOSIE, OU MONOGRAPHIE CHIMIQUE, PHYSIOLOGIQUE, PHARMACEUTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'IODOFORME; par le docteur J. RIGHINI (de Novare).

La place que l'iodoforme doit occuper dans la thérapeutique est encore aujourd'hui fort indécise, et nous doutons que lui-même le volumineux mémoire de M. Righini puisse fixer dès aujourd'hui les opinions des médecins sur la valeur de ce médicament. Le travail de

notre confrère de Novare n'en mérite pas moins de nous arrêter quelques instants. C'est une monographie fort consciencieuse dont quelques points au moins doivent être recommandés à l'attention de nos lecteurs.

Depuis l'année 1846, M. Righini a fait un grand nombre d'expériences dans le but de rechercher l'iode, après l'administration de l'iodoforme. dans les divers liquides de l'économie. Il résulte, en résumé, de ces longues recherches qu'on retrouve l'iode dans le sang, la salive, la sueur, le lait, les larmes, le mucus nasal, l'écoulement menstruel, l'urine, la bile, les eaux de l'amnios, etc.

M. Righini dit avoir observé en général, pendant qu'on administrait l'iodoforme à l'intérieur, un suractivité sécrétoire du foie, du pancréas, et notamment des glandes salivaires et des reins. Chez aucun des sujets mis en expérience, il ne s'est produit d'amaigrissement, la plupart, au contraire. ont gagné de l'embonpoint. La langue et l'œsophage ne sont pas irrités par l'iodoforme. L'administration de cette substance n'est jamais suivie d'une irritation douloureuse des glandes mammaires. comme cela s'observe parfois à la suite de l'emploi des préparations iodées ou iodurées. Chez quelques femmes, l'emploi de l'iodoforme a été suivi de quelques douleurs lombaires. Cette médication accélère l'apparition des menstrues et en prolonge plus ou moins la durée, suivant l'état dans lequel se trouve l'utérus.

Une série d'expériences destinés à rechercher si l'iodoforme, employé à l'extérieur, est absorbé et se retrouve dans les diverses sécrétions de l'économie, n'ont abouti qu'à des résultats négatifs. Suivant M. Righini, l'iodoforme, employé de cette manière, n'exerce qu'une action locale, soit irritante, soit calmante. On le retrouve par contre dans le pus d'abcès que l'on a traités longtemps par des frictions iodoformées. En poursuivant ces recherches, l'auteur n'a pas tardé à s'assurer que l'iodoforme exerce une action anesthésique locale évidente.

M. Righini appelle spécialement l'attention sur l'action que l'iodoforme, employé topiquement, exerce sur les carcinomes ulcérés. Il produit d'abord un effet anesthésique, fait cesser les douleurs lancinantes, il donne aux malades le bénéfice d'un sommeil calme et réparateur. En outre, il agit en vertu de ses propriétés antiseptiques et antimiasmatiques, en faisant cesser l'odeur infecte de la suppuration, et ralentit dans de certaines limites les progrès rapides du néoplasme. M. Righini se sert dans ces cas d'une solution d'iodoforme dans de l'albumine étendue d'eau, que l'on emploie sous forme de fomentations.

Chez un certain nombre d'individus scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques, on a expérimenté des bains additionnés d'iodoforme. Il ne paraît pas que l'iodoforme soit absorbé dans ces conditions, bien qu'il imprègne pendant assez longtemps la peau des malades. D'autres ont été soumis à des fumigations à l'aide de l'appareil de Darcet; ces fumigations étaient prolongées pendant vingt a trente minutes en moyenne, et étaient faites avec 1gr,50 à 2 grammes d'iodoforme. Chez ces malades on trouvait de l'iode dans la sueur, et également, mais en petite quantité, dans la salive, tandis que l'urine n'en contenait aucune trace. M. Righini a trouvé ces fumigations utiles dans les tuméfactions des ganglions lymphatiques, les gonflements des os, les roideurs articulaires et les rhumatismes chroniques.

L'iodoforme peut être pris intérieurement à doses journalières de 3 grammes sans inconvénient. Les doses très-élevées paraissent avoir donné lieu quelquefois à des symptômes d'iodisme. Chez les petits animaux, des doses relativement peu élevées (de 2 à 4 grammes) suffirent pour produire des accidents mortels.

Administré à l'intérieur, l'iodoforme se combine en partie avec les substances protéiques pour former des albuminates solubles et pour une autre part avec l'amidon des aliments. L'iodure d'amidon, ainsi formé, est probablement éliminé en majeure partie avec les matières fécales.

M. Righini a constaté par des expériences directes que l'air des personnes qui prennent de l'iodoforme à l'intérieur contient de l'iode. Le docteur Franchini a constaté que le repos prolongé dans une atmosphère chargée de vapeurs d'iodoforme active la sécrétion urinaire; il affirme en outre que les exhalations de ces vapeurs sous une forme concentrée facilite la respiration et produit des effets exhilarants analogues à ceux auxquels donne lieu le protoxyde d'azote, et enfin que l'on peut obtenir ainsi une anesthésie assez complète.

M. Righini donne la liste suivante des maladies contre lesquelles l'iodoforme peut être employé utilement: Tuberculose, scrofulose, anomalies menstruelles, les maux divers, panaris, impuissance chez l'homme, ozène, blennorrhée conjonctivale, exanthème rebelle, vérole avec bubons indurés, douleurs ostéocopes, périostites, tubercules de la peau et des muqueuses, ulcérations profondes. L'iodure d'ammonium et l'iodure de zinc auraient des propriétés analogues à celles de l'iodoforme. L'iodure de zinc serait surtout utile dans les convulsions cataleptiques et épileptiformes.

Pour le traitement des engorgements ganglionnaires, scrofuleux ou autres, M. Righini recommande spécialement l'emploi simultané des frictions avec une pommade à l'iodoforme et de l'électricité. De même pour le goitre.

L'auteur propose enfin d'employer l'iodoforme pur ou dissous dans l'eau pour la désinfection des pièces peu spacieuses.

II. ARCHIVES MÉDICALES BELGES.

Les numéros de janvier à novembre 1863 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Etudes sur l'emprisonnement cellulaire; de son influence sur la santé et sur le moral des prisonniers*, par M. Vaust. 2° *Réflexions sur le traitement des tumeurs blanches*, par M. Decondé. 3° *Analyse chimique de l'eau du puits artésien de la prison de Saint-Bernard*, par M. Gosselin. 4° *La revalenta arabica*, par M. Allewaert. 5° *Sur l'emploi des hypophosphites alcalins dans le traitement de la phthisie*, par M. Van Esschen. 6° *Note sur le traitement de l'urétrite*, par M. Petithan. 7° *Du carbonate manganésien comme succédané du sous-nitrate de bismuth*, par M. d'Ans. 8° *Trois cas d'anasarque chez le cheval*. 9° *De la tonsure conjonctivale dans les inflammations chroniques de la cornée; mérite relatif du traitement du pannus par la tonsuration et par l'inoculation blennorrhagique*, par M. Hairion. 10° *Moyen d'enlever du linge les taches produites par le tannin*. par M. Deganquier. (On huile le linge a chaud par une solution de sulfate ferreux, 1 pour 100, pour former du tannate de fer; on lave à l'eau froide, puis au chlorure de chaux liquide étendu d'environ dix fois son poids d'eau; le chlorure de chaux décolore le linge dans une solution au 1/100 de bioxalate de potasse pour enlever les taches de fer.) 11° *Cas d'asthme chez le cheval*, par M. Melon. 12° *Abcès du lobe moyen du cerveau avec carie des rochers et des cellules mastoïdiennes*, par M. de Caisnes. 13° *Alopécie par plaques du cuir chevelu*, par M. Guinard. 14° *Un fait à l'appui de la chirurgie conservatrice*, par M. Verhaeghe. 15° *Quelques considérations à propos d'un cas de paralysie idiopathique du nerf facial*, par M. Hermant. 16° *Fracture du coxal gauche chez le cheval*, par M. Lépine. 17° *De l'ozène et de son traitement*, par M. Delhaie. 18° *Le sarracenia purpurea, remède indien contre la variole*, par M. Fivé. 19° *Chancre induré développé deux fois chez le même sujet*, par M. Bosel. 20° *Cancer du foie et du péritoine*, par M. Jansen. 21° *Observations de corps étrangers voyageant dans les tissus*, par M. Hermant. 22° *Observation de gastrite phlegmoneuse*. par M. Gaudy. 23° *Cas d'épilepsie chez le cheval*, par M. Bellefroid. 24° *Considérations sur la nature des affections paludéennes*, par M. Desguin. 25° *Considérations pratiques sur la marche, la terminaison et le traitement des maladies chroniques*, par M. Fleury. 26° *Hémorrhagie grave de la paume de la main, ligature des artères radiale et cubitale; guérison*, par M. Duprez. 27° *Épidémie de dyssenterie*, par M. Herpaine. 28° *Etude sur le diagnostic de la lymphadénite aiguë des ganglions iliaques externes*, par M. Van Lair. 29° *De l'aptitude au service militaire en France et en Belgique*, par M. Vereecke. 30° *De l'inoculation de la pleuro-pneumonie exsudative de l'espèce bovine*, par M. Bourdoux. 31° *Amaurose, suite de fièvre pernicieuse tétanique; guérison*, par M. Schaique. 32° *Cas remarquable de rhumatisme cérébral*, par M. Martiny.

QUELQUES REFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES; par M. le docteur DECONDÉ.

En résumant le mode de traitement que M. Decondé propose d'appliquer aux tumeurs blanches, nous sentons, par exception, le besoin de rappeler que l'auteur de cette *Revue* n'entend en aucune façon assumer la responsabilité des travaux qu'il analyse.

M. Decondé est un grand ami de l'air libre et de la lumière du soleil, à laquelle il fait appel, non-seulement comme modificateur général, mais encore comme agent local. Le traitement général recommandé par l'auteur ne s'éloigne d'ailleurs guère de celui qui est généralement adopté; emploi de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium à l'intérieur; régime très-nourrissant et stimulant; mouvement au grand air; enfin, l'insolation habituelle, même vive.

Quant au traitement local, il consiste, dit l'auteur (en prenant une tumeur blanche du coude comme exemple), dans l'exposition fréquente du membre malade, couvert d'un linge léger, à l'action solaire, vive, dans le maintien aussi sec que possible du membre malade,

dans l'emploi de frictions faites, matin, midi et soir, tantôt avec de l'huile de foie de morue, tantot avec une pommade iodurée. Avant chaque friction, on nettoiera le bras et l'on enlèvera la crasse déposée par l'emploi du corps gras au moyen de l'eau-de-vie ou de genièvre... On imprimera fréquemment au membre malade des mouvements compatibles avec l'état de la lésion, sans trop se préoccuper des idées théoriques répandues à ce sujet... En suivant cette pratique, bien des membres voués à l'amputation ont été précieusement conservés et rendus utiles. Il y a là une conquête pour la chirurgie conservatrice. Le plus souvent il ne reste qu'une demi-ankylose du membre. Nous commençons volontiers le traitement des tumeurs blanches avec le printemps; si l'été est favorable, le patient, a l'approche de l'hiver, est dans un état avancé de guérison, et il a récupéré toute sa force. L'hiver qui suit amènera souvent quelque retour léger du mal, la formation d'un ou de deux abcès; mais la guérison complète sera constatée dans le cours du second été.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

RECHERCHES MÉDICO-PHYSIOLOGIQUES SUR L'OXYGÈNE; par MM. DEMARQUAY et LECONTE. (Deuxième partie.)

(Commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Bernard.)

Dans notre premier mémoire, nous avons étudié l'influence que l'oxygène exerce sur les animaux qui le respirent pendant un certain temps, et nous avons constaté que l'air vital n'amenait qu'une grande turgescence du système vasculaire sanguin, qu'il ne déterminait aucune inflammation viscérale, enfin que sa présence dans le sang se manifestait sur les plaies par des signes non douteux. Ces faits une fois acquis, nous avons étudié l'action de l'oxygène sur l'homme sain ou affecté de plaie. Localement appliqué sur une plaie récente ou ancienne à l'aide de manchons en caoutchouc fabriqués par M. Galante, l'air vital ne détermine aucune douleur vive; le malade accuse un peu de picotement et de chaleur; injecté dans les cavités muqueuses ou séreuses, il cause les mêmes sensations. J'ai pu l'injecter sans inconvénient dans la vessie, dans la tunique vaginale. Un de nos malades affecté d'hydrocèle a guéri à la suite de cette injection. Lorsque l'oxygène reste au contact des plaies de bonne nature, on observe au bout de quelques heures que la suppuration est modifiée; elle est peu abondante, plus ténue; les bourgeons charnus eux-mêmes semblent devenus plus petits, ils ont un aspect grisâtre; mais au bout de quelque temps, lorsque l'oxygène est enlevé, ils redeviennent rouges turgescents, et si les applications sont répétées plusieurs jours de suite et quelques heures chaque fois, ils finissent par amener une inflammation plus ou moins vive de la plaie. L'oxygène, ainsi que l'ont avancé plusieurs chirurgiens distingués, irrite et enflamme les plaies, il peut donc en changer les conditions, ainsi que nous l'avons constaté plusieurs fois; sous ce rapport, il peut être utile. Mais un fait remarquable, c'est l'action que l'oxygène exerce sur la rougeur congestive ou inflammatoire qui environne les plaies; il modifie rapidement ces rougeurs. Nous avons pu, en nous appuyant sur cette propriété, combattre avantageusement la rougeur qui accompagne les ulcères des membres et l'injection de la peau qui persiste à la suite de l'eczéma. Nous dirons ailleurs les phénomènes chimiques qui s'accomplissent dans ces circonstances. Le côté le plus intéressant de ces recherches, c'est l'action que l'oxygène exerce sur l'organisme quand il a été respiré. Nous avons pu respirer l'oxygène, le faire respirer à nos élèves et à des amis à la dose de 20 à 30 litres, sans aucun inconvénient. Depuis plus de six mois nous avons soumis un grand nombre de nos malades à l'action de l'air vital, sans déterminer le plus petit accident. Des malades ont inhalé chaque jour 20 à 40 litres d'oxygène pendant un mois ou six semaines, sans éprouver autre chose qu'une grande modification dans leur santé. Les personnes qui respirent l'air vital accusent peu de sensation : un peu de chaleur dans l'arrière-gorge ou la poitrine, quelquefois un peu d'ivresse ou un peu de céphalalgie. Le pouls, au début des inhalations de l'oxygène, s'élève généralement et devient plus serré; chez d'autres malades, au contraire, le nombre des pulsations diminue. Voilà pour les phénomènes primitifs. Les phénomènes secondaires sont plus accusés : beaucoup de personnes éprouvent, après avoir respiré l'air vital, une sensation de bien être général, une respiration plus facile et un besoin de réparation. En effet, un des phénomènes curieux de cet agent, c'est de relever les forces et de développer l'appétit. Quelquefois le besoin de réparation est tel, que les malades demandent une augmentation d'aliments et sont obligés de multiplier leurs repas. Ce fait a été constaté par tous ceux qui ont été témoins de nos expériences. Cependant il y a des exceptions : des malades épuisés par de longues maladies n'ont pu être modifiés par nous. Les malades affectés de plaies récentes ou anciennes, au bout de quelques jours d'inhalation d'oxygène, voient celles-ci s'injecter, rougir, et donner une suppuration plus abondante. Cette particularité explique les faits observés par Chaptal et Fourcroy. Leurs phthisiques, arrivés à la troisième période de cette maladie, avaient d'abord éprouvé un grand bien-être des inhalations de l'air vital. Mais bientôt les phénomènes inflammatoires redevenaient plus intenses, ainsi que l'expectoration plus abondante et la toux plus fréquente; finalement la mort arrivait. Que serait-il arrivé si, au lieu de faire respirer l'oxygène à des malades arrivés au troisième degré de la maladie, on avait pris des malades au début de la phthisie? Quoi qu'il en soit, nos expériences, comme celles de nos prédécesseurs, prouvent l'influence reconstituante de l'oxygène. En lisant les travaux qui ont été publiés en France sur l'air comprimé appliqué à la médecine, et surtout l'ouvrage très-remarquable de M. Pravaz, nous avons été frappés des effets obtenus par le célèbre médecin lyonnais. Nous vîmes bientôt que, les phénomènes physiques mis de côté, les phénomènes chimiques ou organoplastiques obtenus avec l'air comprimé ou l'oxygène étaient absolument les mêmes. M. le docteur Folley, qui vient de publier un travail intéressant sur l'air comprimé, après avoir suivi nos expériences, est arrivé à la même conclusion que nous. Ce fait est important, car il est facile de se procurer et de l'oxygène et l'appareil fort simple avec lequel on le respire, tandis que l'air comprimé exige, pour son emploi, non-seulement des appareils spéciaux, mais encore un déplacement de malades qui n'est point toujours facile. Toutefois, dans des conditions que nous déterminerons ailleurs, l'air vital ne pourra jamais remplacer l'air comprimé. En résumé : 1° l'oxygène, appliqué sur des plaies récentes ou anciennes, provoque peu de douleurs, mais il amène ultérieurement une réaction plus ou moins vive; 2° il peut être injecté dans des cavités muqueuses ou séreuses sans amener d'accidents; 3° il peut être respiré longtemps à la dose de 20 à 40 litres par jour et en une fois sans amener d'accidents; 4° sa propriété essentielle est de remonter les forces, d'exciter les puissances d'assimilation et de développer l'appétit.

EXPÉRIENCES SUR LES GÉNÉRATIONS SPONTANÉES; par M. G. D'AUVRAY.

La note dans laquelle l'auteur présente, pour prendre date, un résumé de ses expériences est accompagnée de la lettre suivante, adressée de Londres à M. Flourens, en date du 20 janvier 1864 :

« Monsieur le secrétaire perpétuel, c'est un des anciens élèves de vos cours au Muséum et au Collège de France qui a l'honneur de vous écrire. Entraîné par votre exemple, autant que par ce que j'ose appeler ma vocation, vers les études physiologiques, je n'ai pas cessé de m'en occuper en expérimentateur depuis cinq années que des devoirs de famille m'ont amené et me retiennent en ce pays. La suite de mes recherches m'a conduit, sans prévision de ma part, sur la question des générations spontanées, aujourd'hui complétement résolue (je me plais à le dire après vous) par les expériences de M. Pasteur. Mais quand, dans un problème de cet ordre, les maîtres ont fait leur œuvre qui est de dégager et de fixer les principes, une multitude de points de détail sont encore à élucider, et ceci est l'affaire des disciples. C'est parmi ces derniers qu'il convient que je me place, et toute mon ambition sera satisfaite si, après examen, vous daignez m'accorder un rang parmi ces utiles auxiliaires.

« La rédaction définitive du compte rendu de mes travaux m'occupe en ce moment; mais comme mon mémoire a une grande étendue, et comme les planches très-nombreuses qui l'accompagnent ne peuvent, malgré toute la diligence possible, être prêtes avant quelques semaines, j'ose solliciter de votre esprit de justice et de votre haute bienveillance la permission de donner une date authentique à mes principaux résultats, en les résumant dans la note ci-jointe, que je me suis efforcé de rendre aussi brève que possible.

« Ces résultats sont dus particulièrement à l'emploi des deux moyens d'investigation que voici :

« 1° A l'aide de substances poreuses artificielles, entrant dans la composition de l'appareil auquel je donne le nom de *bio-dialyseur*, et en mettant l'endosmose en jeu, j'arrive à opérer le triage par ordre de grosseur de tous les corpuscules microscopiques en suspension dans un liquide.

2° Par des perfectionnements apportés au microscope, spécialement au mode d'éclairage de cet instrument, et qui ont pour effet d'accroître très-notablement son pouvoir amplifiant, je rends visibles les corpuscules isolés par voie de dialyse, y compris les *germes* des monadaires et des protophytes, et c'est à dessein que j'emploie le mot *germes*.

« Ces procédés et appareils sont décrits et figurés dans mon mémoire, mais si la commission qui va juger en dernier ressort le procès de l'hétérogénie et à laquelle je vous prie, monsieur le secrétaire perpétuel, de vouloir bien donner connaissance de cette lettre et de la note ci-incluse, si la haute commission veut bien m'accorder la faveur d'être entendu d'elle, lorsque, au mois de mai prochain, je rentrerai en France et à Paris pour m'y fixer de nouveau, je me ferai un devoir et un bonheur de répéter, devant les représentants de l'Académie, les expériences dont je me permets de vous entretenir. »

« Cette lettre et le résumé qui l'accompagne sont renvoyés, conformé-

ment à la demande de l'auteur, à la commission nommée dans la séance du 4 janvier pour la question des générations dites spontanées, commission qui se compose de MM. Flourens, Dumas, Brongniart, Milne Edwards et Balard.

— M. L. Klugel adresse de Bucharest, où il est attaché à l'hôpital militaire en qualité de médecin oculiste, une note concernant les « effets des verres de lunette à courbure sphérique placés obliquement devant des yeux astygmatiques » (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Bernard et Fizeau.)

— M. Sargent soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur l'emploi de voitures offrant certaines dispositions particulières qui permettent d'en faire usage pour certains malades ou convalescents, chez lesquels le mode de gestation paraît devoir favoriser l'action du traitement médical, hâter le retour vers la santé ou rendre plus supportables des infirmités dont le terme est éloigné quand il n'est pas complètement inespéré. (Commissaires : MM. Velpeau, Morin, Cloquet.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1863 dans le département des Vosges et de l'Allier.

2° Le rapport de M. le docteur Contesse sur une épidémie de variole qui a régné dans l'arrondissement d'Avesnes (Nord), du 1er janvier au 27 juillet 1863. (Commiss. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Félix Bron (de Lyon), qui réclame la priorité de l'invention de l'urétrotome présenté par M. Charrière.

2° Une lettre de M. le docteur Béhier, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

3° Une lettre de M. Bayer, transmettant une note de M. Burin du Buisson, relative à la rage. (Renvoyée à la commission nommée.)

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Jeannel (de Bordeaux), le tableau des travaux du dispensaire de salubrité de Bordeaux, et de leurs résultats comparatifs depuis l'année 1858 jusqu'à l'année 1863 inclusivement, avec la statistique comparative des vénériens entrés à l'hôpital militaire pendant la même période.

— M. Rayer fait hommage à l'Académie de l'*Annuaire de l'Association générale des médecins de France*, pour 1863. « Le but de cette association, dit M. Rayer, n'est pas seulement de créer entre les médecins une solidarité de secours; elle s'en propose un plus élevé, qui est de maintenir l'exercice de l'art dans des limites utiles au bien public, et conformes à la dignité de la profession. »

— M. Robinet donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de Trébizonde : l'état sanitaire y est désolant; le typhus et la petite vérole sévissent avec intensité; presque tous les officiers et soldats sont malades ou morts. La mortalité n'a jamais été moindre de 18 décès par jour; il y en a eu jusqu'à 80. Sur 7,000 Circassiens, plus de 1,700 ont péri.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccine.

La parole est à M. Bousquet.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION.

M. Bousquet : J'arrive, messieurs, à la seconde question, à la conversion de la variole en vaccine. Je ne me dissimule pas ce qu'il y a d'étrange, d'inconséquent à rechercher ce que devient la variole sur la vache ou le cheval, avant de savoir si elle y passe.

Il est à peu près certain qu'elle n'y passe pas par inoculation ; y passerait-elle secrètement, *incognito*, ou y naîtrait-elle spontanément? C'est à ceux qui le croient de le prouver.

De quelque manière qu'elle y arrive, M. Depaul ne met pas en doute que l'exanthème général qu'il a constaté sur le cheval ne fût la variole elle-même; et c'est là, si je ne me trompe, la base de tous ses raisonnements et de son édifice; mais cela même n'est qu'une vue de l'esprit, une pure supposition. Vainement dirait-on que cet exanthème s'est montré sous le règne de la variole ; depuis quand la coïncidence de deux maladies, dans le temps, en emporte-t-elle l'identité? Vainement dirait-on que les deux éruptions se ressemblent d'extérieur; M. Bouillaud vous a dit qu'il n'y avait rien de certain à conclure de cette ressemblance, témoin les pustules mêmes de la variole, et celles que fait naître l'émétique en frictions.

Et quand il y aurait un peu d'exagération dans ces paroles, il n'y a pas à dire que l'étiologie domine la symptomatologie dans le diagnostic des maladies contagieuses, des maladies virulentes.

Or, l'exanthème du cheval a été inoculé, et il a donné le *cowpox*. Eh quoi ! il a donné le *cowpox*, et vous soutenez qu'il contenait la variole, qu'il était la variole! Il n'y a pas de conséquence dans ces idées, à moins, toutefois, que variole, *cowpox*, et vaccine ne soient la même chose, et c'est justement ce qu'il s'agit de prouver. Ainsi, vous tournez et retournez sans cesse dans un cercle vicieux; la même question revient toujours, elle n'a pas fait un pas.

Encore une fois, il n'y a qu'un moyen de sortir de cette impasse, et vous ne voulez pas l'employer, c'est d'inoculer la variole à la vache ou au cheval. Jusque-là, taisons nous, c'est le parti le plus sage : ou si nous n'avons pas la patience d'attendre, raisonnons à nos risques et périls.

On dit que j'aime le raisonnement, et je ne m'en défends pas. Si ceux qui veulent me faire cette réputation savaient le plaisir qu'ils me font, ils y mettraient peut-être moins de zèle; mais je ne pénètre pas les intentions, je ne vois que le service, et je les remercie. Toutefois, parce que j'aime le raisonnement, j'aime aussi les faits de toute sorte, les faits physiques et les faits intellectuels ; comment n'aimerais-je pas les faits? Ils sont une nécessité de notre nature, personne ne peut s'en passer; mais, je puis le dire, entre nous, je m'en méfie, je m'en méfie comme on se méfie de témoins suspects, faciles à séduire, auxquels, avec un peu d'adresse, on fait dire tout ce qu'on veut.

Connaissez-vous un système si ridicule, si étrange qu'il soit, auquel les faits aient manqué?

Ainsi, les faits justifient, autorisent toutes les écoles, toutes les opinions, toutes les pratiques. Bossuet a exposé, dans un livre en quatre volumes, les VARIATIONS des protestants; combien en faudrait-il pour exposer les variations de la médecine et des médecins!

C'est que les faits sont muets, et chacun profite de ce mutisme pour les tourner à son sens et les gagner à sa cause : ils ont leur interprète naturel dans une saine raison; c'est à la raison qui les comprend de les faire parler, et quand ils manquent, c'est à la science de les suppléer par les vérités acquises et par les règles qu'elle s'est faites. Qu'est-ce, en effet, que la science, sinon l'art de prévoir et de prédire, l'art d'aller à l'inconnu par le connu? Ainsi le calcul d'une éclipse, la recomposition d'un animal perdu sur une pièce de son squelette, le pronostic d'une maladie attestent que l'astronomie, la zoonomie et la médecine sont des sciences.

A cet égard, je suis de l'école de MM. Guérin et Bouillaud; nous avons des principes auxquels nous ramenons les faits rares et isolés; nous avons des règles, des méthodes pour nous conduire dans les régions nouvelles ou peu frayées.

Pardonnez-moi, messieurs, cette déclaration de principes; si elle vous paraissait déplacée, la responsabilité en devrait remonter à M. Depaul; s'il avait inoculé la variole à la vache, je ne demanderais pas si elle s'y dépouille de ses propriétés pour prendre celles de la vaccine, la vache elle-même aurait répondu.

En attendant que la vache ait parlé, je proteste, au nom de la raison, contre la confusion des deux éruptions. Comment seraient-elles identiques, deux maladies qui ont chacune son origine et sa postérité, deux maladies qui se tiennent toujours à la même distance! Si par hasard elles se rencontrent sur le même sujet, et rien n'est plus commun, elles marchent côte à côte, avec la même liberté, la même indépendance que si elles étaient séparées.

Si l'on mêle les deux virus ensemble, et l'expérience en a été faite par Woodville pour la première fois, puis par Salmade, puis par moi; si, dis-je, on inocule un mélange de virus varioleux et de vaccin, croit-on que les virus se neutralisent? croit-on qu'il ne vienne qu'une éruption? Ni l'une ni l'autre. Dans mon expérience, les deux virus ont levé chacun à son heure : l'un a produit la variole, l'autre a produit la vaccine, et les deux éruptions ont fait leur évolution aussi tranquillement que quand elles sont séparées.

Je parle aujourd'hui sans émotion de cette expérience; mais je n'ai pas oublié ce qu'elle me fit éprouver à la vue de la fièvre secondaire et de l'éruption qui la suivit.

Mais il faut être juste envers tout le monde, même envers ceux qui ne le sont pas toujours avec nous. M. Depaul ne dit pas seulement que la vaccine est la variole, ce n'est que la moitié de sa pensée, il dit la variole *modifiée, transformée* par son passage à travers la vache.

Quelle est cette modification, cette transformation? Touche-t-elle à la constitution chimique ou vitale du virus? ou, cette constitution restant la même, se borne-t-elle aux manifestations extérieures? Tout cela manque de clarté.

Je suppose cependant que la modification est partout, en dedans et en dehors, comme les différences entre la variole et la vaccine.

Si l'on disait que l'inoculation produit le même effet, je répondrais qu'il n'y a pas parité. Le virus varioleux ne change pas de milieu; il n'y a de changé que le mode de pénétration; en second lieu, si l'inoculation ôte à la variole presque tout son danger, elle ne touche pas à sa nature, les deux varioles, la variole spontanée et la variole artificielle naissant l'une de l'autre.

La vache et le cheval feraient mieux sur la variole; non-seulement ils lui ôteraient l'éruption générale, mais encore la faculté de se transmettre par infection et de créer de nouveaux germes. Et ces heureux chan-

gemens une fois produits, la variole ne les perdrait plus! Elle serait à jamais la vaccine!

Quelle étonnante métamorphose! Et c'est, dites-vous, par la différence des milieux qu'elle s'opère. Fort bien; mais, dites-moi, le milieu-vache est-il donc le même que le milieu-cheval? L'organisation de ces deux animaux est-elle donc si parfaitement semblable que le virus varioleux en doive recevoir juste la même influence, la même modification, et se changer en vaccine dans l'un et l'autre cas?

Vous vous exagérez évidemment l'influence du sol; c'est un souvenir de la *doctrine physiologique*, de ces temps où, pour se donner le droit de ramener toutes les maladies à l'inflammation, Broussais, le fougueux Broussais, expliquait toutes les différences séméiotiques par les différences des tissus affectés.

Il en est des virus à peu près comme des venins et des poisons: ils ne changent ni de manière d'agir ni de propriétés dans les différentes espèces. C'est cette pensée qui a présidé aux beaux travaux d'Orfila sur la toxicologie. Que les virus suscitent des réactions un peu différentes, suivant les organisations, c'est dans l'ordre; mais qu'ils se modifient dans leur substance, dans leur constitution, dans leur nature, c'est impossible! Est-ce que la rage et la morve se modifient autrement que dans leurs signes extérieurs, encore sont-elles toujours reconnaissables, en passant du chien et du cheval à l'homme? Est-ce que la syphilis ne revient pas du singe comme elle y a passé? pourquoi donc la variole ferait-elle exception? pourquoi dépouillerait-elle sa nature pour en prendre une autre? pourquoi, enfin, se convertirait-elle en vaccine? M. Magne vous l'a dit avec une autorité que je n'ai pas; il vous a dit que le transport, l'émigration des virus ne produit pas, à beaucoup près, d'aussi grandes variations que celles qui se voient entre la variole et la vaccine; à quoi j'ajoute qu'ils reviennent comme ils étaient en partant.

Mais enfin supposez, contre toute vraisemblance, que, par la plus étonnante et la plus heureuse des métamorphoses, la variole se changeât, *intus et extrà*, en vaccine sur la terre d'exil, comment ne voit-on pas que, par une autre métamorphose bien plus naturelle, quoique moins heureuse, à peine serait-elle rendue à sa patrie qu'elle y reprendrait ses caractères, sa physionomie et toutes ses propriétés?

Transplantées d'un climat dans un autre, d'une terre dans une autre, les plantes souffrent, languissent; mais, outre que ce changement a ses bornes, à peine ont-elles touché le sol natal qu'elles renaissent à la vie et redeviennent tout ce que la nature les a faites.

Et ainsi des métis. Il est des espèces animales si voisines qu'elles produisent ensemble, le chien et le loup, par exemple; le produit vient donc moitié chien, moitié loup; mais qu'on l'unisse à l'un ou l'autre de ses parents suivant les sexes, et l'on verra avec quelle promptitude, avec quel empressement il reviendra à la souche primitive.

Cette tendance des êtres à revenir à leur état naturel quand ils s'en sont écartés, cette tendance est une loi de ce monde, loi de conservation s'il en fut. C'est sur elle que repose la force médicatrice, cette providence des malades et la grande ouvrière des réputations médicales.

Ainsi, fût-elle aussi réelle qu'elle est vaine, la transformation de la variole ne serait qu'un état de transition, elle ne durerait pas; ce que la vache ou le cheval aurait *lié*, l'homme le *délierait*.

Quel dommage, cependant, que la raison se refuse à la théorie de M. Depaul! Avec elle, plus de doute, plus de mystère. Loin de s'étonner que la vaccine préserve, on est tenté de s'étonner qu'elle ne préserve pas mieux; et, puisque la pensée m'en vient, je veux la soumettre modestement à mon savant confrère.

Autrefois, aux premiers jours de la découverte, la vaccine, vous le savez, passait pour être inviolable, et le virus-vaccin était réputé inaltérable. C'était là toute la doctrine des anciens vaccinateurs. Malheureusement, cette touchante harmonie n'a pas duré; elle a commencé de se troubler vers 1810 ou 1812; dès lors, il s'éleva quelques voix discordantes; cependant les atteintes à la vaccine étaient encore si rares qu'on les comparait aux récidives de la petite vérole contestées pendant douze siècles, et qui le seraient encore si la vaccine n'en avait besoin; puis, les épidémies aidant, le mal a paru assez grand pour lui chercher un remède dans la *revaccination*.

Telle que le temps l'a faite, la vaccine n'en est pas moins encore la meilleure des pratiques médicales; sa puissance éclate jusque dans ses faiblesses; la variole, qu'elle ne peut prévenir, elle l'atténue, elle la réduit à l'impuissance de nuire. Mais, enfin, il ne serait plus permis aujourd'hui de parler de son infaillibilité: elle est un peu descendue du rang qu'elle occupait, et c'est ce changement qui m'embarrasse: c'est cette déchéance que je ne comprends pas dans l'hypothèse de M. Depaul.

Dans la supposition de deux virus, je puis admettre que l'un des deux s'est affaibli, qu'il a dégénéré; mais s'il n'y en a qu'un pour les deux éruptions, je ne sais plus que penser, et je prie mon obligeant confrère de me venir en aide.

En attendant les lumières que je réclame de sa bonté, je proteste toujours contre la confusion des deux virus. La vaccine, dites-vous, n'est que la variole mitigée: mitigée, en effet, car ce serait la variole moins l'éruption générale, moins la contagion par infection, moins le danger, moins la mort! *Alpha* vient d'*equos*, en changeant *ul* en *e* et *pha* en *quos*; la vaccine vient de la variole, excepté que la vaccine conserve et que la variole tue: très-souvent quand on l'attend, très-rarement quand on se la donne: à cela près, tout est égal.

Cependant, je le répète, je ne crains pas les répétitions; cependant, malgré ce qu'elle a de faux, la conception de M. Depaul a passé par bien des têtes avant de naître dans celle de M. Depaul; je n'ai encore cité que des noms propres, permettez-moi, pour ma justification, de citer un fait, un seul. Parmi mes auditeurs, il s'en trouve certainement plus d'un qui a conservé le souvenir de cette terrible épidémie qui, en 1828, ravagea la ville de Marseille et la plus grande partie de la Provence. Rien de pareil ne s'était vu depuis la peste de 1720. M. Robert s'en fit l'historien dans une notice intitulée: *Vues nouvelles sur la vaccine*. Une de ces vues, c'est que la variole a passé, avec le temps, de l'homme à la vache et s'y est faite vaccine; mais il faut citer ses paroles; les voici, je copie: « La bénignité de la vaccine, quoique d'une *source varioleuse*, « tient, dit M. Robert, à un de ces phénomènes physiques qui, jusqu'à « ce jour, ont été inexplicables, » et il va les expliquer, elle tient, cette bénignité, « à l'inoculation de la matière première (la variole) sur un « être vivant intermédiaire, ce qui a produit le même miracle que la « greffe opère tous les jours sur des arbres pour l'amélioration de leurs « fruits. »

Je n'examine pas si la comparaison est aussi juste qu'elle paraît ingénieuse; elle rend bien la pensée de M. Robert, cela me suffit. J'ajoute que M. Robert était si convaincu de la conversion du virus varioleux par la vache qu'il a cherché, dans un produit de cet animal, le moyen de l'adoucir, et ce moyen, il a cru l'avoir trouvé dans le lait.

Il méla donc, par voie d'expérience, un peu de lait avec quelques gouttes du virus varioleux, et il inocula ce mélange. Inutile de dire que ce que la théorie avait prévu, la nature le confirma; c'est toujours comme cela au début. La variole sortit de ce mélange, douce, bénigne, sans éruption générale, non pas une fois, mais treize fois de suite.

Quelque extraordinaire que cela paraisse, je suis très-persuadé que M. Robert n'a dit que ce qu'il a vu; mais je crains qu'il se soit trompé sur les causes. Encore une fois, les faits ont besoin d'être interprétés; pourquoi attribuer au lait ce qui, au temps de l'inoculation, se produisait si souvent sans lait?

Faute de raisonner, les inoculateurs faisaient à dessein ou sans dessein la même confusion; ils préparaient longuement leur client, et si l'opération venait à bien, ce qui était l'ordinaire, ils ne manquaient pas de se faire honneur des bienfaits de la méthode.

Plus hardi et plus confiant, M. Depaul dédaigne tous ces détours; il met volontiers l'affirmation à la place de la démonstration: il affirme que l'éruption du cheval était bien la variole; il affirme que la variole se communique à la vache, au cheval, au mouton, à l'âne, au singe, que sais-je? Il affirme que, par un travail mystérieux, la variole se change en vaccine; il affirme que ce changement, une fois fait, c'est à jamais; quatre propositions qui attendent encore leurs preuves.

Heureusement, hâtons-nous de le dire, M. Depaul s'affranchit, dans la pratique, de la tyrannie de la théorie; heureuse inconséquence! Il assure bien, en théorie, que la vaccine *nuquit un jour de la variole*, et que, depuis, elle est toujours la variole; mettez cependant sa foi à l'épreuve. Placez sous ses yeux deux tubes, l'un de vaccin, et l'autre de virus varioleux, et demandez-lui si c'est la même chose; ou mieux encore, mettez-le en présence d'un vacciné et d'un varioleux, et demandez-lui s'ils ont la même maladie, il ne répondra ni oui ni non...

M. Depaul : Je répondrai : Oui.

M. Bousquet : Mais il entrera dans de longues explications, desquelles il vous sera facile de conclure qu'il y fait de grandes différences; mais s'il y fait de grandes différences, la variole et la vaccine ne sont donc pas la même chose, et dès lors la question dégénère en une discussion de mots, la pire de toutes.

Au reste, M. Depaul a déjà prévenu les esprits justes contre les entraînements de la logique; ils sont avertis que la variole du cheval, de la vache et des animaux en général étant de beaucoup plus douce que celle de l'homme, c'est sur eux qu'il faut la prendre pour vacciner.

Il faut bien, en effet, qu'il y ait des différences; sans cela, comment expliquerait-on les avantages que la vaccine a pris sur l'inoculation? Il faudrait d'autant plus s'en étonner que l'inoculation était une excellente méthode avant la découverte de la vaccine; et, pour ma part, je n'hésiterais pas à y revenir si, en présence du danger, je me trouvais sans vaccin pour le conjurer.

Mais cette méthode avait des inconvénients immenses: douce aux individus, elle semait l'épouvante et la mort dans les populations par les germes qu'elle produisait et reproduisait. M. Guérin vous l'a dit, les statisticiens du temps, tels que Jurine et Blanc, avaient calculé que la mortalité par la petite vérole n'avait jamais été si grande que sous le règne de l'inoculation.

Et de là ce fameux arrêt de 1761 lancé par le Parlement de Paris. On a dit que le Parlement y défendait la pratique de l'inoculation. Non, la question médicale était réservée, une commission de médecins, les plus célèbres du temps, en était saisie, et en attendant qu'elle donnât son avis, le Parlement faisait défense provisoirement, par provision, non pas de pratiquer l'inoculation, mais de la pratiquer dans l'enceinte des villes et des faubourg, mesure beaucoup plus sage que toutes les critiques dont elle a été l'objet.

J'ai entendu dire que M. Depaul voudrait nous ramener à l'inoculation : non il ne le veut pas, mais sera-t il en son pouvoir de l'empêcher? Il est certain que sa théorie y conduit, et ce n est pas à lui qu'il faut apprendre que quand on a posé le principe, on n'est pas maître des conséquences.

Au reste, que les amis de la vaccine se rassurent, elle ne court aucun danger. Tout le monde a remarqué qu'à mesure que nous avançons, M. Depaul se modère et nous revient peu à peu; épargnons-lui nos félicitations, de peur de retarder sa conversion; et contentons-nous de jouir en silence et par anticipation de la joie qu'elle nous promet.

Il m'est encore agréable de penser que, dans ce qui me reste à dire, je me rapproche un peu de M. Depaul, ou M. Depaul se rapproche de moi, comme on voudra. Les analogies qu'il a signalées entre la variole et la vaccine, je les ai signalées bien longtemps avant lui, sans en tirer la même conclusion. J'y ai consacré un chapitre de mon *Traité* sous le titre de : *Des rapports de nature entre la petite vérole et la vaccine*; et j'ai peut-être à me reprocher un peu de zèle que je réprime; mais j'y maintiens en rigueur que les deux éruptions représentent deux espèces morbides distinctes par droit de génération et de naissance.

Cela convenu, qu'on les rapproche tant qu'on voudra. J'y consens; elles ne seront jamais plus voisines que ne le sont, en zoologie, l'âne et le cheval, qui produisent ensemble, et dont les squelettes ne se distinguent, je crois, que par une vertèbre de plus ou de moins dans l'un ou dans l'autre.

Je puis admettre le même voisinage entre l'espèce variole et l'espèce vaccine, avec cette différence que, mêlés ensemble, le produit ne porte aucune trace d hybridité.

C est, en effet, par les analogies que s'explique la propriété qu'elles ont de se suppléer en se donnant l'exclusion; il est certain que ce n'est pas par leur antagonisme; elles ne peuvent rien l'une contre l'autre quand elles sont en présence; elles ne se combattent que de loin; pour manifester sa puissance, il faut que la vaccine ait au moins quatre ou cinq jours d'avance sur la variole: alors, mais alors seulement, elle en prend la place, elle la supplée, elle en tient lieu, et si elle ne paye pas dans la même monnaie, elle paye en équivalents. Voilà comment elle préserve et comment il faut entendre la préservation.

C'est une chose bien digne de remarque, que les deux meilleures pratiques médicales, la vaccine et la médication anti-périodique, soient deux préservatifs: car le quinquina ne guérit pas, à proprement parler, les fièvres d'accès; il en prévient le retour, et c'est pour cela qu'il est de règle de le placer le plus loin possible de l'accès à venir pour lui donner le temps d'agir.

Je m'arrête ici, messieurs; j'en ai fini pour aujourd'hui.

Si, dans le cours de ces réflexions, il s'est échappé de ma bouche des paroles trop peu mesurées, je les désavoue, je les retire.

La modération de langage est peut-être le seul avantage que j'aurai sur M. Depaul, et cet avantage, je ne veux pas le perdre, même pour user d'un droit de représailles.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Devergie sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. TRAITÉ DE LA DIPHTHÉRIE DU LARYNX (CROUP); par le docteur AUGUSTE MILLET, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Tours, lauréat de l'Académie de médecine de Paris, etc. — F. Savy, libraire-éditeur, Paris, 1863.

II. TRAITEMENT DU CROUP OU ANGINE LARYNGÉE DIPHTHÉRITIQUE; par P. FISCHER et F. BRICHETEAU, internes à l'hôpital des Enfants. — Deuxième édition, revue et augmentée. — Paris, A. Delahaye, libraire-éditeur, 1863.

III. COME OGGI LE AFFEZIONI SCROFOLOTUBERCOLARI SIANSI FATTE PIU COMMUNI. CONSIDERAZIONI STORICHE E MEDICHE DI ALFONSO CORRADI (da Bologna), professore di pathologia generale nella R. Università di Modena, etc. — Bologna, tipografia Camberini e Parmeggiani, 1862.

I et II. Quoique à plusieurs reprises nous nous soyons occupé dans la *Gazette médicale* de la diphthérie pharyngée ou laryngée, nous ne craindrons pas aujourd'hui d'y revenir encore, ne serait-ce que pour mieux mettre en évidence les divers points de contact qui rapprochent ces deux intéressantes brochures.

Couronnées toutes deux, la première par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, la deuxième par la Société impériale des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille, ces œuvres émanent toutes deux de jeunes chirurgiens, déjà connus très-honorablement dans la littérature médicale par leurs travaux antérieurs.

Si nous ajoutons que ces ouvrages reflètent les mêmes doctrines médicales et tendent aux mêmes conclusions thérapeutiques, nous aurons esquissé à grands traits le parallèle que nous avons voulu établir.

Désirant faire l'histoire complète du croup, M. le docteur Millet (de Tours) a cherché à préciser, dans un historique riche d'une brillante érudition, et l'époque et le médecin qui révélèrent les premiers les symptômes et les caractères de cette terrible maladie. Mais en attribuant à Baillou, en 1576, les honneurs de cette découverte, nous craignons que l'auteur n'ait dépossédé l'antiquité, et surtout Arétée (de Cappadoce), de leurs droits à la caractéristique de cette affection.

Rappelons, en effet, que même au cinquième siècle, cette maladie était loin d'être nouvelle, et que les dénominations d'*ulcère syriaque des tonsiles*, de *mal égyptiac* dont se sert fréquemment Arétée, indiquent suffisamment l'origine de la diphthérie lors de son importation dans la Grèce. N'oublions pas aussi qu'Arétée revient encore l'honneur de la méthode ectrotique.

Ce point de départ établi, M. Millet aborde successivement la synonymie du croup, sa définition et sa nature, questions d'autant plus importantes à élucider qu'elles font connaître immédiatement les doctrines médicales de l'auteur, et pressentir les médications thérapeutiques qui obtiendront sa préférence.

Pour notre distingué confrère de Tours, tandis que la diphthérie est une maladie générale, avec des manifestations locales, maladie *une* de sa nature, soit qu'elle affecte les membranes muqueuses, soit qu'elle intéresse la peau, la diphthérie laryngée constitue une *maladie spécifique* du larynx se propageant assez facilement à la trachée-artère et aux bronches, et offrant pour caractère principal et particulier la production de pseudo-membranes étendues sur la muqueuse des voies aériennes sous forme de concrétions d'une épaisseur plus ou moins considérable, généralement très adhérentes et très-difficiles à détacher, surtout au début de la maladie.

Nous félicitons vivement M. Millet de ne pas avoir considéré le croup comme une inflammation, même spécifique, ainsi que l'ont fait de nos jours plusieurs auteurs; car, quoi qu'on fasse, on ne parviendra jamais à trouver, dans l'ensemble des manifestations phénoménales de la diphthérie laryngée, ni le point de départ ni les attributs indispensables d'un état inflammatoire légitime, d'une véritable inflammation.

Toutefois nous regrettons que l'auteur n'ait pas été plus explicite sur la véritable nature du croup qui, pour M. le professeur Fuster[1] de (Montpellier), « est exclusivement une localisation catarrhale, et appartient à l'espèce maligne insidieuse. » Cette opinion, dont il n'est fait nulle mention dans cet ouvrage, méritait un examen d'autant plus approfondi que Jurine et Double avaient déjà rattaché le croup à l'affection catarrhale.

Examinant l'étiologie sous le rapport de l'âge, du sexe, de la constitution, du tempérament, des saisons, des localités, de l'encombrement tout aussi bien que sous le point de vue de l'origine gastrique ou parasitaire du croup, des épidémies et de la contagion, M. Millet déduit de ses nombreuses recherches des conclusions presque en tous points conformes aux idées qui avaient déjà cours dans la science. Néanmoins nous croyons devoir faire des réserves relativement aux diverses opinions émises par l'auteur à l'occasion de la contagion.

Nous acceptons fort bien, avec notre distingué confrère, que la diphthérie laryngée se communique moins fréquemment par inoculation ou par contact que par infection, c'est-à-dire par des émanations volatiles, invisibles, susceptibles de se dissoudre dans l'air et d'agir à une certaine distance. Mais nous ne saurions partager sa confiance excessive sur l'insignifiance pathogénique des mucosités bronchiques et des fausses membranes diphthériques déposées ou projetées sur une muqueuse.

« Toutes les fois que nous sommes mis en demeure de prodiguer les secours de notre art à des sujets aux prises avec cette affection, dit M. Millet, et que nous pratiquons, soit l'exploration de la gorge, soit la cautérisation du pharynx, soit enfin la trachéotomie, ne recevons-nous pas des mucosités ou des débris de fausses membranes sur le visage, et souvent ces mucosités ou ces débris pseudo-membraneux ne viennent-ils pas frapper on les lèvres, ou les narines, ou la conjonctive, etc.? Nous avons été pour notre part exposé bien des fois à ces accidents, et ne nous dérangeant pas de notre examen ou de notre opération *pour si peu de chose*, nous ne nous essuyions

(1) *Monographie directe de l'affection catarrhale*, 1861, p. 21.

même pas le visage ou la partie du visage souillée par ces matières, et nous ne concevions pas la moindre inquiétude sur le danger que nous pourrions courir. »

Et pour appuyer sa manière de voir, M. Millet relate les expériences d'inoculation négatives dont M. Trousseau a rendu compte dans le *Dictionnaire en* 30 *volumes* de nouvelles expérimentations tentées infructueusement par et sur l'auteur lui-même, et enfin une opération de trachéotomie pratiquée par M. Tonnelé, et pendant laquelle une fausse membrane diphthéritique, se détachant de la trachée du malade, alla se loger dans la bouche du chirurgien qui était en ce moment occupé à désobstruer le conduit aérien au moyen de fortes aspirations; ajoutons que M. Tonnelé eut beaucoup de peine à se débarrasser de la fausse membrane.

Mais sont-ce là des preuves suffisantes pour inspirer à M. Millet une confiance aussi absolue, et notre intelligent confrère n'aurait-il pas dû, se rappelant l'*Experientia fallax* d'Hippocrate, pressentir l'instabilité des convictions médicales qui reposent sur de telles données?

A l'occasion de la discussion sur la paralysie diphthérique, nous avons eu la satisfaction d'entendre à la Société médicale des hôpitaux de Paris, vers la fin de 1860, un remarquable discours de M. Trousseau, dans lequel ce savant professeur, parlant de ses expérimentations imprudentes sur la contagiosité des fausses membranes de la diphthérie, se félicitait vivement de leur insuccès complet, et ne se dissimulait point les graves dangers qu'il aurait pu courir, et, ajoutait-il, qu'il n'oserait plus affronter aujourd'hui. Preuve irrécusable que les expériences négatives ne prévaudront jamais contre la valeur de faits cliniques minutieusement observés et contrôlés.

Que conclure de l'heureuse immunité dont a joui M. Tonnelé, si ce n'est que ce fait ne saurait infirmer les propriétés contagieuses des mucosités bronchiques et des débris pseudo-membraneux, dont plusieurs médecins ont été les malheureuses victimes? Si nous ne pouvons aujourd'hui dresser une telle liste mortuaire, qu'il nous soit permis, toutefois, de relater qu'à la suite d'une opération de trachéotomie pratiquée dans des conditions presque identiques à celles de M. Tonnelé, M. Jules Roux, l'habile chirurgien de Toulon, eut, il y a quelques années, sa santé sérieusement compromise, et l'intoxication virulente fut telle chez notre éminent confrère de la marine, que le rétablissement complet se fit attendre plus de trois mois.

Voici donc un nouveau fait à ajouter à ceux de M. Herpin et du docteur Gendron rapportés par l'illustre Bretonneau, et qui, tous, viennent témoigner contre la doctrine que cherche à faire prévaloir M. Millet.

Quant aux diverses inoculations que notre courageux confrère a pratiquées sur lui-même à quatre reprises différentes, nous avons le regret de lui dire que, tout en admirant son dévouement pour la science, nous sommes bien loin d'être convaincu par ses expériences négatives.

Eh quoi! la pourriture d'hôpital, la morve, sont-elles toujours *fatalement* inoculables? Et cependant, de nos jours, tout le monde n'est-il pas d'accord sur la contagiosité des produits morbides de ces affections virulentes?

Longtemps de nombreux expérimentateurs avaient dénié au sang syphilitique toute propriété contagieuse, lorsque le docteur Pelizzari est venu révéler les diverses conditions pathologiques et physiologiques qui favorisent le succès de l'inoculation.

Le virus-vaccin est-il inoculable à toutes les périodes de l'évolution du bouton vaccinal? Et alors même que le moment est propice, ne voit-on point assez souvent des individus réfractaires à plusieurs inoculations pratiquées à divers intervalles?

Que peuvent par conséquent démontrer les expérimentations négatives opérées jusqu'à ce jour sur la contagiosité de la pseudo-membrane diphthéritique, si ce n'est notre ignorance la plus complète sur l'ensemble des circonstances les plus favorables à l'inoculation de ce produit morbide?

Les fausses membranes de la diphthérie, composées d'éléments divers (matière amorphe, fibrine, matières grasses, éléments d'épithélium, globules rouges du sang, cristaux, végétaux, etc.), sont loin de présenter des proportions d'éléments et une organisation toujours identiques. Connaît-on la combinaison de ces éléments la plus propice au succès de l'inoculation? A-t-on apprécié l'époque de l'organisation de la fausse membrane qui contribuera le mieux au résultat final? Est-on fixé sur les conditions de fluidité, de quantité, de mode d'extraction du produit pseudo-membraneux, toutes circonstances qui peuvent ne pas être indifférentes au développement de la virulence?

Voilà les *desiderata* qu'il s'agit de connaître relativement à la pseudo-membrane diphthéritique. Mais est-ce tout? Et, puisque toute contagion est la résultante du *concours simultané* de deux facteurs, le virus excitateur et l'aptitude du sujet sain à en ressentir l'impression, ne doit-on pas aussi s'enquérir des circonstances physiologiques qui accompagnent ou accroissent cette prédisposition morbide, et la rendent ainsi plus favorable à l'imprégnation virulente?

Que sait-on encore aujourd'hui sur ces diverses questions? Tout essor est donné aux conjectures, mais la science ne nous a encore rien appris à cet égard.

En présence de tant de problèmes à résoudre, peut-on invoquer quelques expériences livrées à toutes les incertitudes du hasard pour venir battre en brèche une opinion reposant sur une expérimentation clinique, qui malheureusement ne s'est renouvelée que trop fréquemment?

Nous bornerons là ces réflexions critiques, que l'importance du sujet nous a fait développer au delà de nos désirs; mais nous ne pouvions laisser passer, sans les combattre, des idées capitales, dont l'adhésion, même tacite, nous paraissait de nature à compromettre fréquemment l'existence de nos confrères et à accroître le nombre de ces victimes de la science et du dévouement.

Passant à la symptomatologie envisagée chez les enfants et chez les adultes, l'auteur examine successivement et avec un soin extrême les principaux caractères du croup, et aborde ensuite les diverses questions relatives à la marche, à la durée, à la terminaison, aux récidives et à la convalescence de cette maladie.

La paralysie diphthérique est étudiée à son tour et précède le chapitre consacré aux nombreuses complications de cette affection, qui sont, d'après M. Millet : la diphthérie pharyngienne, la bronchite, la pneumonie, la phthisie pulmonaire, l'entérite, la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine, l'érysipèle, la coqueluche, l'angine gangréneuse, l'œdème de la glotte.

On ne saurait disconvenir que certaines affections ne puissent en imposer pour le croup, et ainsi s'expliquent les succès que certains praticiens ont obtenus de médications qui sont complètement inefficaces dans la véritable diphthérie laryngée. A ce titre, la laryngite striduleuse a principalement donné lieu à de nombreuses méprises, et nous approuvons M. Millet d'avoir insisté sur le diagnostic différentiel du croup et des diverses maladies qui peuvent revêtir sa physionomie.

Les remarquables recherches de M. Laboulbène sur les affections pseudo-membraneuses ont été judicieusement utilisées dans l'article consacré à l'anatomie pathologique, et ainsi notre confrère de Tours arrive à la thérapeutique du croup qui embrasse, à elle seule, presque la moitié de cet ouvrage.

Tel est aussi l'objet capital de l'œuvre de MM. Fischer et Bricheteau, ce qui nous engage à porter notre examen sur ces deux travaux à la fois.

Sans nous arrêter aux divisions établies par M. Millet (traitement général, traitement local et traitement chirurgical), ainsi que par MM. Fischer et Bricheteau (traitement médical et traitement chirurgical), nous aborderons immédiatement les conclusions pratiques qui se déduisent de ce double examen.

Les émissions sanguines générales ou locales doivent *toujours* être proscrites.

Les révulsifs cutanés (vésicatoires, frictions irritantes) sont généralement inutiles et souvent dangereux. Cependant, d'après nos jeunes confrères de l'hôpital des Enfants, les ventouses sèches peuvent être utiles au début de l'affection pour combattre la période de sécrétion catarrhale qui précède toujours la formation des fausses membranes, et sont surtout indiqués lorsqu'il y a à redouter une complication thoracique; mais il faut éviter la vésication, et par suite la dénudation du derme.

Les purgatifs, complétement inutiles, offrent encore le danger de la débilitation consécutive.

Les préparations mercurielles, administrées à l'intérieur ou en frictions, sont très-dangereuses et aussi funestes que les émissions sanguines.

Les alcalins, et même le chlorate de potasse, qui rendent quelques services dans l'angine couenneuse, ne jouissent d'aucune efficacité dans le traitement du croup, qui tue quelquefois si vite.

Très-utiles pour M. Millet, surtout s'ils sont associés à d'autres agents, les vomitifs constituent, pour MM. Fischer et Bricheteau, la meilleure médication dans le traitement du croup. Mais tandis que l'honorable médecin de Tours ne précise pas suffisamment quel est le vomitif qui doit obtenir en pareil cas la préférence, nos distingués confrères de Paris recommandent spécialement, à la dose de 30 gram-

mes, le sirop d'ipéca additionné de 50, 60, 80 centigrammes et même 1 gramme de poudre, suivant l'âge de l'enfant, à prendre par cuillerée à café de cinq en cinq minutes jusqu'à deux ou trois vomissements. L'effet obtenu, on suspend, pour recommencer quelques heures après, si l'on n'a pas obtenu d'amélioration. Le tartre stibié, soit seul, soit uni à la poudre d'ipéca, qui ne doit être donné qu'à très-petite dose, 10 centigrammes au plus, ne réussit pas là où l'ipéca a échoué, et offre de graves inconvénients.

Les sudorifiques, les antispasmodiques, les narcotiques, pas plus que le soufre, les affusions et les fomentations d'eau froide, n'ont jamais produit aucun résultat avantageux.

La médication topique, efficace dans l'angine couenneuse, offre des applications plus restreintes dans le croup.

Enfin, la trachéotomie est une opération qui offre des succès réels, incontestables, et qui sauve quelquefois un tiers, souvent un quart, et presque toujours un cinquième des malades.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur cette revue thérapeutique, que le lecteur trouvera savamment développée dans les deux ouvrages que nous analysons. Tout ce qui concerne la trachéotomie est spécialement traité avec une abondance de détails que le praticien ne saurait trop apprécier.

Les indications et les contre-indications de la trachéotomie, ses divers procédés opératoires, les accidents de l'opération, les soins immédiats et consécutifs a donner à l'opéré, etc.; toutes ces questions sont résolues avec une richesse de documents et de preuves qui dissipent toute incertitude.

Dans l'ouvrage de MM. Fischer et Bricheteau, nous signalerons surtout à l'attention du lecteur le chapitre consacré à la statistique de la trachéotomie.

En résumé, le *Traité de la diphthérie du larynx* de M. Millet constitue une bonne monographie qui expose d'une manière complète l'état actuel de la science; on pourrait toutefois désirer que, plus sobre de citations, l'auteur eût rapporté plus brièvement ces nombreuses observations, dont la proxilité de détails inutiles fatigue en pure perte l'attention du lecteur.

Le mémoire de MM. Fischer et Bricheteau renferme un résumé fidèle des nombreuses médications employées successivement contre le croup; mais, tout en approuvant leurs observations critiques, nous avons à regretter que ces jeunes confrères n'aient point formulé avec plus de netteté leurs conclusions thérapeutiques qu'on a peine à démêler parfois au milieu des opinions diverses qu'ils rapportent à chaque page.

III. Dans son intéressante brochure intitulée : *Come oggi le affezioni scrofolo-tubercolari siansi fatte più communi* (Pourquoi les affections scrofulo-tuberculeuses sont devenues aujourd'hui plus communes), M. le docteur Alphonse Corradi (de Bologne) soutient un brillant plaidoyer en faveur de la nécessité d'allier intimement les principes de l'économie publique aux règles de l'hygiène.

Ne trouvant point dans les transformations du climat, du sol, de l'air et de l'eau, des raisons suffisantes pour expliquer l'accroissement de maladies aussi généralement répandues de nos jours que les scrofules et les tubercules, le savant professeur de l'Université de Modène dénie à la vaccine, à la syphilis tout aussi bien qu'à l'abus du tabac à fumer toute influence pathogénique directe, tandis qu'il rapporte à l'excès de l'alimentation végétale les conditions les plus favorables à la production de ces affections diathésiques.

De nombreux documents statistiques enrichissent ce mémoire, que l'auteur a su rendre plus intéressant encore par l'abondance des indications bibliographiques puisées à toutes les époques de l'histoire médicale.

SISTACH.

VARIÉTÉS.

— Un des rédacteurs de la *Gazette médicale* avait cru devoir relever, dans le dernier numéro, le passage des leçons de M. Bouchut sur les doctrines médicales, dans lequel il est dit que « l'éclectisme de Galien a « été signalé par Celse. » Notre collaborateur avait cru devoir faire remarquer que « Celse n'avait jamais parlé de Galien, par cette « excellente raison que Celse avait vécu un siècle environ avant Galien. » M. Bouchut n'était pas coupable de cette méprise, mais son imprimeur seulement. En effet, M. Bouchut avait dit : « L'éclectisme de Galien signalé par Eloy..... » Et notre confrère avait eu soin de publier un *erratum* à ce sujet dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 février. (L'article de la *Gazette* est du 13.)

Nous nous empressons de faire droit à la demande de M. Bouchut en publiant cette rectification.

J. G.

— M. le docteur Girardot est nommé médecin sanitaire à Alexandrie d'Egypte, en remplacement de M. le docteur Schnepp, démissionnaire.

M. le docteur Schnepp est nommé médecin-inspecteur adjoint aux Eaux-Bonnes, en remplacement de M. le docteur Baud, démissionnaire.

— Par décret en date du 3 février 1864, M. le docteur Legendre, médecin-major de 2e classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 13 de ce mois, rendu sur la proposition du ministre de la maison de l'empereur et des beaux-arts, M. le docteur Arnal, médecin par quartier, a été nommé médecin ordinaire de l'empereur. et M. le docteur Berrier-Fontaine a été nommé médecin par quartier.

— M. Paul Janet, professeur de philosophie, qui a pris récemment une part si brillante dans la discussion de la Société médico-psychologique, sur l'animisme et le vitalisme, vient d'être nommé membre de l'Académie des sciences morales et politiques (section de morale), en remplacement de notre regrettable confrère M. Villermé.

— MM. les professeurs Grisolle et Laugier sont nommés premier et deuxième assesseur de la Faculté de médecine, pendant l'année 1864.

M. Forget, chef de division au ministère de l'instruction publique, est nommé secrétaire agent comptable de la Faculté, en remplacement de M. Bourbon, nommé secrétaire honoraire, et admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— M. Rober Wills-Wide, célèbre oculiste irlandais, vient d'être créé baronnet sous le nom de sir William Wilde.

— Le chirurgien général de l'armée fédérale, M. Hammond, est, sur les ordres du président Lincoln, traduit devant une cour martiale pour concussion. Une commission d'enquête est chargé de découvrir l'origine des abus reprochés au *Medical department*. « Espérons, dit l'*American medical Times*, que l'investigation sera loyale et impartiale et, si fraude existe, que justice soit faite.

— CONGRÈS MÉDICAL ESPAGNOL. — Par une circulaire du Comité organisateur, la réunion de cette grande assemblée scientifique est fixée au 24 septembre prochain, et aura lieu à Madrid. Sa durée sera de six jours, les deux premiers seront consacrés aux communications verbales et écrites, et les autres aux discussions. Les membres étrangers ne pourront parler qu'en français ou en espagnol. Chaque communication écrite ne devra pas excéder vingt minutes de durée ; les communications verbales n'en auront que la moitié, et les orateurs, dans la discussion, devront exposer tous leurs motifs en un quart d'heure et ne pourront prendre la parole qu'une fois sur le même sujet. Voici les questions désignées pour la discussion :

1° Importance des quarantaines et des lazarets.

2° Valeur de la chirurgie dans le traitement des tumeurs cancéreuses.

3° Causes de la phthisie pulmonaire et moyens de l'éviter ou d'en diminuer les ravages.

4° Critérium de la liberté morale dans la perpétration d'un délit.

Il suffit de posséder un titre en médecine-chirurgie, ou les sciences accessoires, pour avoir le droit de faire partie du Congrès moyennant une cotisation unique de 60 réaux (15 francs), contre laquelle chaque membre recevra gratis un exemplaire du compte rendu.

Les adhésions, communications et renseignements peuvent être adressés, *franco*, au secrétaire de Luque, calle Atocha, 8 et 10, à Madrid.

— L'illustre professeur Schœnlein vient de mourir.

— Le corps médical anglais a à déplorer les pertes suivantes :

Le docteur Smyly, vice-président du collége des chirurgiens d'Irlande.

Docteur Henry Hobart, victime d'une fièvre typhoïde gagnée dans l'exercice de ses fonctions de médecin du dispensaire de Cork.

Docteur Bernard qui a succombé, dans la même quinzaine, de la même maladie, également gagnée dans l'exercice des mêmes fonctions.

M. Wikbam, aide-chirurgien le plus estimé de Winchester, auteur d'un *Traité sur les maladies des articulations*, etc.

Sir James Robert Grant, ancien chirurgien militaire, mort à l'âge de 91 ans.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

EMPLOI DU PERMANGANATE DE POTASSE COMME DÉSINFECTANT. — APIOL CONTRE L'AMÉNORRHÉE ET LA DYSMÉNORRHÉE. — BROMURE DE POTASSIUM CONTRE LA PHOTOPHOBIE. — TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS : TRAITEMENT CHIRURGICAL. — PLAIES PÉNÉTRANTES DE POITRINE : OCCLUSION HERMÉTIQUE. — ANÉVRISME DES EXTRÉMITÉS : FLEXION FORCÉE. — TRAITEMENT DE LA POURRITURE D'HÔPITAL.

EMPLOI DU PERMANGANATE DE POTASSE COMME DÉSINFECTANT.

M. Reveil a fait une étude suivie des propriétés désinfectantes du permanganate de potasse, propriétés qui avaient été utilisées dès 1857 en Angleterre par M. Condy, avant même que le composé dont il s'agit eût été employé par MM. Monier et Smith pour doser les matières organiques contenues dans l'eau ou dans l'air atmosphérique. Nous reproduisons ici ce qu'il y a d'utile à prendre pour le praticien dans le travail de M. Reveil, sans entrer dans la question historique.

Le permanganate de potasse, préparé par le procédé de M. Béchamp, peut être livré aujourd'hui à un prix modéré. Les produits anglais, qui sont dans le commerce, sont très-impurs. Les solutions renferment, outre les chlorures alcalins et la potasse libre ou carbonatée, des quantités assez grandes de manganates, dont le pouvoir désinfectant est bien inférieur à celui des permanganates. Les sels cristallisés qui viennent d'outre-Manche contiennent du sesquioxyde de manganèse, dont la proportion peut aller jusqu'à 17 pour 100. Tous ces produits peuvent être employés pour les besoins de l'hygiène; mais pour les usages thérapeutiques, il faut de toute nécessité n'employer que des sels purs, exempts surtout d'alcalis libres qui irritent les plaies et déterminent les plus vives souffrances.

Le permanganate de potasse en solution est un caustique assez énergique. Dans le plus grand nombre des cas, il suffit de faire usage d'une solution au dixième. M. Reveil donne la formule suivante :

Pr. Permanganate de potasse cristallisé et pur.. 10 grammes.
Eau distillée.......... 90 —

Faites dissoudre. La densité de cette solution est de 103 grammes à + 15°. On constate son titre à l'aide de la liqueur d'essai suivante :

Pr. Eau distillée à + 15°.................. 190 grammes.
Acide oxalique pulvérisé et desséché à 110°. 10 —
Faites dissoudre et conservez dans un vase bouché.

10 centimètres de la solution de permanganate de potasse ci-dessus formulée exigent 27 centimètres cubes de solution oxalique pour obtenir une décoloration et une dissolution complètes. Au cas où la solution du permanganate de potasse contiendrait moins de sel cristallisé, ou du manganate ou tout autre sel étranger, il faudrait *moins* de solution oxalique pour obtenir ce résultat.

Les modes d'administration et d'application de la solution de permanganate de potasse au dixième sont très-simples :

1° La solution au dixième est employée pure comme caustique modificateur et désinfectant dans les cancers, les chancres phagédéniques, les engorgements scrofuleux ulcérés et atoniques, dans le pansement des plaies diphthéritiques, au commencement seulement. On l'étend sur les plaies avec un pinceau en amiante. Pour les pansements permanents, on recouvre la plaie avec de l'amiante, et l'on arrose celle-ci de temps en temps avec la solution plus ou moins concentrée. L'amiante est sans action aucune sur le permanganate, tandis que toutes les matières organiques, et même la charpie la plus pure, le décomposent à l'instant.

2° Une cuillerée à café, 10 grammes, dans un verre d'eau (200 gr.) pour le pansement des plaies simples, en injection dans l'ozène, l'otite, la leucorrhée, contre la stomatite mercurielle ou ulcéreuse, etc.

3° Deux cuillerées à café pour un verre d'eau dans le pansement des plaies gangréneuses et diphthéritiques pour les ulcères scrofuleux, en gargarisme dans les mêmes cas que la précédente solution.

4° Quatre cuillerées à café pour un litre d'eau, en gargarisme contre le croup, l'angine couenneuse, la fétidité de l'haleine, en lotion pour détruire l'odeur infecte des mains après les nécropsies, pour enlever la mauvaise odeur des pieds sans suspendre la transpiration, pour les brûlures, etc.

5° A l'intérieur, 10 à 30 gouttes à prendre dans la journée dans un *verre d'eau pure*, contre le croup, l'angine couenneuse; le double et le triple dans les cancers de l'estomac.

6° Une cuillerée à café (soit 1 gramme de sel) pour 1 litre d'eau, que l'on pulvérise à l'aide du pulvérisateur de Luër, pour assainir l'air autour des malades dans les maladies épidémiques ou contagieuses.

Pour faciliter le dosage de la solution de permanganate de potasse au dixième, elle est vendue dans des flacons à l'émeri, dont le bouchon présente une cavité de la contenance de 10 grammes, soit une cuillerée à café.

Le permanganate de potasse ne doit être prescrit qu'en solution dans l'eau distillée parfaitement pure; toutes les matières organiques, telles que le sucre, la glycérine, l'alcool, le décomposent à l'instant.

De tous les désinfectants qu'il a essayés, le permanganate de potasse est celui qui a paru à M. Reveil le plus satisfaisant. Plus commode dans son emploi, plus constant dans ses effets, pouvant être employé à toutes doses et de toutes les manières sans danger, il lui paraît préférable à tous ceux qu'on a proposés jusqu'à ce jour. Il est complétement inodore. Comme antimiasmatique, il ne neutralise pas l'action des miasmes et des virus, comme le font le chlore, le brome, l'iode, l'acide phénique, etc.; il les détruit et les anéantit, de sorte qu'il n'en reste plus traces, et cela avec une rapidité extrême.

On a reproché au permanganate de potasse de coûter trop cher et de tacher le linge. Le premier de ces reproches n'est nullement fondé. Quant au linge taché par le permanganate de potasse, il suffit de le faire tremper pendant quelques minutes dans de l'eau acidulée par 2 centièmes d'acide chlorhydrique pour faire disparaître à l'instant les taches. (*Archives générales de médecine*, janvier 1864.)

FEUILLETON.

LES CONSULTATIONS DE MADAME DE SÉVIGNÉ.

(Suite et fin. — Voir les n° 11, 13, 18, 23, 25, 27, 30, 33, 37, 38, 40, 41, 43, 46 et 51 de l'année 1862, et les n° 2, 10, 22, 24, 28, 42 et 46 de l'année 1863, et les n° 6, 7 et 8 de l'année 1864.)

Nous arrivons ainsi jusqu'au 29 mars 1696; madame de Sévigné, née en 1627, avait soixante-neuf ans. On a d'elle, à cette date, une lettre adressée à M. de Coulanges, la dernière très-probablement qu'elle ait écrite, ou du moins la dernière de celles qui ont été conservées. Elle est pleine de sensibilité à l'occasion de la mort d'un jeune homme, dont la mère et la grand'mère, amies de la marquise, étaient accablées de la douleur causée par une telle perte. On ne peut mettre plus de cœur dans l'expression de ses sympathies, la fibre maternelle vibre aussi énergiquement que de coutume, madame de Sévigné ne tarit pas sur les rigueurs du sort quand les jeunes gens succombent, et surtout quand ces trépas arrivés subitement ne laissent aucune ressource à la science et au courage.

Pauvre femme, le 17 du mois d'avril suivant, elle expirait, emportée par cette abominable maladie dont elle a si souvent parlé dans ses lettres, qu'elle redoutait, qu'elle fuyait autant que possible. La petite vérole, développée spontanément, tout porte à le croire, envahit madame de Sévigné et se montra dès le début sous les formes les plus graves. Dans toutes les lettres qui font mention de sa mort, on ne trouve pas un mot qui indique la nature de la maladie, sa marche, sa durée, et nous aurions été réduit aux conjectures, si un médecin, le docteur Chambon, ne nous eût fourni sur ce point important tous les renseignements nécessaires. Il était le médecin de la marquise, c'est-à-dire il lui donna des soins pendant sa dernière maladie, et il l'a décrite dans un ouvrage intitulé : *Traité des métaux, des minéraux et des remèdes qu'on en peut tirer*, etc. (Un volume in-12, Paris, 1714.) A cette époque les médecins étaient loin d'être d'accord sur le traitement de la variole. L'ouvrage du docteur Chambon contient à cet égard des renseignements précieux, d'où nous pouvons conclure qu'il n'y eut pas auprès de l'illustre malade un seul praticien chargé de diriger le traitement de cette affection si dangereuse chez une femme presque septuagénaire.

Peut-être sommes-nous autorisés à croire que, dans cette circonstance grave, la malade ou son entourage ne surent pas prendre une décision ferme; il y eut des opinions contraires, on appela d'abord le docteur Raimond, médecin de Cavaillon, petite ville voisine de Grignan; puis le docteur Chambon lui fut adjoint, et ces deux confrères ne purent se mettre d'accord sur les moyens à employer en pareil cas. Il est certain que l'on trouve dans l'ouvrage de ce dernier une sorte de diatribe contre

Utilité de l'apiol contre l'aménorrhée et la dysménorrhée; par M. le docteur Marrotte, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Depuis trois ans, M. Marrotte a fait un usage fréquent de l'apiol contre l'aménorrhée et la dysménorrhée, et il conclut de ses expériences que ce traitement peut être appliqué avec avantage dans certaines conditions déterminées, ainsi que Joret l'avait annoncé en 1860.

L'apiol réussit quelquefois à rétablir l'état normal de la menstruation; cela a lieu plus spécialement dans les aménorrhées simples, lorsqu'il semble n'y avoir d'autre indication à remplir que d'agir sur la circulation utérine ou sur son appareil vaso-moteur.

Il en est de même dans la dysménorrhée qui ne dépend d'aucun obstacle mécanique, d'aucun état organique de l'utérus (engorgement, métrite). C'est peut-être parce que ces complications se rencontrent plus souvent dans la dysménorrhée et dans l'aménorrhée dysménorrhéique que ces deux états cèdent, en général, moins facilement que l'aménorrhée simple à l'action de l'apiol.

Si l'aménorrhée et la dysménorrhée sont en partie sous la dépendance d'un état général, tels que la pléthore, l'anémie, la débilité, le lymphatisme, etc., l'action de l'apiol ne pourra s'exercer que si l'on remplit préalablement ou parallèlement ces indications générales.

Il en sera de même pour les indications fournies par l'état local de l'utérus; l'apiol ne pourra devenir un adjuvant utile qu'au moment où l'état complexe a été ramené à celui d'aménorrhée ou de dysménorrhée simple.

M. Marrotte ajoute que la menstruation étant essentiellement liée à l'ovulation, et aucune médication ne pouvant provoquer le flux menstruel en dehors de cette condition physiologique, les effets thérapeutiques de l'apiol ne se produisent que s'il est administré chez des filles nubiles, au moment où la fonction menstruelle s'annonce par des symptômes généraux et locaux, ou à l'époque connue ou présumée des règles.

La dose employée par M. Marrotte a été généralement de 2 capsules d'apiol, une matin et soir. (*Bulletin de thérapeutique*, octobre 1863.)

Emploi du bromure de potassium en collyre contre la photophobie.

M. Rossignol conclut d'expériences nombreuses qu'il a faites à l'hôpital Saint-Pierre (de Bruxelles), que le bromure de potassium, employé à l'extérieur, exerce une action thérapeutique puissante sur la photophobie. Quelle que soit la cause de ce symptôme, M. Rossignol l'a vu disparaître presque toujours dans un espace de temps assez court (de vingt-quatre heures à cinq jours) par l'emploi d'un collyre composé de 1 gramme de bromure de potassium pour 30 grammes d'eau distillée. Les expériences dont il s'agit ont été faites dans des cas de conjonctivite scrofuleuse, de kérato-conjonctivite, d'iritis chroniques, et dans un cas de cautérisation accidentelle de l'œil par de la chaux vive.

Employé à l'intérieur dans des conditions analogues, le bromure de potassium a paru dénué de toute action utile. (*Presse médicale belge*, 1863, n° 16.)

Traitement chirurgical des tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. Routh a fait quelques recherches statistiques sur les résultats du traitement chirurgical des tumeurs fibreuses de l'utérus, c'est-à-dire de l'énucléation ou extraction par les voies naturelles et de l'extraction après gastrotomie. Il divise l'énucléation en primitive et en secondaire, suivant que la tumeur est enlevée tout entière en une seule opération, ou qu'on en resèque seulement une partie en laissant à la nature le soin d'éliminer le reste.

Les résultats de l'énucléation ont été exposés précédemment par M. Hutchinson. M. Routh a complété les relevés de ce chirurgien, et il a trouvé les chiffres suivants : pour l'énucléation primitive, 27 observations, 20 guérisons; pour l'énucléation secondaire, 24 observations et 14 guérisons. M. Routh croit pouvoir conclure des faits qu'il a réunis que l'une des précautions les plus importantes à prendre dans ce genre d'opérations consiste à éviter autant que possible d'exercer des tractions énergiques. Il recommande en outre de faire précéder l'opération de l'administration du seigle ergoté, pour fournir en quelque sorte un point d'appui plus solide à l'opérateur.

Quant à la gastrotomie faite dans le but d'extirper des fibroïdes utérins, M. Routh en a analysé 28 ou 29 observations. (Il y a une erreur d'une unité dans les chiffres qu'il donne, mais nous ne pouvons que les reproduire, ne sachant sur lequel la rectification doit porter.) Sur ce chiffre, dit-il, on compte 9 guérisons; mais dans deux de ces cas heureux, on n'avait fait qu'une incision exploratrice. Cela signifie sans doute que, la gastrotomie faite, on a renoncé à terminer l'opération. Les décès sont au nombre de 19, dont 3 par pyémie après une simple incision exploratrice, 8 par hémorrhagie, 2 par choc et 5 par péritonite ou affections inflammatoires générales (?). Deux fois une ponction de l'utérus avait été suivie d'une hémorrhagie épouvantable. Six fois on a lié l'utérus, le plus souvent au niveau du col; trois de ces six malades ont guéri, et chez elles on avait également enlevé les ovaires. Dans sept cas la tumeur était extra-utérine, et quatre de ces opérées succombèrent.

M. Routh conclut en somme de cette partie de ses recherches que l'extirpation hypogastrique ne doit être tentée que dans les cas où la tumeur est extra-utérine et dans ceux où elle est située très-haut, de même que l'énucléation réussit surtout dans les cas où la production morbide siége très-bas dans le petit bassin. Toutes ces opérations ne lui semblent d'ailleurs applicables que dans les cas où l'existence est très-prochainement menacée par le fait de la tumeur fibreuse. (*The Lancet*, 2 janvier 1864.)

Plaies pénétrantes de la poitrine par armes à feu : traitement par l'occlusion hermétique.

On appelle notre attention sur un article publié sous ce titre dans l'*American medical Times* (numéro du 3 octobre 1863), par M. Howard, chirurgien de l'armée du Potomac. Nous avons lu cet article avec beaucoup d'attention, de même qu'une leçon professée sur cette question par M. Longmore à l'École de médecine militaire à Londres (*The Lancet*, 2 janvier 1864), et nous devons dire que cette lecture nous a

---

le docteur Raimond qui avait pratiqué plusieurs saignées au début de la maladie. De son côté le docteur Raimond reprochait à son confrère certaines potions qui auraient suivant lui causé un grave préjudice à la malade. Cette discussion, envenimée par des passions violentes, nous laisse ignorer ce que nous aurions le plus grand intérêt à savoir, c'est-à-dire la relation circonstanciée des derniers moments de la marquise.

Quoi qu'il en soit, il résulte d'un rapport officiel rédigé par les autorités administratives de Grignan, sur la demande du ministre de l'intérieur (24 juillet 1816) et transmis par le sous-préfet de Montélimart (Drôme), que madame de Sévigné succomba rapidement, le huitième jour de la maladie, et l'on s'accorde à dire que cette affection était si maligne, que non-seulement la famille n'eut pas le temps de se procurer un cercueil de plomb, mais que l'on dut pratiquer l'inhumation du cadavre avant l'expiration des délais ordinaires. Il fut décidé en outre par le chapitre de la collégiale que la défunte ne serait pas déposée dans le caveau de l'église, *d'où il aurait pu s'exhaler des miasmes dangereux*, mais que pour concilier les honneurs qu'on lui devait avec la salubrité publique, on ouvrirait dans le chœur une fosse qui serait recouverte de maçonnerie.

Nous relatons ces faits, qui prouvent à quel point on craignait la contagion de la variole; ils montrent aussi combien fut grave la maladie qui emporta madame de Sévigné. On dirait que cette famille était destinée à payer un large tribut à cette éruption si redoutée, et avec tant de raison. En octobre 1704, le jeune marquis de Grignan, marié, mais sans enfants, mourut à Thionville, où il était en garnison, de cette petite vérole, lorsqu'il avait à peine 33 ans. Il était brigadier des armées du roi, et de plus ambassadeur de France près la cour de Lorraine. Sa mère ne put résister à ce coup, sa santé, depuis longtemps affaiblie, déclina rapidement, et elle expira le 13 août 1705, à l'âge de 57 ans.

Le marquis de Sévigné, retiré du monde, acheva sa vie dans une obscurité volontaire non moins qu'édifiante; il n'eut pas d'enfants et mourut le 27 mars 1713, le dernier de sa race. Quant à madame de Simiane, cette charmante Pauline dont les mérites ont été si bien célébrés par sa grand'mère, elle mourut à Paris le 2 juillet 1737. Son mari, que madame de Maintenon avait fait nommer colonel, l'avait laissée veuve en février 1718, avec trois jeunes filles, dont la seconde, mariée au marquis de Vence, a eu des enfants qui sont les derniers représentants de ces illustres familles dont l'histoire vient d'être l'objet de recherches nouvelles (1858) par l'abbé Nadal, chanoine de Valence. Pour achever ce nécrologe, nous dirons que M. de Coulanges termina sa joyeuse vie en 1716, que sa femme, si charmante et si spirituelle, dont on a pu dire que ses péchés n'étaient que des épigrammes, lui survécut jusqu'en 1723, et enfin que Corbinelli, qui était presque centenaire et d'une santé faible, mourut à Paris le 19 juin 1716.

Conclusion.

Nous ne ferons pas un grand reproche à madame de Sévigné de ses

médiocrement satisfait. Nous en dirons les raisons tout à l'heure. Voici en peu de mots de quoi il s'agit :

M. Howard désigne sous le nom d'occlusion hermétique (*hermetically sealing*) le mode d'occlusion suivant : Après avoir extrait tous les corps étrangers accessibles, on ramène la plaie à l'état d'une plaie simple, de forme elliptique, en excisant avec le bistouri toutes les parties contuses. On réunit exactement à l'aide de sutures métalliques introduites profondément et éloignées les unes des autres de 1/4 de pouce au plus. On fixe les sutures en en tordant les extrémités que l'on éloigne des lèvres de la plaie. On nettoie avec beaucoup de soin et on essuie, de manière à enlever toute humidité, puis on recouvre le tout de plusieurs couches de collodion que l'on rend plus solides à l'aide de brins de charpie entre-croisés. Enfin, on achève le pansement avec un plumasseau de charpie fixé par des bandelettes agglutinatives.

Si la réaction est très-vive, on la combat à l'aide d'applications froides. Le pansement doit rester en place ou être renouvelé seulement là où il pourrait se détacher, jusqu'à ce que la plaie soit réunie par première intention.

Si la suppuration s'établit dans la plèvre, et si elle est assez considérable pour occasionner une dyspnée inquiétante, on agira comme dans un cas d'empyème ordinaire, c'est-à-dire que l'on ponctionnera à l'aide d'un trocart dans le point le plus déclive, en prenant toutes les précautions nécessaires pour empêcher l'entrée de l'air.

M. Howard attribue à cette manière d'agir les avantages suivants :

On arrête l'hémorrhagie, qui peut tout au plus combler l'espace compris entre le poumon et la paroi thoracique. On fait cesser immédiatement la dyspnée en mettant l'intérieur de la plèvre à l'abri de la pression atmosphérique. La suppuration, si l'on ne l'empêche pas tout à fait, sera diminuée et revêtira un caractère plus favorable, parce que la séreuse ne sera pas en contact avec un courant d'air incessamment renouvelé.

M. Howard suppose même que, lorsqu'une balle aura labouré le poumon, les escarres qu'elle y aura déterminées et la suppuration qui suivra pourront être résorbées entièrement.

Il est inutile de faire remarquer combien cette dernière supposition est hasardée; mais elle prouve au moins (ce qui pourrait paraître douteux d'après le titre de l'article) que M. Howard n'a pas seulement en vue les plaies simplement pénétrantes, et que les diverses complications qui peuvent accompagner ces plaies ne constituent pas pour lui une contre-indication. Or, ainsi que l'a fait remarquer M. Longmore, l'hémorrhagie intrapleurale est déjà à elle seule une complication qui peut devenir la cause directe d'une mort rapide par asphyxie ou plus tardive par la suppuration qu'elle détermine. Ce que M. Howard avance sous ce dernier rapport est une assertion tout à fait gratuite, et ce chirurgien semble oublier complétement que les plaies dont il s'agit sont presque toujours compliquées de la présence de corps étrangers. Or, à moins qu'il ne s'agisse d'une balle, ce serait là une source inévitable de suppuration, et le mode de traitement de M. Howard serait le moyen le plus sûr de la rendre aussi dangereuse que possible en prolongeant indéfiniment le séjour du corps étranger. Au reste, la réunion par première intention que recherche M. Howard ne sera presque jamais obtenue dans les conditions dont il s'agit. Ces objections ne sont pas les seules qui s'élèvent immédiatement contre le traitement en question, mais il nous paraît inutile d'insister davantage. M. Howard n'a indiqué que très-vaguement les faits sur lesquels il s'appuie pour modifier sur ce point les règles ordinaires de la chirurgie, et nous n'avons trouvé dans ses indications aucun élément de conviction. Plus tard, peut-être, nous serons mis en possession de documents importants, car, s'il faut en croire l'*American Times*, le *surgeon general* de l'armée du Potomac aurait ordonné la création d'un hôpital spécial pour expérimenter exclusivement le traitement de M. Howard dès qu'un engagement important en aura fourni l'occasion. Nous trouvons, pour notre part, cette décision fort surprenante, et nous ne comprenons guère que l'on ait pu trouver dans le travail de M. Howard des raisons suffisantes pour la motiver.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES DES EXTRÉMITÉS PAR LA FLEXION FORCÉE.

M. le docteur Ernest Hart, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Londres, a entretenu la Société de chirurgie de ce mode de traitement (séance du 5 décembre dernier), qui a été appliqué un assez grand nombre de fois en Angleterre depuis un certain nombre d'années. On sait que le même procédé avait déjà été essayé précédemment à Paris par Lenoir. En Angleterre, il compte aujourd'hui, d'après la communication de M. Hart, 12 succès. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'anévrismes poplités, et dans plusieurs cas, la flexion a réussi quand la compression avait échoué. Elle a encore été couronnée de succès chez un malade de M. Spence, chirurgien de l'infirmerie d'Edimbourg, chez lequel une guérison apparente, obtenue par la ligature, avait été suivie de récidive, c'est-à-dire dans des conditions éminemment défavorables.

La flexion est une méthode facile; elle ne demande pas d'aides et elle est sans danger. M. Hart est cependant fort éloigné de vouloir en faire une méthode générale, et en cela il a certainement raison. Il est à regretter seulement que le chirurgien de Londres n'ait pas indiqué au moins approximativement les conditions dans lesquelles il pense que ce procédé exceptionnel doit être préféré à la compression digitale. A part les cas où cette dernière méthode a échoué, on pourrait peut-être admettre comme règle générale qu'il convient d'essayer la flexion dans les cas où elle fait cesser ou diminuer sensiblement, d'une manière immédiate, les battements de la tumeur anévrismale.

TRAITEMENT DE LA POURRITURE D'HÔPITAL.

M. Frank Hamilton publie un résumé statistique de 33 cas de pourriture d'hôpital traités pendant les mois de juillet et août derniers à l'hôpital général du Fort Schuyler (N. Y.), par lui-même et par les docteurs Caldwell, Peck et Graves. Dans tous ces cas, le traitement général a été dirigé suivant des principes identiques; on insistait notamment sur un régime réparateur et l'usage de l'eau-de-vie et du fer à l'intérieur. Quant au traitement local, il a consisté une fois seulement dans des applications de teinture d'iode; dans les autres cas, on a employé, soit une solution de brome, soit l'acide sulfurique.

La durée de la maladie a été de sept jours chez le sujet traité par

---

erreurs en médecine, elles appartiennent à son temps et à son époque: nous devons, par conséquent, l'en absoudre. Mais nous serons moins indulgent pour sa crédulité, pour sa confiance aveugle en tant de drogues vantées par le premier venu, nous étonnant à bon droit qu'une femme douée d'un si merveilleux esprit oubliât les plus simples conseils du bon sens et ne fît aucun usage de sa raison dès qu'il s'agissait de remèdes. Toute promesse de guérison, de quelque part qu'elle vînt, était accueillie avec un empressement singulier; jamais la dame ne s'avisait de réfléchir aux impossibilités de ces guérisons si hardiment annoncées: l'expérience seule détruisait ces illusions, mais la leçon était bientôt perdue et il fallait en recevoir une autre, sans plus de bénéfice pour l'avenir.

Il y a là, il faut l'avouer, une faiblesse d'esprit radicale et qui nous surprend autant qu'elle nous afflige. La santé est le plus grand des biens, sans doute; la douleur est un mal absolu: rien ne coûte pour se débarrasser de celle-ci et recouvrer celle-là; mais accorderons-nous à cette passion le privilége de déraisonner perpétuellement, de tenter l'impossible, d'abjurer les plus simples notions de la logique? Parce que les gens nerveux ne supportent pas la douleur, faut-il tolérer à leur profit un droit de chercher du soulagement même au delà de tout ce qui est raisonnable? Nous n'irons pas jusque-là, même pour madame de Sévigné, mais nous serons d'autant plus sévère à son égard que sa raison supérieure aurait dû l'éloigner de cette voie où elle chancelle et tombe toujours dans les piéges les plus grossiers. On l'excuserait plutôt si c'était à son insu; mais elle reconnaît sa faute, elle la voit, elle s'en moque la première, elle s'en accuse, puis elle y retombe bientôt, quitte à se moquer encore d'une faiblesse contre laquelle elle ne sait pas se tenir en garde.

Nous ne voulons pas lui appliquer dans toute sa rigueur une règle dont on contestera peut-être la justesse, mais qui nous paraît un assez bon moyen d'apprécier la valeur intellectuelle des individus. Les idées médicales, en dehors de la science elle-même, constituent une sorte de patrimoine commun dont le public fait son profit. La société possède en circulation une masse de connaissances vulgaires dont elle use à son gré, mais les individus n'y puisent pas également, et chacun, suivant la nature de son esprit, prend plus ou moins de cette monnaie courante. Tous ne savent pas choisir, tous ne conservent pas ces richesses avec un soin égal; la pièce d'or devient du plomb, le métal s'altère, une notion simple et juste est viciée dans son principe, mal appliquée, et bientôt elle se change en une erreur fâcheuse.

Les gens du monde, ceux que l'éducation perfectionne, dont le système nerveux pèche par excès de culture, sont plus sujets que d'autres à se laisser entraîner dans cette fausse route, et l'on se demande si l'on n'est pas en droit de douter de la bonté d'une éducation qui laisse une si large place à des erreurs de cette espèce. Quand on voit tous les jours les personnes les plus distinguées montrer si peu de discernement dans les choses médicales, et ne pas se borner à déclarer leur incompétence absolue sur des matières qui ne sont pas de leur ressort, on se

la teinture d'iode; de seize jours en moyenne chez 18 malades traités par l'acide nitrique, et d'un peu plus de six jours et demi chez 14 malades traités par la solution bromée.

Ces chiffres sont assez favorables au traitement par le brome, qui paraît jouir d'une grande vogue dans l'armée fédérale.

M. Hamilton accuse deux décès dus à des complications accidentelles (dyssenterie dans un cas, arthrite suppurée dans l'autre) et survenus alors que les ravages de la pourriture d'hôpital étaient arrêtés. (*American medical Times*, 31 octobre 1863.)

E. Fritz.

PATHOLOGIE INTERNE.

Néo-membranes et extravasations sanguines produites par l'inflammation de l'arachnoïde cranienne pariétale; par le docteur Daniel Brunet, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Niort, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la Société médico-psychologique et de la Société d'anthropologie.

(Suite. — Voir les nos 3, 4 et 8.)

Pendant longtemps on a professé que les plaies des veines se cicatriseraient par l'intermédiaire de caillots; mais MM. Ollier et Robin ont prouvé qu'il n'en était rien, que cette cicatrisation s'effectuait par l'exsudation de blastème, comme celle de tous les tissus.

Mais, dira-t-on peut-être, si ce n'est pas la fibrine qui s'organise, c'est le sérum ou partie albumineuse du sang, et c'est à ses tranformations que sont dues ces membranes arachnoïdiennes. Cette hypothèse serait encore plus dénuée de fondement que la première; il est bien connu en effet que lorsque du sang s'extravase dans nos organes, la partie séreuse est promptement résorbée, sans jamais donner naissance à aucun élément anatomique. Ce n'est pas davantage la combinaison du sérum et de la fibrine du plasma qui constitue les liquides d'exsudations; ils se forment à ses dépens dans certaines conditions morbides, l'inflammation, par exemple; mais aussitot sortis des capillaires, ils ne présentent plus la même composition, ils en diffèrent par une moindre proportion d'albumine et de fibrine, et une plus grande quantité d'eau, de sels et de principes graisseux. (Leçons de M. Robin.) Lehmann attribue surtout la plasticité, la tendance des exsudations à se convertir en tissus semblables à ceux qui les ont produits, à la prédominance des phosphates. Même en admettant que les blastèmes ont la même composition que le plasma du sang, ce fait seul que la fibrine ne se coagule pas, reste dissoute en dehors des vaisseaux et se change ensuite en même temps que le sérum en une substance amorphe demi solide, établirait toujours une différence capitale entre le sang épanché et les exsudations.

Le feuillet pariétal de l'arachnoïde est susceptible de s'enflammer, seulement les lésions phlegmasiques peuvent différer de celles du feuillet viscéral, dans certains cas. Cela n'est pas étonnant du reste, les conditions physiologique et pathologique du feuillet pariétal reposant sur une membrane fibro-vasculaire, doivent différer de celles du feuillet viscéral uni à la pie-mère. La présence de néo-membranes sur ce feuillet est une lésion phlegmasique plus certaine que l'épaississement et l'opalescence de l'arachnoïde cérébrale. Le feuillet pariétal, dépouillé de la production accidentelle qui le recouvre, est souvent injecté, et s'il peut paraître presque à l'état normal, cela s'observe aussi pour les séreuses recouvertes de pseudo-membranes dont personne ne nie les caractères inflammatoires.

Les fausses membranes, composées à peu près exclusivement de fibrine, ne s'organisent pas plus que le sang épanché; la fibrine dans ces deux cas présente les mêmes phénomènes de décomposition.

Avoir prouvé l'impossibilité de l'organisation du sang épanché, c'est avoir démontré d'une manière certaine que les néo-membranes ne sont pas de nature hémorrhagique. Leur coloration rougeâtre, la présence de caillots dans leur épaisseur indique seulement que, pendant ou après l'exsudation, il y a eu rupture de quelques vaisseaux.

La plupart des blastèmes sont mêlés à une petite quantité de sang, ce qui s'explique facilement, si l'on se rappelle que la stase du sang dans les capillaires s'accompagne souvent de la rupture d'un grand nombre d'entre eux. Les exsudations de la dyssenterie, de la pneumonie, en contiennent ordinairement, et tous les auteurs admettent des pleurésies et des péricardites hémorrhagiques.

La distension longtemps prolongée des vaisseaux méningés par une surexcitation morbide, les fâcheuses conditions organiques que présentent les individus chez lesquels s'observent ces productions accidentelles, ne peuvent-elles pas rendre compte de la fréquence et de la quantité de sang qui s'y trouve mêlé?

D'un autre côté la présence du sang dans les blastèmes de l'arachnoïde n'est pas constante. Dans l'observation 1 (1), et l'on trouve dans tous les auteurs des faits semblables, nous avons décrit une pellicule blanchâtre, demi-transparente, ne contenant pas de sang, formée par de la matière amorphe finement striée, de date toute récente par conséquent, qui ne peut pas être considérée comme une transformation du sang épanché, puisque l'hématosine met des mois, des années, à se résorber.

C. Le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde détermine autour de lui une irritation à laquelle doit être rapportée la formation des néo-membranes.

Sans nier qu'il en puisse être ainsi dans quelques cas, nous croyons que le plus souvent l'exsudation plastique et l'extravasation sanguine se font en même temps, ou que si l'exsudation est consécutive à l'hémorrhagie, elle ne doit pas être attribuée uniquement à l'irritation du sang épanché.

En effet, si le phénomène initial était une hémorrhagie ordinaire, le sang ne devrait-il pas se répandre dans toute la cavité de l'arachnoïde, colorer le liquide intra-arachnoïdien, le feuillet viscéral, et se trouver en plus grande abondance dans les parties déclives de la cavité cranienne que dans les autres points de cette cavité? Or c'est précisément ce qui n'a pas lieu: la sérosité reste incolore, et le sang extravasé adhère surtout à la partie supérieure du feuillet pariétal,

(1) Thèse.

demande que devient le bon sens et pourquoi tout le monde a la prétention de connaître ce qu'il n'a pas étudié. Il serait si simple de s'abstenir; mais non, chacun veut raisonner, argumenter, poser des principes, non-seulement pour lui, mais pour son voisin; chacun parle de tempérament, fait de la théorie, explique les phénomènes, en préjuge la cause et la valeur, indique le remède à tous les maux, et tombe dans des absurdités qui seraient risibles si elles n'avaient pas de si fâcheuses conséquences.

Madame de Sévigné excelle en ces folies, elle les pousse aussi loin que possible, et montre ses droits à devenir le type le plus parfait de la personne la plus hostile à ce bonheur médical qui devrait être le partage du public. Il est vrai qu'au temps où elle vivait, la médecine et surtout les médecins ne tenaient dans le monde qu'une misérable place, le ridicule les écrasait, Molière aidant, et les meilleurs esprits pouvaient bien partager les sentiments de ce sublime moqueur. Mais madame de Sévigné, qui appréciait avec tant de finesse le côté faible de certaines institutions, qui se permettait de critiquer des choses que tant de motifs l'engageaient à respecter, pourquoi n'a-t-elle pas usé de la même liberté à l'égard des extravagances de tous les guérisseurs dont elle acceptait les promesses?

Il y a à cela une réponse facile. La politique, la religion elle-même et beaucoup d'institutions qui appartiennent à ces deux ordres d'idées, ne demandent pour être jugées (en dehors des choses de caste et de foi), que la dose ordinaire des connaissances générales qui constituent l'éducation des classes éclairées de la société. Il n'en est pas de même de la médecine. Rien ne peut remplacer certaines études préliminaires, personne ne peut se passer d'anatomie, de physiologie, et à défaut de ces bases indispensables de la science réelle, on voit les plus hautes intelligences tomber dans des erreurs grossières. A quelque degré de l'échelle sociale qu'on se trouve, dès que l'on manque de cette science primitive qui est comme la porte du domaine médical, on erre dans les ténèbres; le plus simple paysan, comme le plus grand mathématicien, le poëte inspiré comme l'ouvrier qui passe sa vie à exécuter un mouvement presque automatique, sont égaux dès qu'ils ignorent la structure des organes, leurs fonctions, leur mécanisme, et encore donnerions nous la préférence à ce dernier qui obéira plus simplement aux prescriptions instinctives, qui saura s'abstenir au lieu de céder aux suggestions d'une prétendue science qui ne peut le diriger utilement.

Madame de Sévigné ne manque pas d'idées médicales, on a pu s'en convaincre, elle n'en a que trop, et Dieu sait où elles la poussent. Son cerveau si actif donne asile aux choses les plus contradictoires; les convictions les plus exclusives s'y logent tour à tour et règnent tyranniquement jusqu'à ce que d'autres idées viennent y prendre place, sans qu'aucun motif valable préside à ces changements étranges. On pourrait, tout révérence gardée, la considérer comme atteinte d'une monomanie délirante, et quand elle se moque du *Malade imaginaire*, elle ne voit pas le miroir que tient la main de Molière. Si l'on voulait récapituler les drogues de toute espèce dont elle a fait usage pendant près

et c'est à peine si l'on observe quelquefois sur le feuillet viscéral de petits caillots qui semblent détachés du premier. Dans les hémorrhagies produites par l'arachnoïde cérébrale et la séreuse ventriculaire, dans les hémorrhagies par rupture vasculaire, le sang s'accumule en grande quantité dans les fosses occipitales inférieures, autour de l'isthme de l'encéphale, parties qui ne présentent presque jamais de néo-membranes.

Pourquoi le sang épanché n'irriterait-il pas aussi le feuillet viscéral?

Cette circonscription de l'épanchement sanguin, son siége à la partie supérieure du feuillet pariétal de l'arachnoïde, dans le cas qui nous occupe, ont frappé tous les auteurs qui ont cherché en vain à s'en rendre compte de différentes manières.

L'explication qu'en a donnée M. Baillarger et qui est fondée sur les mouvements de l'encéphale, nous paraît peu satisfaisante, bien qu'elle le soit beaucoup plus que celles de MM. Bondet et Longet.

Ces mouvements n'empêchent pas, en effet, les pseudo-membranes d'adhérer au feuillet viscéral de préférence au feuillet pariétal. (Voir Parent et Martinet, Abercrombie, etc.) De même pour la plèvre et pour le péricarde, les feuillets viscéraux, malgré les mouvements beaucoup plus étendus du poumon et du cœur, ne sont-ils pas aussi souvent recouverts de pseudo-membranes que les feuillets pariétaux?

Cette spécialité du siége des néo-membranes sur le feuillet pariétal se rencontre aussi dans la tunique vaginale, et tient, comme nous l'avons dit, à ce qu'elles se forment surtout sur les séreuses qui recouvrent les membranes fibreuses.

Les mouvements du cerveau ne doivent-ils pas tendre à porter le sang vers les parties déclives plutôt que de faciliter ses adhérences à la partie supérieure du feuillet pariétal?

Même dans le cas de néo-membranes, il nous a semblé que les caillots étaient plus nombreux près de la tente du cervelet et à la base du crâne, là où au contraire les néo-membranes disparaissent, ce qui semblerait indiquer de la part du sang une certaine tendance à obéir aux lois de la pesanteur, à lutter contre des causes qui le retiennent fixé au feuillet pariétal.

Plusieurs auteurs paraissaient répugner à admettre que le sang appliqué sur l'arachnoïde pariétal soit épanché par ce feuillet, peusant qu'il ne contient pas assez de vaisseaux pour donner lieu à une extravasation sanguine un peu considérable. Ce feuillet paraît contenir, en effet, peu de vaisseaux à l'état normal, mais il n'en est pas de même dans les conditions morbides qui nous occupent. On voit alors la face interne de la dure-mère parsemée de stries, de riches arborisations vasculaires, siégeant pour la plupart au-dessous de ce feuillet, comme dans toutes les séreuses du reste, et dont quelques-unes sont situées évidemment dans son épaisseur. Que l'extravasation sanguine soit entièrement produite par le feuillet pariétal, ou en partie par la lame interne de la dure-mère, dont le sang pénétrerait dans la cavité de l'arachnoïde en déchirant ce feuillet, cela nous semble difficile à élucider; mais l'on comprend parfaitement que si les vaisseaux de la face interne de la dure-mère viennent à se rompre sur une grande surface, celle qui correspond à l'étendue occupée par les néo-membranes ou les kystes, il pourra s'épancher une assez grande quantité de sang.

Nous avons dit que le plus ordinairement nous pensions que l'exsudation de blastème et l'extravasation sanguine se faisaient en même temps, et que si dans quelques cas l'extravasation sanguine précédait l'exsudation, celle-ci ne devait pas uniquement être attribuée à l'irritation du sang épanché.

En effet, toutes les petites solutions de continuité qui ont dû se produire sur le feuillet pariétal par la déchirure des vaisseaux et des fibres lamineuses au moment de l'extravasation sanguine, ne peuvent se cicatriser qu'au moyen de blastème; or l'hémorrhagie ayant été précédée d'une distension longtemps prolongée des capillaires, on comprendra qu'il puisse être exsudé en trop grande abondance, de manière à produire une néo-membrane. C'est ce liquide plastique, selon nous, qui retient le sang épanché sur le feuillet pariétal dans les points où il a été extravasé.

L'extravasation sanguine paraît avoir précédé l'exsudation de blastème dans les deux faits suivants. Chez deux aliénés paralytiques qui avaient succombé à des convulsions épileptiformes, nous avons trouvé, adhérents au feuillet pariétal de l'arachnoïde dans la plus grande étendue de sa moitié supérieure, des caillots mous, noirâtres, épais dans quelques points de 7 à 8 millimètres, n'ayant contracté aucune adhésion avec l'arachnoïde cérébrale, et qui examinés au microscope ne présentaient pas de noyaux embryoplastiques. Ils étaient formés par de la fibrine commençant à passer à l'état granuleux par des hématies et par des leucocytes doublés ou même triplés de volume; quelques cellules épithéliales se trouvaient disséminées d'une manière irrégulière au milieu de cette couche sanguine qui, comme on le voit, ne présentait aucune trace d'organisation.

Les adhérences des caillots au feuillet pariétal étaient peu considérables: après les avoir enlevés, ce feuillet restait recouvert par un peu de sérosité rougeâtre, ressemblant à du sérum coloré par quelques hématies, et dans lequel se trouvaient un grand nombre de noyaux embryoplastiques, des corps fusiformes et de la matière amorphe.

A la partie antérieure, on parvenait même à détacher une pellicule rougeâtre formée dans plusieurs points de fibres lamineuses déjà bien distinctes, empâtée dans de la matière amorphe, parsemée de noyaux embryoplastiques.

L'un de ces malades ayant succombé en quarante heures, nous nous demandions d'abord si une néo-membrane avait eu le temps de se former, ou si plutôt ce n'était pas le feuillet pariétal de l'arachnoïde infiltré de sang et de blastème; mais la pellicule détachée examinée par transparence paraissait homogène; elle n'avait qu'une très-faible consistance, se déchirait par la plus légère traction, et en outre elle ne contenait pas de fibres dartoïques. Dépouillée de cette pellicule, la face interne de la dure-mère, essuyée avec soin, avait un aspect aussi lisse qu'à l'état normal, présentant çà et là un grand nombre de stries vasculaires, et dans plusieurs points nous parvînmes à enlever des lambeaux qui avaient les caractères d'aspect, de résistance et de structure de l'arachnoïde pariétale.

La sérosité de la cavité de l'arachnoïde pouvait être évaluée à 120 grammes, et était colorée en rouge.

D. Un grand nombre de travaux ont été publiés en Allemagne sur l'affection qui nous occupe, parmi lesquels nous citerons particuliè-

---

de vingt années, on arriverait à un prodigieux total pharmaceutique, et l'on verrait que les *fleurons* de cette époque avaient en cette noble dame une excellente pratique. Tout en maltraitant les médecins, elle les consulte sans cesse; la liste de ceux qui figurent dans ses lettres est longue, elle contient des noms honorables, des célébrités incontestées, et ses épigrammes semblent être une affaire de mode. Le grand comique avait donné le ton, il était du bel air de persiffler ceux dont on avait si souvent besoin, comme cela se fait encore aujourd'hui, mais seulement avec moins d'esprit.

Ne blâmons pas trop ceux qui souffrent, ceux qui se vengent de leurs douleurs aux dépens des médecins qui sont quelquefois impuissants à les soulager. Nul ne reconnaît volontiers que sa maladie peut à bon droit lui être imputée, chacun cédant à sa folie, travaille activement à tourmenter sa vie, à l'abréger, et quand la maladie prend possession du domaine ravagé qu'on lui livre, on reproche au médecin de ne pas faire un miracle impossible. Madame de Sévigné a cent fois reproduit ce type de l'humaine faiblesse, et pour se venger de notre prétendue ignorance, elle a eu recours à toutes les ressources de l'empirisme. Elle a accepté sans raison, sans critique les promesses que chacun lui faisait, elle est tombée, en fait de crédulité, aussi bas que possible, et si nous étions tenté de nous plaindre de ses duretés à l'égard des médecins, nous éprouverions bien plutôt un sentiment de pitié en voyant l'infirmité d'un esprit aussi lumineux sous tant d'autres rapports. Nous regretterons donc d'avoir trouvé en elle une preuve si éclatante de l'alliance déplorable de la plus rare intelligence avec une faiblesse de jugement qui semblerait devoir être l'attribut des esprits les moins cultivés, mais nous ajouterons que cette imperfection est le partage nécessaire de tous ceux qui veulent raisonner sur des choses qu'ils ne peuvent connaître parce qu'ils n'ont pas pu les apprendre.

P. Ménière.

— Une mule appartenant à un propriétaire d'Hennaya (Algérie) fut amenée dernièrement à M. Santrot, vétérinaire civil à Alger, qui lui reconnut aussitôt les symptômes de la rage. Son diagnostic fut d'autant plus certain que, de l'aveu du propriétaire, cette bête avait été mordue, ainsi qu'un cheval, par un chien qu'il possédait il y a deux mois, et qu'il a fait abattre depuis. La séquestration de la mule fut immédiatement ordonnée. M. Rousseau, vétérinaire militaire, invité par M. Santrot à se rendre témoin d'un fait qui intéressait la science, reconnut également les symptômes manifestes de la maladie. Ils se proposaient d'en étudier toutes les phases, lorsque les accès d'hydrophobie devinrent plus fréquents et arrivèrent à un tel paroxysme, que la mort s'ensuivit le même jour, vers neuf heures du soir.

L'autopsie a fourni à MM. Santrot et Rousseau certains renseignements utiles à la science; ils se proposent de les adresser à l'observation de leurs collègues. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

rement ceux de Virchow (1) qui, n'admettant pas de feuillet pariétal arachnoïdien, l'a rattachée à l'inflammation de la face interne de la dure-mère, l'a décrite sous le nom d'hématome de cette membrane fibreuse, et qui lui a aussi donné le nom de pachyméningite interne.

Heschl (2), Sbuberg (3), Hasse (4) (de Gœttingue), Guido Weber (5), Griesinger (6) admettent le même mode de formation que le savant professeur de Berlin, et ce mode ne diffère pas sensiblement de celui que nous avons décrit, si nous nous en rapportons à l'analyse de ces travaux par MM. Charcot et Vulpian (7) qui, les premiers, nous les ont fait connaître.

Tous ces auteurs pensent que le sang extravasé dans le tissu de la néo-membrane tire sa source de la rupture des vaisseaux de celle-ci, se fondant pour admettre cette opinion sur ce qu'ils ont trouvé des épanchements récents dans des membranes anciennes.

MM. Charcot et Vulpian partagent leurs idées, et expliquent la grande fréquence de ces épanchements par la faiblesse des parois des capillaires de nouvelle formation, leur volume considérable et leur incrustation de granulations graisseuses.

M. E. Lancereaux (8) soutient la même théorie qui, après avoir soulevé d'abord une vive opposition à la Société anatomique, aurait fini par rencontrer de nombreux adhérents (9).

Quoiqu'elle soit généralement adoptée en Allemagne et soit sur le point de l'être en Angleterre (10) et en France, elle n'en constitue pas moins une erreur pathologique, à la réfutation de laquelle nous consacrerons tous nos efforts. Elle suppose que les vaisseaux néo-membraneux préexistent à l'épanchement sanguin, ce qui n'est pas dans le plus grand nombre de cas.

Dans nos observations (11), deux fois seulement sur neuf, nous avons constaté leur présence, et ils manquaient également dans l'observation suivante, communiquée il y a deux ans à la Société de biologie par M. Voisin (12).

ABSINTHISME CHRONIQUE.

« La partie de la dure-mère correspondant à l'extrémité antéro-supérieure de cet hémisphère gauche, présente à sa surface inférieure une néo-membrane ayant l'aspect d'une membrane fine, très-rouge, irrégulière et comme déchiquetée d'un diamètre de 0m,008 centimètres, modérément adhérente à la dure-mère dont on peut la séparer assez facilement. La dure-mère apparaît elle-même injectée et couverte d'un pointillé épais. Cet état de la dure-mère se continue même du côté droit et dans le reste de la dure-mère du côté gauche. Au microscope cette néo-membrane présente quelques fibres propres au tissu fibreux de la matière amorphe et un grand nombre de granules d'hématosine, variables sous le rapport de la forme, des dimensions et de la manière dont ils se groupent. La plupart sont arrondis, un très-petit nombre est polyédrique. Pas de noyaux embryoplastiques. Les granules sont insolubles dans l'acide acétique. »

Dans toutes ces observations cependant, moins une, on a signalé les éléments du sang épanché à diverses périodes de regression, et ce sang ne pouvait venir de vaisseaux qui n'existaient pas.

Dira-t-on que leur présence nous a échappé? Cela est possible dans quelques cas, bien que nous ayons apporté à notre examen microscopique le plus grand soin; mais s'il en existait ils étaient très-rares, vides de sang et incrustés de matière amorphe et de granulations qui les rendaient difficiles à apercevoir, tandis que tout le tissu de la membrane était piqueté de sang.

Dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, n'avons-nous pas décrit un blastème sanguinolent exsudé par l'arachnoïde néo-pariétale?

Il est si fréquent de rencontrer du sang épanché dans les premières périodes d'organisation des néo-membranes, alors même que celles-ci n'ont aucune consistance et qu'elles se déchirent sous la moindre traction, que tous les auteurs en rapportent un grand nombre de cas, et avaient cru pouvoir en conclure que c'était le liquide sanguin qui leur donnait naissance.

Voici quelques-uns de ces faits, dans lesquels il me semble impossible d'admettre l'existence des vaisseaux dans les néo-membranes, bien qu'elles aient une coloration sanguine.

Obs. I (1). — Bayle. Une assez grande quantité de sérosité sanguinolente était épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde, et à la base du crâne; il en sortait aussi du canal rachidien. On voyait sur l'arachnoïde, à la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère gauche, une plaque rougeâtre de sang caillé du diamètre d'une pièce de 6 fr., peu adhérente à la membrane séreuse, dont on la séparait en essuyant cette dernière avec précaution. Vis-à-vis cette plaque, le feuillet arachnoïdien de la dure-mère était recouvert d'une fausse membrane assez épaisse qui, dans cet endroit, avait une couleur noire, et paraissait formée par du sang. Elle se séparait assez facilement du feuillet séreux, mais à quelques pouces de distance de la plaque noire son épaisseur diminuait, et l'on ne pouvait plus la détacher du feuillet arachnoïdien de la dure-mère.

Obs. V. — « La dure-mère était adhérente d'une manière intense à quelques points des parois du crâne. Une assez grande quantité de sérosité était épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde, de même qu'à la base du crâne; il en sortait également du canal rachidien. La face interne de la dure-mère était tapissée dans la fosse occipitale supérieure gauche, d'une fausse membrane d'un brun rougeâtre, ayant l'aspect d'un caillot de sang, aminci et aplati; sa surface interne était lisse, et présentait quelques légères granulations à peine perceptibles à la vue. Cette production membraneuse avait à peu près l'épaisseur de la dure-mère vers sa partie moyenne, mais elle était très-mince vers le sinus latéral, et disparaissait au delà de la fosse occipitale supérieure gauche. Sa consistance était peu considérable; cependant on la séparait facilement de la dure-mère sans la rompre. La surface interne de la dure-mère était injectée dans toute son étendue. »

Obs. VIII. — « La dure-mère est adhérente au crâne dans une assez grande étendue; il y a 2 onces environ de sérosité entre les deux feuillets de l'arachnoïde. La face gauche de la faux du cerveau présente, dans sa moitié postérieure, une fausse membrane très-légère, arachniforme, rougeâtre, molle et pulpeuse, qui s'étend un peu sur la face interne de la dure-mère, se déchire avec la plus grande facilité, et s'enlève avec la pointe du bistouri. La face interne de cette dernière membrane est injectée, mais principalement du côté gauche. »

Obs. IX. — Crâne très-épais et dur, ses couches internes et externes très-compactes, ayant presque une apparence éburnée. 1/2 once environ de sérosité, épanchée entre les deux feuillets de l'arachnoïde sur les hémisphères cérébraux. 6 onces à peu près du même fluide à la base du crâne. La dure-mère, qui enveloppe la moitié gauche du cerveau, est recouverte sur la face interne d'une fausse membrane rougeâtre, très-molle, un peu plus épaisse que l'arachnoïde, se prolongeant jusqu'auprès de la fosse temporale interne; dans cet endroit, on peut la détacher du feuillet arachnoïdien. Un peu plus loin, elle a l'apparence d'une toile d'araignée, et est bien transparente, mais rouge. Elle est très-fragile dans tous les endroits; sur toute la convexité de l'hémisphère, elle n'a point de cohésion, elle consiste dans une très-légère couche d'albumine rougeâtre, non encore organisée, qu'on enlève en raclant la dure-mère avec un scalpel. Sous cette couche albumineuse, le feuillet arachnoïdien est injecté.

Obs. XI. — Dure-mère très-injectée à sa face externe; 3 onces environ de sérosité sanguinolente, épanchée entre l'arachnoïde cérébrale et le feuillet arachnoïdien de la dure-mère. Ce feuillet, injecté d'une manière très-remarquable, recouvre une fausse membrane albumineuse très-mince, mollasse et très-peu résistante, ayant une couleur légèrement teinte en rouge par le sang dont elle est infiltrée, beaucoup plus sensible sur la partie moyenne de la convexité des hémisphères du cerveau que sur ses lobes, bien plus marquée du côté gauche que du droit, n'ayant point d'adhérences avec le feuillet de l'arachnoïde qu'elle tapisse. Caillots de sang rougeâtres, très-minces, arrondis, ayant un quart de pouce de diamètre, situés dans la fosse occipitale inférieure; plaques de sang irrégulières dans les fosses antérieures et les fosses moyennes de la base du crâne, sur la dure-mère.

Obs. VI (2). — M. Lélut. Le feuillet interne de l'arachnoïde est tapissé sur la face interne d'une fausse membrane très mince, qui semble composée de lambeaux en connexion les uns avec les autres plutôt que contenue. Cette fausse membrane n'est point organisée; elle est très-friable, elle me semble être une nappe de sang, qui a commencé dans la moitié de ses points, à se convertir en une couche gélatineuse analogue à celle de la colle de poisson fondue.

(1) *Vérandl. A. phys. méd. Gesellsch. in Würzburg*, 1856.
(2) *Pathol. anat.*, 1855.
(3) *Virchow's Archiv.*, 1859, 5 et 6 Heft (*Gaz. hebd.*, 1859, p. 621).
(4) *Handbuch der sp. Patholog. de Virchow*, 1859, p. 441.
(5) *Archiv. für physiol. Heilkunde*, 1860, 5 Heft.
(6) *Fortges. beobuchtung über Hirnkrankh;* von W. Griesinger (*Archiv. der Heilkunde*), 1862, p. 33.
(7) *Sur les néo-membranes de la dure-mère*, *Gaz. hebd.*, 1860, p. 728.
(8) *Archives de médecine*, novembre et décembre 1862, janvier 1863.
(9) Il ne faut pas oublier que M. Lancereaux est porté à grossir le nombre de ses adeptes, puisqu'il nous range parmi eux.
(10) Prescott, Hewets et W. Ogle.
(11) *Loc. cit.*
(12) *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1861, p. 6.

(1) *Méningite chronique*, 4e série.
(2) *Loco cit.*

Obs. I (1). — M. Aubanel. Démence paralytique aiguë. Les os du crâne ont une épaisseur ordinaire. La dure-mère est saine. Le feuillet pariétal de l'arachnoïde qui le recouvre entièrement est tapissé, dans une grande étendue de la base du crâne, d'une exsudation sanguine, sous forme d'une membrane extrêmement déliée, d'une coloration d'un rouge clair et d'une consistance assez grande en certains points pour qu'on puisse l'enlever à l'aide d'une pince, et la séparer du feuillet arachnoïdien, qui a conservé toute son intégrité. Cette membrane n'existe que sur le côté gauche du crâne; elle occupe de ce côté la moitié externe de la fosse orbitaire, toute la fosse moyenne, et une grande partie de la fosse pariétale. Elle n'offre dans son organisation aucune trace de matière plastique; elle paraît être entièrement de nature sanguine, et n'être arrivée encore aux premiers phénomènes de son développement. En effet, elle n'est constituée en quelques points que par des filaments rougeâtres qui s'entre-croisent en divers sens et qui forment, en se joignant, une sorte de trame d'une grande ténuité. Ailleurs la trame est plus avancée, et ressemble déjà à une toile d'araignée, mais elle est toujours fortement colorée en rouge. Plus loin, ce sont de petits caillots aplatis qui se convertissent en filaments. Enfin, il est des endroits où l'on trouve de petits espaces assez multipliés qui laissent voir le feuillet de la séreuse à nu, et vers lesquels semblent converger de toutes parts, pour les combler, les filaments membraniformes dont nous avons parlé. L'organisation tout élémentaire de cette fausse membrane est d'autant plus avancée, qu'on l'examine plus près de la base du crâne. Les cavités de la base, qui en sont tapissées offrent, en outre, un petit épanchement de sang liquide de deux à trois cuillerées environ.

Obs. V. — Nous trouvons à l'autopsie plusieurs onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, puis sur le feuillet pariétal de la séreuse cérébrale, une pseudo-membrane très-fine qui présentait les diverses périodes d'évolutions depuis l'état primitif de caillot sanguin jusqu'à celui de membranule très-distincte, quoique récente, assez consistante pour pouvoir être soulevée sans déchirure. Cette fausse membrane sanguine occupait toute la moitié gauche de la voûte du crâne, et se prolongeait jusqu'aux limites de la base, où elle avait une épaisseur peu considérable, et une teinte bistre qui tranchait avec la coloration rouge des autres parties.

Obs. VI. — Le feuillet pariétal de l'arachnoïde est recouvert par une fausse membrane sanguine, qui occupait la partie antérieure de la voûte du crâne, la base orbitaire, la fosse temporale et une petite portion de la fosse occipitale gauche. Elle est très-mince, très-fragile, entièrement colorée en rouge, et un peu plus épaisse dans la fosse orbitaire que dans la moyenne. On trouve aussi à la base plusieurs plaques jaunâtres qui indiquent un ancien épanchement résorbé.

Obs. LII (2). — M. Calmeil. Aussitôt que la dure-mère a été incisée et qu'on a pu renverser ses lambeaux en arrière et sur les côtés, on aperçoit une coagulation mince et rouge sur le feuillet arachnoïdien pariétal dans la région qui correspond à chaque lobule antérieur; cette pseudo-membrane paraît formée surtout par du sang coagulé; elle ne s'étend pas au delà de la région indiquée.

Obs. de notre thèse XI. — Le feuillet pariétal de l'arachnoïde est tapissé, dans toute l'étendue qui correspond à la face externe des hémisphères, par une membrane extrêmement mince, peu adhérente, et ne pouvant être enlevée que par faibles lambeaux, à cause de son peu de consistance; elle est lisse, transparente, grisâtre, parsemée de petites infiltrations sanguines très-nombreuses, surtout près de la tente du cervelet.

Obs. III. — Le feuillet pariétal de l'arachnoïde est tapissé dans toute son étendue, excepté à la base du crâne et à la face intérieure de la tente du cervelet, par une pellicule très-mince, pouvant se décomposer dans certains points en deux ou trois feuillets. Son épaisseur n'est pas la même partout, et diminue à mesure qu'on approche des parties de l'arachnoïde qui n'en sont pas recouvertes. Elle est demi-transparente, piquetée d'un grand nombre de points rouges, et l'on trouve même disséminés çà et là un grand nombre de petits caillots sanguins, accumulés surtout près de la tente du cervelet, le long du sinus latéral, où elle se termine insensiblement. Les caillots sont rouge noirâtre, aucun n'est décoloré complétement. Cette néo-membrane se déchire avec la plus grande facilité; sa résistance peut être comparée à celle d'une mince couche de fibrine. Elle adhère à l'arachnoïde pariétale par simple juxtaposition.

Obs. IV. — Le feuillet pariétal de l'arachnoïde est tapissé par une pellicule molle, couleur de rouille, très-fine, très-friable, et contenant quelques petites infiltrations rougeâtres dans son épaisseur.

Pourquoi d'ailleurs ne pas vouloir admettre l'extravasation sanguine de l'arachnoïde pariétale, puisqu'elle contient des vaisseaux sanguins que l'on voit former dans l'état phlegmatique, des stries nombreuses, de riches arborisations et des plaques d'un rouge vif, dont la coloration résiste au lavage, quelque prolongé qu'il soit?

La méningite pariétale peut n'être caractérisée que par une exhalation de sérosité sanguinolente, comme nous l'avons observé plusieurs fois dans la démence paralytique.

L'observation 2 du *Traité des maladies inflammatoires* de M. Calmeil nous offre un exemple remarquable de cette forme de méningite pariétale.

« Plusieurs accès de folie, suivis de guérison; à 40 ans, nouvel accès d'aliénation mentale; au bout de quelques jours, sorte de torpeur subite de l'intelligence, avec difficulté de parler. Mort dans l'espace de quinze heures.

« Violente congestion du cuir chevelu, des os du crâne, de la dure-mère, de la pie-mère cérébrale, de la pie-mère cérébelleuse, de la couche corticale superficielle, enfin extravasation de sang dans la cavité de l'arachnoïde.

« La face interne de l'arachnoïde pariétale est sillonnée par des pinceaux rougeâtres, qui résultent de l'agglomération des capillaires réunis à sa surface, et nul doute que si la vie se fût prolongée plus longtemps, cette hypérémie n'eût donné lieu à une exsudation membraneuse. »

M. Legendre rapporte également dans son mémoire deux observations très-intéressantes de méningite pariétale, hémorrhagique dans l'une d'elles et hémorrhagico-exsudative dans l'autre.

Les enfants ayant succombé après avoir eu de la fièvre et des convulsions, le premier pendant neuf jours, le second pendant douze jours, ont présenté à l'autopsie, outre une pneumonie lobulaire, une hypérémie considérable de l'encéphale avec diminution de consistance de l'encéphale et une légère infiltration séreuse de la pie-mère.

Chez le premier, il y avait 140 grammes de sérosité sanguinolente, sans caillots ni membranes de nouvelle formation. Chez le second, la cavité de l'arachnoïde contenait 150 grammes de sérosité rougeâtre, et le feuillet pariétal était recouvert dans toute son étendue, moins la partie correspondant au cervelet, par une production membraneuse d'un gris sale, très-mince et très-molle, mais cependant assez consistante pour s'enlever par lambeaux de 1 à 2 centimètres d'étendue; en outre, à la base du crâne, elle était recouverte par de petits caillots d'un rouge vif, étalés également sous forme de membrane. L'arachnoïde viscérale était tapissée par places seulement, et surtout au niveau des gaînes séreuses des veines qui vont se jeter dans le sinus longitudinal supérieur, de membranes analogues à celles du feuillet pariétal.

Tous ces faits me paraissent aussi concluants que possible, et me semblent nettement caractériser le mode d'inflammation de l'arachnoïde pariétale.

Nul doute que les vaisseaux de nouvelle formation ne puissent se rompre, mais je ne connais pas un seul fait dans lequel on ait observé une néo-membrane vasculaire présentant dans son épaisseur une extravasation sanguine toute récente, et en admettant que ces faits existent, je puis assurer qu'ils sont exceptionnels.

(La suite prochainement.)

PATHOLOGIE EXTERNE.

Nouvelles recherches cliniques sur l'étranglement des hernies; par le docteur Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

I. — Preuves contre l'étranglement annulaire.

1° Localisation de l'altération intestinale sur un des points du pourtour du pédicule herniaire.

Il a été présenté à la Société anatomique, séance du 10 avril 1863, une pièce qui démontre d'une manière rigoureuse et avec une précision en quelque sorte mathématique, l'exactitude de la doctrine que nous soutenons.

Il s'agit d'une hernie crurale étranglée depuis huit jours ayant présenté les vomissements de matières intestinales, sur laquelle les symptômes inflammatoires et les phénomènes locaux avaient offert si peu d'intensité que le chirurgien dans le service duquel se trouvait cette malade n'avait pas cru devoir faire l'opération lorsqu'il survint

(1) *Annales médico-psychologiques.*
(2) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.*

un épanchement péritonéal des matières du bout stomacal de la hernie.

Sur la pièce anatomique qui offre des adhérences qui ont fixé de manière à ôter toute équivoque possible, les parties herniées dans la position qu'elles avaient pendant la vie, on constate :

1° Que l'étranglement a été produit par la vive arête que forme le ligament de Gimbernat, car la rupture intestinale siége précisément au contact de ce ligament et avec une précision telle que la lèvre supérieure de la perforation se voit du côté de l'abdomen immédiatement au contact du ligament de Gimbernat, et l'autre lèvre de la rupture se voit à l'intérieur du sac, immédiatement au-dessous du même ligament.

La partie de l'intestin opposée à celle qui s'est coupée sur le ligament de Gimbernat ne présente aucune trace, aucune empreinte de compression, l'étranglement n'était donc pas circulaire, puisque ses effets n'ont porté que sur le point répondant à la vive arête.

En outre, il n'y a pas lieu à admettre d'étranglement par un trou du *fascia cribriformis*, car l'encochure et la rupture qui en est la suite ne se verrait pas pour moitié au-dessus du ligament de Gimbernat et la trace de l'étranglement ne porterait pas que sur un seul côté et sur le côté interne du pédicule de la hernie.

ENTÉROCÈLE CRURALE ÉTRANGLÉE, INTERCEPTION COMPLÈTE DU COURS DES MATIÈRES ET VOMISSEMENT INTESTINAL DATANT DE HUIT JOURS; OPÉRATION; ÉTRANGLEMENT PAR ARÊTE VIVE AVEC PERMÉABILITÉ DU COLLET DU SAC AVANT TOUT DÉBRIDEMENT.

OBS. I. — Angibault (Constance), 59 ans, entre à Lariboisière le 4 janvier 1863.

La malade ressentit il y a cinq mois, en soulevant un lourd fardeau, une sensation de déchirure à la région de l'aine gauche. Elle consulta un médecin qui reconnut l'existence d'une hernie et prescrivit l'emploi d'un bandage. Il y a un mois à peu près que la malade ne voyant pas reparaître sa hernie, abandonna complètement le bandage.

Le 26 décembre 1862, à la suite d'un travail violent et prolongé, issue subite de la hernie. Cette fois, un médecin distingué, le docteur Himely, essaye le taxis qui échoue, ainsi que divers autres moyens, tels que bains prolongés, lavement de tabac, etc.

A partir du 27 décembre, suppression complète des selles, vomissements de matière d'abord bilieuses, puis intestinales; ces accidents persistant et s'aggravant, le docteur Himely envoya la malade dans mon service, où elle entra le 4 janvier 1863.

5 janvier. A la visite du matin, prostration profonde, réponses lentes et pénibles; pouls petit, mais fébrile, vomissements incoercibles de matières intestinales; suppression complète des selles; peau sèche et chaude; ventre très-douloureux, mais peu ballonné. A la partie moyenne de la région inguino-crurale gauche, au-dessous du ligament de Fallope, tumeur peu volumineuse, marronnée, à grand diamètre transversal; sonorité de la tumeur à la percussion. La peau qui recouvre la tumeur n'est ni adhérente ni enflammée, et ne présente qu'une rougeur sombre diffuse. Pression peu douloureuse; irréductibilité de nouveau constatée.

OPÉRATION. Incision courbe à concavité tournée en haut; dissection des diverses couches qui recouvrent le sac. Arrivé sur celui-ci, on s'aperçoit qu'il ne présente pas l'aspect ordinaire; il est comme cartilagineux; il ne renferme qu'une petite quantité de liquide; on reconnait que la hernie est purement entérocèle.

On constate que l'étranglement ne reconnaît pas pour cause le collet du sac, mais le ligament de Faloppe et celui de Gimbernat. Quoiqu'on ne puisse faire exécuter aucun mouvement à l'anse intestinale, soit pour l'amener au dehors, soit pour la refouler au dedans, on peut très-facilement faire pénétrer par-dessous la hernie une algalie de femme dans la cavité du péritoine. L'intestin n'est donc pas étranglé dans tout son pourtour; il n'est que fortement pressé anguleusement à sa partie antérieure. Le débridement s'effectue très-facilement directement en haut.

L'intestin, dont on attire une petite portion au dehors, n'est pas gangrené. On n'y observe aucune tache feuille morte, non plus qu'aucune odeur gangréneuse; réduction facile.

Dans la journée, eau de Sedlitz à la glace. Le soir à la visite, état satisfaisant. Plus de vomissements; plusieurs selles, un peu de douleur dans le ventre, mais très-supportable; fièvre modérée.

Le 7, le mieux continue, mais rougeur diffuse aux environs de la plaie avec légère douleur; plusieurs selles dans la journée; fièvre vive.

Le 8, la pression sur la région abdominale inférieure provoque l'issue par la plaie d'une quantité considérable de pus mélangé de bulles gazeuses. Deux tubes à drainage, l'un à l'angle supérieur, l'autre à l'angle inférieur de la plaie.

Les 9, 10, 11, 12, 13, état qui va s'améliorant de plus en plus, issue d'un pus de bonne nature, mais encore avec quelques bulles gazeuses; larges injections avec l'eau alcoolisée.

14 janvier, appétit.

15, 16, 17, 18, convalescence.

25, guérison complète.

Chez un vieillard que j'ai opéré le 16 novembre 1852 à l'hôpital Saint-Antoine, et dont l'intestin offrait les traces de l'étranglement le plus aigu, on introduisait le doigt en arrière de la hernie jusque dans la cavité péritonéale. L'encoche profonde avait lieu dans ce cas (c'était une hernie inguinale) au niveau de l'hémisphère supérieur de l'anneau inguinal.

L'observation de ce vieillard est un fait d'une grande importance dans la question. Il prouve l'étranglement sans constriction circulaire.

ÉPIPLO-ENTÉROCÈLE ÉTRANGLÉE; ÉPIPLOCÈLE UTRICULAIRE.

OBS. II. — Fournier (Etienne), 72 ans, jardinier, rue de la Roquette, 128, entre à Saint-Antoine le 15 novembre 1852. Il y a trois jours, ce malade qui toussait depuis assez longtemps, a senti la hernie qu'il porte dans l'aine gauche depuis près de quarante ans, se distendre et devenir douloureuse. La hernie ne rentrait jamais en totalité et présentait, d'après tous les renseignements obtenus du malade, les caractères d'une épiplocèle adhérente; mais il paraît que de temps à autre une portion d'intestin venait s'ajouter à la hernie épiploïque, et celle-là pouvait être réduite pendant la position horizontale.

Toutes les tentatives faites avant l'entrée à l'hôpital pour obtenir cette réduction partielle furent cette fois infructueuses. Ce que le malade pouvait habituellement réduire équivalait à un bon tiers de la tumeur.

Bientôt survinrent les accidents généraux de l'étranglement, nausées, vomissements, etc. Néanmoins les symptômes locaux ne se manifestaient qu'assez faiblement, et même aujourd'hui qu'il existe des vomissements de matières intestinales, c'est à peine si la pression sur la tumeur éveille quelque sensibilité, et encore n'est-ce qu'au niveau de l'anneau. La matité est absolue dans toute l'étendue de la hernie qui a le volume des deux poings, et qui a tellement étalé la peau des bourses et de la verge, que celle-ci a complétement disparu. Je fais de nouvelles tentatives de réduction, résultat négatif.

Chloroforme : opération. — Avant d'arriver au sac herniaire, je fais remarquer aux assistants des masses adipeuses dépendant de la tunique cellulo-graisseuse du sac, et qui, au premier abord, peuvent faire croire à celui qui n'a pas fait encore un grand nombre d'opérations de hernies, qu'on est déjà arrivé sur l'épiploon.

A l'ouverture du sac, il se présente tout d'abord une masse épiploïque considérable. Cette masse a contracté avec l'intérieur du sac des adhérences peu nombreuses, mais très-solides; il en est une surtout représentée par un pédicule assez épais implanté dans la partie la plus déclive du sac et qui explique l'impossibilité où l'on était de pouvoir jamais réduire complétement la hernie. Cette énorme masse épiploïque rend compte de la matité absolue de la tumeur.

En arrière de cette masse épiploïque et comme enveloppée par elle en manière de tunique adipeuse très-épaisse, se trouve une portion d'intestin d'à peu près six travers de doigt, de teinte vinlacée et un peu ecchymotique, dépolie à sa surface et distendue par des matières demi-liquides.

Pas plus que dans beaucoup d'autres hernies étranglées, la constriction n'était circulaire, car on pouvait introduire le doigt à travers le collet du sac jusque dans la cavité abdominale, en passant en arrière du pédicule de la hernie; c'est donc d'un étranglement par coudure et par encochure de l'intestin qu'il s'agissait dans ce cas.

Le collet du sac et le bord tranchant de l'aponévrose ont été largement débridés en haut et en avant, après quoi l'intestin non encore sphacelé a été replacé dans l'abdomen. Quant à la masse épiploïque qui, même avec un débridement encore plus considérable, n'aurait jamais pu être replacée dans la cavité péritonéale, elle a été très-fortement liée à son pédicule, puis incisée au-dessous de la ligature. Réunion de la plaie par des points de suture entrecoupés; cuirasse de sparadrap; eau de Sedlitz.

17 novembre. Il n'y a pas eu de selles; le ventre est très-douloureux; pouls modérément fréquent, très-irrégulier. Il l'était avant l'opération; dyspnée très-forte; il y a des râles sous-crépitants et des râles bronchiques humides; hier délire dans la soirée; efforts pour défaire l'appareil; ce matin délire. Eau de Sedlitz.

18 novembre. Mort dans la nuit, après vomissements de matière noirâtre.

AUTOPSIE. A l'ouverture de l'abdomen, aucun épanchement de sang dans la cavité péritonéale. Le tampon épiploïque est rentré avec la ligature; il siége à l'extrémité gauche du colon transverse. On trouve les anses de l'intestin grêle au-dessous du colon transverse étroitement unies entre elles par des adhérences anciennes très-résistantes. Dans quelques points, surtout à l'anse étranglée, la surface intestinale est dépolie, violacée et comme ecchymotique. On trouve quelques pseudo-membranes molles. Les coudes intestinaux dus aux adhérences ont été sans doute pour beaucoup dans l'absence des évacuations et les vomis-

sements; hypertrophie du cœur; poumons gorgés de sang noir, surtout à leur partie déclive, et considérablement ramollis; écume bronchique abondante.

Indépendamment de l'intérêt qui s'attache à cette observation, en tant qu'elle fournit un exemple d'étranglement par *encochure profonde et sans constriction circulaire*, on voit que l'épiploon, qui était adhérent à la face interne du sac, formait à l'intestin une espèce de sac épiploïque distinct du sac herniaire proprement dit, et constituant ce que nous avons souvent désigné sous le nom d'*épiplocèle utriculaire*.

PLAIE DU BAS-VENTRE; HERNIE A TRAVERS LA PLAIE; ÉTRANGLEMENT APONÉVROTIQUE A TRAVERS UNE PLAIE DE LA LIGNE BLANCHE.

Obs. III. — Le 11 mars 1850, on apporta à l'hôpital Saint-Antoine un homme de 45 ans, sur lequel je n'ai eu d'autres renseignements que ceux-ci : huit jours auparavant, coup de couteau dans le bas-ventre. Prévenu par l'interne de garde, je me rendis immédiatement à l'hôpital; je trouvai le blessé dans un état de prostration extrême, le pouls petit, presque imperceptible. des vomissements de matières intestinales, une suture faite par des médecins qui avaient vu le malade dans les jours précédents, suture qui malheureusement n'avait compris qu'une partie de l'épaisseur de la paroi abdominale, et avait été enlevée par l'interne de garde. Celui-ci, après avoir reconnu que l'intestin était étranglé par la plaie faite à l'aponévrose de la ligne blanche, avait cherché à réduire, mais ne le pouvant pas, il m'avait fait appeler.

Je trouvai une plaie transversale d'à peu près quatre travers de doigt, siégeant à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. La plaie des téguments étant largement béante, on y voyait une anse d'intestin qui y paraissait étranglée. Avant de songer à un débridement de la plaie faite à l'aponévrose, je promenai le doigt sur le pourtour de l'orifice aponévrotique, et quel fut mon étonnement *lorsque, en appuyant sur la commissure de la plaie aponévrotique, je vis que mon doigt indicateur pénétrait sans difficulté dans la cavité abdominale; le reportant à la commissure droite, le droit pénétra dans la cavité abdominale avec la même facilité*; je ne doutai plus de la possibilité de réduire sans débridement. En effet, après des tentatives qui ne furent pas sans difficultés, je parviens à réduire, et promenant le doigt après la réduction à la face interne de l'abdomen, je m'assurai qu'il n'y avait aucune adhérence à la paroi abdominale antérieure et que la réduction était complète.

Je fis alors deux points de suture enchevillée comprenant toute l'épaisseur à la paroi abdominale et fermant très-exactement la plaie.

Je recommandai de réchauffer le malade. Les vomissements cessèrent à partir du moment de la réduction. Mais la prostration du malade était arrivée à son dernier terme, et il expira dans la matinée du lendemain.

A l'autopsie, nous ne trouvons dans l'abdomen aucune trace d'épanchement, aucune trace de péritonite, mais nous voyons deux encochures de la paroi intestinale placées à quelque distance l'une de l'autre, et qui dépendaient évidemment de la pression des deux lèvres de la plaie transversale.

On voit d'après cette observation que l'intestin, bien que comprimé jusqu'à étranglement complet, ne présentait point de constriction circulaire, car, aux deux extrémités de la plaie transversale, il était très-facile de faire pénétrer un corps d'un certain volume dans la cavité péritonéale.

HERNIE ÉTRANGLÉE; ENTÉROCÈLE; TRACE D'ÉTRANGLEMENT NON CIRCULAIRE.

Obs. IV. — Richard (Joseph), 46 ans, maçon, entre le 13 novembre 1852, salle Saint-François, n° 40, hôpital Saint-Antoine,

14 novembre. Ce malade porte depuis vingt ans une hernie inguinale à gauche. Hier, sans qu'il eût éprouvé d'accidents précurseurs, sans qu'il eût fait aucun effort dont il se souvienne, sa hernie s'est étranglée.

Aussitôt il entre à l'hôpital, où l'on fit des tentatives de taxis assez opiniâtres avec le chloroforme, mais sans succès; 40 sangsues sur le trajet du canal inguinal; application de glace; lavement purgatif. L'étranglement n'en continue pas moins.

Dans la nuit il eut quelques vomissements bilieux, et ce matin, sous l'influence d'un lavement purgatif, il y a eu une évacuation alvine peu abondante. Les matières évacuées ne provenait sans doute pas du gros intestin, la tumeur conserve actuellement le volume de la tête d'un enfant nouveau-né; elle est rouge, mais peu douloureuse. Le volume de la hernie ne laissant que peu d'espoir d'obtenir la réduction, je procède immédiatement à l'opération.

L'ouverture du sac n'y fait pas reconnaître la moindre quantité de liquide; aussi l'intestin a-t-il été légèrement éraillé. *Le doigt introduit dans l'incision a en outre permis de constater que l'intestin n'était pas étranglé par toute la circonférence du collet du sac; il s'agissait ici, comme dans la plupart des hernies, d'une encochure portant sur l'intestin et déterminant une espèce de coudure qui suffisait pour rendre infructueux tous les efforts de réduction.*

L'intestin est violacé, dépoli, et le mésentère ecchymosé.

L'anneau a été largement débridé, et les anses intestinales une fois réduites, la plaie a été réunie par des points de suture, entrecoupée et recouverte d'un pansement par occlusion. Eau de Sedlitz.

15. Quelques selles après l'eau de Sedlitz; plus de vomissements; abdomen nullement douloureux; pouls presque normal.

16. Pouls à 100; du reste, pas d'accidents du côté du tube digestif.

18. Pouls à 110, plein et vibrant; un peu de sensibilité à la pression de l'abdomen; infiltration des bourses.

19. Infiltration considérable des bourses sur le point le plus déclive; plaque sphacélique du diamètre d'une pièce de 2 fr.; suppuration assez abondante à la plaie de l'opération; quelques lambeaux de tissu cellulaire sphacelé; ventre douloureux à la pression; pouls à 120; chaleur à la peau.

20. Il y a eu du délire le soir et dans la nuit; pouls à 130; ventre ballonné et douloureux; néanmoins il n'y a eu ni frissons ni vomissements; une selle a encore eu lieu hier. Le phlegmon phacélique des bourses est très-étendu. La plaque gangrenée de la peau n'est que le sommet d'un sphacèle qui comprend tout le tissu cellulaire des bourses. Extraction de quelques lambeaux mortifiés, faisant obstacle à l'issue du pus. Potion laudanisée.

22. Le délire a baissé; ventre toujours très-douloureux, malgré deux évacuations déterminées par l'eau de Sedlitz. Hier au soir, vomissements qui ont duré toute la nuit.

23. Mort.

Autopsie. Péritonite générale. Entre toutes les anses intestinales, pus extrêmement concret. On retrouve facilement le point de l'intestin sur lequel a porté l'étranglement. Il se présentait sous forme d'un sillon noirâtre existant à la partie inférieure de l'anse d'intestin hernié. Le testicule et le cordon spermatique étaient entourés de pus.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

II. ARCHIVES MÉDICALES BELGES.

Observation de gastrite phlegmoneuse; par M. le docteur Gaudy.

La gastrite phlegmoneuse est encore fort peu connue, et son histoire ne repose aujourd'hui que sur un petit nombre de faits. L'observation de M. Gaudy sera utilement réunie à ce petit faisceau de documents.

Obs. — G..., soldat grenadier, est apporté à l'hôpital le 19 janvier, à onze heures du matin. Comme maladies antérieures, il signale des accès de fièvre intermittente auxquels il a été en proie il y a sept mois. La veille de son entrée, étant en parfaite santé, il a été pris tout à coup et sans cause appréciable de malaise, d'accablement, de courbature, de céphalalgie très-vive avec vertiges, bourdonnements d'oreille et vomissements bilieux. Cet état a duré toute la nuit.

Le matin, il a été pris d'un accès de fièvre à stades bien dessinés, et caractérisés par des frissons, de la chaleur et une transpiration abondante.

A deux heures, on constate : pâleur de la face, abattement des yeux, contraction très-forte des pupilles, prostration et horripilation, peau froide, pouls petit, fréquent, 120; langue un peu sèche, soif vive, ventre souple, indolore; rate augmentée de volume et sensible à la pression; épigastre douloureux à la pression, surtout aux confins de la région splénique; de temps en temps des vomissements bilieux; céphalalgie frontale intense, vertiges, bourdonnements d'oreille; réponses lentes, incomplètes et pénibles pour le malade. Aggravation croissante pendant l'après-midi, surtout vers neuf heures du soir.

On diagnostique une fièvre intermittente pernicieuse avec prédominance de symptômes gastriques et cérébraux, et l'on administra en conséquence une potion fébrifuge. Le malade la toléra bien : les vomissements s'arrêtèrent et furent remplacés par des nausées et des éructations.

Vers une heure du matin, les accidents cérébraux considérablement aggravés, dominaient à eux seuls presque toute la scène morbide. La céphalalgie avait augmenté considérablement; le malade porte convulsivement les mains au front; les pupilles étaient plus contractées, le regard fixe. Le malade cherchait à fuir la lumière qui semblait le blesser, ne répondait plus aux questions, et était depuis une heure dans un état d'agitation extrême, interrompu de temps en temps par un moment de calme, troublé lui-même par des contractions et des gémissements. Supposant qu'il y avait un mouvement congestif et même inflammatoire vers la base du cerveau et les méninges, on fit appliquer des

sangsues aux apophyses mastoïdes. Le malade mourut à cinq heures du matin.

A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes : les sinus de la dure-mère sont gorgés d'un sang noir abondant, ainsi que les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau; la substance cérébrale est saine, mais injectée; les ventricules renferment une faible quantité de sérosité. Les poumons présentent un peu d'engouement à la base. La rate, triplée de volume, est molle et pulpeuse. La muqueuse stomacale est injectée, ramollie, ecchymosée par plaques, et se détache avec facilité. Le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré, dans presque toute son étendue, d'une quantité considérable d'un pus blanc, crémeux, phlegmoneux en un mot. Il résulte de cette infiltration un épaississement considérable des parois de l'estomac, qui ont acquis une épaisseur de plus de 2 centimètres 1/2 dans certains points, et surtout au voisinage du pylore. Rien de particulier dans les autres organes.

Étude sur le diagnostic de la lymphadénite aigue des ganglions iliaques externes; par M. Van Lair.

Le travail de M. Van Lair se rattache à une observation qu'il a recueillie à l'hôpital de Namur, et que nous résumons, comme la précédente, dans ses principaux détails.

Obs. — R., trompette dans un régiment de lanciers, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital le 24 avril 1863. Il dit avoir ressenti, cinq jours seulement auparavant, des douleurs assez vives dans l'abdomen, pendant qu'il était à cheval. La cause de ces sensations douloureuses reste indéterminée; elles n'ont pas été précédées de constipation; pas de rhumatisme, pas de refroidissement, etc.

Les coliques, qui continuèrent les jours suivants, furent combattues sans succès par deux purgatifs administrés successivement. Le seul changement qui survint à la suite de cette médication fut la localisation progressive de la douleur, qui acquérait d'ailleurs de jour en jour plus d'intensité.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on constate dans la région inguinale droite une voussure assez marquée, sans changement de couleur à la peau, limitée en bas et en dedans par l'arcade crurale, et remontant en haut et en dehors jusqu'à une petite distance de l'ombilic. La palpation, quoique incomplétement pratiquée à cause de la douleur qu'elle fait naître, révèle dans ce point l'existence d'une tumeur dont il est difficile d'apprécier la nature et les caractères : elle semble cependant avoir une configuration allongée, une direction à peu près verticale, et une consistance assez considérable. L'étendue de sa surface, ou plutôt celle de la partie que la main peut atteindre, est un peu moins considérable que celle de la saillie sus-jacente; la peau, trop tendue, ne peut glisser sur la tumeur. Celle-ci elle-même ne cède pas à l'impulsion des doigts, quand on cherche, avec beaucoup de précaution, à lui imprimer des mouvements.

La percussion superficielle donne à ce niveau une matité complète; la sensibilité extrême des parties ne permet pas d'avoir recours à la percussion profonde.

C'est au niveau de cette voussure que la douleur s'est concentrée; c'est une douleur gravative à laquelle le moindre contact donne une acuité extrême; la pression même la plus légère exercée dans ce point donne lieu aussi à des mouvements réflexes étendus des muscles abdominaux et cruraux. Quant au reste du ventre, il n'est ni ballonné ni douloureux.

La langue est couverte d'un enduit blanc et assez épais, tandis que la pointe et les bords sont d'un rouge assez vif; il y a de l'inappétence et de la soif; pas de constipation ni de vomissements. Il n'y a pas d'appareil fébrile; la peau est seulement un peu moite; le pouls, bien développé, présente à peu près sa fréquence normale. La face n'a pas non plus d'expression particulière. (Calomel à dose réfractée; bain général; onguent mercuriel et cataplasmes émollients; diète absolue.)

Le 25, on remarque que la saillie de la paroi abdominale a un peu diminué; la tumeur semble aussi s'être circonscrite davantage. Les douleurs spontanées sont moins violentes, mais la sensibilité à la pression semble toujours aussi exquise, la toux même suffit pour réveiller les plus vives souffrances. Une selle assez liquide. (Pommade belladonée; bain général, huit sangsues à l'anus, lait.)

Le 26, la palpation de la tumeur est toujours aussi douloureuse, quoique la souffrance continue du malade ait diminué. Pas de selle. L'état général reste le même.

Le 27, quoique le malade ait été pris durant la nuit de petites douleurs dans le ventre, il ne ressent plus dans le courant de la journée qu'une tension douloureuse qu'il compare à celle qui précède l'ouverture spontanée d'un abcès occupant le point de l'abdomen, qui est le siége de la tumeur. Cependant la moindre pression détermine toujours des exacerbations pénibles, et donne lieu aux mêmes mouvements réflexes. La soif et l'anorexie persistent. (Pommade belladonée et cataplasmes émollients; bain général; bouillon.)

Le 29, la tuméfaction des parois abdominales a considérablement diminué; les douleurs spontanées ont à peu près disparu, et celles que la pression fait naître ne provoquent plus de mouvements réflexes. On peut parvenir maintenant, par une palpation attentive et toujours légère, à déterminer avec précision le point où la douleur s'est concentrée. Ce point est moins étendu que la partie tuméfiée. Il affecte une forme oblongue mesurant de 2 à 5 centimètres pour son plus long diamètre. Il occupe maintenant l'angle formé par la rencontre de deux lignes, l'une horizontale, partant de l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre s'élevant verticalement du milieu de l'arcade crurale. (Belladone, cataplasmes, bain général, etc.)

Le 30, on peut presser plus fortement que la veille sur la tumeur abdominale sans produire une sensation aussi douloureuse que la veille. L'exploration du malade fait découvrir un fait qui jusqu'alors avait passé inaperçu, à savoir l'existence aux deux aines d'une pléiade ganglionnaire, et la présence du ganglion sus-épitrochléen; on sent encore vers l'arcade crurale, là où les parties sont moins douloureuses, de petits corps glanduleux formant un faisceau qui remonte vers la tumeur et va se confondre avec elle. Le malade assure cependant n'avoir jamais été atteint d'aucune espèce de maladie vénérienne, et l'on ne retrouve aucune trace de chancre sur la verge ou sur les parties environnantes.

L'état général est devenu de plus en plus satisfaisant. La peau est bonne; pouls à 60. Langue moins saburrale L'appétit reparaît. Une selle ordinaire.

Le 1er mai, on constate que la voussure a tout à fait disparu; la tumeur est devenue presque insensible à la pression. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement. (Iodure de potassium, pommade iodurée.)

A partir de ce jour, on voit l'amélioration se prononcer davantage et la tumeur se circonscrire de plus en plus, à mesure que la douleur se dissipe. La diminution de la sensibilité et la mobilité de la paroi abdominale sur la tumeur permettent enfin de déterminer exactement, par la palpation, la forme, les limites et la consistance de la partie encore engorgée. Elle se présente sous la forme d'une tumeur oblongue, à surface lobulée, dont le plus grand axe est d'environ 8 centimètres, et le plus petit de 3 à 4; en haut, elle est bien isolée, et se termine à peu près au niveau de l'épine iliaque; mais en bas, elle se réduit insensiblement et semble se continuer avec les ganglions profonds qui plongent dans le canal crural, en accompagnant le faisceau vasculaire iléo-fémoral; son bord externe ne peut se circonscrire; il semble qu'il y ait entre la tumeur, d'une part, et, de l'autre, la partie postérieure interne de la fosse iliaque, une adhérence qui ne permet pas d'isoler complétement, par la palpation, ces diverses parties; cette exploration fait constater en même temps l'immobilité de la tumeur. Son bord interne, assez épais, se délimite assez facilement et s'enfonce assez profondément dans la cavité abdominale. Il semble à peu près de niveau avec le bord interne du psoas. On constate qu'elle présente une dureté assez considérable; vers l'extrémité supérieure, on sent des anses d'intestin qui s'interposent entre elle et la paroi abdominale.

L'amélioration continuant à faire des progrès réguliers et rapides, le malade sort le 15 mai, ne conservant plus qu'un petit noyau d'induration à surface lobulée et tout à fait insensible.

Le diagnostic, dans ce fait, ne pouvait rester douteux à partir du moment où il fut possible de reconnaître exactement les caractères de la tumeur. Dans les premiers jours il était beaucoup plus difficile. On pouvait se demander si l'on se trouvait en présence d'une typhite avec inflammation du tissu cellulaire environnant, d'une péritonite circonscrite, d'un phlegmon de la fosse iliaque, ou enfin d'un engorgement phlegmoneux de la paroi abdominale, ayant pour siége le tissu cellulaire sous-péritonéal.

La typhite et la pérityphite pouvaient être écartées en raison des antécédents qui prouvaient qu'il n'y avait pas eu de rétention des matières fécales, cause la plus fréquente de ces affections.

L'existence d'une péritonite localisée était susceptible de rendre compte de la sensibilité excessive du ventre; mais le calme de la circulation, l'expression normale de la face, l'absence de causes occasionnelles, et, localement, la nature de la douleur continue, la matité à la percussion, l'absence de ballonnement et de constipation, enfin la résistance que l'on sentait au travers de la paroi abdominale, tendaient à faire rejeter l'existence d'une phlegmasie de la séreuse, ou au moins ne permettaient pas de la considérer comme l'élément essentiel de la maladie.

Le phlegmon sous-aponévrotique de la paroi abdominale eût mieux rendu compte des signes locaux. En effet, la douleur gravative, la diminution de sonorité, la tuméfaction circonscrite, l'intégrité presque complète des fonctions intestinales, tous ces signes s'expliquaient ainsi d'une manière naturelle. Mais, d'un autre côté, la profondeur à laquelle on sentait la tumeur, l'absence d'empâtement du tissu cellulaire sous-cutané, le défaut de mouvement fébrile, sortaient complétement du cadre de cette affection.

Quant au phlegmon de la fosse iliaque, son existence paraissait assez probable. Le siége était à droite, et l'on sait que chez les

hommes le côté droit est plus souvent atteint que le côté gauche; ensuite une tumeur immobile qu'il était impossible de bien circonscrire alors, située assez profondément, développée au niveau de la partie interne de la fosse iliaque, donnant lieu à une douleur gravative continue, représentait assez bien un engorgement phlegmoneux du tissu cellulaire de cette région.

Si l'on supposait, en outre, pour se rendre compte des souffrances si vives réveillées par la pression, que cette phlegmasie avait envahi dans une petite étendue les parties voisines de la séreuse abdominale, on formait un faisceau symptomatique assez complet pour faire croire à la présence d'un phlegmon iliaque. Quant aux douleurs erratiques qui ont précédé l'apparition de la tumeur, on sait que dans l'inflammation du tissu conjonctif des fosses iliaques, les souffrances se font sentir souvent avant d'adopter un siége définitif dans différents points de l'abdomen.

Cependant il manquait, pour mettre ce diagnostic à l'abri de tout reproche, la gêne de la circulation intestinale qui est presque constante, et dont les conséquences immédiates sont la constipation et le météorisme, les douleurs lancinantes s'irradiant dans les organes génitaux et les membres inférieurs, ou, au défaut de ces élancements, un engourdissement et des fourmillements plus ou moins prononcés dans ces mêmes parties, l'immobilisation et la rétraction du membre abdominal correspondant, enfin l'appareil fébrile qui accompagne presque toujours le travail phlegmasique dont la fosse iliaque est le siége.

En procédant ainsi par exclusion, on arrivait à conclure à l'existence d'un engorgement aigu, simplement inflammatoire, des ganglions lymphatiques qui accompagnent dans leur trajet les vaisseaux iliaques externes. A une phase plus avancée de la maladie, il fut facile de constater que ce diagnostic était exact.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

— M. LE PRÉSIDENT présente, au nom de l'auteur, M. Tigri, professeur d'anatomie à Sienne, une note sur un nouveau cas de *Bactéries trouvées dans le sang d'un homme mort à la suite d'une fièvre typhoïde.* L'observateur avait vainement cherché ces infusoires dans le sang des principaux vaisseaux des membres supérieurs; mais ayant porté son investigation sur les parties centrales du système circulatoire, il y trouva des Bactéries nombreuses, et particulièrement dans les veines pulmonaires et dans les cavités gauches du cœur où le sang en contenait une abondance vraiment extraordinaire. (Renvoi à la commission désignée pour les précédentes communications de l'auteur sur le même sujet, commission qui se compose de MM. Andral, Velpeau, Rayer et Bernard.)

DE L'INFLUENCE DES NERFS PNEUMO-GASTRIQUES SUR LES EFFETS DE CERTAINES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES INTRODUITES DANS L'ESTOMAC; ÉTUDES EXPÉRIMENTALES; par M. PH. LUSSANA. (Extrait par M. Longet, présenté en son absence par M. Velpeau.)

(Commissaires: MM. Chevreul, Velpeau, Longet.)

On sait que la section des nerfs pneumo-gastriques retarde ou amoindrit les effets de l'empoisonnement par la strychnine qu'on a introduite dans l'estomac, tandis que cette section détermine promptement, au contraire, les effets toxiques qui résultent de la présence simultanée de l'amygdaline et de l'émulsine dans cet organe.

On a depuis longtemps cherché à se rendre compte de cette singularité; les présentes recherches ont pour but la solution de ce problème.

La première partie de ces expériences confirme l'opinion suivant laquelle le retard que la section des pneumo-gastriques apporte à l'empoisonnement par la strychnine a pour cause les entraves apportées à l'absorption par les troubles circulatoires et respiratoires qui résultent de cette opération.

La seconde partie a un autre objet: on sait que, lorsqu'on met en présence dans un vase de l'amygdaline et de l'émulsine, ces deux substances réagissent l'une sur l'autre et produisent de l'acide cyanhydrique qui tue; cet empoisonnement, qui ne s'effectue pas dans l'estomac sain, s'effectue si l'on coupe les nerfs pneumo-gastriques. Pourquoi?

On a donné pour explication que le suc gastrique qui se sécrète normalement dans un estomac sain *digérait* l'émulsine avant qu'elle ait pu réagir sur l'amygdaline, c'est-à-dire que le suc gastrique changeait cette substance de telle façon, qu'elle n'était plus propre à provoquer la formation d'acide cyanhydrique. Mes expériences, dit M. Lussana, infirment cette explication; l'action digestive du suc gastrique ne s'exerce pas sur l'émulsine, comme cela a été avancé, et ne transforme pas ce principe. En effet: 1° après avoir prolongé le contact du suc gastrique sur l'émulsine, en digestion artificielle, durant des jours, on la trouve encore propre à développer en abondance de l'acide cyanhydrique; 2° l'émulsine et l'amygdaline recueillies dans l'estomac sain, et qui n'empoisonnaient pas, empoisonnent d'une manière très-rapide dès qu'on vient à changer seulement la réaction du milieu. Donc ce n'est pas l'altération par action métamorphosante ou digestive du suc gastrique qu'il faut indiquer pour expliquer le défaut de l'empoisonnement.

Selmi a déjà montré que l'amygdaline et l'émulsine donnaient le maximum d'acide cyanhydrique quand elles se rencontraient dans un milieu neutre, et le minimum dans un milieu acide.

C'est, suivant les présentes expériences, précisément la vraie raison du défaut des effets toxiques dans l'estomac normal. L'acidité du suc gastrique paralyse l'action de l'émulsine sur l'amygdaline; mais la propriété est si bien conservée, même dans l'estomac, que si l'on réussit à neutraliser le contenu de celui-ci, l'empoisonnement éclate.

C'est parce que le suc gastrique des herbivores est le moins acide que l'empoisonnement a plus facilement lieu chez eux.

Enfin, si la section des nerfs pneumo-gastriques favorise les effets toxiques, c'est que l'acide cyanhydrique peut se produire en toute liberté, car la sécrétion acide de l'estomac, diminuant, ne gêne plus cette production vénéneuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Un mémoire de M. le docteur Johert (de Guyonvelle), sur les résultats comparatifs obtenus par l'inoculation du virus-vaccin ordinaire et du virus-cow-pox. (Comm. de vaccine.)

2° Un rapport de M. le docteur Pasturel, sur une épidémie de stomatite pseudo-membraneuse de 1863.

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1863, dans les départements de l'Aube, de l'Aveyron, des Bouches-du-Rhône, de la Drôme, de la Creuse, de l'Ariége et de l'Orne. (Comm. des épidémies.)

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Chaudes-Aigues (Cantal), par M. le docteur BRÉMONT; d'Audinac (Ariége), par M. le docteur DEBORT. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend:

1° Un mémoire de M. le docteur Simorre (de Contres), sur le traitement de l'angine couenneuse par la méthode antiphlogistique. (Comm.: MM. Barth et Roger.)

2° Une observation d'ovariotomie pratiquée avec succès, le 24 octobre 1863, par M. le docteur LEROUX (de Bézières): (Comm.: MM. Nélaton, Malgaigne, Huguier.)

3° Une observation de M. le docteur Mathias (d'Annecy), concernant l'extraction d'une longue aiguille enfoncée dans la région sus-pubienne de la paroi abdominale. (Comm., M. Michon.)

— M. LARREY offre en hommage, au nom de M. le docteur Grellois, une notice sur la vie et les travaux de feu le docteur Riboulet, ancien médecin principal aux Invalides.

— M. TARDIEU fait hommage, au nom de M. le ministre de l'intérieur, de la collection des documents étrangers relatifs à la question des vivisections, documents recueillis par les ordres et par les soins de M. le ministre des affaires étrangères.

— M. VERNOIS présente, de la part de M. le docteur Prosper de Pietra-Santa, une brochure intitulée: *Influence des chemins de fer sur la santé publique.*

M. BOUDET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion par l'Académie.

ÉLECTION.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

La commission présentait la liste suivante:

En première ligne, M. Delpech; — en deuxième, M. Dutroulean; —

en troisième, M. Bondin; — en quatrième, M. Bergeron; — en cinquième, M. Bonchut; — en sixième, M. Hillairet.

Au premier tour, sur 82 votants, M. Delpech obtient. 32 suffrages.

—	M. Boudin	20 —
—	M. Bouchut.	17 —
—	M. Dutrouleau . . .	11 —
—	M. Bergeron	7 —

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, qui est de 42, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Sur 83 votants, M. Delpech obtient. . . 47 suffrages.

—	M. Boudin.	29 —
—	M. Bouchut	14 —
—	M. Dutrouleau.	2 —

En conséquence, M. Delpech est élu membre de l'Académie, dans la section d'hygiène.

— M. Bouchardat, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport officiel sur le service médical des eaux minérales de France pendant l'année 1861.

— M. Kergaradec ajoute quelques observations verbales aux renseignements administratifs consignés dans le rapport officiel sur les épidémies, dont on a récemment donné lecture.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1863; par M. le docteur Ordonez, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Pathologie.

Tumeur cérébelleuse de nature syphilitique guérie; observation communiquée à la Société de biologie par M. le docteur Leven.

Femme de 31 ans qui a eu chancre induré, plaques muqueuses, etc., et est entrée à l'hôpital Lariboisière, portant sur les membres supérieurs une syphilide pustuleuse très-bien caractérisée.

Depuis plusieurs semaines elle se plaignait de céphalalgie occipitale très-violente, elle avait des vomissements incoercibles, et l'iodure de potassium qu'on lui avait administré ne pouvait rien contre ces accidents. Bientôt elle se sentait s'affaiblir, elle titubait, la marche devenait de plus en plus pénible, et au commencement de mars 1863 elle était obligée de garder le lit; dans le lit elle pouvait encore exécuter les mouvements en tous sens avec les membres inférieurs dans une direction préconçue; elle pouvait coordonner les mouvements, on ne constatait pas de paralysie proprement dite, mais un affaiblissement musculaire énorme; il en était des membres supérieurs comme des membres inférieurs : affaiblissement musculaire sans paralysie puissante de coordination des mouvements intacts.

En même temps que le trouble de la motilité dans les membres, parut un strabisme double convergent qui alla croissant jusqu'au point que les deux yeux disparaissaient en partie derrière les paupières, et la physionomie de la malade avait contracté un aspect hideux; le strabisme se compliquait au début de diplopie sous l'influence de la volonté, elle pouvait réagir en partie contre le strabisme et porter l'œil en dehors, mais avec peine. Nous constatons ici encore, non pas une paralysie, mais un trouble dans le système locomoteur de l'œil.

L'intelligence et la sensibilité n'avaient pas été touchées dans ce cortége de symptômes graves, et les fonctions des autres systèmes étaient également restées intactes; elle n'a pas eu de fièvre, elle ne toussait pas; la nutrition avait été profondément altérée par les vomissements prolongés; elle s'était amaigrie.

Un traitement mercuriel, deux pilules de Sédillot par jour, fut institué dans la première semaine de mars, et au bout de huit jours déjà il y eut une amélioration sensible; les maux de tête se calmèrent, les vomissements diminuèrent; puis les autres symptômes graves s'amendèrent peu à peu; la malade récupéra ses forces, bientôt elle put rester assise dans son lit, se tenir sur ses jambes; le strabisme céda également, et après six semaines de traitement mercuriel, en avril 1863, les douleurs de tête, les vomissements avaient disparu; la malade avait récupéré la puissance de ses mouvements; elle quitta l'hôpital guérie du strabisme et pouvant marcher facilement.

Ce fait présente le plus grand intérêt; il est peut-être unique dans l'histoire de la science; il réunit tous les symptômes que nous avons décrits comme caractérisant une lésion du cervelet dans notre Mémoire sur la pathologie de cet organe, et de plus il montre la possibilité de la guérison des tumeurs cérébelleuses.

J'ai pu suivre l'observation jusqu'à la sortie de la malade de l'hôpital grâce à la bienveillance de M. le docteur Duplay qui, lui aussi, avait diagnostiqué une affection cérébelleuse.

J'ai revu la malade depuis sa sortie, et la guérison est définitive; elle a repris ses travaux.

II. — Pathologie comparée.

Sur le tournis des moutons; communication de M. Leven.

Le kyste siégeait tantôt dans un lobe cérébral, dans un lobe cérébelleux ou dans les deux lobes cérébraux. Les ventricules latéraux ne sont pas envahis; la substance cérébrale a disparu devant le kyste, est résorbée sans qu'il existe aucune trace d'inflammation ou de suppuration; la poche kystique est séparée de la substance cérébrale par une membrane celluleuse pénétrée de vaisseaux en grande quantité de formation nouvelle. Dans chacun des kystes se trouvaient un grand nombre de cœnures qui ne présentaient rien de particulier à signaler, adhérents pour la plupart à la membrane d'enveloppe; le liquide kystique est blanc, transparent, et varie de quantité, selon les dimensions du kyste, 50 à 60 grammes en moyenne. Dans l'un des cerveaux, le lobe gauche tout entier était envahi, et il ne restait plus qu'un tiers de la substance cérébrale; l'animal n'a présenté qu'un mouvement circulaire de gauche à droite qui se produisait toutes les fois qu'on le poussait dans ce sens. Incapable de tourner de droite à gauche, il avait la faculté de courir en ligne droite, et toute sa puissance musculaire: aucun trouble de la sensibilité, ni des facultés instinctives, ni des organes des sens; la nutrition était intacte, et les troubles du mouvement seuls traduisaient la présence du cœnure.

Chez un deuxième mouton, dont le lobe cérébelleux gauche était creusé par le cœnure dans une grande étendue; même mouvement circulaire de gauche à droite et impuissance de tourner de droite à gauche; affaiblissement musculaire; il marche péniblement et semble incomplétement paralysé du côté gauche; du reste aucun trouble de la sensibilité ni des organes des sens; la nutrition altérée; l'animal mangeait peu et s'amaigrissait rapidement.

Deux des moutons étaient morts subitement, et à l'autopsie, on a trouvé la surface du cervelet, le bulbe couverts d'une couche assez épaisse de sang.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Guide de l'asthmatique. De l'asthme, sa nature, ses complications, son traitement rationnel : massage; par le docteur G. J. Berger. — Paris. J. B. Baillière et fils, 1863.

Étude sur l'angine de poitrine; par le docteur Savalle (de Freneuse). — Paris. Adrien Delahaye, 1864.

Nous avons maintes fois déjà proclamé dans ces colonnes notre prédilection pour les monographies; aussi semble-t-il que nous pourrions, comme entrée en matière, renvoyer à l'un de nos précédents articles. Mais on connaît l'histoire de la langue d'Ésope; les monographies sont aussi dans ce cas : elles ne sont pas toujours ce qu'il y a de meilleur; et puisque l'occasion nous en est offerte, nous allons, au risque d'entrer dans des détails un peu terre à terre, dire aux lecteurs de la *Gazette* toute notre pensée; quoique la critique ait des droits imprescriptibles d'arbitre souverain, il est bon cependant qu'elle rende des jugements motivés.

Si du temps de Molière on avait la manie des petits vers, le travers de l'époque actuelle est, à coup sûr, l'abus des brochures de toutes sortes. Il n'est de piètre écrivain qui ne cède à l'envie de livrer à la publicité ses idées *de omni re scibili*; or, ce qui en littérature peut être, à tout prendre, considéré comme inoffensif, a pris en médecine le caractère d'un véritable fléau : de là ce flot de livres de tous les formats que la presse médicale est obligée d'annoncer invariablement tous les ans. Jadis, après avoir laborieusement enfanté une thèse de quelques pages, on y eût volontiers inscrit comme épilogue le *illic cæstus* du vieil Entelle. Aujourd'hui, la dissertation inaugurale constitue parfois un gros volume destiné à être mis en vente, et après qu'on l'a utilisé le plus longtemps possible de la sorte, on finit par livrer à l'impression de nouvelles pages sur le sujet le plus spécial de sa pratique. Certes, il n'y aurait qu'à s'applaudir de cette tendance, si ces diverses monographies étaient, comme cela devrait être, l'œuvre de praticiens consommés venant apporter à l'œuvre commune le résultat de leurs travaux et de leur expérience; mais il est loin d'en être ainsi. La plupart de ces brochures ne sont faites qu'en vue de la couverture; l'auteur accepterait volontiers, si cela était possible, de n'y mettre que du papier blanc. Mais il faut

absolument noircir un certain nombre de pages; on est donc forcé d'emprunter aux différents traités existant déjà leurs passages les plus saillants; le tout est relié ensemble plus ou moins habilement, et honni soit qui mal y voit. Sans doute même dans ces conditions on pourrait encore faire un bon livre, et le même sujet serait traité d'une manière satisfaisante par l'un des membres de cette jeune génération de travailleurs à qui l'habitude et la mémoire rendent ces travaux familiers. Supposons qu'il vienne à l'un de ces modestes compilateurs la pensée de faire un livre sur un sujet qui l'intéresse, ou même sur un sujet donné, que fera-t-il? Après avoir acquis, par la lecture des auteurs tant anciens que modernes, une connaissance approfondie de son sujet, il ira trouver les praticiens connus pour s'en occuper spécialement; il demandera à l'un quels sont les résultats positifs auxquels il est arrivé, à l'autre s'il n'a rien à modifier aux dernières conclusions qu'il a publiées; enfin, au besoin, il soumettra son œuvre à leur censure, et ne la livrera à la publicité que quand il aura la conscience d'y avoir mis, à défaut de sa propre originalité, celle de la science contemporaine.

En dehors de ces deux conditions,— travail du maître ou travail de l'élève sous la direction du maître, — il nous semble difficile, presque impossible de produire un ouvrage sérieux, et ceci semble tellement admis par tout le monde, que le public médical ne lit guère autre chose. Nous espérons d'ailleurs que les dictionnaires dont on annonce la publication prochaine, — dictionnaires qui ne seront en réalité qu'une série de monographies remplissant les conditions précédentes, — auront pour résultat de calmer pour un certain temps ce flux de publications nouvelles. Il est vrai qu'il restera toujours les ouvrages faits en vue des gens du monde, dans lesquels l'auteur se préoccupe de toute autre chose que de faire un livre; sous ce point de vue, n'avions-nous pas raison de dire que la monographie peut être quelquefois ce qu'il y a de pire?

Ceci nous servira de transition pour arriver à l'ouvrage de M. Berger; ce n'est pas que nous le rangions dans cette dernière catégorie : lui-même d'ailleurs se défend bien fort d'avoir voulu « augmenter le nombre de ces livres hybrides, de ces médecines « sans médecin, qui ne cessent d'inonder la littérature médicale ac- « tuelle, » et espère que ses confrères ne s'y tromperont pas. Aussi est-il fâcheux que l'auteur ait intitulé son livre: *Guide de l'asthmatique*. A quoi bon ce titre si l'ouvrage s'adresse aux médecins? Il est vrai qu'il s'intitule aussi *De l'asthme;* mais ce dernier titre, qui figure en grosses capitales sur le livre s'efface devant le précédent dans les annonces de librairie, et involontairement on pense au

Je suis oiseau, voyez mes ailes;
Je suis souris, vivent les rats.

Quant à l'ouvrage lui-même, il n'y a pas grand'chose à en dire : c'est un résumé assez exact des travaux relatifs à l'asthme, auxquels l'auteur ne semble pas avoir eu la prétention d'ajouter rien d'original; il a d'ailleurs le bon esprit de ne pas chercher à refaire des descriptions qui ne laissent pas à désirer et les reproduit *in extenso*, notamment celles de MM. Trousseau, Beau et Théry. L'anatomie pathologique se trouve exposée avec des développements d'autant plus saillants qu'en réalité elle se borne à bien peu de chose. Il en est de même de l'étiologie et de la question d'origine; nous ne croyons pas qu'il faille aujourd'hui se livrer à une bien longue discussion pour arriver à ranger l'asthme essentiel dans la classe des névroses. Il nous semble que pour conclure à la nature spasmodique de la maladie, il n'est même pas besoin d'invoquer l'autorité du célèbre clinicien de l'Hôtel-Dieu.

Le traitement est exposé avec d'assez longs détails. L'auteur se range, en définitive, au traitement institué par M. Trousseau (belladone, cigarettes arsenicales et iodure de potassium); il termine en conseillant l'emploi du massage, et ici nous devons constater une déception de notre part D'après l'importance que l'auteur semble attacher à ce mode de traitement auquel il a donné une place dans le sous-titre de son livre, nous nous attendions à trouver une exposition complète du mode d'emploi de ce moyen thérapeutique appliqué à l'asthme; il nous semblait qu'après avoir lu l'ouvrage de M. Berger, un lecteur intelligent, ou tout au moins un médecin, devait être mis à même de pratiquer le massage partiel de la poitrine. Eh bien! nous devons dire que les deux seules pages que l'auteur ait consacrées à cette description n'apprennent pas grand'chose à ceux qui ne sont pas déjà au courant du massage. L'auteur pouvait faire une brochure intéressante en se bornant à cette partie très-restreinte de son sujet, et lui donnant tous les développements qu'elle comporte.

Enfin (quoique ce reproche ait peu d'importance après les griefs que nous venons de formuler), nous ferons observer à l'auteur qu'aujourd'hui il est impossible, dans un ouvrage qui a la prétention d'être sérieux, de ne pas faire une large part à la bibliographie, afin de mettre le lecteur à même de vérifier l'exactitude de ce que vous avancez. Or le *Guide de l'asthmatique* n'offre aucune indication de ce genre, ni au bas des pages, ni même à la fin du volume. Quand l'auteur cite ses autorités, on est obligé de l'en croire sur parole; mais, hélas! le *jurare in verba magistri* n'a plus cours dans notre siècle de scepticisme scientifique.

L'analogie qui existe entre la symptomatologie de l'asthme et celle de l'angine de poitrine nous amène à parler de la brochure de M. le docteur Savalle (de Freneuse) sur l'angine de poitrine, brochure qui a obtenu le prix Civrieux; et si nous ne craignions de lasser la patience de nos lecteurs, nous en profiterions pour leur parler des prix académiques; mais nous préférons garder pour une prochaine occasion ce corollaire des idées que nous venons d'émettre; bornons-nous aujourd'hui à leur parler du mémoire de M. Savalle. C'est pourtant vraiment dommage de faire cette abstraction, car l'auteur ne semble préoccupé que des juges qui doivent apprécier son œuvre; il semble qu'on lit la composition d'un élève qui concourt pour le prix de dissertation française.

Disons-le tout de suite : M. Savalle s'est acquitté très-heureusement de sa tâche; ce n'est pas qu'il ait ajouté grand'chose à nos connaissances sur l'angine de poitrine, mais son travail est d'une lecture attrayante et respire un air de bonhomie qui fait augurer favorablement de l'auteur et du praticien. On ne peut s'empêcher de sourire quand on le voit, après un exposé bien complet des travaux antérieurs à 1833, ajouter ingénument : « Et sans doute depuis cette « époque un grand nombre d'ouvrages importants qu'il m'est im- « possible, à mon très-grand regret, de consulter et de mettre à « profit. »

La description de l'accès qui caractérise l'angine de poitrine, description qui forme l'entrée en matière, est d'un style vif et saisissant. Nous demanderons au lecteur la permission d'en reproduire un extrait comme échantillon de la manière de l'auteur. Voici donc comment s'exprime M. Savalle :

« Parmi les maladies qui affligent notre pauvre humanité, les unes... se font précéder par des signes avant-coureurs qui annoncent leur prochaine venue...; d'autres, capricieusement primesautières, n'y mettent pas tant de façons. Elles partent, elles sont arrivées. C'est dans cette catégorie qu'il faut placer l'angine de poitrine...

« Tout à l'heure vous jouissiez de toutes les apparences d'une santé florissante, et soudain vous voilà saisi, quelquefois comme terrassé par un mal inattendu, si menaçant dans son étrangeté qu'il vous semble que la mort est là.

« Et la scène est rapide. Une sensation indéfinissable s'empare tout à coup de la poitrine. Est-ce engourdissement, suffocation, constriction, angoisse, et, comme on l'a dit, pause de la vie? Tantôt c'est un de ces sentiments qui domine, tantôt c'est un peu de tout cela avec une intensité qui varie depuis la douleur obtuse jusqu'à la douleur la plus aiguë.

« Au bout de quelques minutes, un peu plus ou un peu moins, la crise est terminée; mais elle laisse en partant une impression tellement vive qu'on se serait cru incapable de la supporter sans mourir, si elle eût duré plus longtemps. Le malade en conserve une terreur profonde et comme le ressentiment d'un grave danger passé qui doit revenir. »

Quand on a été, comme nous, témoin de violentes attaques de ce genre, on reconnaît toute la justesse de cette peinture que rendent plus frappante encore les détails subséquents. Ce n'est pas que nous soyons partisans outre mesure des descriptions pittoresques et des figures de rhétorique dans un ouvrage sérieux, tel qu'un livre de médecine. Le style d'une œuvre de ce genre ne peut être celui de l'épopée ou de la tragédie, et nous avous eu toujours peu de goût pour une mise en scène oratoire du genre de celle-ci : « Alors la toile se lève et le drame morbide commence. » Mais, à tout prendre, nous préférons cet excès d'image, qui nous déplaît dans l'ouvrage de Requin, à la prose pâteuse et parfois incorrecte qui rend pénible la lecture de certaines monographies.

Mais revenons à l'angine. Une des parties originales du mémoire de M. Savalle consiste dans trois observations, ou plutôt dans le récit de trois cas de sa pratique où nous retrouvons d'une certaine manière le style pittoresque que nous signalions tout à l'heure : ainsi l'épithète d'*affolés*, pour peindre le désordre des battements du cœur. Seulement, dans la partie relative au traitement il paraît un peu trop visiblement que l'auteur en est resté, comme pour la bibliographie,

aux idées de 1833. Nous ne croyons pas que l'on puisse croire encore aujourd'hui aux propriétés antispasmodiques du sous-nitrate de bismuth.

Comme appréciation générale de l'ensemble et de l'œuvre, nous pourrions nous borner à transcrire le passage du rapport académique de M. Robin, qui signale, comme devant le plus fixer l'attention des médecins, la partie consacrée au diagnostic différentiel et à l'anatomie pathologique. Cette appréciation, reproduite par M. Savalle au bas de sa première page, se termine ainsi : « Après avoir passé en « revue les diverses opinions émises sur la nature et la cause de l'an- « gine, l'auteur la considère comme étant principalement une affec- « tion convulsive. » Notre compte rendu serait incomplet si nous nous bornions à ce vague énoncé. Considérer l'angine de poitrine comme une affection convulsive n'a rien de neuf ni de bien intéressant, et les lecteurs de la *Gazette* pourraient méconnaître ce qui fait l'originalité de l'œuvre dont nous sommes chargé de leur rendre compte. Fidèle à notre habitude de négliger les parties banales et accessoires pour faire ressortir ce qui est spécial à l'auteur, nous ne pouvons passer sous silence l'explication théorique hasardée par l'auteur (pages 46 et suivantes), et qu'il résume en ces termes :

« L'angine est une affection dont l'expression principale est la forme convulsive. Elle dépend d'une lésion partielle de l'axe cérébro-spinal, de ses membranes ou des nerfs qui en émergent. — Elle a pour siége les portions de cet axe les plus voisines de la base du crâne, surtout celles qui lient le cerveau au reste de l'appareil, y compris, bien entendu et tout particulièrement, les origines des nerfs pseudo-gastriques, et peut-être aussi parfois des autres nerfs servant à la respiration. — Elle a pour cause une congestion sanguine subite, ou l'augmentation brusque d'un état congestif antérieur. »

L'auteur développe cette idée en établissant que la disposition du système artériel cérébro-spinal est éminemment propre an développement d'une congestion sanguine; il ajoute : « Or toute congestion de l'appareil cérébro-spinal ayant pour résultat de troubler plus ou moins profondément la fonction nerveuse qui obéit à cet appareil, je n'hésite pas à poser cette assertion par rapport à ce nerf (le pneumo-gastrique) : il y aura trouble plus ou moins grave de la respiration tant que la congestion sanguine pèsera sur ses origines ou dans le voisinage, et le trouble sera proportionné à l'effort congestif. Poussée à l'extrême, la congestion amènera l'état convulsif dont la mort pourra être la terrible et suprême conclusion. » En outre, cette irruption sanguine dans les régions supérieures peut avoir pour résultat secondaire une congestion compressive de la moelle et de ses enveloppes, congestion qui devra entraver plus ou moins l'action des nerfs intercostaux.

Nous ne pouvons savoir mauvais gré à M. Savalle de chercher une explication précise à des faits dont la cause est ignorée et restera toujours si obscure pour nous. Nous nous bornerons à lui faire observer que même en admettant la congestion dont il parle, il resterait à établir que cette congestion doit produire une convulsion. Or ce n'est point sous forme convulsive que se manifeste la congestion cérébrale. Sans doute c'est ainsi que débute la méningite; mais là où il n'y a pas seulement congestion, il y a surtout cette lésion inflammatoire dont la nature intime nous échappe, lésion à laquelle il faut vraisemblablement attribuer la perversion nerveuse que l'on observe. L'honorable praticien de Freneuse nous semble un peu trop partisan de la congestion quand même. Aussi s'est-il empressé d'ajouter un *post-scriptum* à son mémoire pour protester contre les idées subversives émises par M. Trousseau dans sa fameuse communication sur la congestion épileptiforme. Il y avait pourtant là, ce nous semble, une voie nouvelle ouverte à la théorie, pendant que la mode était aux névroses, il y avait un chapitre à faire sur l'épilepsie du cœur. Hélas! les théories passeront et la maladie restera; applaudissons néanmoins à ces aperçus ingénieux qui nous font saisir des rapprochements entre des maladies dissemblables à première vue, à ces efforts tentés dans le but de découvrir les secrets intimes de la nature, n'eussent-ils d'autre résultat que de nous mener, comme les pyrrhoniens, à savoir que nous ne savons rien.

E. SALVA.

VARIÉTÉS.

— Nous apprenons avec douleur la mort prématurée de M. le docteur Fr. Ribes, ancien professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier. Nous avons beaucoup aimé et intimement connu cemédecin d'une rare distinction d'esprit et de manières. Pendant cinq ans il a été notre maître, et c'est lui qui, par ses conseils non moins que par son affection, nous a retenu peut-être plus longtemps qu'il n'était nécessaire dans cette antique école qu'il a tant honorée par un enseignement original, solide et fructueux, durant plus de trente années.

Nous devons un souvenir de reconnaissance et de justice à la mémoire de ce maître, représentant remarquable d'une génération qui s'en va. Nous parlerons prochainement de la valeur de M. Ribes comme professeur, du rôle qu'il a joué dans la Faculté de Montpellier, et des services qu'il a rendus à la médecine par ses leçons et par ses écrits.

J. M. GUARDIA.

— M. Désiré Monfanges, docteur en médecine, chevalier de la Légion d'honneur, ancien maire de Nontron, ancien sous-préfet, ancien conseiller d'arrondissement, médecin de l'hôpital, des épidémies et des prisons, vient de mourir, après une longue et cruelle maladie. Ses obsèques ont eu lieu le 12 janvier, au milieu d'une affluence considérable, composée de toute la population nontronnaise, des fonctionnaires publics et des autres notabilités, et d'un grand nombre d'habitants des campagnes voisines.

Six discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Dusollier, ancien député; Picaud, docteur en médecine; Lapouge, vétérinaire; Laborde, rentier; Fanty-Lescure, conseiller à la Cour impériale de Bordeaux, et Profit, docteur en médecine, maire de Saint-Pardoux-Larivière.

A ces éloges prononcés sur la tombe du défunt sont venus s'ajouter d'autres témoignages de suprême sympathie: le président de l'Association médicale de la Dordogne s'est empressé d'adresser à un de ses confrères, résidant à Nontron, une lettre dans laquelle il paye, au nom de l'Association, un juste tribut d'éloges et de regret à la mémoire du docteur Monfanges.

— Vendredi dernier, une foule nombreuse était réunie dans l'église Saint-Aignan, à Chartres, pour rendre les derniers devoirs à M. le docteur Auguste Durand, frappé de mort subite à Paris, il y a quelques jours, et dont la dépouille mortelle avait été transportée à Chartres. Au nombre des personnes qui assistaient à cette triste cérémonie, on remarquait M. le préfet d'Eure-et-Loir et MM. les conseillers de préfecture, les chefs des diverses administrations, les membres du corps médical de Chartres et un grand nombre de médecins du département.

Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Delthil, chevalier de la Légion d'honneur.

— D'après les dernières nouvelles officielles reçues du Mexique, l'état sanitaire serait satisfaisant à la Vera-Cruz; il n'y reste aucune trace de typhus ou de scorbut, les fièvres simples elles-mêmes ont perdu leur intensité.

— Les froids excessifs que nous avons eu à traverser ont donné lieu à Londres à un grand nombre de morts subites. La mortalité générale s'est élevée à 2,427, c'est-à-dire à 877 décès de plus que le chiffre moyen.

— *Mortalité dans l'armée fédérale.*—Les statistiques publiées par les États-Unis confirment une fois de plus ce fait, qu'aucun général ne fera jamais périr par le glaive autant d'hommes qu'en tue la maladie, dans une campagne tant soit peu prolongée. — Les morts causées par blessures n'ont atteint que le chiffre de 17,2 pour 1,000 en une année, tandis que les morts par maladie sont de 50,4 pour 1,000. Ainsi sur un homme emporté par le feu ennemi, près de trois sont enlevés par la maladie. Si la perte (de 67 pour 1,000) arrivait subitement, elle serait bien moins sensible, attendu que chaque malade exige des soins et un personnel pour le servir. (*British medical journal.*)

— Les dépouilles mortelles de l'amiral Hamelin, grand chancelier de la Légion d'honneur, ont été embaumées par M. Vasseur, préparateur d'anatomie, rue de l'École-de-Médecine, n° 2, sous la haute inspection de M. le docteur Fabre, médecin de la grande chancellerie.

— Des convenances de famille obligeant un médecin très-considéré et très-occupé d'abandonner l'exercice de sa profession dans un chef-lieu de canton du département de la Gironde, qui est riche, très-peuplé et parfaitement habité, ce médecin désirerait trouver un confrère sérieux et distingué auquel il pourrait céder l'excellent poste qu'il occupe.

S'adresser au docteur J. J. Cazenave, rue des Treilles, 1, à Bordeaux, tous les jours de midi à une heure, excepté le dimanche.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : — ACTION DE L'OXYGÈNE SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE : MM. DEMARQUAY ET LECONTE. — L'AIR COMPRIMÉ : M. FOLEY.

La physiologie, la médecine, la chirurgie, l'hygiène publique et privée ont un immense intérêt à connaître l'action de l'air et de ses éléments considérés dans toutes leurs variations de composition et d'altérations sur l'économie animale. Ce qui a été fait naguère pour l'étude des eaux devrait l'être, avec plus de raison, pour celle de l'air. L'eau est d'une utilité et d'un emploi limité par rapport à l'usage de l'air, qui est de tous les instants. Cependant cette étude, quoique considérée depuis Hippocrate comme une des plus nécessaires au médecin, est loin d'avoir été poussée aussi loin que le permettent les ressources de la science moderne.

L'air est à l'état de pureté un composé d'oxygène, d'azote, dans la proportion de 21 d'oxygène pour 79 d'azote. Mais cet état est en quelque façon idéal; l'acide carbonique, l'hydrogène, l'ammoniaque, et une foule d'éléments organiques résultant des exhalations animales et végétales et de leurs combinaisons entre elles, font de l'air un composé extrêmement complexe et incessamment variable. Ajoutons à cela les variations de température, de densité, d'hygrométrie et de tension électrique, et nous aurons une somme d'éléments de diversité dont les combinaisons et les permutations sont aussi nombreuses que celles de tous les chiffres et de toutes les lettres de l'alphabet réunies. Comme étude de faits, la composition de l'air est donc un des sujets les plus difficiles et des plus fertiles en observations de tout genre. Mais il est possible d'étendre et de multiplier même les données du problème. On peut faire varier à volonté la composition élémentaire de l'air, augmenter ou diminuer la proportion d'oxygène et d'azote, celle de l'acide carbonique, et l'on a le plus intéressant et le plus fécond sujet d'expérimentation. Mais avant de procéder à cette étude d'ensemble, il fallait, à l'instar des physiciens, simplifier et dissocier les conditions du problème : étudier séparément l'action de l'oxygène, de l'azote, de l'acide carbonique, etc. C'est ce qu'ont entrepris de faire MM. Demarquay et Leconte. Depuis longtemps déjà ces deux expérimentateurs ont procédé à l'étude de l'action chirurgicale ou traumatique de l'air, et la GAZETTE MÉDICALE a été des premières à les encourager dans cette voie. Les expériences dont ils viennent d'entretenir l'Académie des sciences ont surtout trait à l'action physiologique et générale de l'oxygène. Nous avons publié au compte rendu de la séance les principaux résultats auxquels ils sont arrivés. Ces résultats se résolvent dans un fait essentiel et général : l'action reconstituante et réparatrice de l'oxygène. Cette conclusion n'est pas nouvelle, et la dénomination d'air vital appliquée à l'oxygène prouve bien que cette opinion ne date pas d'hier. Les deux auteurs ont ensuite injecté de l'oxygène par dans les cavités muqueuses et séreuses, et ils n'ont provoqué aucun accident. A l'égard des injections d'oxygène dans les cavités séreuses. MM. Demarquay et Leconte relatent un cas de guérison obtenu par une injection d'oxygène dans la tunique vaginale. Ce fait nous surprend d'autant moins que, il y a une vingtaine d'années, alors que M. Demarquay était interne dans le service de M. Breschet, nous avons fait nous-même cette expérience sous les yeux et avec l'agrément du chef de service, et nous en avons obtenu le même résultat. D'autres travaux nous ont détourné de cet ordre de faits; mais nous serions heureux qu'ils fussent repris comme une des applications de la méthode sous-cutanée.

Nous avons une lacune à signaler dans les expériences de MM. Demarquay et Leconte, c'est l'emploi de l'oxygène en bains; il y a là un ordre de faits nouveaux à explorer, fécond peut-être en résultats imprévus. On avait espéré tirer un grand parti de l'emploi de l'oxygène pur contre la phthisie; mais on a remarqué que l'action irritante du gaz avait pour résultat d'aggraver les phénomènes locaux en provoquant la congestion des points ulcérés des bronches ou des poumons. MM. Demarquay et Leconte pensent qu'on éviterait ce grave inconvénient en faisant respirer l'air aux phthisiques dans la première période de leur maladie, lorsque les tubercules sont encore à l'état cru. Pourquoi n'avoir pas étudié l'action physiologique des bains d'oxygène pur pour arriver à l'emploi de ces bains chez les phthisiques à tous les degrés? Quoi qu'il en soit de cette lacune, les auteurs n'en ont pas moins posé tous les jalons de l'étude de l'action de l'oxygène sur l'économie. Peut-être convient-il de faire quelques réserves à l'égard de leur opinion sur l'identité d'action de l'oxygène pur et de l'air comprimé. En d'autres termes, ces auteurs pensent que l'air comprimé ne doit ses propriétés bienfaisantes qu'à la plus grande proportion d'oxygène qu'il renferme sous un même volume, et ils induisent qu'il doit être indifférent d'employer l'oxygène ou l'air comprimé pour satisfaire aux indications où ce dernier paraît devoir être employé. Ils motivent leur opinion sur ce que « les *phénomènes chimiques ou organoplastiques* sont les mêmes dans les deux cas. » Ce que nous savons des phénomènes chimiques et surtout de l'action physiologique et organoplastique de l'air comprimé doit ne faire accepter qu'avec beaucoup de circonspection cette conclusion de MM. Demarquay et Leconte. Nous croyons, au contraire, que l'air comprimé, indépendamment de son action commune avec l'oxygène, par la plus grande quantité de ce gaz qu'il renferme, exerce une action propre très-remarquable, laquelle, à défaut d'observations directes, qui ne manquent d'ailleurs pas, pourrait s'induire de l'action inverse de l'air raréfié. Ne sait-on pas, en effet, que la raréfaction de l'air sur le sommet des hautes montagnes se traduit par une turgescence des membranes et de la peau, par une tendance aux hémorrhagies? C'est là un effet tout physique, résultant d'une diminution de pression et d'une plus grande expansion périphérique des fluides. Un ordre de phénomènes analogues ne s'observe-t-il pas à la sortie des appareils à air comprimé chez les ouvriers qui passent un peu brusquement de ces appareils à l'air libre? Il faut donc faire la part de tout; et bien qu'il faille reconnaître, avec MM. Demarquay et Leconte, une certaine analogie d'action entre l'oxygène pur et l'air comprimé, il faut réserver à ce dernier le bienfait de son action physique autre que l'action chimique, qu'il partage avec l'oxygène pur.

Ceci nous amène à parler des études entreprises par M. le docteur Foley sur les ouvriers travaillant dans l'air comprimé. M. Triger, aussi sagace observateur qu'ingénieur habile, est, comme on le sait, l'auteur de l'important système des travaux intratubulaires, système qui a rendu tant de services aux chemins de fer et à la navigation. Dans

---

FEUILLETON.

REVUE MÉDICO-HISTORIQUE.

LE PROFESSEUR F. RIBES; SOUVENIRS DE L'ÉCOLE DE MONTPELLIER.

D'un homme qui a fait son chemin, on dit vulgairement qu'il est arrivé; et cette façon de dire est très-juste. Chacun se propose un but dans la vie, et la plupart se mettent en route avec l'unique préoccupation d'abréger autant que possible le voyage : on se hâte, et si les obstacles font défaut, ce voyage est une course rapide, ou bien une simple promenade. Il en est qui ont à peine le temps de mesurer la distance entre le point de départ et le but atteint, tandis que le plus grand nombre se traîne péniblement et ne peut jamais aboutir.

Certes, ils sont à plaindre ceux qui marchent sans repos et sans succès dans l'âpre et rude sentier; mais il ne faut pas non plus trop envier le sort de ces voyageurs privilégiés qui arrivent avant l'heure, sans ennuis, sans fatigue, trop heureux pour avoir éprouvé le découragement, les difficultés de la lutte, et ressenti cette joie amère de l'athlète qui, à moitié vaincu et à bout de forces, se relève de son abattement et recommence le combat sans désespérer.

C'est cette dure gymnastique qui fait les hommes forts, c'est elle qui double leur valeur en les exerçant sans relâche, et c'est par cet exercice prolongé que les puissances virtuelles et les facultés latentes se développent et deviennent forces actives. Sévère discipline et préparation remplie d'épreuves; nécessaires pourtant aux esprits vraiment nés pour se distinguer du commun.

M. le professeur Ribes, quoique d'une rare distinction, n'avait point été élevé à cette grande école des esprits vaillants et des âmes fortes. Il fut heureux de trop bonne heure, pour avoir marqué prématurément le but de sa vie. Son ambition ayant été satisfaite dès ses jeunes années, en vain il s'efforça d'agrandir son domaine et d'élargir l'horizon de ses idées : intellectuellement parlant, il paya très-cher les faveurs empressées de la fortune. Comme la plupart des hommes distingués de sa race (il était d'origine catalane, son nom et le lieu de sa naissance l'attestent suffisamment), il jouit du positif, qui l'avait trop tôt préoccupé, et il n'eut point toutes les satisfactions qu'il pouvait se promettre, et qui ne lui auraient pas manqué s'il eût fait moins aisément son chemin.

Elevé à l'école de Sorèze, lorsque cette maison d'éducation florissait sous la direction mémorable de M. Ferlus, M. Ribes aborda l'étude de la médecine, dans les conditions les meilleures : capacité reconnue, amour du travail, envie de profiter, et avec tout cela, une très-forte préparation scientifique et littéraire. Dans nos entretiens familiers, il parlait volontiers de sa vie d'étudiant, laborieuse et chaste, et entière-

ce système les ouvriers sont soumis, pendant des heures entières (huit heures consécutives), à une pression de plusieurs atmosphères. Déjà M. Triger nous avait entretenu lui-même des effets produits dans ses appareils par l'air comprimé. Deux médecins attachés à ces travaux, MM. François et Foley, en ont fait l'objet d'une étude plus suivie. M. François d'abord, M. Foley ensuite.

Suivant M. François, les premiers effets ressentis par les ouvriers, lorsque l'air est précipité dans le sas, est un bourdonnement d'oreille désagréable. L'audition devient obtuse, les inspirations sont moins fréquentes; une plus grande masse d'air pénétrant dans les poumons en dilate la capacité; la circulation est accélérée, et, quoi qu'on en ait dit, la locomotion n'est pas gênée.

La lumière nécessaire à l'éclairage des caissons dégage, par la combustion, des matières charbonneuses qui, suspendues dans l'air, noircissent l'orifice des narines, ainsi que les sécrétions expectorées; les ouvriers non avertis en sont quelquefois effrayés.

Dans cet air comprimé, la sueur est plus abondante, la température est plus élevée par ce fait de la densité plus grande de l'air dont le calorique latent devient, par conséquent, plus sensible. Aussi, en sortant du puits, on éprouve une vive sensation de froid, contre laquelle il faut se prémunir par des vêtements en laine. Tous les ouvriers maigrissent, et la santé ne reste intacte que par un privilége exceptionnel; mais grâce aux précautions ordonnées, résultant de l'observation médicale, cette altération de santé est limitée, puis enfin promptement rétablie.

La sortie des caissons est plus pénible que la descente; il se reproduit un bourdonnement dans les oreilles encore plus sensible; il est dû au refoulement de la membrane du tympan de dedans en dehors, c'est-à-dire en sens inverse du refoulement produit pendant la descente. Quelquefois se déclarent des otalgies intolérables, des douleurs dans les muscles et les articulations, un prurit général très-incommode, des congestions sanguines dans plusieurs organes, des hémoptysies, des épistaxis; ces divers accidents ne sont pas instantanés, mais se manifestent après un délai plus ou moins long écoulé depuis la sortie des caissons. La précaution essentielle est de n'effectuer l'éclusement que très-lentement. Cette recommandation, répétée avec instance par le docteur François, était toujours transgressée par les ouvriers, tandis que les employés supérieurs, qui comprenaient l'importance de ces conseils de la science, n'éprouvaient aucun accident, malgré la fréquence de leur entrée comme de leur sortie.

M. Foley a repris et continué les observations de M. François, et il les a rapportées à trois questions principales, dont deux intéressent plus particulièrement les médecins, à savoir :

1° Quelles sont les modifications que la compression et la décompression impriment à l'air?

2° Comment l'homme exposé à de brusques variations barométriques devient-il malade?

Voici comme M. Foley résout ces deux questions :

L'air comprimé est rendu plus chaud, plus hygrométrique et plus comburant; la flamme d'une bougie est plus vive, moins fumeuse; l'impression générale que l'homme éprouve sur toute la périphérie de la peau pendant l'éclusement, et plus spécialement sur la face, varie, il va sans dire, suivant la nature des individus, suivant l'intensité de la pression, et surtout suivant la rapidité de l'éclusement. Les ouvriers les plus robustes ne sont pas ceux qui s'habituent le plus vite; il faut même donner la préférence à des lymphatiques. L'ouïe est celui de nos sens que la compression de l'air affecte le plus, et cela va même jusqu'à la souffrance. Cette universalité de douleur tient à ce que la membrane du tympan, si lentement qu'on s'écluse, est toujours déprimée avant que la trompe d'Eustache ait livré passage à l'air comprimé. Dès que la tension de l'air est fixe, et qu'il presse également sur les deux faces du tympan, les douleurs d'oreilles disparaissent, mais l'audition reste exagérée; les sons ont un timbre métallique, qui ébranle le cerveau, et, quand on parle, on se fait vibrer la base du crâne comme une trompette.

Ces phénomènes s'expliquent de la manière suivante : en aplatissant notre muqueuse aérienne dans sa totalité, l'air comprimé rend nos cavités pharyngo-laryngiennes et bucco-nasales plus grandes et plus osseusement sonores.

La dépression, l'aplatissement de la muqueuse aérienne et des lèvres rend impossible toute hémorrhagie, et guérit subitement le coryza et l'enrouement, le siffler devient impossible, le goût et l'odorat sont comme réduits ou perclus; les saveurs quelconques ne peuvent en effet se recueillir et s'apprécier sur des membranes comme flétries et ratatinées.

La peau, quoique plus résistante que les muqueuses, perd sa sensibilité.

Le sang se suroxygène; après quelques heures, il devient rouge, même dans les plus grosses veines, d'où résulte une continuelle réparation de nos tissus avec absence de fatigue, légèreté, prestesse plus grande et appétit vorace.

Après ces phénomènes quasi-extérieurs, produits par l'air comprimé, il se passe dans nos organes deux changements principaux, qui tiennent sous leur dépendance tous les phénomènes pathologiques.

Comme l'hématose s'accomplit parfaitement dans l'air comprimé, les fonctions de l'encéphale sont réduites à leur minimum d'action; les hémorrhagies, apoplexies, engorgements, en un mot toutes les affections qui tiennent à une hypercirculation ou à une stase sanguine vers un organe, guérissent, ainsi que les affections strumeuses coïncidant avec un défaut d'hématose.

De toutes ces observations réunies, il reste constant que, dans l'air comprimé, notre capacité pulmonaire augmente, et que les mouvements de nos côtes diminuent. L'excès de pression qui fait arriver, dissoudre et combiner l'oxygène dans nos plus fines, dans nos plus capillaires ramifications vasculo-sanguines, rend superflus les mouvements et le jeu du thorax, et, par cette cause, le centre nerveux coordinateur, l'arbre encéphalo-rachidien est réduit à son minimum d'énergie.

Il s'ensuit que les ouvriers travaillant dans les tubes sentent moins la fatigue qu'à l'air libre, et ne s'essoufflent pas autant. La faim les prend vite; ils suent beaucoup, et cependant n'ont jamais soif.

Voici l'explication de ces phénomènes, en apparence contradictoires :

L'absence de soif, malgré d'énormes déperditions sudorales, a pour cause la grande quantité d'eau que l'air comprimé tient en dissolution et fait pénétrer dans l'organisme.

---

ment consacrée à l'acquisition des connaissances encyclopédiques qui préparent l'apprenti médecin à l'intelligence et à l'exercice de l'art. Il se souvenait des leçons et des exemples de ses maîtres, parmi lesquels il avait particulièrement distingué Delpech, M. Lordat et Fages.

Ce dernier aimait la chirurgie avec passion, et il inspirait à ses élèves l'enthousiasme qui l'animait, en répandant à pleines mains les trésors d'un savoir immense et un peu confus. Fages, d'après le portrait vivant qu'en faisait M. Ribes, revivait en quelque sorte dans la personne d'un de ses successeurs, le professeur Estor, amoureux, comme lui, de cet art chirurgical, qu'il connaissait et enseignait à merveille, et qui, perclus de tous ses membres, se traînait à l'amphithéâtre sur les bras des deux aides, et professait admirablement, en dépit de son état de souffrance. Comme M. Ribes, le professeur Estor était un des plus remarquables représentants de cette ancienne école dont les souvenirs se perdent chaque jour.

Quant à M. Lordat, qui ne lui avait jamais inspiré de bien vives sympathies, M. Ribes le citait comme un homme, non pas supérieur, mais d'un talent accompli dans l'art d'enseigner. Pour nous, qui de M. Lordat n'avons vu que l'ombre et n'avons joui que des restes d'un talent amoindri ou refroidi par l'âge (n'en déplaise aux partisans de ce qu'on appelle à tort l'*insénescence* du sens intime), nous comprenons que par ce côté seulement le disciple devait rappeler le maître. Mais Barthez, qui dans l'art si difficile d'enseigner surpassait peut-être Boerhaave, Barthez avait en outre un savoir encyclopédique, et cette force de tête qui dispensent un homme de combiner ingénieusement les artifices de la rhétorique.

M. Ribes, comme professeur, ressemblait beaucoup plus à M. Lordat qu'à Barthez, contre lequel il nourrissait des préventions exagérées, parce qu'il le jugeait plus que de raison d'après son disciple, avec lequel il savait parfaitement d'ailleurs que Barthez n'avait rien de commun pour ce qui est du génie et des doctrines.

Son admiration pour Delpech était bien raisonnée et sans réserves. Dans cet homme de bien, qui n'eut jamais d'autre passion que l'avancement de son art, et qui, tout au rebours de Dupuytren, fut d'un désintéressement absolu, M. Ribes admirait le grand clinicien, et l'esprit sagace, pénétrant et prompt qu'aucune difficulté imprévue ne troubla, n'arrêta jamais, soit dans une longue cure, soit au milieu d'une opération. Les ressources de son génie étaient prodigieuses : ce n'était point un de ces opérateurs d'une rare habileté; mieux que cela, Delpech était un vrai médecin, et il l'a bien prouvé dans ce bel ouvrage que nos chirurgiens lisent peu, et qui porte ce titre significatif : *Traité des maladies réputées chirurgicales*. Depuis les grands maîtres, dont la tradition est perdue, on n'avait rien vu de plus beau que la partie de cet ouvrage qui traite de la thérapeutique. La bonté de Delpech ajoutait un charme infini à ses leçons. Lui aussi avait eu des commencements difficiles; il était parti de bien bas, et se souvenait de son origine; mais dans ses jours de prospérité, et quand il lui fut donné de parler en maître, il n'é-

Les sueurs sont dues au concours que la peau ne refuse jamais aux poumons, surtout dans une atmosphère chaude.

La faim provient d'une énorme consommation que font, de nos tissus divers, l'excès d'oxygène qui les pénètre et les contractions les plus énergiques de chacun d'entre eux.

L'essoufflement moindre est produit par le ralentissement circulatoire, qui ne ramène vers les poumons, le foie et la rate, que peu de sang veineux, la plus grande masse acquérant les qualités du sang artériel.

L'absence de fatigue dépend de ce même liquide nourricier qui, sans relâche, répare nos muscles à mesure que leurs propres contractions les affaiblissent.

La deuxième question posée et résolue par M. le docteur Foley est celle-ci : Quand l'homme exposé à de brusques variations barométriques devient-il malade?

C'est lorsqu'il se décomprime. Quelles affections se produisent alors?

Celles que l'air comprimé guérit; les hémorrhagies, les apoplexies, les engorgements, en un mot les congestions plus ou moins fortes, et plus exclusives aux organes fatigués dans l'air comprimé, ceux qui, par un motif quelconque, appellent un flux réparateur; d'où, pour les ouvriers, lésions possibles aux divers appareils de mouvement; et, pour leur surveillant, patron ou ingénieur, imminence d'hypercirculation encéphalique, *ubi stimulus ibi fluxus!*

Dès que l'on sort des tubes, le besoin de se moucher et de cracher se fait sentir, et ces excrétions sont marquées par des stries rouges, quelquefois même le sang s'écoule en nappe, on éprouve des picotements à la face, des cuissons pénibles sur les lèvres, à l'orifice des narines, et toutes ces sensations pénibles sont d'autant plus prononcées qu'on se sera éclusé trop rapidement.

La peau, affaissée d'abord, et qui s'était flétrie, reprend son élasticité; mais la tunique jaune des artères et les filets nerveux qui enlacent nos vaisseaux nourriciers sont tiraillés brusquement, et accusent des douleurs que les ouvriers comparent à des piqûres de puce et désignent sous ce nom.

Ce n'est pas dans les premiers jours de travail dans l'air comprimé que les maux engendrés par la décompression deviennent plus sensibles, mais c'est quand les pressions deviennent fortes et que les travailleurs commencent à être éprouvés par l'habitation deux fois par jour dans ce milieu artificiel; à la longue, cette atmosphère condensée produit une intoxication finale, parce que, dit M. le docteur Foley, si, d'un côté, l'air comprimé enrichit notre capital sanguin par son pouvoir hématosant, de l'autre, il appauvrit notre trésor nerveux par défaut de sensations.

Les faits, quelle que soit la valeur de leur explication, nous montrent donc que le travail dans l'air comprimé détermine chez l'homme deux phases : la première de bénéfice, qui dure tant que ses économies nerveuses lui laissent utiliser ses réelles acquisitions sanguines; la seconde phase, celle de déperdition, qui commence aussitôt que le défaut de sensation ne permet plus à la substance encéphalo-rachidienne de fournir à la consommation exagérée la force nerveuse nécessaire pour travailler et pour vivre dans l'air comprimé.

De ces différentes études se déduisent des règlements hygiéniques qui doivent s'appliquer aux ouvriers qui travaillent dans les tubes; la pression ordinaire ne doit pas dépasser environ trois atmosphères; il faut s'y habituer graduellement; le travail ne doit pas être prolongé au delà de huit heures en deux fois par vingt-quatre heures, et il ne convient pas que les ouvriers fréquentent les tubes pendant plus de deux mois; ils doivent être choisis bien constitués et exempts d'affections organiques. La prudence exige que la décompression se fasse graduellement, en raison même de la force de compression.

Ces observations de M. Foley, aussi intéressantes pour la physiologie qu'utiles à la médecine, pourraient se traduire utilement par des applications usuelles. L'auteur en a donné lui-même le conseil et un spécimen par ces mots qui terminent son travail :

« Construisez une chaise à porteurs fermant bien hermétiquement. Disposez-la pour qu'une mère puisse aisément s'asseoir avec un enfant sur les genoux. Adaptez-y une soupape de sûreté, une pompe foulante et un manomètre. En un mot, disposez tout pour que, dans cette petite chambre, la pression de l'air puisse atteindre deux atmosphères et cinq dixièmes au plus. »

On ne saurait trop encourager ces tentatives, dont les heureux résultats ne peuvent faire l'objet d'un doute; résultats déjà entrevus et même obtenus par notre ancien et savant collaborateur M. Pravaz à qui l'on doit plusieurs publications intéressantes sur le côté hygiénique et thérapeutique de la question.

JULES GUÉRIN.

ÉTIOLOGIE.

ÉTUDES STATISTIQUES SUR LES VARICES ET LE VARICOCÈLE, par M. le docteur SISTACH, médecin-major des hôpitaux militaires, lauréat et membre correspondant de la Société impériale de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse, membre correspondant de la Société d'anthropologie de Paris, etc.

CONCLUSIONS.

Nous résumerons les idées capitales de ce mémoire (1) dans les propositions suivantes :

I. — DES VARICES.

1° A. Les *causes prédisposantes* comprennent l'âge, le sexe, le tempérament, l'hérédité, les professions, la direction des veines et leur situation.

2° Rares chez les enfants, les varices se montrent plus souvent dans l'adolescence, atteignent leur maximum de fréquence de 30 à 40 ans, deviennent de moins en moins fréquentes à partir de cet âge, et tendent à rester stationnaires et même à diminuer de volume chez les vieillards. Toutefois, au point de vue de la localisation des varices, il

(1) Voy. GAZ. MÉD., année 1863, n°s 38, 39, 40, 45, 47, 50, 51 et 52.

---

crasa jamais personne de sa superbe, et ne prit point de ces airs et allures de despote, qui ont fait une bonne moitié de la réputation de Dupuytren. Delpech n'avait guère qu'un défaut, un travers: il voulait passer pour lettré, et ses prétentions en littérature n'accusaient que trop l'insuffisance de son éducation première.

M. Ribes parlait avec une prédilection visible de ce grand chirurgien, et il lui devait en effet quelque reconnaissance, car c'est Delpech qui l'avait surtout distingué dans son concours pour l'agrégation, et qui l'avait proclamé digne de remplir tôt ou tard une chaire de professeur. Délivré par un tel maître, ce certificat de capacité professorale encouragea l'ambition du jeune agrégé. M. Ribes n'avait encore que 25 ans : son nouveau titre, gagné brillamment au concours, fut un argument démonstratif auprès de sa famille, dont il avait eu quelque peine à vaincre les résistances. Il put enfin partir pour Paris.

A peine arrivé, il se mit en quête de tout ce qui pouvait l'intéresser : il se créa de nombreuses et utiles relations dans la médecine, dans les sciences et dans les lettres, comptant beaucoup, pour avancer sa fortune, sur les travaux qu'il préparait, et un peu aussi sur ses nouveaux amis de Paris, qui agissaient de concert avec ceux qu'il avait su se faire à Montpellier. Tout en suivant avec une grande assiduité les cliniques des hôpitaux, M. Ribes trouvait le temps de philosopher : au sortir de chez madame Tastu, où il voyait les hommes les plus distingués de l'opposition parlementaire, il allait suivre les cours de la Sorbonne, et conférer avec les disciples de Saint-Simon. Tout occupé de rédiger son *Anatomie pathologique*, il se partageait entre le néo-platonisme universitaire et les prédications de M. Enfantin.

Poussé d'une insatiable curiosité, il s'avançait pourtant avec une prudence bien au-dessus de son âge. Sous la Restauration, la libre spéculation était permise; mais il ne fallait point afficher le libéralisme. En philosophie, en religion, en politique, une réserve excessive était commandée à quiconque voulait se faire une place. M. Ribes, né au commencement du siècle, s'était assis sur les bancs au moment où la Faculté de Montpellier déplorait la proscription de deux maîtres qui avaient honoré avec éclat l'enseignement médical, l'un par son érudition ingénieuse, l'autre par son originalité dans les sciences naturelles. Prunelle et de Candolle n'avaient point échappé aux rigueurs de la réaction ni à la rancune implacable de ceux de leurs collègues qui se montrèrent à leur égard les plus dangereux des réactionnaires. Le vitalisme et le royalisme se donnaient alors la main, et malheur aux professeurs qui ne jouissaient point d'une réputation solide d'orthodoxie. Lallemand, averti néanmoins par la réorganisation de la Faculté de Paris, ne fut pas maître de sa pensée, et tout le monde sait qu'il eut lieu de regretter son imprudence.

Frédéric Bérard, né pour l'enseignement, et obstinément contrarié dans sa vocation irrésistible par ceux-là même qui auraient dû la favoriser, Frédéric Bérard n'avait pu obtenir une chaire qu'en faisant acte

importe d'ajouter que le varicocèle est l'apanage de la jeunesse et de l'âge adulte, tandis que les hémorrhoïdes, survenant le plus communément après 40 ans, incombent de préférence à la vieillesse.

3° Pendant une période de dix ans (de 1850 à 1859 inclus), les conseils de révision ont exempté en France 41,325 jeunes gens atteints de varices des membres inférieurs ou de varicocèle, soit une moyenne annuelle de 4,132, soit le nombre proportionnel de 19,78 exemptions sur 1,000 jeunes gens examinés et âgés de 20 à 21 ans.

4° A. Bérard et M. Denonvilliers étaient conséquemment dans l'erreur en prétendant que les varices épargnent l'enfance et l'adolescence.

5° La proportion annuelle des exemptions pour varices a subi, de 1850 à 1859 inclusivement, des oscillations aussi brusques que sensibles; les minima des exemptions ont coïncidé avec les guerres de Crimée et d'Italie.

6° En ne comparant entre elles que les classes du tirage au sort, dans lesquelles les exemptions, prononcées en dehors de toute influence belliqueuse, représentent avec plus de précision la moyenne annuelle des varices, on obtient le nombre proportionnel de 23,54 sur 1,000, comme expression générale de la fréquence de la phlébectasie à l'âge de 20 ans.

7° A Paris, la proportion des engagés volontaires refusés pour phlébectasie a été en 1859 de 17,94, et en 1860 de 13,01 sur 1,000 examinés.

8° Par suite des conditions spéciales imposées par les instructions ministérielles pour l'exemption du service militaire, tous les variqueux ne sont pas refusés par les conseils de révision; la moyenne proportionnelle admise par nous, de 23,54 sur 1,000 jeunes gens âgés de 20 à 21 ans, est donc inférieure au nombre d'individus atteints.

9° Les recherches statistiques de M. Delaharpe sur les varices embrassent des valeurs numériques trop minimes et une circonscription territoriale trop restreinte. En pareilles circonstances, l'étiologie ne peut être suffisamment approfondie et largement mise en évidence que par la multiplicité et la variété des influences qui se produisent simultanément et pendant une longue période sur des populations nombreuses soumises à des conditions différentes ou semblables de milieu, d'habitude, de profession, d'habillement, etc.

10° Il résulte de nos recherches basées sur l'examen de 2,385 personnes que : (*a*) chez les militaires d'origine française, le nombre proportionnel des variqueux est de 75,31 sur 1,000 individus âgés de 20 à 30 ans et de 194,91 sur 1,000 de 30 à 46 ans; (*b*) chez les militaires d'origine arabe, il y a 37,73 variqueux sur 1,000 de 20 à 30 ans et 92,59 de 30 à 46 ans; (*c*) chez les civils indigènes de Soukaras, la proportion des varices est de 14,59 de 20 à 30 ans, de 46,05 de 30 à 40 ans et de 66,66 de 40 à 50 ans.

11° Tout en déclarant qu'on ne les voit plus survenir chez les vieillards, M. Briquet les a constatées cinquante-trois fois sur 158 hommes parvenus à l'âge de la vieillesse, soit 335,44 variqueux sur 1,000 individus. Peut-être la phlébectasie remontait-elle à une époque déjà ancienne, ainsi que le pensent A. Bérard et Denonvilliers.

12° Il existe un antagonisme presque absolu sous le rapport de l'âge entre la fréquence des hernies et celle des varices. Tandis que les recherches de M. Hutin et de M. Malgaigne ont démontré que la plus grande fréquence des hernies avait lieu après 40 ans, et surtout de 50 à 60 ans, le maximum des varices se constate avant 40 ans, et principalement de 30 à 40, ainsi que nos documents statistiques et ceux de M. Briquet le prouvent.

13° Aux diverses époques de la vie, les hommes sont plus souvent affectés de varices que les femmes. Ainsi, *chez les hommes*, la proportion des varices a été : au-dessous de 30 ans, de 80 sur 1,000; au-dessus de 30 ans, de 250, et chez les vieillards, de 335,44 sur 1,000. *Chez les femmes*, la proportion des varices a été : au-dessous de 30 ans, de 33,33 sur 1,000; au-dessus de 30 ans, de 129,03, et chez les vieillards, de 76,92 sur 1,100. Ainsi, d'une manière générale, la proportion des varices est presque trois fois plus forte chez l'homme que chez la femme.

14° Chez les femmes, les varices se montrent ordinairement pendant les quatre derniers mois de la gestation, disparaissent après l'accouchement et ne deviennent permanentes qu'à la suite de plusieurs grossesses et le plus souvent de 30 à 40 ans.

15° Malgré l'importance variqueuse qu'on a attribuée aux divers tempéraments, leur influence sur le développement des varices est complétement nulle.

16° Dans quelques circonstances, l'hérédité exerce une action incontestable sur la production des varices.

17° Admise et diversement interprétée jusqu'ici par l'immense majorité des chirurgiens, l'influence phlébectasique des professions comprend plusieurs ordres d'éléments étiologiques, dont il importe de distinguer et d'apprécier l'action.

18° Pour nous, les varices reconnaissent *le plus souvent* pour cause capitale la station verticale continue ou longtemps prolongée, combinée ou non avec des efforts répétés ou avec une fatigue musculaire excessive, ainsi qu'on l'observe chez les blanchisseuses de gros linge, les blanchisseuses au tonneau, les briquetiers, les ouvriers chapeliers à la foule, les épiciers-droguistes, les forgerons, les portefaix, les charretiers, les repasseuses, les porteurs d'eau, etc.

Mais le contact de l'eau ou d'un sol humide, les efforts multipliés ou la fatigue musculaire ne constituent à nos yeux que des influences secondaires dont l'action, le plus souvent insuffisante à la production des varices, si elle s'exerce isolément, concourt puissamment à leur développement, lorsqu'elle vient en aide à la station verticale.

19° Les effets de la station verticale ne sont autres que ceux de la pesanteur qui tend, d'une part, à accroître l'abondance du sang dans l'intérieur des artères du membre pelvien, et, par conséquent, *dans les veines dérivatives*, et, de l'autre, à faire refluer le sang veineux vers les capillaires des membres inférieurs : double circonstance qui, produisant le trop-plein des veines jambières et saphènes, détruit l'élasticité veineuse par ces distensions longtemps prolongées et répétées, et détermine finalement la dilatation variqueuse de ces vaisseaux.

20° Mais tandis que les mouvements musculaires modérés, tels que ceux de la locomotion, secondent la circulation veineuse par l'action des muscles et s'opposent à l'influence fâcheuse de la pesanteur, l'immobilité prolongée, la vie sédentaire favorisent la stagnation du sang

---

de condescendance, c'est-à-dire en publiant cette prétendue réfutation du grand ouvrage de Cabanis, dans laquelle, malgré son rare talent, tout son savoir et sa bonne volonté, se trahit la défaillance d'un esprit qui fait une profession de foi scientifique, en contradiction avec sa conscience.

De tels précédents devaient rendre M. Ribes très-réservé en matière de doctrine. Aussi ne trouve-t-on dans son premier volume de l'*Anatomie pathologique considérée dans ses vrais rapports avec la science des maladies*, que des idées, des vues, des doctrines purement médicales, avec des tendances manifestes vers la conciliation des systèmes. Deux qualités dominent dans ce premier volume : le jugement et la modération.

L'auteur, fort embarrassé de choisir parmi tant de théories diverses et de méthodes contradictoires, s'attacha à démontrer les excès des sectaires, avec une justesse de critique qui révélait à la fois un solide bon sens, une habileté peu commune et une sagesse prématurée. L'épigraphe de ce livre remarquable traduit très-finement les dispositions d'esprit de l'auteur : « Possédez Laïs, et n'en soyez pas possédés. »

C'était le mot si joli d'Aristippe, ce philosophe aimable qui s'excusait ainsi de jouir des charmes de la célèbre courtisane, au rapport de Sotion, cité par Diogène Laërce (1).

C'était, on le voit, se moquer, dès le frontispice du volume, des prétentions excessives et des promesses folles des anatomistes, qui croyaient de bonne foi remplir les vues et les vœux de Bichat, et qui n'allaient guère au delà du but qu'avaient atteint avant eux Manget, Morgagni, Barrère, Lieutaud et leurs imitateurs. M. Ribes qui avait vu à l'œuvre, dans l'amphithéâtre et dans les hôpitaux, les partisans de l'école anatomique, comprit qu'on avait tort de vouloir ériger en méthode un ensemble de moyens d'investigation, qui pouvaient utilement servir pour le diagnostic, mais qui ne pouvaient éclairer de bien vives lueurs l'étiologie, ni contribuer beaucoup à l'avancement de la thérapeutique. Et en effet, l'anatomie pathologique n'a point illuminé, comme on l'avait promis, les deux pôles de la médecine, c'est-à-dire la science des causes et celle des indications. En outre, cette anatomie grossière qui ne s'arrêtait qu'à la forme, à la configuration des organes lésés, des altérations et des productions pathologiques, avait le tort de négliger la méthode précise et rigoureuse de l'anatomie normale, telle que la comprenait Bichat; elle ignorait la composition intime des organes, elle ne connaissait point la trame des tissus; elle constatait des désordres, mais superficiellement, sans pénétration, sans intelligence, et n'allait pas au delà de la surface. Par conséquent, elle méconnaissait les relations étroites qui unissent la pathologie à la physiologie; et c'est par là que les anatomistes prêtaient le flanc aux critiques que Broussais ne leur ménagea point, mais dont ils profitèrent peu.

Esprits étroits et consciencieux, ils n'avaient point de principes dog-

(1) Lib. II, c. 8, Vit. *Aristippi.*

dans les parties déclives du système veineux. Ainsi s'explique la fréquence des varices dans les professions qui exigent la station verticale associée à une immobilité des membres inférieurs plus ou moins persistante.

21° La contraction des oreillettes et l'expiration prolongée agissent dans le même sens que la pesanteur; le chant, le jeu des instruments à vent, etc., toutes les professions en un mot qui nécessitent des efforts, prédisposent par conséquent à la phlébectasie.

22° Dans quelques cas, les varices proviennent de positions vicieuses qui déterminent des pressions continues ou des constrictions prolongées, comme on le remarque chez les ouvriers en soie, dits canuts, qui font usage du métier à la Jaquart. Les pressions, les constrictions agissent, soit à la manière de la pesanteur, en tendant à refouler le sang des troncs dans les branches, des branches dans les rameaux, et enfin dans les capillaires, soit à la manière de l'occlusion momentanée de l'oreillette, en empêchant l'abord du sang des rameaux à leur tour dans les branches, de celles-ci dans les troncs, etc.

23° Enfin, dans quelques circonstances, la phlébectasie est la conséquence de la constriction subie fréquemment par les veines au niveau des orifices aponévrotiques ou fibro-musculaires, tels que l'orifice du fascia cribriformis l'anneau du soléaire, les anneaux musculaires, etc. Dans ces conditions, le reflux du sang des veines profondes dans les veines superficielles que détermine la contraction musculaire semble dû bien moins à une pression latérale, exercée dans toute l'étendue de la veine intermusculaire dont la lumière serait ainsi effacée, qu'à une occlusion bornée à un point circonscrit.

24° Si d'une manière générale le service militaire ne parait pas être en France une cause spéciale et active de phlébectasie, puisque, d'après nos résultats statistiques, le nombre des variqueux serait moindre dans l'armée que dans la population civile qui subit l'influence puissante de nombreuses professions pénibles, par contre, on ne saurait méconnaître l'influence variqueuse des fatigues militaires chez les indigènes de l'Algérie qui font partie de notre armée.

25° Les divers corps de l'armée française sont bien loin d'être soumis aux mêmes conditions professionnelles; ils présentent, au point de vue de la fréquence des varices, des différences qui traduisent fidèlement la spécialité du service militaire inhérent à chacun de ces corps. C'est ainsi que, pour les régiments français, les varices sont moins nombreuses dans les troupes à pied que dans les troupes à cheval, dans l'infanterie de ligne que dans les bataillons de chasseurs à pied, et enfin chez les chasseurs à cheval que chez les cavaliers de remonte.

26° Les troupes indigènes de l'Algérie présentent une plus faible proportion de varices que les militaires français, et cette immunité relative pourrait être attribuée à une influence de race.

27° Plus fréquente sur la jambe gauche d'après Dupuytren et sur la jambe droite selon M. Briquet, la phlébectasie se montre d'une manière générale, d'après nos recherches, indifféremment sur le côté droit ou sur le côté gauche, et, dans plus de la moitié des cas, sur les deux membres inférieurs à la fois. Cependant la prédilection des varices sur le côté gauche ou *jambe du montoir* chez les cavaliers et sur le côté opposé chez les menuisiers ordinaires dont la jambe droite est presque toujours tendue, cette prédilection implique que le siége de la dilatation veineuse est souvent subordonné à l'action de causes spéciales, s'exerçant principalement sur le côté du membre qui fatigue davantage.

28° Le retour du sang dans les veines, par un mouvement ascensionnel et contre son propre poids, ajouté à l'isolement de ces vaisseaux, constitue, selon Boyer et Bégin, la cause prédisposante la plus active des varices.

29° Contrairement à l'opinion généralement admise, M. Verneuil a démontré que la phlébectasie des membres inférieurs prend son origine dans les veines profondes en général et dans les veines musculaires du mollet le plus souvent.

B. *Causes efficientes*. 30° Dans plusieurs circonstances, les causes prédisposantes produisent à la longue la dilatation veineuse et se transforment par conséquent en causes efficientes; ainsi agit fréquemment, selon nous, l'influence professionnelle.

31° Les causes efficientes déterminent tantôt l'affaiblissement des parois veineuses (contusion, lésions physiques), tantôt un afflux considérable de sang dans une région circonscrite (usage de chaufferettes, de chaussures trop chaudes, etc.), et tantôt un obstacle à la circulation veineuse (compression, ligatures serrées autour des membres, etc.).

32° Les varices sont inégalement réparties dans les 86 départements de la France, et leur fréquence varie de 6,41 (Corse) à 46,89 (Ardennes) sur 1,000 jeunes gens âgés de 20 à 21 ans.

33° Quoique la majorité des départements qui présentent le plus grand nombre de variqueux se trouvent dans la zone septentrionale de la France, cependant les divers climats ne paraissent exercer aucune influence appréciable sur la production des varices.

34° Vidal de Cassis prétendait à tort que la phlébectasie affecte plus fréquemment les sujets d'une taille élevée, puisque, d'après notre statistique, sur 1,000 exemptions pour varices, la zone celtique en fournit 259,7; la zone kimro-celtique, 434,9, et la zone kimrique, 305,2.

35° L'influence fluviale n'est autre que l'influence professionnelle, et ainsi s'expliquent les divergences que présentent, sous le rapport de la fréquence des varices, des départements contigus et riverains.

36° Il n'existe aucune relation entre le développement des varices et la fréquence des infirmités pas plus qu'entre la production des hernies et la fréquence des varices.

37° Ni la configuration physique du sol, ni l'usage et l'abus des boissons spiritueuses n'exercent, d'une manière générale, une influence directe sur la production de la phlébectasie.

II. — Varicocèle.

38° Avec Boyer, Dupuytren, Rennes, Chélius, Blandin, Landouzy, Hélot, Vidal de Cassis et Nélaton, nous comprendrons sous le nom de varicocèle la dilatation variqueuse des veines du scrotum, du cordon spermatique et du testicule.

A. *Causes prédisposantes*. 39° Le varicocèle se montre à tous les âges, et le plus fréquemment de 20 à 30 ans.

40° D'après les comptes rendus sur le recrutement de l'armée, la moyenne des exemptions pour varicocèle a été, de 1850 à 1859 inclu-

---

matiques, point de doctrines raisonnées; mais, par tradition, ils appartenaient à cette pauvre école de la nosographie soi-disant philosophique, école qui avait la prétention de constituer la pathologie générale, en épuisant l'étude des symptômes et en classant les symptômes d'après les méthodes en usage dans l'histoire naturelle.

M. Ribes, qui était en possession d'une méthode excellente, — celle de Barthez, — et qui possédait dès lors les principaux éléments d'une saine philosophie médicale, M. Ribes n'eut point de peine à montrer l'inanité de ces prétentions, et il écrivit une critique très-fondée qui restera comme une bonne page d'histoire. Ce premier volume n'annonce pas un esprit du commun. Remarquable par d'ingénieux aperçus et de fines observations, il n'a, selon nous, qu'un défaut, c'est de n'être point assez décisif : on y cherche des convictions et l'on n'y trouve que des tendances négatives.

Il est vrai qu'il porte la date d'une époque de transition, et que le dogmatisme de l'auteur est suffisant pour le dessein qu'il se proposait. La critique est juste, très-juste, et c'est là le point essentiel. On regrette seulement que M. Ribes, si pénétrant d'ordinaire et si hostile à toute exagération, n'ait pas reconnu le service très-essentiel que les disciples de l'école anatomique ont rendu à la pathologie, en ramenant les esprits qui s'égaraient à la suite des physiologistes expérimentateurs, dans la véritable voie de l'observation médicale par l'étude des faits cliniques. Il est vrai que ce service, les médecins de l'école anatomiste l'ont rendu à leur insu et sans le vouloir, sans même y penser; mais, en définitive, ce service est très-réel, et il convient de leur en tenir compte.

Par la publication de ce premier volume, M. Ribes venait de prendre rang. Une première vacance s'étant déclarée à Montpellier, il fut présenté pour la remplir; mais un autre lui fut préféré, qui, valant beaucoup moins, ne lui pardonna jamais d'avoir été son compétiteur. Mais M. Ribes n'attendit pas longtemps. La mort prématurée de Frédéric Bérard, professeur titulaire de la chaire d'hygiène, hâta son entrée dans le corps enseignant, et à l'âge de 28 ans, en 1829, il prit possession de cette chaire qu'il a remplie avec beaucoup de talent jusqu'au moment où ses forces ont trahi son zèle.

M. Ribes comprenait sa mission, et il savait la remplir; seulement son esprit de conciliation fit tort à l'originalité de ses vues, et il resta toujours à peu près tel qu'il s'était révélé dans son discours inaugural.

Ce discours n'est autre chose qu'une apologie de l'éclectisme en médecine qu'il est inutile d'analyser, car l'auteur a tout dit dans son épigraphe empruntée à Ovide :

Inter utrumque tene, medio tutissimus ibis.

Ce dernier hémistiche ne figure pas, à la vérité, dans son épigraphe; mais M. Ribes ne l'estimait guère moins que le premier, dont il n'est que la conséquence logique. Imprégné des banalités qu'on applaudissait alors en Sorbonne, le jeune professeur croyait de très-bonne foi avec

sivement, de 11,97 sur 1.000 jeunes gens examinés et âgés de 20 à 21 ans; ajoutons que tous les jeunes gens atteints de cette affection ne sont pas exemptés par les conseils de révision.

41° A volume égal, le varicocèle est plutôt un motif d'exclusion du service militaire chez les engagés volontaires et les remplaçants que chez les jeunes gens appelés au tirage au sort.

42° Sur 1,074 militaires d'origine française, la proportion des varicocèles a été de 28,17 sur 1,000 soldats âgés de 20 à 30 ans et de 16,94 de 30 à 46 ans.

43° Sur 345 militaires indigènes d'Algérie, le nombre des varicocèles a été de 21,55 sur 1,000 sujets âgés de 20 à 30 ans et de 26,54 chez ceux de 30 à 50 ans.

44° Si nos investigations ne nous permettent d'accorder aux divers tempéraments aucune influence, même prédisposante, sur la production du varicocèle, nous ne saurions, toutefois, la dénier dans quelques cas à l'hérédité.

45° D'une manière générale, on peut dire que toutes les professions, qui peuvent susciter un obstacle direct ou indirect à la circulation des veines du scrotum et du cordon, doivent être considérées comme causes de varicocèle.

46° La rare coïncidence de la faiblesse de constitution et du varicocèle, sur un total de 1,006 individus exemptés du service militaire pour cette dernière affection enlève toute influence phlébectasique au tempérament lymphatique et aux constitutions débiles, et confirme l'opinion de Bégin qui admettait une plus grande fréquence du varicocèle chez les hommes vigoureux que chez les sujets faibles.

47° La coïncidence des varices du membre inférieur et du varicocèle, que nous avons recherchée dans 1,059 cas, nous a donné la proportion de 29,27 sur 1,000 dilatations variquenses des veines spermatiques.

48° Vidal de Cassis a prétendu à tort que le varicocèle siége toujours à gauche, à moins d'une grave inversion dans l'appareil circulatoire. Sur un relevé de 7,611 cas, le varicocèle existait 6,998 fois à gauche, 305 fois à droite et 308 fois sur les deux côtés, ce qui nous a donné la proportion suivante : Sur 1,000 varicocèles, 919,45 siégent à gauche, 40,07 siégent à droite, et 40,46 sur les deux côtés à la fois.

49° La situation déclive des veines spermatiques est une circonstance favorable à la production du varicocèle; mais leur longueur et la faiblesse de leurs parois relativement au trajet qu'elles doivent parcourir, constituent des circonstances secondaires, dont l'action phlébectasique, nullement démontrée et fort contestable, est complétement subordonnée à la déclivité des vaisseaux veineux.

50° Dupuytren, Landouzy, Blaudin, Vidal de Cassis, etc., ont admis, sans preuves suffisantes, l'absence de valvules dans les veines spermatiques comme cause de varicocèle. Mais les recherches anatomiques de MM. Sappey, Verneuil, Prunaire, Michel et Küss ne permettent plus de révoquer en doute leur existence. D'ailleurs, nous aurions d'autant moins compris cette prétendue cause de phlébectasie spermatique, que la présence constante des valvules dans les veines des membres inférieurs n'empêche nullement la production de leurs dilatations variqueuses et dans des proportions numériques généralement identiques à celles du varicocèle.

51° On ne saurait nier que les alternatives si fréquentes de réplétion et de vacuité, auxquelles les veines spermatiques sont soumises suivant les diverses attitudes du corps, la température à laquelle il est exposé et les passions qui l'agitent, ne prédisposent au varicocèle.

52° Dans les cas de turgescence veineuse du plexus pampiniforme, la progression centripète du sang se trouve entravée et par l'abondance même du liquide sanguin et par la pression considérable de la colonne de sang qui, des environs de la deuxième vertèbre dorsale, pèse sur les vaisseaux nombreux de ce plexus : double condition qui favorise la réplétion fréquente de tout le système veineux spermatique, la stagnation prolongée de ce liquide sanguin, et, finalement, la distension répétée des parois vasculaires. Le petit nombre des anastomoses de ce plexus avec les veines voisines favorise encore ce résultat.

53° Des faits nombreux relatifs à de volumineuses hématocèles de la tunique vaginale démontrent que le poids même exagéré du testicule ne suffit point à lui seul, même pendant plusieurs années, pour déterminer la phléhectasie des veines spermatiques. Toutefois, lorsque des influences plus puissantes amènent la production du varicocèle, celui-ci peut trouver dans le poids testiculaire une circonstance favorable à un accroissement plus rapide.

54° Quoique la veine spermatique gauche soit généralement plus longue que la droite de 1 à 2 centimètres au moins; quoique leur mode de terminaison, à gauche dans la veine rénale, et à droite dans la veine cave inférieure, soit complétement différent; quoique des pesées diverses aient démontré que le testicule gauche l'emporte sur le droit de 4 centigrammes à 9 grammes, toutefois, nous ne pensons pas que ces circonstances anatomiques soient suffisantes pour expliquer la plus grande fréquence du varicocèle à gauche.

55° La constipation habituelle ne peut également pas rendre compte de ce siége de prédilection sur le côté gauche, et les faits observés par M. Landouzy et Vidal de Cassis viennent confirmer de tous points notre manière de voir.

56° M. Landouzy était dans l'erreur en prétendant que le varicocèle est beaucoup plus fréquent dans les pays chauds que dans les climats du Nord.

57° L'examen de notre carte relative à la distribution géographique du varicocèle dans les 86 départements de la France démontre avec évidence que l'influence du climat ne saurait être invoquée pour expliquer la production du varicocèle ni sa plus grande fréquence dans une zone plutôt que dans l'autre. Somme toute, ni le froid ni la chaleur ne nous paraissent susceptibles de seconder efficacement la production du varicocèle; toutefois, nous ne saurions nous refuser à admettre que les climats chauds ne puissent exercer une influence appréciable sur son accroissement ultérieur.

B. *Causes efficientes*. 58° Tout en admettant que la masturbation, l'abus des plaisirs vénériens et les passions de l'âme, qui entretiennent un orgasme génital trop fréquent, appellent dans les veines spermatiques et testiculaires une plus grande quantité de sang que dans l'état ordinaire, nous ne pensons point, d'après nos investigations minutieuses, que ces causes exercent une action sérieuse sur la production du varicocèle.

Leibnitz que tous les systèmes sont bons, vrais en ce qu'ils affirment et faux en ce qu'ils nient. Il a toujours pensé ainsi, en se prévalant de ses croyances saint-simoniennes, qu'il laissa paraître après la révolution de 1830.

Il eut alors la hardiesse de se déclarer ostensiblement membre de la nouvelle Eglise, lui qui avait montré tant de prudence et de réserve dans son discours d'inauguration, au point que de Frédéric Bérard, son prédécesseur, qu'il osait proclamer néanmoins son maître et son ami, il avait dit simplement que c'était « un professeur estimable. » Dans le deuxième volume de son *Anatomie pathologique*, publié en 1834, il laissa couler sa veine de mysticisme, et gâta par ses idées de sectaire un ouvrage qui aurait pu recommander sa mémoire. Tout ce qu'il écrivit dans la suite porte l'empreinte de la secte qu'il avait embrassée; son enseignement était rempli aussi de théories assez étranges sur l'amour, l'humanité et la vie universelle. Sauf quelques discours et opuscules qui traitent de l'éducation et de l'influence des lettres sur la médecine, ses écrits sont tous entachés de cette doctrine, dont l'influence n'a guère été plus heureuse que celle de l'éclectisme en philosophie, en médecine et en toutes choses.

Il faut arriver à une publication qui date de quatre ans pour retrouver les qualités solides de M. Ribes, et apprécier son vrai talent. *L'Hygiène thérapeutique*, c'est-à-dire les agents de l'hygiène appliqués au traitement des maladies en général et plus particulièrement à celui des affections chroniques, tel est le sujet de ce livre excellent, qui est à la fois un guide et un répertoire pour le praticien, instruit des ressources véritables de la matière médicale. L'ouvrage est complet, et je sais tout ce qu'il a coûté à l'auteur, ayant suivi durant cinq ans environs les leçons qui étaient en quelque sorte la première édition de cet ouvrage.

Il suffit de parcourir ce traité d'hygiène appliqué à la thérapeutique pour se faire une exacte idée de l'enseignement de M. Ribes. Netteté, méthode, clarté, élégance, solidité, habileté à grouper les faits et à déduire des principes généraux: telles étaient ses qualités les plus remarquables et les plus habituelles. Ajoutons, pour tout dire, que cet esprit lettré et judicieux ne savait pas toujours éviter la monotonie, et qu'il était méthodique avec exagération. Dans les examens, c'était un logicien inflexible, qui traçait un cercle et ne souffrait pas qu'on en sortît; au moindre égard, à la moindre digression, il vous ramenait à son point fixe, très-poliment et parfois très-finement, mais avec une grande fermeté.

Somme toute, on l'aimait, malgré le reproche qu'on pouvait lui faire d'avoir compromis une fois sa popularité pour une mesquine ambition. Mais après son court passage au décanat, M. Ribes retrouva peu à peu la faveur des étudiants, et c'est à lui que s'adressaient de préférence ceux qui venaient de loin, et ceux qui ne se sentaient point très-enclins à courber la tête sous le joug du vieux vitalisme intolérant. M. Ribes répétait volontiers dans ses leçons qu'il ne fallait pas prendre à la lettre l'inscription qui décore le sanctuaire consacré à Hippocrate; il disait que toute la médecine n'était pas concentrée à Montpellier, et que puis-

59° Nos diverses recherches ne nous permettent point d'accorder aux diverses orchites l'influence phléhectasique que leur reconnaissent M. Landouzy et Vidal de Cassis, et nous n'attribuons qu'à une simple coïncidence la coexistence de l'orchite et du varicocèle.

60° Si, dans quelques cas excessivement rares, le varicocèle a pu être produit par le compression de tumeurs abdominales, par contre, les tumeurs squirrheuses le long du cordon, la compression d'un suspensoir mal appliqué ou d'une ceinture entourant l'abdomen, l'hydrocèle, l'obésité, la masturbation, ne sauraient avoir une influence appréciable sur le développement de cette phléhectasie.

61° M. Landouzy a d'autant plus exagéré l'importance pathogénique de la compression produite par un bandage herniaire mal fait, que la hernie siége de préférence à droite et le varicocèle le plus souvent à gauche.

62° L'étude physiologique de *l'effort*, savamment interprétée par M. J. Cloquet, avait principalement servi à expliquer jusqu'ici le mode de développement, le siége et la fréquence des hernies.

63° Si M. Velpeau avait également expliqué par l'effort, et à l'aide de détails anatomiques très-précis, l'origine de certaines orchites, hématocèles et hydrocèles, toutefois personne, avant nous, n'avait cherché dans le mécanisme physiologique de l'effort les conditions qui nous ont paru les plus favorables à la production du varicocèle, à son siége de prédilection, tout aussi bien qu'à sa fréquence variable chez les individus et dans les diverses professions.

64° Pression égale des deux anneaux inguinaux, lorsque les deux membres supérieurs produisent l'effort; contraction, dans la paroi abdominale, de la moitié latérale opposée au côté sur lequel agit l'effort, lorsque celui-ci ne s'exerce que d'un seul côté: tels sont les principaux phénomènes que l'on observe dans cet acte physiologique. Si nous ajoutons que, d'après Richter, Boyer, M. Velpeau et M. Malgaigne, les contractions musculaires énergiques rétrécissent les ouvertures du canal inguinal et compriment le cordon spermatique, il nous parait d'autant plus logique d'en déduire la formation du varicocèle et son siége de prédilection, que, dans certaines professions et dans les conditions ordinaires de la vie, l'effort émane le plus souvent du membre supérieur droit, et que le nombre des droitiers est beaucoup plus considérable que celui des gauchers.

65° Les données précédentes rendent facilement compte et de la rare coexistence des hernies et du varicocèle sur le même côté, et de la différence de leur siége de prédilection, tout aussi bien que de leur fréquence variable aux diverses époques de la vie.

66° Le genre de nourriture ne possède aucune influence sur la production du varicocèle.

67° Quoique les varicocèles soient plus nombreux dans le nord et le nord-est de la France, nous croyons cependant qu'il faut plutôt chercher, dans la spécialité et le nombre des industries et des professions pénibles, une des causes capitales des grandes différences que présentent les divers départements sous le rapport de la fréquence de la phléhectasie spermatique.

68° En ne considérant que les résultats statistiques fournis par la répartition géographique des varicocèles en France, aux hommes de haute stature, aux Kimris, seraient dévolus les maxima des varicocèles; aux hommes de petite taille, aux Celtes, les minima, et aux Kimro-Celtes le nombre intermédiaire. Mais la multiplicité et la diversité d'influences pathogéniques auxquelles sont exposés, à degrés divers, les Celtes, les Kimris et les Kimro-Celtes, ne permettent point de rattacher uniquement à la taille et à la race la fréquence d'une affection qui provient souvent de l'association de plusieurs causes phléhectasiques.

69° Comme pour les varices, nous dénions aux grands cours d'eau une action quelconque sur la production et la fréquence du varicocèle.

70° Il n'existe nulle relation entre la distribution géographique des infirmités en général et celle du varicocèle.

71° L'opposition la plus grande se remarque dans la répartition géographique des varicocèles et des hernies.

72° Enfin, en déduisant des totaux collectifs des varices les totaux partiels des varicocèles, on obtiendra des données précises sur la fréquence de la phléhectasie des membres inférieurs et sur sa distribution géographique dans les quatre-vingt-six départements de la France. Ainsi il sera facile de connaître l'inégale répartition des varices et du varicocèle dans les divers départements.

PATHOLOGIE INTERNE.

NÉO-MEMBRANES ET EXTRAVASATIONS SANGUINES PRODUITES PAR L'INFLAMMATION DE L'ARACHNOÏDE CRANIENNE PARIETALE; par le docteur DANIEL BRUNET, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Niort, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la Société médico-psychologique et de la Société d'anthropologie.

(Suite. — Voir les nos 3, 4, 8 et 9.)

KYSTES DE L'ARACHNOÏDE PARIÉTALE.

Nous avons déjà dit que les néo-membranes de l'arachnoïde pariétale étaient composées de plusieurs feuillets quand elles avaient acquis une certaine épaisseur, et qu'entre ces feuillets on trouvait souvent des caillots en une quantité plus ou moins considérable de liquide.

Les kystes se développent d'ailleurs dans les mêmes conditions d'âge, de sexe et de maladie que les néo-membranes proprement dites.

Dans les 51 observations de kystes de la cavité de l'arachnoïde, que nous avons analysées dans notre thèse, ils existaient six fois chez des enfants au-dessous de trois ans et quarante-cinq fois chez des adultes et des vieillards, parmi lesquels ne se trouvaient que cinq femmes. Quatre de ces kystes n'adhéraient pas à l'arachnoïde pariétale, et il est difficile, d'après le peu de détails contenus dans les observations où ils se trouvent relatés, de préciser leur mode de formation. (Obs. 8, 11 et 12 de M. Lélut (1); obs. de M. Leriche (2).)

(1) *Loco cit.*
(2) *Société anat.*, t. X.

---

qu'on parlait tant de la moderne Cos (*olim Cous, nunc Monspeliensis Hippocrates*), il fallait imiter Hippocrate, qui osa sortir de son île pour faire de nombreuses excursions sur le continent.

C'était tout ce qu'il se permettait dans ses protestations publiques contre l'infatuation des grands hommes et des divinités du lieu. Dans les conversations familières et intimes, il allait plus loin, et répétait souvent ces trois mots latins: *Vergimus ad fæces*, qu'il traduisait poliment: « NOUS TOURNONS A LA LIE. » Image trop ressemblante, et qui rappelle la fable de Phèdre. L'amphore est entière et encore parfumée du vin qu'elle a contenu; mais dans le vase il ne reste pas une seule goutte de la liqueur généreuse. La métaphore s'applique également à toutes les Facultés.

J. M. GUARDIA.

NÉCROLOGIE. — On lit dans l'*Union bourguignonne*, journal de Dijon: « Le 14, la ville de Dijon rendait les derniers devoirs au docteur Pâris, professeur d'anatomie à l'École de médecine et chirurgien à l'hôpital. Tout le monde sentait que c'était une perte irréparable. M. Pâris, en effet, avait une clientèle qui l'aimait et l'estimait, parce qu'elle avait toujours reçu de lui des soins intelligents et dévoués. C'est au dévouement à sa profession qu'on doit attribuer la fin d'une existence qui promettait, il y a quelques mois encore, des années de durée. A dix ans de distance, les fatigues de l'épidémie de fièvre typhoïde que nous venons de traverser, achevaient sa vie comme le choléra de 1854 avait enlevé son fils; et l'un et l'autre payaient ainsi de leurs jours l'ardeur à accomplir une noble mission au milieu des populations désolées par un fléau. Grande et belle conduite qui doit adoucir les regrets des condisciples du jeune homme et des élèves du maître!

Ces élèves forment la presque totalité de la jeune génération médicale qui nous entoure; car c'est depuis 1836, époque de la réorganisation des Écoles de médecine de province, que le docteur Pâris était professeur. Il a rempli cette fonction avec un zèle et une exactitude dignes d'éloges aussi bien quand les leçons étaient gratuites que depuis qu'un traitement y est attaché. Il avait compris que nos Écoles, annexes de l'enseignement supérieur des Facultés, étaient établies en province pour donner une instruction élémentaire, claire et précise aux jeunes gens que des raisons de famille retiennent loin des grands centres d'instruction; et ce programme, il l'a toujours rempli de la manière la plus complète et la plus savante. — Cette habitude du travail intellectuel, cet exercice de ses facultés lui avaient donné une vigueur de tête qu'il a conservée jusqu'au dernier moment.

Dans les 47 autres, ils lui adhéraient, et trois fois seulement la paroi inférieure avait contracté quelques moyens d'union avec le feuillet viscéral.

Ces kystes siégent ordinairement, comme les néo-membranes, à la voûte du crâne. Ils forment des tumeurs allongées d'avant en arrière, s'étendant des fosses orbitaires à la tente du cervelet et transversalement de la faux cérébrale à la base du crâne.

Tantôt ils se terminent à quelques centimètres de cette faux, tantôt ils se prolongeot jusqu'à elle ou même comme dans les observations du mémoire de M. Legendre, pénètrent dans la grande fente cérébrale (1).

Dans ce dernier cas, les vaisseaux de l'encéphale, qui se jettent dans le sinus longitudinal supérieur, rampent dans une petite étendue, avant de s'y rendre, sur la paroi inférieure des kystes.

Quand ils n'occupent qu'une petite portion de l'espace dont nous venons de donner les limites, ils siégent le plus souvent prés de la ligne médiane et à la partie antérieure de la voûte du crâne.

Ils existaient vingt-deux fois des deux côtés, vingt fois à gauche et neuf fois à droite.

Dans les 22 observations de kystes doubles, ils présentaient à peu près la même étendue et la même épaisseur dans 16 cas. Dans les 6 autres, le kyste gauche était plus volumineux que le droit.

Au lieu d'un seul kyste, la néo-membrane stratifiée peut présenter dans son épaisseur et à sa face externe de petites collections séro-sanguinolentes, indépendantes les unes des autres (2).

Les tractus cellulo-vasculaires, qui unissent leur face supérieure à l'arachnoïde pariétale, sont ordinairement faciles à rompre. Cette face est inégale et rugueuse, tandis que la face inférieure, qui est libre dans la cavité de l'arachnoïde, est lisse et polie.

Les faces des deux parois qui regardent la cavité kystique sont irrégulières, tomenteuses et s'envoient quelquefois des trabécules, composés de fibres lamineuses ou de vaisseaux.

Dans une observation de M. Lagrange (3), elles étaient maintenues écartées l'une de l'autre par une petite traverse osseuse.

Le liquide contenu dans ces kystes est ordinairement du sang, mêlé à une plus ou moins grande quantité de sérosité. Il présente une coloration variable, suivant l'ancienneté de l'extravasation sanguine, du rouge plus ou moins foncé à la couleur de rouille.

On trouve souvent, nageant au milieu de ce liquide ou adhérents aux parois, des caillots dont la coloration est ordinairement la même.

Au lieu de se séparer en sérum et en caillots, le sang peut constituer une espèce de bouillie jaunâtre, comme dans l'observation rapportée par M. Baillarger (4) à la fin de son mémoire.

Dans une observation de M. Cruveilhier (5), le kyste était rempli par du sang altéré et une matière pultacée, d'apparence tuberculeuse, au milieu de laquelle existait une matière crétacée, parfaitement indépendante de celle dont étaient incrustées les parois.

Au lieu de sang ou de sérosité sanguinolente, les kystes contiennent une fois sur dix de la sérosité transparente, incolore ou légèrement citrine.

Il est très-rare que le liquide soit séro-purulent.

LÉSIONS DES PARTIES QUI ENTOURENT LE KYSTE.

Le feuillet pariétal de l'arachnoïde, le kyste une fois enlevé, est légèrement dépoli, ou présente un aspect presque aussi lisse qu'à l'état normal.

Chez les enfants, les os du crâne n'étant pas encore ossifiés, la voûte cranienne augmente de capacité de la même manière que dans l'hydrocéphale ventriculaire.

Les dimensions de la grande cavité arachnoïdienne étant ainsi accrues, il en résulte que les hémisphères cérébraux ne sont pas déprimés.

Chez les adultes et les vieillards, au contraire, quand la poche est volumineuse, elle produit un enfoncement du cerveau dans les points qui lui correspondent, au niveau duquel les membranes viscérales et les surfaces des circonvolutions sont, dans quelques cas, colorés en jaune rougeâtre.

Que deviennent ces kystes ?

La sérosité sanguinolente qui est contenue peut se décolorer, se résorber, et les parois s'adosser ensuite l'une à l'autre dans une étendue proportionnelle à la quantité de liquide résorbé.

Il ne s'ensuit pas, comme on l'a dit, que toutes les néo-membranes qui se continuent avec les kystes, aient été formées de cette manière, et que tous les kystes séreux contenaient primitivement du sang.

M. Legendre rapporte deux observations de kystes multiloculaires qu'il considère comme ayant dû primitivement ne former qu'une seule cavité.

Mais la néo-membrane qui sépare les loges de ces kystes est trop mince et trop consistante, surtout à la base du crâne et sur la tente du cervelet, pour que cette opinion soit vraie.

De même, dans l'observation 11 de M. Aubanel (1), dans les observations 8 et 12 de M. Lélut (2) et dans notre observation 10 (3), il nous semble impossible d'admettre que les petites collections sanguines disséminées dans l'épaisseur des néo-membranes aient jamais communiqué les unes avec les autres.

Chez les adultes et les vieillards, le diagnostic de ces kystes de l'arachnoïde pariétale est impossible, d'après les données actuelles de la science.

Chez les enfants, les troubles fonctionnels qu'ils déterminent sont entièrement semblables à ceux de l'hydrocéphale ventriculaire, et ne peuvent en être distingués que par l'âge auquel débute la maladie et l'inégalité de développement de la voûte cranienne.

Tandis que les kystes sanguins s'observent surtout de un à deux ans, l'hydrocéphale ventriculaire apparaît au moment de la naissance ou quelques jours après, quand elle est congénitale, et si elle est due à la compression des veines de Galien, ou des tissus latéraux par des tubercules ou des tumeurs cérébrales, elle ne débute guère ordinairement qu'après l'âge de 2 ans.

Dans l'hydrocéphale ventriculaire, la voûte cranienne se développe d'une manière uniforme, par suite de la communication des cavités ventriculaires entre elles, tandis que les kystes de l'arachnoïde pariétale étant indépendants l'un de l'autre et pouvant avoir un volume inégal, ou même être unilatéraux, déterminent souvent un élargissement du crâne plus considérable d'un côté que de l'autre.

Une ponction exploratrice peut achever d'éclairer le diagnostic.

La nature du liquide auquel l'instrument donnera issue, et surtout la profondeur à laquelle il sera nécessaire de le faire pénétrer pour atteindre l'épanchement, indiqueront d'une manière presque certaine le siége et la nature de la maladie.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

RECHERCHES SUR LA PERINÉORAPHIE; DESCRIPTION DU NOUVEAU PROCÉDÉ MIS EN USAGE PAR M. DEMARQUAY; par M. le docteur LAUNAY, ancien interne des hôpitaux et médecin à Rueil.

Il n'est pas très-rare de voir se déchirer au moment de l'accouchement le périnée distendu outre mesure, et ces ruptures déterminer ainsi des lésions plus ou moins sérieuses. Ces déchirures peuvent se faire sous l'influence des causes les plus diverses.

Les auteurs divisent ces ruptures en deux classes principales, l'une qu'ils nomment *rupture centrale*, dans laquelle le périnée s'ouvre pour livrer passage à l'enfant, cette forme est rare et en quelque sorte exceptionnelle; l'autre, qui est la plus commune, et que M. Jacquemier désigne sous le nom de déchirure *vulvo-périnéale*, dans laquelle la solution de continuité part de la commissure postérieure de la vulve et se dirige vers l'anus.

Il ne nous appartient pas de décrire ici les causes diverses qui peuvent déterminer les ruptures du périnée, ni le mécanisme suivant lequel se produisent ces lésions. Nous passerons également sous silence leur symptomatologie : tout ce qui peut être dit à ce sujet se trouve exposé dans les traités de chirurgie et d'accouchement.

Tout le monde sait que la rupture centrale du périnée fait le sujet d'un chapitre fort remarquable des *Leçons orales de clinique chirurgicale* de Dupuytren, et que d'ailleurs il existe sur le même sujet un mémoire fort intéressant du professeur Moreau, lu devant l'Académie et publié en juin 1830 dans la *Revue médicale*.

Le tableau des désordres physiques et fonctionnels qui accom-

(1) *Revue médicale*, 1842 et 1843.
(2) *Thèse*, obs. X.
(3) *Bulletin de la Société anatomique*, t. XXI.
(4) *Recherches sur l'encéphale*.
(5) *Anat. pathol.*, t. III, p. 514.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1843, t. II.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

pagnent ces sortes de lésions a été tracé de main de maître et par Roux dans un mémoire qu'il lut à l'Académie des sciences en 1834, et dans un chapitre de son dernier ouvrage (*Quarante ans de pratique chirurgicale*, tome I).

Tout ce qui a été décrit depuis cette époque sur cette lésion a été en quelque sorte emprunté aux travaux de ce chirurgien.

Nous n'avons à nous occuper dans ce travail que de la thérapeutique des ruptures du périnée désignées sous les noms de vulvo-périnéale et vulvo-anale.

C'est surtout au point de vue du traitement qu'il est important de distinguer deux variétés principales de déchirures, l'une la déchirure incomplète dans laquelle le sphincter anal est intact; l'autre, la déchirure complète dans laquelle ce muscle est intéressé dans toute son épaisseur ou au moins dans la plus grande partie de son étendue. La rupture, incomplète elle-même, pourra offrir différents degrés de gravité, selon qu'elle s'étendra plus ou moins loin vers l'anus. On comprend que celle qui n'a que peu d'étendue, qui n'intéresse que la muqueuse et une faible partie de la peau du périnée guérira facilement dans les premiers jours qui suivront l'accouchement. Cette lésion n'offre donc que peu d'inconvénients et se cicatrise rapidement, surtout si l'on a soin, comme le conseille Sédillot, de faire coucher la malade sur le côté et de maintenir les cuisses rapprochées à l'aide d'un lien, en y joignant les plus grands soins de propreté.

Quand la déchirure offre un peu plus d'étendue, MM. Dubois et Danyau conseillent d'appliquer quelques serres-fines afin d'obtenir la réunion; c'est un précepte généralement suivi et qui rend de très-grands services, même lorsque la déchirure offre une certaine gravité.

Tant que la rupture est incomplète, tant que le sphincter anal a été entièrement respecté, l'opération n'est pas nécessaire, car cette lésion n'entraîne pas à sa suite d'inconvénients sérieux; alors même que la plaie va jusqu'à la muqueuse anale, les fonctions de l'anus ne sont nullement troublées.

Cependant Dieffenbach prescrit d'opérer toujours dans ces cas, à moins que la déchirure ne soit très-peu étendue. Il s'appuie sur ce fait que la cicatrisation abandonnée à elle-même produit dans les parties génitales des déformations sérieuses. Le tissu inodulaire étant le siége d'une rétraction continuelle, et qui s'exerce avec d'autant plus de facilité dans cette région que les tissus y sont mous et sans consistance, les brides cicatricielles qui se forment prennent leur point fixe sur l'anus et attirent de plus en plus en arrière les parties qui sont normalement situées en avant. L'ouverture du vagin se trouve considérablement rapprochée de l'orifice anal, elle est de plus serrée de chaque côté entre les petites lèvres qui ressemblent à deux cordes tendues outre mesure.

C'est pour éviter ces conséquences fâcheuses que Dieffenbach veut qu'on opère toujours quand la déchirure, tout en étant incomplète, est d'une assez grande étendue.

M. Velpeau pense que dans ces cas il faut pratiquer l'opération lorsque la femme la réclame; il ne la regarde donc pas comme indispensable. Cependant ce savant chirurgien croit qu'en abandonnant la lésion à elle-même on expose la malade à des difformités qui favoriseront les descentes de l'utérus et qui pourront avoir des conséquences fâcheuses au point de vue des rapports et des sentiments conjugaux.

L'opération n'est réellement indispensable que dans les cas de rupture complète, de déchirure du sphincter anal; lésion qui entraîne à sa suite une hideuse infirmité. Les conséquences sont alors infiniment plus sérieuses; les fonctions de l'anus sont détruites; il y a incontinence des matières fécales; l'anus et le vagin ne font plus qu'un cloaque informe et la femme devient un objet de dégoût. Il n'est alors qu'un moyen de remédier au sort des malheureuses malades, c'est l'opération : il faut restaurer les parties lésées profondément, et leur rendre autant que possible leur forme primitive.

On s'est demandé si dans des cas aussi graves la réunion spontanée était possible; si par les seules forces de la nature le rapprochement des surfaces pouvait se faire assez bien pour que l'anus pût reprendre ses fonctions. Ce fait s'est rencontré, exceptionnellement sans doute, mais enfin il s'est rencontré. Thymœus dit qu'une femme qui eut le périnée déchiré en totalité guérit sans aucun traitement.

Peu affirme qu'une femme qui avait le périnée fendu au point de ne pouvoir retenir les gardes-robes ni les lavements, n'en finit pas moins par se guérir tout à fait. Mais il faut dire aussi que la même malade étant venue habiter Valogne devant la porte de la Motte, ce chirurgien, qui eut ainsi l'occasion de l'examiner, put s'assurer qu'elle n'était nullement guérie.

Delenrye dit d'une manière absolue que ces larges solutions de continuité n'ont pas besoin de suture : c'est là une opinion inacceptable. Il nous semble du reste que beaucoup de chirurgiens ont été induits en erreur par suite d'un examen trop superficiel; ils ont regardé comme ruptures complètes des déchirures considérables sans doute, mais dans lesquelles le sphincter anal avait été respecté, sinon en totalité, du moins en grande partie. On comprend que dans ces cas la guérison spontanée puisse se faire; c'est sans aucun doute en se basant sur des faits observés ainsi d'une façon peu scrupuleuse que Aitken est allé jusqu'à dire que la suture ne devait jamais être pratiquée, opinion qui a été partagée par M. d'Outrepont et par plusieurs autres accoucheurs.

Quand Puzos dit que le périnée fendu jusqu'à l'anus se guérit en tenant les membres rapprochés au moyen d'une bande aussi bien qu'avec la suture, il ne paraît pas faire allusion aux déchirures comprenant le sphincter anal.

Sédillot pense que la guérison spontanée peut se faire dans les cas de rupture complète. Fraisnel dit avoir dans une lésion de ce genre obtenu la guérison en onze jours sans recourir à la suture. (*Journal de médecine opératoire*, t. IV, p. 427.)

M. Huguier, dans une discussion qui eut lieu en 1849 à la Société de chirurgie sur les ruptures du périnée, dit avoir vu un certain nombre de cas de guérison par le seul fait du rapprochement des jambes au moyen d'un bandage.

Enfin MM. Trianel et Duparcque ont cité chacun un fait qui rend indubitable la guérison spontanée des ruptures périnéales complètes.

On ne peut donc pas dire avec Roux que dans aucun cas de déchirure complète on n'a vu la réunion se faire par les seules forces de la nature. Cependant il faut convenir que ces faits de guérison spontanée ne sont que des exceptions, et que dans l'immense majorité des cas la réunion ne peut être obtenue qu'au moyen d'une opération chirurgicale.

Si les chirurgiens sont d'accord quant à la nécessité de l'opération, ils ne le sont plus quand il s'agit de décider de l'époque précise à laquelle il convient d'agir. Doit-on opérer immédiatement après l'accouchement? doit-on attendre que les bords de la division soient cicatrisés et que la malade soit bien rétablie d'ailleurs? Telles sont les deux questions sur lesquelles les opinions sont partagées.

Roux et M. Velpeau veulent qu'on attende la cicatrisation; ils proscrivent d'une manière absolue l'opération immédiate. Les raisons sur lesquelles ils s'appuient paraissent excellentes. Il s'agit en effet d'opérer sur des tissus qui viennent de subir un traumatisme sérieux, qui ont été plus ou moins contondus par le passage du fœtus; qui par cela même sont prédisposés à la gangrène. De plus l'écoulement séro-sanguin qui va se faire ne s'infiltrera-t-il pas entre les surfaces accolées? Les lochies n'empêcheront-elles pas de tenir la plaie dans l'état de propreté si utile pour que la réunion soit immédiate?

Mais la raison la plus sérieuse qu'on puisse invoquer en faveur de la temporisation, c'est sans contredit l'état puerpéral.

Ira-t-on tourmenter une nouvelle accouchée, cet être si essentiellement impressionnable, en lui révélant tout à coup un accident qu'elle ignore? Ira-t-on lui dire qu'il faut lui faire subir immédiatement une opération longue, douloureuse, dont on ne pourra garantir l'efficacité? Enfin l'état puerpéral prédispose aux inflammations, à la résorption purulente, etc. Ne sait-on pas que dans cet état une petite plaie, une excoriation légère suffisent pour entraîner des suites redoutables?

Bien plus, on a vu la suture faite après la cicatrisation amener la mort de l'opérée; combien cette conséquence fatale ne sera-t-elle pas plus à craindre chez une nouvelle accouchée!

Roux et M. Velpeau pensent donc qu'il vaut mieux attendre que la santé de la femme soit rétablie, que les bords de la déchirure soient revêtus d'une cicatrice, que toutes les parties voisines soient revenues à leur état normal.

MM. Danyau et Demarquay ne partagent pas l'opinion précédente ils veulent au contraire que l'on agisse immédiatement après l'accouchement; car alors ce n'est plus une opération sanglante que l'on pratique, c'est en quelque sorte un pansement. Les tissus sont naturellement tuméfiés, et les surfaces de la déchirure ont de la tendance à se mettre en contact; le rapprochement exact pourra se faire facilement. En pratiquant la suture avec soin, on évitera que les lochies ne touchent les surfaces accolées et ne s'infiltrent entre elles. D'ailleurs ne voit-on pas dans les plaies du vagin, dans la gangrène, dans les déchirures incomplètes, la cicatrisation se faire malgré l'écoulement continuel des lochies? On aura en outre l'avantage d'utiliser

pour un double but l'immobilité que l'accouchement impose à la malade. Si l'on craint qu'il ne se fasse des escarres qui rendraient inutile toute tentative de réunion immédiate, M. Danyau donne le conseil d'attendre un nombre de jours suffisant pour que la plaie soit complétement nettoyée.

L'opinion du savant professeur de la Maternité a été soutenue en Allemagne par Dieffenbach qui, dans tous les cas, quelle que fût l'étendue de la déchirure, n'hésitait pas à pratiquer de suite le rapprochement des parties. Comme en agissant immédiatement après l'accident, il opérait sur des surfaces largement déchirées, et que par cela même il pouvait affronter facilement; comme de plus les tissus voisins ramollis par l'accouchement se prêtaient facilement à une distension légère, jamais dans les premiers moments il n'eut besoin de pratiquer sur les parties latérales des incisions pour relâcher les sutures; tandis que ces incisions profondes deviennent indispensables quand on agit sur des tissus recouverts de cicatrices peu mobiles que la rétraction qui s'est produite rend incapables de subir un déplacement, quelque léger qu'il soit. Dieffenbach fait remarquer que si dans certains cas la suture immédiate n'a pas été couronnée de succès, c'est qu'elle n'a pas été faite avec assez de soin; c'est que les fils n'ont pas été enfoncés assez profondément pour étreindre une grande épaisseur de tissus ou qu'ils ont été trop serrés et ont produit des escarres qui ont fait échouer l'opération. En effet, les parties molles ont été modifiées par le travail de l'accouchement, elles sont gorgées de liquides, elles renferment quelquefois des germes d'inflammations violentes, et quand les ligatures sont un peu trop serrées, elles déchirent les tissus affaiblis. M. Demarquay, à l'hôpital et en ville, a souvent suivi cette pratique, et il a obtenu de très-bons résultats: une chose déterminante, sur laquelle insiste M. Demarquay, c'est la possibilité de faire cette opération sans faire souffrir la malade, à cause de l'insensibilité relative des parties. (Dieffenbach, traduct. de Philips.)

Le professeur A. Bérard pensait aussi que le raisonnement n'était pas, autant qu'il le semblait au premier abord, contraire à l'opération immédiate.

Il se basait sur ce que, si l'on agit aussitôt après l'accident, le travail du chirurgien est de beaucoup simplifié; point d'avivement à faire, un peti' nombre de ligatures suffisent d'ordinaire; la malade sent à peine le piqûres faites sur des tissus non enflammés et paralysés par le travail de l'accouchement. Une opération si peu douloureuse ne peut guère ébranler d'une manière sérieuse un organisme même affaibli. La suture immédiate ne pourra guère augmenter l'inflammation qui s'emparera des parties déchirées, elle pourra même l'empêcher de se développer si l'on est assez heureux pour obtenir la réunion.

Ne pourra-t-on pas agir assez bien sur le moral de la femme pour ne pas l'effrayer? Et ne sera-ce donc rien de lui avoir épargné pendant un temps plus ou moins long les inconvénients nombreux d'une infirmité hideuse, l'attente d'une opération qu'elle envisagera toujours avec épouvante, et enfin les douleurs de cette opération devenue plus compliquée par la cicatrisation vicieuse de la déchirure?

Si enfin on échoue, cet insuccès ne pourra compromettre en rien les chances d'une seconde tentative. Il n'a paru à A. Bérard que l'écoulement des lochies ait eu une influence fâcheuse. (Article Périnée, *Dict. en 30 vol.*)

Enfin, s'appuyant sur ce fait qu'au bout de quelques jours toute plaie se recouvre de bourgeons charnus qui se dirigent les uns vers les autres, et qu'en mettant en contact ces surfaces bourgeonnantes, on ne tarde pas à voir l'agglutination s'effectuer, M. le professeur Nélaton a pensé qu'on pouvait utiliser cette propriété pour la suture du périnée. Ce savant chirurgien conseille d'attendre six à sept jours avant de pratiquer l'opération. En agissant de cette manière, on n'est pas obligé de faire d'avivement, le plus souvent même on n'a pas besoin de recourir aux incisions latérales de Dieffenbach, car les parties sont encore dans un état de relâchement suffisant pour que le rapprochement puisse s'effectuer sans que les lèvres de la plaie souffrent trop de tiraillement. On a de plus tout le bénéfice du précepte de M. Danyau, qui veut qu'on attende que les escarres soient tombées lorsque toutefois il y en a ou lorsqu'il doit s'en former.

Dans deux cas, M. Nélaton appliqua les sutures: dans l'un le quatrième jour et dans l'autre le septième, et le succès fut aussi complet que possible. (Nélaton, *Pathologie chirurgicale*, t. V.)

En 1849, M. Maisonneuve présenta à la Société de chirurgie trois observations de sutures faites vers le onzième et le douzième jour, et qui furent également suivies de succès.

La question du moment où il faut opérer est donc encore jusqu'à un certain point indécise; d'un côté de grandes autorités chirurgicales, comme Roux et M. Velpeau, veulent qu'on attende la cicatrisation; ils s'appuient sur des raisons sérieuses et rejettent formellement la suture immédiate; d'un autre côté, des praticiens non moins expérimentés sont d'un avis contraire.

L'opinion de M. le professeur Nélaton paraît préférable sous beaucoup de rapports; on a tout le loisir d'attendre que la plaie soit détergée, que les parties aient repris à peu près leur état normal, on a le temps de préparer la malade à l'opération, elle n'est plus sous l'influence de l'état puerpéral. M. Demarquay est d'avis de pratiquer immédiatement la suture toutes les fois qu'aucune complication ne s'y oppose, quand la déchirure est nette, et qu'il n'y a pas à craindre que des escarres se forment, et que la pratique de la réunion secondaire doit être préférée quand on a des raisons de craindre la formation de quelques escarres, ou qu'il y a une infiltration des parties, ou que le chirurgien n'est point appelé à temps; autrement il pense que la réunion doit être faite de suite, et c'est la pratique que nous lui avons vu suivre.

Dans le plus grand nombre des cas cependant, c'est sur des ruptures du périnée cicatrisées depuis longtemps que le chirurgien doit agir. La sage-femme ou le médecin qui ont fait l'accouchement n'ont pas voulu effrayer la malade, ou bien ils ont espéré une guérison spontanée, et ce n'est que plus tard, quand la malheureuse femme, atteinte d'une hideuse infirmité, se décide à l'opération que le chirurgien est appelé et pratique la suture.

Il nous reste donc à faire connaître l'histoire proprement dite de cette suture et des diverses phases par lesquelles elle a passé depuis son invention jusqu'à nos jours.

Pendant longtemps les déchirures vulvo-périnéales furent abandonnées aux seules forces de la nature. On regardait comme incurable l'infirmité résultant de leur cicatrisation vicieuse. Si quelques-unes guérissaient spontanément, et ce sont là, comme nous l'avons vu, des cas exceptionnels, la plupart restaient sans remède et entraînaient à leur suite une foule d'inconvénients plus ou moins graves selon l'étendue même de la lésion. Plus d'une fois sans doute l'état des femmes affectées de cette maladie intéressa au plus haut point les chirurgiens, mais les moyens leur manquaient complétement, et il faut arriver à A. Paré pour trouver la première idée de porter un remède à ce grave accident.

Deux moyens furent proposés et ont prévalu depuis cette époque, ce sont la suture et la cautérisation.

La suture doit seule nous occuper ici. Est-il bien vrai d'ailleurs qu'on puisse, avec la cautérisation seule obtenir la guérison de cette lésion lorsqu'elle offre un caractère de gravité un peu prononcé? Cela nous semble impossible, on peut sans contredit amener ainsi une amélioration notable, diminuer la profondeur de la solution de continuité; mais de là à une guérison complète, il y a loin. La cautérisation fut employée par Sédillot, puis par M. Velpeau en 1832. M. J. Cloquet surtout la mit en usage. Grâce à ce moyen, on voit la cloison s'abaisser peu à peu, l'angle que formait la solution de continuité devient de plus en plus obtus, et se rapproche insensiblement de la surface du périnée; mais jamais le succès n'est véritablement complet, les tissus restent indurés et la cicatrice est toujours plus ou moins vicieuse. La cautérisation est donc un moyen insuffisant, et la suture doit être regardée comme le meilleur moyen curatif que nous possédions.

Cinq modes de sutures furent préconisés successivement pour la restauration du périnée: ce sont la suture simple, la suture entortillée, la suture en surjet, la suture enchevillée et la suture à anse. Tel est l'ordre chronologique de leur emploi. Nous devons faire remarquer ici que de ces diverses formes de sutures, chacune ne fut pas mise en usage exclusivement; plus d'une fois plusieurs d'entre elles furent pratiquées simultanément, les unes pour la réunion des parties superficielles, les autres pour celles des parties profondes. Nous verrons, en étudiant le procédé de Roux, ce chirurgien mettre ainsi en usage plusieurs variétés de sutures.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

Les numéros de l'année 1863 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Sur la dialyse appliquée à la recherche médico-légale*

des poisons, par M. Harvey. (La conclusion de ce travail est que l'épreuve par la dialyse ne saurait en aucune façon remplacer les procédés ordinaires de la chimie analytique.) 2° *Sur la température du corps humain après la mort*, par M. Maclean. 3° *Empoisonnement d'un enfant par 1 grain d'acétate de morphine*, par M. Winterbotham. 4° *Sur la présence de l'ascaris mystax dans l'économie humaine*, par M. Spencer Cobbold. 5° *Sur la lithotomie chez la femme*, par M. Lane. 6° *Sur l'ergot de seigle et son mode d'action sur l'utérus*, par M. Graily Hewitt. (L'auteur arrive à cette conclusion assez imprévue que le seigle ergoté n'exerce aucune action directe sur le tissu musculaire de la matrice, et qu'il ne provoque des contractions qu'en produisant soit des vomissements, soit seulement un état nauséeux.) 7° *Mort par combustion*, par M. Buzzard. 8° *Sur la cause du scorbut*, par M. Oliver. (Suivant M. Oliver, le scorbut serait toujours la conséquence d'une alimentation trop pauvre en substances albuminoïdes, soit animales, soit végétales.) 9° *Sur l'apophyse sus-condyloïdienne de l'extrémité supérieure chez l'homme*, par M. Struthers. 10° *Tumeur fibreuse de la mâchoire supérieure; ablation; guérison*, par M. Jackson. (L'opération à l'aide de laquelle on a pratiqué l'ablation de la tumeur qui s'était développée dans le sinus maxillaire, consista dans la resection partielle de la mâchoire en en conservant la partie supérieure. Il a suffi pour cela d'une seule incision intérieure qui, commencée dans la narine du côté malade, divisait ensuite la lèvre supérieure à côté de la ligne médiane. La guérison se fit sans difformité.) 11° *Fracture comminutive du tibia et du péroné*, par M. Chapman. (Guérison due principalement à l'emploi persévérant de l'irrigation froide. C'est un succès très-lent; la désorganisation des parties était en effet telle au niveau de la fracture, que la jambe pouvait être ployée en deux comme une pièce de linge.) 12° *Sur la supériorité de l'amputation de Chopart et de la resection du cou-de-pied dans tous les cas où ces opérations sont possibles*, par M. Hancock. (On trouvera dans ce travail la relation d'un succès complet et définitif de l'amputation de Chopart.) 13° *Deux cas de rétention d'urine*, par M. Smith. 14° *Sur un cas d'accouchement artificiel provoqué par la méthode de M. Barnes*, par M. Corner. 15° *Observations cliniques sur les affections des viscères abdominaux*, par M. Ward. 16° *Anévrisme poplité guéri par la flexion de la jambe*, par M. Currie. 17° *Abcès du foie ouvert au dehors et communiquant avec le colon*, par M. Domenichetti. 18° *Sur certaines erreurs dans le diagnostic et le traitement de la rétention d'urine*, par M. Holt. 19° *Observations sur l'emploi dans les arts du vert de Scheele et d'autres matières colorantes métalliques*, par M. Hilt Hassall. 20° *Transformation hydatique de l'œuf humain*, par M. Moorhead. 21° *Cas de rupture de l'utérus*, par M. Haviland. 22° *Sur les ligatures métalliques*, par M. Redfern Davies. 23° *Observation de cyanose*, par M. Stedman. (Absence partielle de la cloison interventriculaire qui faisait ressembler le cœur à un cœur de crocodile. On suppose que ce vice de conformation était la conséquence d'une endocardite rhumatismale survenue à une époque peu avancée de la vie intra-utérine. La mère de l'enfant avait eu en effet une fièvre rhumatismale à une époque peu éloignée de la conception.) 24° *Anévrisme traumatique de l'artère fémorale près du ligament de Poupart*, par M. Gallwey. (Ligature de l'artère iliaque interne; guérison.) 25° *Sur la bronchite causée par certaines professions*, par M. Greenbow. 26° *Sur un nouveau modèle d'ophthalmoscope binoculaire*, par M. Carter. 27° *De l'influence de la fumée de tabac sur le pouls*, par M. Smith. 28° *Nævus de la paupière supérieure, traité avec succès par la ponction avec une aiguille rougie*, par M. Wordsworth. 29° *Cicatrice vicieuse du cou; trois opérations autoplastiques; guérison*, par M. Holmes. 30° *Cas de laryngite chez l'adulte ayant nécessité deux fois la trachéotomie*, par M. Gallwey. 31° *Tumeur enkystée du vagin*, par M. Hardwicke. (La tumeur, développée dans la cloison recto-vaginale, mettait obstacle à l'accouchement. M. Hardwicke la ponctionna avec un canif et termina l'accouchement en appliquant le forceps.) 32° *Sur l'extraction de la cataracte*, par M. Hart. 33° *Expériences sur les aliments*, par M. Savory. 34° *Sur l'emploi de la glycérine en médecine et en chirurgie*, par M. Tilt. 35° *Remarques cliniques sur un cas singulier d'intussusception intestinale*, par M. Brinton. 36° *Observations cliniques faites à l'infirmerie royale de Glasgow*, par M. Gairdner. 37° *Sur l'échelle optométrique de M. Snellen*, par M. Bader. 38° *Sur l'assimilation et sur l'influence que les troubles de cette fonction exercent sur l'urine*, par M. Pavy. 39° *Sur l'action des hypophosphates de soude et de chaux*, par M. Payne Cotton. 40° *Expériences sur la rapidité comparée de l'absorption par le rectum et l'estomac*, par M. Savory. 41° *Sur l'anémie idiopathique*, par M. Habersbon. 42° *Sur la variole*, par M. Martyn. 43° *L'écraseur laryngé*, par M. Gibb. 44° *Relation d'une tentative de rendre son aspect naturel à un corps putréfié*, par M. Richardson. 45° *Sur un cas d'aliénation mentale chez un enfant*, par M. Millar. 46° *Sur les causes des maladies du foie dans les Indes orientales*, par M. Martin. 47° *Cas de sphacèle anémique*, par M. Myrtle. 48° *Traitement des fractures compliquées du fémur par armes à feu*, par M. Redfern Davies. 49° *Traitement de l'hépatite aiguë suppurée*, par M. Cameron. 50° *Cas remarquable d'exostose*, par M. Price. 51° *La Sicile comme station d'hiver*, par M. Bennett. 52° *Grossesse utérine coexistant avec une grossesse extra-utérine*, par M. Pennefather. 53° *Fistule vésico-vaginale compliquée guérie par plusieurs opérations*, par M. Baker Brown. 54° *Contributions à la chirurgie pratique des maladies des enfants*, par M. Holmes. 55° *Emploi du sarracenia purpurea contre la variole*, par M. Marson. 56° *Empoisonnement par le chloroforme, etc.*, par M. Harley. 57° *Traitement du strabisme à l'hôpital ophthalmologique de Londres*, par M. Lawson. 58° *Cas d'atrophie musculaire commençante guérie*, par M. Russell Reynolds. 59° *Sur la paralysie infantile*, par M. Holmes Coote. 60° *Cas d'ovariotomie*, par M. Black. 61° *Fractures et luxations compliquées des os de la face*, par M. Hensley. 62° *Emploi de l'alcaloïde de la fève de Calabar contre le prolapsus de l'iris*, par M. Nunneley. 63° *Tumeur cancéreuse de la partie inférieure du colon*, par M. Charles Bell. 64° *Trois cas d'amaurose produite par l'habitude de fumer*, par M. Wordsworth. 65° *Emploi médicinal des eaux minérales arsénifères*, par M. Robinson. 66° *Traitement des fièvres palustres par les injections sous-cutanées de sulfate de quinine*, par M. Moore. 67° *Empoisonnement par l'opium*, par M. Ellio. 68° *Occlusion spontanée de l'artère axillaire à la suite d'une plaie par arme à feu*, par M. Caltbrop. 69° *Cas de transposition du cœur et du foie*, par M. Maclean. 70° *Description d'un laryngoscope*, par M. Mason. 71° *Epanchement pleurétique et abcès lombaire communiquant avec le sein*, par M. Jones. 72° *Vomique avec empyème, suivie de guérison*, par MM. Pollock et Thompson. 73° *Fracture compliquée, etc.*, par M. Tudor. 74° *Hernie inguinale traitée avec succès par la méthode de Chisholm*, par M. Dickinson. 75° *Mort par écrasement*, par M. Story. 76° *Cas de désarticulation du bras*, par M. Morris. 77° *Extraction d'une bougie, longue de 12 pouces, de la vessie*, par M. Fergusson. 78° *Sur l'influence défavorable des changements brusques de climat*, par M. Bennett. 79° *Sur un moyen de remédier à la rétention d'urine dans certains cas de cancer de la vulve*, par M. Moore. 80° *Sur les fractures*, par M. Winchester. 81° *Rapport clinique sur les dermatoses squammeuses*, par M. Nayler. 82° *Sur un anévrisme inguinal diffus; ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la déchirure; mort*, par M. Bradley. 83° *Mort par ivresse*, par M. Black. 84° *Opération de kélotomie suivie de succès chez un sujet âgé de 83 ans*, par M. Smith. 85° *Sur la valeur des hypophosphates dans le traitement de la phthisie*, par M. Vintras. 86° *Tumeur du médiastin simulant un anévrisme de l'aorte*, par M. Macdonald. 87° *Notes statistiques et cliniques*, par M. Rose. 88° *Hernie obturatrice; opération*, par M. Coulson. 89° *Manie chronique compliquée d'adhérences péritonéales*, par M. Ritchie. 90° *Sur les propriétés thérapeutiques de l'acide carbolique*, par M. Calvert. 91° *Sur un cas de mobilité extrême des deux reins*, par M. Phillipson. 92° *Cas de maladies vénériennes traitées dans les hôpitaux de Londres*. 93° *Traitement de la fièvre rhumatismale*, par M. Wade. 94° *Rétention d'urine due à une affection de la prostate; ponction sus-pubienne*, par M. Gason. 95° *Sur les luxations du pouce*, par M. Wardsworth. 96° *Remarques pratiques sur le traitement hypodermique des maladies*, par M. Hunter. 97° *Tumeur de la langue datant de vingt ans; ablation; succès*, par M. Folker. 98° *Traitement de la coqueluche par la belladone et le sulfate de zinc*, par M. Garraway. 99° *Empoisonnement mortel par l'essence d'amandes amères*, par M. Ellis. 100° *Action, préparations et usage de la fève de Calabar*, par M. Nunneley. 101° *Rupture de l'estomac, suite de ramollissement gélatineux*, par M. Langston. 102° *Sur l'emploi du clamp dans le traitement des hémorrhoïdes et du prolapsus de l'anus*, par M. Smith. 103° *Tumeurs congénitales de la langue chez un sujet âgé de 27 ans*, par M. Mason. 104° *Contributions à la pathologie et au traitement de l'asthme*, par M. Hyde Salter. 105° *Observation d'ostéomalacie*, par M. Marsh. 106° *Traitement de la phthisie par le bain d'air chaud*, par M. Leared. 107° *Epingle à cheveux dans la vessie d'un homme; extraction à l'aide du litholabe*, par M. Thompson. 108° *Sur deux cas d'ictère aigu mortel*, par M. Roper. 109° *Sur les maladies des ouvriers cotonniers*, par M. Leach. 110° *Observations de paralysie*, par M. Russell. 111° *Observation de plaie pénétrante de l'abdomen*, par M. Dyes. 112° *Sur le traitement à domicile des premiers degrés de la folie*, par M. Robinson. 113° *Emploi de la teinture de perchlorure de fer dans le délire alcoolique*, par M. Glover. 114° *Sur la valeur diagnostique des taches rosées lenticulaires*, par M. Kennedy.

SUR LA PRÉSENCE DE L'ASCARIS MYSTAX DANS L'ÉCONOMIE HUMAINE; par le docteur T. SPENCER COBBOLD, professeur d'anatomie comparée à l'hôpital de Middlesex.

L'ascaris mystax (ou *ascaris felis*) se trouve fréquemment, comme on sait, dans l'intestin du chat, et on le reconnaît facilement par la présence de deux appendices membraneux, en forme d'ailes, sur les côtés de l'extrémité céphalique. Les auteurs qui, avant M. Cobbold, ont admis que cet entozoaire se rencontre parfois dans le tube digestif de l'homme sont fort peu nombreux, et ils n'avaient guère pour étayer leur opinion que deux faits, appartenant l'un au docteur Pickells, l'autre au docteur Bellingham.

Ce dernier a été publié en 1839 dans le premier volume du *Dublin medical Press* et dans le tome XIII des *Annals of natural history*. Bellingham décrit le parasite qu'il a observé sous le nom d'*ascaris alata*, mais de sa description il ressort d'une manière non douteuse qu'il s'agissait de l'*ascaris mystax*. L'auteur irlandais en possédait deux échantillons. On les avait trouvés dans les évacuations d'un enfant que Bellingham avait traité pour des vers intestinaux.

Le fait de Pickells est plus ancien encore; il est consigné dans les tomes IV et V des *Transactions of the association of fellows and licenciates of the King and Queen's college of physicians in Ireland*. Les parasites examinés par Pickells avaient été rendus à plusieurs reprises et en assez grand nombre par une jeune femme, en compagnie d'un certain nombre d'ascarides lombricoïdes. L'auteur signalait leur grande analogie avec l'*ascaris felis*.

Ce fait a été généralement regardé comme apocryphe; c'est à tort, suivant M. Cobbold, et l'on comprend en effet difficilement comment la femme dont il s'agit aurait pu se procurer un si grand nombre d'ascarides du chat.

M. Cobbold rapporte un troisième fait à l'égard duquel il croit qu'on ne saurait élever aucun doute, et dans lequel il est, en effet, infiniment peu probable qu'il y ait eu soit erreur, soit supercherie. Toutefois, dans ce cas encore, la preuve directe de l'existence du parasite dans l'organisme humain fait défaut. Les ascarides avaient été trouvés dans les selles d'un petit enfant par sa mère. Il est vrai que cette dame était fille de médecin, ce que M. Cobbold paraît regarder comme une excellente garantie.

Quoi qu'il en soit, les parasites, au nombre de quatre, que M. Cobbold a examinés et qui lui avaient été adressés par le docteur Lankester, présentaient tous les caractères de l'*ascaris mystax*. On s'en assure sans peine en jetant un coup d'œil sur les dessins que l'auteur a ajoutés à son travail. L'enfant qui les avait rendus (au nombre de huit en tout) était âgé de 13 mois. Quelques jours avant de les évacuer, il avait présenté de la diarrhée et de l'agitation. Quant à l'origine de ces entozoaires, elle est restée douteuse. M. Cobbold fait cependant remarquer que la bonne de l'enfant lui avait donné l'habitude de mâcher des tiges de céleri. Il est possible qu'il ait avalé ainsi les œufs de l'ascaris, qui auraient été portés sur les plantes par l'eau avec laquelle on les arrosait.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

NOUVELLE ÉTUDE SUR LA POSITION DU CENTRE OPTIQUE DE L'ŒIL ET LA DÉTERMINATION DES VALEURS RÉFRINGENTES DE CES DIFFÉRENTS MILIEUX; par M. GIRAUD-TEULON. (Extrait par l'auteur.)

I. Au moyen d'expériences qui rappellent par leur objet celles de Haldat, mais dans lesquelles j'ai modifié: 1° la direction suivie par la lumière, à laquelle, par une réflexion sur un miroir plan à 46 degrés, j'ai fait suivre la direction verticale de bas en haut; 2° les procédés d'exploration, en examinant les images formées à la surface postérieure du cristallin au moyen du microscope, j'ai obtenu les résultats suivants:

1° Mesurant la distance des images à la surface antérieure de la cornée pour les rayons parallèles, puis leur distance quand l'objet était rapproché à 2 pouces de l'œil, c'est-à-dire aux deux limites extrêmes de l'accommodation, j'ai reconnu, contrairement aux faits annoncés par de Haldat, que pendant ce mouvement de l'objet, de l'horizon à 2 pouces de distance de l'œil, le lieu des images était *reculé*:

Chez le bœuf, de 6 millimètres environ.
Chez le mouton, de 4 millimètres environ;
Chez le porc, de 3 millimètres environ;
Chez l'homme, de $2^{mm},5$ à 3 millimètres environ.

2° Répétant les mêmes expériences sur l'œil dépourvu de cornée et d'humeur aqueuse, les résultats ont été sensiblement les mêmes. Il paraît bien établi que les rayons qui tombent sur le cristallin dans l'air et ceux partis du même point et qui le rencontrent, après avoir subi l'effet réfringent dû à l'humeur aqueuse et à la cornée, vont former foyer à la même distance de la face postérieure du cristallin. (Ce fait avait été déjà annoncé par de Haldat.)

3° Le cristallin étant isolé dans l'air, les différences, réelles toujours, entre la longueur focale principale et celle conjuguée d'un point situé à 2 pouces de distance de la lentille, ne sont plus:

Chez le bœuf et le mouton, que de 1 millimètre environ;
Chez le porc, de $\frac{1}{2}$ millimètre;
Chez l'homme, de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ millimètre.

Il suit de là que, pour passer de la vision distante à la vision des objets situés à 2 pouces de lui, l'œil a besoin d'un appareil qui fasse parcourir chez l'homme, au foyer conjugué intérieur, une distance de $2^{mm},5$ à 3 millimètres entre le parallélisme des rayons incidents et la divergence qui correspond à 2 pouces.

II. Le centre optique de l'œil entier, et même celui du cristallin considéré isolément dans l'air, sont en arrière de la face postérieure du cristallin. Dans l'œil du lapin albinos, le seul où l'on puisse bien exactement reconnaître sa position, le centre optique ou de réfraction est exactement au centre même de figure et de mouvement du globe.

Une expérience physiologique décisive montre l'exactitude de cette coïncidence dans l'œil humain, lors de l'exercice régulier de la vue. On dilate une pupille au moyen de l'atropine; puis au moyen d'un ophthalmoscope fixe binoculaire, on observe, par le procédé de Knapp, l'image *nette* de la flamme d'une lampe sur la choroïde. Le sujet maintenant sa tête parfaitement fixe, on fait exécuter à son œil des mouvements réguliers et lents d'un angle de l'orbite à l'autre.

Or, pendant ces mouvements, l'image ne varie aucunement de grandeur ni de position, ce que permet de constater avec la plus scrupuleuse exactitude un micromètre placé au point même occupé par l'image renversée. Il suit évidemment de là que le centre optique du système coïncide avec le centre de mouvement du globe.

Cette expérience donne lieu en outre à l'observation accessoire que voici: si le narcotique mis en usage est assez faible pour n'avoir pas atteint ou entravé notablement l'accommodation, et qu'on fasse exécuter au sujet un effort portant son attention d'un point éloigné vers un point voisin situé dans la même direction, comme dans l'expérience de Crammer, on voit l'image de la lampe, d'abord parfaitement délimitée et nette sur ses contours, devenir tout à coup étalée, confuse et mal définie. Le changement de l'état dioptrique pendant l'adaptation de l'œil est par cette expérience encore une fois démontrée.

La situation du centre optique de l'œil dans son ensemble au centre même de sa rotation, en arrière et en dehors du cristallin, rend évidemment illusoires les savants calculs sur lesquels Listing fonde la construction de son œil schématique; illusoires, entendons-nous, au point de vue, non de leur exactitude mathématique, mais de l'application à des éléments organiques complexes des belles formules établies par Gauss pour des éléments optiques homogènes.

III. Rapportant les éléments de l'œil schématique à la position réelle du centre optique, nous représenterons l'œil schématique de l'une ou l'autre des deux manières suivantes, selon que nous voudrons nous rapprocher plus ou moins des dispositions présentées par l'œil réel.

La combinaison la plus simple consistera en une sphère transparente à sa partie antérieure, limitant un milieu réfringent homogène dont l'indice de réfraction sera 2, et de 23 millimètres de diamètre.

Le foyer d'un tel appareil est à l'extrémité de son diamètre, et le centre optique au centre de la sphère.

Veut-on être plus conforme à la disposition réelle offerte par la nature, on laissera au contenu transparent de cette sphère de 23 millimètres son indice de réfraction (1,34); cela posé, on accolera à sa surface antérieure une lentille collective faisant légèrement saillie sur elle (la cornée), et représentant une puissance focale de $\frac{1}{30}$ de millimètre dans le milieu 1,34.

Secondement, au centre optique ou centre de l'appareil, on suspendra une seconde lentille collective de même puissance focale $\frac{1}{30}$ de millimètre; leur somme

$$\frac{1}{18,50} + \frac{1}{30} = \frac{1}{11,50}$$

représente une lentille de 11,50 de longueur focale, comme elle est nécessaire, en effet, pour trouver des images nettes sur le tableau rétinien.

DU TRAITEMENT DE L'IRITIS SYMPATHIQUE PAR L'IRIDECTOMIE. Note de M. TAVIGNOT.

Guidé par mes propres recherches touchant l'efficacité des ponctions

de l'iris dans l'iritis ordinaire; en présence surtout des succès multipliés obtenus par de Graefe dans le traitement du glaucome à forme phlegmasique par l'excision, je me suis décidé, en raison même des analogies que j'ai constatées entre ces deux affections, à traiter l'iritis sympathique comme le chirurgien de Berlin traite le glaucome, c'est-à-dire par l'iridectomie.

Il s'agissait, dans l'espèce, d'une jeune fille de 11 ans, ayant perdu l'œil droit à la suite d'un coup de ciseaux, et chez laquelle l'iritis sympathique du côté gauche avait débuté cinq semaines après l'accident.

J'avais affaire à la seconde attaque de la maladie irido-choroïdienne.

L'opération, exécutée avec ma pince-crochet, eut pour effet de supprimer un tiers environ de l'iris, vers sa partie externe, de sa petite à sa grande circonférence. L'iritis a été, pour ainsi dire, enlevée d'emblée : aucun accident, soit primitif, soit consécutif, n'est survenu, et la guérison, qui date aujourd'hui de trois mois, est aussi complète que possible. Il n'y a pas eu de récidive.

Si cette guérison persiste, comme tout semble le faire espérer, l'iritis sympathique aura donc cessé d'être une affection au-dessus des ressources de l'art, ainsi que la plupart des auteurs l'ont répété jusqu'à présent.

— M. Riondel, dans une lettre adressée à M. Flourens de la rivière d'Alvarado (Mexique), signale quelques cas de longévité cités par M. Lerdo de Tejada dans son histoire de la Vera-Cruz. D'après le recensement de 1849, il y avait dans le district de Vera-Cruz onze personnes ayant plus de cent années.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er MARS 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet un mémoire de M. le docteur Jobert (de Gnyonvelle) sur la constitution médicale en 1863 dans le département de la Haute-Marne.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Davaine, qui se présente comme candidat dans la section de thérapeutique et de matière médicale.

2° Une lettre de M. le docteur Léon Soubeiran, qui retire sa candidature.

3° Une note sur les virus, la variole et la vaccine, par M. le docteur de la Plagne.

4° Des observations de goître aigu, recueillies en 1863, par M. le docteur Dourif (de Clermont-Ferrand). (Commission des épidémies.)

5° Une note de M. Candeo, médecin à Venise, sur le traitement de la surdité par les injections d'éther. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

6° M. Galante présente à l'Académie impériale de médecine une nouvelle sonde articulée, qu'il a construite d'après les indications de M. le docteur Fauvel.

Cet instrument a pour but d'écraser dans l'intérieur de la glotte les polypes et les végétations de consistance molle, et d'obtenir ainsi une dilacération de ces productions morbides, dilacération qui les rend plus accessibles à l'action dissolvante des caustiques que l'on applique ensuite sur leur surface déchirée.

— M. Bouvier dépose sur le bureau la lettre suivante, au nom de M. le docteur Auzias-Turenne :

Lettre du docteur de Carro (de Vienne), au professeur Pictect (de Genève) (1).

« Vienne, le 22 juin 1803.

« Outre la confirmation que le docteur Sacco (de Milan) a donnée, par une variété d'expériences, à la théorie du docteur Jenner sur la connexion du grease et du cow-pox, un médecin français, M. Lafont, établi depuis longtemps à Salonique (on Macédoine), vient d'obtenir les mêmes résultats. Il a de fortes raisons de croire, d'après le rapport de plusieurs paysans albanais, que le cow-pox existe dans le pays qu'il habite.

« Les maréchaux-ferrants de Salonique connaissent fort bien le grease que M. Lafont appelle javart, et ils le distinguent en javart phlegmoneux, scrofuleux et variolique. Cette distinction me semble annoncer des connaissances vétérinaires qu'on ne s'attendait guère à trouver dans un pays où les arts et les sciences sont si peu cultivés. Le javart variolique est accompagné d'une éruption semblable à la petite vérole. C'est de cette espèce que M. Lafont s'est servi, et c'est avec la matière que contenaient de petites ulcères sur les jambes de devant qu'il a produit des pustules parfaitement semblables à la vaccine.

« Les succès étonnants qu'a eus ce vaccinateur qui, depuis les mois de septembre et d'octobre passés, jusqu'au 3 juin de cette année, compte 1,132 vaccinations, ne permettent pas de douter de l'exactitude de ses observations. Vous verrez, dans l'histoire de la vaccination en Grèce, qui fait partie de l'ouvrage que je vais mettre sous presse, tout le mérite que s'est acquis ce médecin en introduisant la vaccine dans ce pays, dans les circonstances les plus défavorables, et souvent en bravant les dangers de la peste. Les deux premiers enfants inoculés avec le virus du cheval ont eu des symptômes de fièvre beaucoup plus forts; mais les inoculations suivantes ont été aussi bénignes que d'ordinaire.

« Le docteur Lafont (de Salonique) écrit que les maréchaux-ferrants de ce pays distinguent trois espèces de javart : l'écrouelleux, le phlegmoneux et le variolique. Ce dernier paraît être le même que le grease constitutionnel du docteur Loy qui, seul, peut donner de la vaccine et préserver de la petite vérole. Aussi, d'après le rapport des bergers albanais, les vaches sont-elles sujettes, dans ce pays, à une maladie qui paraît avoir une grande ressemblance avec le véritable cow-pox des Anglais, et ce qui décide la question, c'est que le docteur Lafont a réussi à produire la véritable vaccine sur deux enfants inoculés avec le virus pris sur les jambes d'un cheval atteint de cette troisième espèce de javart, quoiqu'il ne produisit aucun effet sur une vache soumise aussi à cette inoculation, et cette vaccine s'est propagée de ces enfants à d'autres par l'inoculation, avec ses caractères et sa bénignité ordinaires. »

Certifié conforme :
Auzias-Turenne.

M. Bouvier présente encore, au nom de M. Trinquart et au sien, quatre planches photographiées d'après l'ouvrage aujourd'hui très-rare de Ceely, lequel en renferme en tout 35, dont 27 relatives à la variolation de la vache. Des quatre planches que M. Bouvier a fait reproduire, la première représente le résultat de la vaccine et de la variole inoculées simultanément à la vulve de la vache; la seconde représente la variole inoculée seule; enfin les deux dernières offrent l'image des boutons de vaccin obtenus chez des enfants au moyen de l'inoculation des cow-pox ainsi obtenus.

— MM. Béclard et Larrey font hommage à l'Académie, l'un du *Journal de chimie médicale et de toxicologie de Toulouse*, au nom de M. Chevalier; l'autre du *Bulletin de la Société de médecine d'Alger*.

— M. Tardieu offre, au nom de l'auteur, M. Desnos, un mémoire sur *la curabilité de la phthisie pulmonaire*.

— M. Devergie présente un travail de M. Liégard (de Caen) sur les inhalations de chloroforme dans l'éclampsie, lesquelles auraient, d'après l'auteur, une valeur dans ce cas analogue à celle du mercure dans le traitement de la syphilis.

— M. le Président annonce que M. le docteur Serre (d'Alais) assiste à la séance.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION.

La parole est à M. Depaul.

M. Depaul : Les arguments accumulés contre moi dans le cours de cette discussion n'ont pas ébranlé mes convictions. Je ne puis me rendre à des objections non sérieuses; je reste donc plus convaincu que jamais. Cependant j'éprouve un certain embarras pour répondre à tous, vu qu'il n'y a pas moins de neuf de mes collègues qui ont pris la parole après moi; mais en examinant les opinions qu'ils ont soutenues, je puis les catégoriser; je puis, par exemple, ne pas répondre à MM. Bouillaud et Piorry qui sont venus défendre la même thèse que moi. Parmi les autres, un surtout, M. Bousquet, a arboré un drapeau tout à fait différent du mien; à la bonne heure, j'aime les positions bien tranchées: cette circonstance me permettra de ne pas le faire intervenir tout de de suite dans le débat, et puisqu'il est entré dans le cœur de la question, de le réserver pour la fin quand je l'aurai dégagée des côtés en quelque sorte accessoires envisagés par les autres orateurs. Ainsi j'aurai peu de choses à dire à M. Bouvier, qui en nous donnant cette fois encore un nouveau spécimen de sa grande érudition historique, a évité de se prononcer, comme si au fond la question lui était indifférente. Je me permettrai, toutefois, de lui faire observer que s'il aime à lire dans les vieux livres, moi aussi j'y avais lu, un peu tard peut-être, mais enfin j'y avais lu, et dans un de mes anciens discours j'avais parlé de Loy et de Baron; il y a deux ans je n'avais pas lu ce dernier dans l'original, mais j'en citais une analyse trouvée par moi dans un auteur italien.

Je crois pouvoir également laisser de côté M. Leblanc pour m'occuper aujourd'hui exclusivement de ce que j'appellerai l'école d'Alfort, c'est-à-dire MM. Bouley, Reynal et Magne; j'aurai ensuite à répondre à M. Guérin.

Messieurs, l'entente cordiale avec laquelle nos collègues de la section vétérinaire ont dirigé contre moi le feu de leur artillerie m'a profondément touché; je crois donc aussi devoir les rapprocher dans ma réplique, tout en répondant séparément à chacun d'eux.

(1) *Bibliothèque britannique*, t. XXIII, sciences et arts, an XI (mai 1803, vieux style), p. 435.

Je commence par M. Bouley.

Ici l'orateur entre dans une discussion personnelle, dans laquelle il se défend surtout d'avoir puisé à Alfort ce qu'il est venu dire à l'Académie; le pli cacheté même que M. Bouley lui a reproché n'avait d'autre but que de faire voir que ses conclusions ne seraient point prises par lui dans le premier discours de son collègue. L'attitude de M. Bouley dans ce premier discours n'est pas la même que celle qu'il a prise dans le second, où il a repris les concessions auxquelles il avait été en quelque sorte obligé dans le premier. Parlons d'abord de celui-ci.

M. Bouley a voulu disculper Jenner de son erreur; c'est inutile. Jenner a cru avoir affaire à une maladie locale, mais cela n'atténue en rien son mérite; cette erreur d'ailleurs, on l'explique aujourd'hui, mais on ne la justifie pas. M. Bouley aura beau dire, il est bien certain que lui s'est trompé.

M. Bouley : Cela m'est bien égal. Cette considération ne pèse pas sur moi.

M. Depaul : M. Bouley nous apprend qu'il a décrit la maladie sous le nom d'herpès phlycténoïde d'abord, puis sous celui de *horse-pox*; dans son second travail, il adopte le nom de M. Lafosse, maladie vaccinogène. Moi je n'ai jamais varié; cette affection, je l'ai toujours appelée variole.

M. Guérin a prétendu être le seul à avoir des doctrines. M. Bouley veut bien reconnaître que moi aussi j'en avais une; je l'en remercie. Il dit en effet (page 150 du *Bulletin*) :

« ... Mon honorable collègue avait une croyance basée sur une doctrine, etc... »

Ici l'orateur, à propos des faits d'Alfort, insiste sur ce point que c'est lui qui, lors de sa visite à Alfort le 17 juillet, a fait voir à M. Bouley que l'éruption était générale. M. Bouley, qui d'abord n'y avait pas cru, ne s'est rangé que le 9 août suivant à cette manière de voir.

J'arrive au deuxième discours de mon contradicteur. Il s'y plaint de ce que je ne lui ai rien dit à Alfort, tandis que lui m'y communiquait ses impressions. Eh bien! M. Bouley n'avait qu'à lire mon rapport de 1862 qu'il avait entre les mains, et voici ce qu'il y aurait lu :

« ... De l'exposé impartial de ces documents, il semble que l'on peut conclure :

1° Que la maladie appelée eaux aux jambes n'a jamais produit ni la vaccine ni le cow-pox;

2° Que le cow-pox se produit spontanément dans un certain nombre de cas;

3° Que les chevaux sont sujets à une maladie éruptive de nature pustuleuse siégeant sur les membres et plusieurs autres parties du corps, et que cette éruption est analogue à la variole;

4° Qu'en inoculant à l'espèce humaine le liquide de cette maladie du cheval, on obtiendrait un résultat identique à celui de l'inoculation du cow-pox, c'est-à-dire des pustules vaccinales. »

J'ajoutais :

« N'est-il pas permis d'aller un peu plus loin, et de croire qu'une parenté plus rapprochée existe entre ces affections?

... Pourquoi la variole ferait-elle exception à la règle? Si ces faits étaient bien établis, toutes les incertitudes sur l'origine de la vaccine disparaîtraient. »

Revenant aux faits d'Alfort, M. Depaul insiste encore sur ce point qu'il y a montré que le cheval arabe qu'on lui présentait avait des boutons non-seulement au pied, mais partout; il rappelle encore l'épreuve du rasoir faite par M. Reynal. C'est le 2 août qu'a eu lieu cette expérience; la lettre de M. Bouley où il fait son *med culpâ* n'est que du 9; il s'est donc écoulé sept jours entre la visite de M. Depaul et cette conversion.

L'orateur rappelle encore qu'il a insisté sur le caractère pustuleux et non miliaire de l'éruption. Relativement à sa nature infectieuse, n'est-elle pas démontrée par la contamination des 18 vaches de l'étable du nourrisseur voisin d'Alfort, et si la contagion directe par les mains chargées de les traire peut être invoquée, il n'en est certes pas de même pour le cheval placé dans une écurie voisine qui contracta en même temps le horse-pox.

Quant à ce fait dont a parlé M. Bouley, d'une stalle d'écurie dont tous les habitants contractèrent la maladie, laquelle est restée bornée à eux et aux chevaux des stalles immédiatement contiguës, n'est-il pas précisément l'analogue de ce qui se passe pour la variole humaine que l'on contracte d'autant plus facilement qu'on est plus voisin du foyer de l'infection? Qu'on ne parle donc plus comme à Toulouse d'entraves contaminatrices.

Ici se présente la question de doctrine. Il paraît qu'à Alfort on ne s'en est pas occupé. M. Bousquet l'a plus franchement abordée. Tout ce que l'on trouve d'intéressant à cet égard dans M. Bouley, c'est qu'il a inoculé la variole à une vache et n'a pas réussi, tandis qu'il a pu lui inoculer ensuite le horse-pox avec succès. C'est là un fait sans doute, mais voilà tout; on n'en peut rien conclure parce qu'il y en a d'autres qui viennent le détruire.

Arrivant aux conclusions de M. Bouley, l'orateur conteste à propos des premières l'importance personnelle que l'auteur y veut prendre, et rejette formellement la troisième. Selon lui, ce n'est pas aux faits d'Alfort que l'on doit la connaissance de la maladie.

Pour ce qui concerne M. Reynal, M. Depaul insiste, pièces en main, sur le caractère pustuleux attribué par M. Rayer à la maladie éruptive qu'il a décrite, caractère que M. Reynal ne veut pas reconnaître d'après ce travail dont il n'a donné que des citations incomplètes. M. Rayer se sert toujours du mot *pustules*, excepté dans les cas qu'il qualifie d'*anomalies* et où il y avait des bulles. Mais la même chose n'a-t-elle pas lieu dans la variole humaine? Voici d'ailleurs le résumé de la maladie emprunté à la description de M. Rayer :

« D'abord fièvre d'invasions puis élevures d'abord comme une tête d'épingle, s'élargissant en forme de pustules aplaties, circulaires, de la dimension d'une pièce de cinq sols, acquérant leur plus grand développement vers le neuvième jour; jamais de cloches comme dans les affections bulleuses et vésiculeuses. »

Vient la question de la clavelée. J'ai dit à plusieurs reprises, continue l'orateur, que la clavelée est la variole du mouton; j'ai cité les expériences de Sacco; on m'a reproché de ne pas avoir expérimenté moi-même; on n'ignore pas cependant qu'il est impossible de faire ces expériences dans les appartements. Mais est-ce que cela ôte rien de leur valeur aux expériences de Sacco? Ces expériences, M. Reynal n'en a rapporté qu'une partie. Or chacune de ces expériences corrobore la précédente; il faut donc les rapporter en entier, si l'on veut arriver à la vérité.

Ainsi, M. Reynal a parlé d'abord de la première expérience de Sacco, dans laquelle la vaccine ne fut constatée que par le docteur Lévy chez les enfants laissés à sa surveillance, tandis que les inoculations faites par Sacco avec le même liquide emporté par lui à Milan ne réussirent pas. Qu'est-ce que cela prouve? Ne sait-on pas qu'il en est de même pour la vaccine et que les expériences avec le vaccin transporté ne réussissent pas toujours?

En 1806, Sacco inocule avec succès la vaccine à des moutons; ces mêmes animaux, inoculés ensuite avec la clavelée, ne contractèrent pas la maladie. La même année il inocule heureusement le claveau à cinq enfants. M. Reynal a omis de dire que la contre-épreuve fut faite et que l'inoculation de la variole échoua sur ces mêmes enfants. Cette contre-épreuve n'est-elle pas d'une grande importance? Il en est de même des autres faits dont M. Reynal ne parle pas; ainsi Sacco parle d'une vache chez qui l'inoculation de la clavelée produisit trois pustules ordinaires de vaccine, etc.

Ces faits sont donc inattaquables, à moins de s'inscrire en faux contre la véracité de Sacco.

Je sais bien que M. Reynal nous a donné d'autres expériences négatives telles que celles de MM. Huzard, Voisin, etc.; mais cela ne détruit pas les faits que je viens de citer.

M. Reynal n'a donc pas démontré que la clavelée n'est pas identique à la variole; il n'a pas prouvé non plus que la maladie aphteuse n'est pas la variole des bêtes bovines. Quant à la troisième conclusion qu'il n'a fait qu'énoncer que l'exanthème du cheval n'est pas identique à la variole humaine, je ne crois pas avoir à y insister.

Enfin quant à M. Magne, qui est venu en bon collègue à l'appui de deux autres orateurs, M. Depaul n'a que peu de choses à lui dire; il a cru devoir appeler vaccine du cheval la maladie vaccinogène du cheval; le nom horse-pox vaut mieux.

Les différences qu'il a voulu établir entre la variole et la vaccine ne sont pas bien tranchées et peuvent être facilement contestées. Enfin, relativement à la maladie aphteuse qui, selon lui, n'est pas la variole, M. Magne soutient qu'elle est contagieuse tandis que M. Reynal a dit le contraire. L'opinion de l'honorable directeur d'Alfort étant la même que celle de M. Depaul, il n'a pas à s'y arrêter.

— Il est cinq heures, la séance est levée. Mardi prochain M. Depaul répondra à MM. Guérin et Bousquet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1863; par M. le docteur Ordonez, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie pathologique.

Sur l'hémorrhagie des tuniques internes de l'aorte; par le docteur E. Lancereaux, chef de clinique médicale.

La plupart des anatomistes, et M. Koelliker (1) en particulier, sont d'accord sur ce point que tous les vaisseaux d'un certain volume, jus-

(1) *Éléments d'histologie humaine*, trad. de MM. J. Béclard et Sée. Paris, V. Masson, 1856.

qu'à 1 millimètre et même au-dessous, sont pourvus de *vaisseaux nourriciers* ou *vasa vasorum*; fournis par de petits troncs artériels voisins, les *vasa vasorum* se distribuent principalement dans la tunique externe, où ils forment un riche réseau capillaire à mailles plus ou moins arrondies; de ce réseau naissent des ramuscules veineux qui cheminent à côté des artérioles pour se jeter dans les veines même qu'ils servent à nourrir. La tunique moyenne reçoit également des vaisseaux, beaucoup moins cependant que la tunique externe et seulement dans ses *couches superficielles*. Quant à la tunique interne, elle paraît à M. Koelliker comme à la plupart des anatomistes complétement *privée* de vaisseaux. Partant de ces données, quelques auteurs, sans nier l'inflammation des vaisseaux, ont néanmoins prétendu que le processus phlegmasique restait toujours limité à la tunique externe, au moins pour ce qui est des artères, et ainsi ils ont refusé toute espèce de participation à cet acte pathologique de la part des membranes internes de ces derniers canaux. Cette doctrine, bien qu'elle repose sur l'étude des conditions normales des tissus, n'est cependant guère soutenable; ébranlée par l'induction (s'il est permis de comparer les actes morbides qui se passent dans la cornée à ceux qui peuvent avoir lieu du côté des artères), elle nous paraît, de plus, devoir tomber devant l'observation des faits anatomo-pathologiques

Les mêmes anatomistes qui nient la vascularité des tuniques internes des artères, celles de l'aorte en particulier, n'admettent pas davantage à l'état physiologique la vascularité des valvules aortiques. Ces valvules pourtant, dans certains cas pathologiques, deviennent le siége d'une injection très-manifeste et aujourd'hui incontestable. Une pièce présentée en 1861 à la Société de biologie par M. le docteur Charcot, ne laissait aucun doute à cet égard, et depuis cette époque il nous est arrivé de rencontrer à plusieurs reprises, et de faire dessiner des valvules sygmoïdes de l'aorte qui étaient le siége d'une vascularité non douteuse et même parfois assez riche. Mais d'ailleurs, M. Luschka qui a très-bien étudié la disposition des vaisseaux de la valvule mitrale à l'état pathologique, a fait en outre des recherches tendant à établir que chez l'homme même, dans les conditions physiologiques, les valvules sygmoïdes ne sont, pas plus que les mitrales, privées de capillaires.

Nous n'affirmerons pas que les tuniques internes des artères, celles de l'aorte surtout, soient normalement pourvues de vaisseaux; mais ce que nous pouvons dire, c'est que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir à l'état pathologique des traînées vasculaires ne même des réseaux occuper l'épaisseur de la tunique interne et de la tunique moyenne de ce vaisseau, ou du moins siéger dans le tissu qui réunit ces deux tuniques. Il n'est pas douteux en tout cas que des extravasations ou même des foyers sanguins se rencontrent quelquefois sous la membrane interne de l'aorte, entre cette membrane et la tunique moyenne. Voici en effet quelques observations qui paraissent établir ce fait :

Obs. I. — Chez un ouvrier mécanicien âgé de 47 ans, qui succomba à l'hôpital de la Pitié aux symptômes d'une affection cardiaque, il existait, à quelques centimètres de l'origine de l'aorte, et principalement au niveau de la crosse, plusieurs points ou petites plaques légèrement saillantes qui formaient à la surface interne de ce vaisseau autant de petites tumeurs, les unes brunâtres ou noirâtres, les autres grisâtres ou jaunâtres. A la coupe des parois artérielles, il était facile de s'assurer que ces petites tumeurs siégeaient entre les tuniques interne et moyenne, et que les unes, plus molles, étaient constituées par de la fibrine et des globules sanguins peu altérés, tandis que dans les autres, ces mêmes éléments étaient parvenus à un état de régression déjà avancé. Au nombre de six à huit, ces petits foyers ne se rencontraient plus dans l'aorte abdominale; à leur niveau, la tunique interne modifiée dans sa structure, c'est-à-dire opaque ou épaissie, n'était nullement déchirée, de telle sorte que le sang épanché ne pouvait provenir de l'intérieur du vaisseau.

Les tuniques interne et moyenne épaissies présentaient en plusieurs endroits des productions néo-plasmatiques ayant même siége que les foyers sanguins; à leur niveau principalement, on apercevait des traînées vasculaires.

L'aorte, chez ce malade, était dilaté dans une grande partie de son étendue; le cœur était hypertrophié.

Les valvules aortiques étaient saines, mais on trouvait dans l'épaisseur des franges épaissies de la valvule mitrale de petits dépôts sanguins assez analogues à ceux des tuniques aortiques.

Obs. II. — Une femme âgée de 67 ans, qui succomba à l'hôpital de la Pitié, salle du Rosaire, eut, comme le précédent malade, une mort rapide après avoir présenté les signes habituels d'une affection du cœur et des gros vaisseaux.

A l'autopsie, intégrité du cœur droit et des orifices cardiaques; hypertrophie du cœur gauche. L'aorte thoracique est dilatée; sa paroi est épaissie, altérée, légèrement inégale à la surface interne, où se rencontrent des plaques jaunes saillantes, surtout prononcées au niveau de la crosse. En ce même point, on aperçoit quelques traînées vasculaires, et l'on rencontre cinq ou six ulcérations de petite étendue circonscrites par un cercle brunâtre, et dont le fond est comblé par une bouillie athéromateuse et sanguinolente. Dans le voisinage se voient deux saillies brunâtres qui paraissent dues au soulèvement de la tunique interne par une substance étrangère. Une coupe faite à leur niveau permet de constater qu'il existe entre les deux tuniques internes un coagulum brunâtre ayant plusieurs millimètres d'épaisseur et la composition des caillots sanguins hémorrhagiques.

L'aorte est dilaté dans toute son étendue; ses parois sont épaissies, ainsi que celles de plusieurs des branches qui en émanent. Les poumons, qui sont le siége d'œdème et de congestion, crépitent peu; le cœur est hypertrophié; le foie est ferme, hyperémié; les autres viscères sont peu ou pas altérés.

Ces deux cas et quelques autres que nous avons été à même d'observer ne nous paraissent laisser aucun doute sur la possibilité de l'apparition de canaux vasculaires à l'état pathologique au sein des tuniques internes de l'aorte.

Non-seulement il est permis de voir ces vaisseaux, mais le sang dont nous avons constaté l'épanchement entre la tunique interne et la tunique moyenne ne pouvant provenir de l'intérieur même de l'aorte, devait nécessairement avoir été fourni par des vaisseaux développés dans l'épaisseur de ses parois.

Faut-il voir dans ces cas des vaisseaux normaux ayant pris sous l'influence du processus pathologique un plus grand développement, ou ne s'agit-il ici que de vaisseaux de nouvelle formation? Telle est la question qui se présente naturellement à l'esprit; la solution en est difficile, mais cependant si, d'une part, nous tenons compte des études des anatomistes les plus compétents de notre époque qui refusent toute vascularité aux tuniques internes des artères, et si, d'autre part, nous faisons remarquer que les vaisseaux en question étaient généralement assez larges et contenus au sein d'une gangue ou d'une masse de substance conjonctive de nouvelle formation, qu'ils étaient friables, faciles à rompre comme tous les capillaires qui appartiennent aux néoplasmes pathologiques, il y a lieu de croire que nous sommes dans ces cas en présence de vaisseaux récemment et pathologiquement développés; telle est en effet notre opinion à cet égard. Par conséquent, le travail pathologique qui a précédé dans nos cas l'hémorrhagie des tuniques artérielles nous paraît devoir être regardé comme un travail phlegmasique. La lésion primitive est ici une véritable aortite.

L'hémorrhagie des tuniques internes de l'aorte, tant que le caillot sanguin est récent, ne peut être confondue avec aucune autre altération, puisqu'il est toujours facile de la distinguer des anévrismes de petit volume où il y a déchirure de ces tuniques. Plus tard, lorsque le caillot, par suite des modifications que subissent les éléments du sang épanché, prend une teinte jaunâtre, il devient facile de confondre cette lésion avec ce qu'on appelle l'athérome de l'aorte; nous sommes persuadé que la confusion a souvent eu lieu, et pour cette raison peut-être, l'altération en question paraît avoir jusqu'ici échappé à l'attention des observateurs. Il est facile néanmoins de différencier ces deux états anatomiques, dont la constitution histologique est très-différente : dans un cas en effet, des éléments du sang plus ou moins modifiés, il est vrai; dans l'autre, au contraire, des éléments de tissu conjonctif en voie d'altération, des granulations et des gouttelettes d'huile, quelquefois des cristaux de cholestérine.

L'hémorrhagie des tuniques internes de l'aorte n'est en général une lésion grave qu'autant qu'elle se lie à une affection sérieuse de l'aorte. On comprend cependant qu'elle puisse devenir le point de départ d'une tumeur anévrismale et avoir des conséquences fâcheuses, ainsi qu'il arrive à la suite des athéromes ramollis, des kystes et de quelques autres altérations de l'aorte.

La présence d'ulcérations au voisinage des points hémorrhagiques dans notre deuxième fait n'est-elle pas une circonstance qui semble appuyer cette prévision?

Nous avons pensé que cette communication ne manquerait pas d'intérêt, en présence surtout des doctrines généralement soutenues à l'égard de l'artérite. A ce point de vue, il importe de s'entendre. En effet, si l'on prétend désigner par le mot *artérite* une inflammation à marche aiguë et rapide pouvant provoquer un état de réaction générale et se terminer par suppuration, certainement l'artérite est rare, et si elle existe, elle affecte à peu près uniquement la tunique externe des vaisseaux artériels; mais si, tenant compte de la structure des parois des artères, de la vascularité qui leur est propre, de la nature des éléments qui les compose, on compare les actes morbides qu'on y observe à ceux qui se passent dans des tissus analogues (cornée, cartilages), il faut bien reconnaître que ces actes ne diffèrent en quoi que ce soit, et que dans tous les cas des vaisseaux apparaissent à l'état pathologique là où il ne s'en rencontrait pas à l'état physiologique; que des produits nouveaux se forment au sein de ces tissus, comme dans l'épaisseur des organes les plus vasculaires, et qu'ainsi, le processus étant partout le même, il doit porter partout la même dénomination. Ceci une fois compris, la différence capitale qui nous semble exister entre l'inflammation des tuniques internes de l'aorte et la pneumonie, par exemple, c'est que l'une, l'artérite, est une inflammation à peu près toujours primitivement chronique, tandis que l'autre ne l'est qu'exceptionnellement.

II. — Anatomie comparée.

Sur l'organisation et la nature des psarospermies; par M. Balbiani.

Il règne encore une grande obscurité sur la nature des productions singulières que J. Müller a découvertes chez divers poissons d'eau douce, et désignées sous le nom de *psarospermies*.

Néanmoins, tous les observateurs s'accordent à les placer dans le règne animal, soit qu'ils les décrivent comme une classe particulière de parasites, soit qu'à l'exemple de MM. Leydig et Lieberkühn il les fassent entrer dans le groupe des *grégarenis*.

Mes observations personnelles m'ont conduit à une conclusion toute différente. J'espère montrer en effet que tous les caractères des psarospermies sont ceux de véritables végétaux, et que, si l'on a méconnu jusqu'ici leur nature réelle, c'est qu'on n'avait qu'une idée très-incomplète des conditions d'organisation et de vie de ces êtres.

Les psarospermies sont des corpuscules microscopiques dont la forme et le volume varient presque autant que les différentes espèces de poissons chez lesquels on les rencontre. Leur forme est tantôt presque complétament globuleuse, tantôt plus ou moins aplatie, ovale ou lenticulaire, d'autres fois enfin plus ou moins allongée, cylindrique ou fusiforme. Leur volume dépasse souvent à peine celui des globules rouges du sang chez la plupart des poissons (0,014 à 0,015 millimètres).

Quelles que soient les variations que l'on remarque dans la conformation extérieure de ces corpuscules, ils se composent toujours d'une enveloppe résistante et d'une cavité renfermant différents organes dans son intérieur. L'enveloppe ou la coque est formée de deux valves qui s'appliquent exactement par leurs bords comme les deux moitiés d'une coquille de noix. Les alcalis caustiques déterminent leur séparation après un temps variable. La déchirure des valves a lieu aussi d'une manière toute spontanée au moment de la reproduction pour laisser échapper les organes propagateurs. Chaque valve est entourée à sa circonférence d'un anneau élastique formé de deux moitiés qui s'articulent sur la ligne médiane, et se terminent par des prolongements filiformes qui, dans l'état ordinaire, se replient contre le bord des valves. Ces filaments sont peu visibles; mais au temps de la reproduction ils s'écartent des valves, grossissent en s'allongeant et se portent dans différentes directions. Ce sont de véritables organes de conjugaison à l'aide desquels deux psarospermies voisines s'entourent mutuellement et se maintiennent en contact pendant toute la durée des phénomènes de propagation.

La cavité de la coque présente vers l'une de ses extrémités deux petits organes vésiculeux brillants, qui convergent symétriquement vers la pointe du psarosperme à laquelle ils adhèrent par une extrémité effilée, tandis que par l'autre bout, terminé en cul-de-sac, ils divergent plus ou moins et regardent vers l'intérieur de la cavité. Chacune de ces vésicules est formée d'une paroi assez épaisse et granuleuse et d'une cavité que remplit entièrement un filament roulé en spirale. Sous l'influence des alcalis caustiques, ces filaments se déroulent et apparaissent à l'intérieur sous la forme de deux flagellums plus ou moins droits ou flexueux. Dans cet état, la longueur des filaments peut atteindre jusqu'à huit ou dix fois celle du psarosperme tout entier. Dans ces conditions, on remarque aussi que les filaments traversent une petite ouverture dont est percée à son sommet la coque au psarosperme, et qu'ils adhèrent encore par leur base aux vésicules restées en place. Je suis très-porté à croire, par suite de l'observation des phénomènes dont ces filaments sont le siége pendant l'époque de la reproduction, qu'ils remplissent chez des psarospermies un rôle analogue à celui des anthérogoïdes des autres cryptogames.

Indépendamment des vésicules précédentes, la cavité du psarosperme renferme un nombre variable de très-petits globules brillants disposés d'une manière symétrique autour des premières. Ces globules ne sont autre chose que des organes de même nature que les vésicules à filament spiral, mais restés à un état rudumentaire et destinés à atteindre leur développement complet seulement au temps de la propagation.

Le reste de la cavité du corpuscule est rempli par une substance glutineuse homogène qui s'étend depuis l'extrémité des vésicules jusqu'au bout opposé du psarosperme. En raison de sa faible réfringence, cette substance est peu visible; mais elle devient beaucoup plus apparente sous l'action des réactifs qui la concentrent au milieu de la cavité du corpuscule sous la forme d'un gros noyau ou globule de sarcode. Le même effet se produit d'une manière toute spontanée pendant la reproduction, et l'on voit alors ce globule devenu une véritable sphère se dégager peu à peu à l'aide de contractions lentes des valves qui le tenaient emprisonné, puis se mouvoir à la manière d'une amèbe à travers les organes et les tissus avant de reproduire de nouvelles générations de psarospermes.

On rencontre les psarospermies dans presque tous les organes des poissons; il n'y a guère que les masses musculaires du tronc et les centres nerveux où je n'ai pas encore réussi à les découvrir. Cependant la rate et les reins paraissent être leur siége de prédilection. Elles se développent en suivant les ramifications artérielles logées dans des follicules formés aux dépens de la tunique cellulaire des artères. Chez certains cyprins, tels que la tanche, on les trouve aussi en grand nombre dans la voie natatoire, où par leur présence ils déterminent la formation de tumeurs volumineuses d'un blanc jaunâtre, à surface mamelonnée, et dont les parois résultent du dédoublement de la membrane vésicale hypertrophiée et passive. Il est remarquable qu'on ne trouve jamais ces tumeurs que sur la portion antérieure ou petite portion de la vessie aérienne. Sur un grand nombre de tanches qui ont été ouvertes, soit par notre collègue M. A. Moreau dans le cours des recherches qu'il poursuit depuis un temps assez long sur la vessie natatoire, soit par moi-même, nous n'avons jamais trouvé ces altérations siégeant sur la portion postérieure ou longue portion de cet organe. Chez un certain nombre de ces poissons, les parasites s'étaient multipliés en si prodigieuse quantité que littéralement tous les organes en étaient farcis, et qu'il en était résulté un véritable état cachectique de ces animaux caractérisé par la décoloration générale des tissus et une diminution considérable des globules sanguins rouges coïncidant avec une multiplication extrême des globules blancs.

SÉANCES D'AOUT.

I. — Physiologie expérimentale.

Note sur les effets produits par la commotion des centres nerveux chez la grenouille; par M. A. Vulpian.

Les expériences dont les résultats sont consignés d'une façon succincte dans cette note ont été faites sur des grenouilles vertes (*Rana esculenta*, L.) et sur des grenouilles rousses (*Rana temporaria*, L.). Elles ont consisté à frapper d'un choc brusque les régions du corps correspondant aux diverses parties du système nerveux central, et à étudier les effets produits par cette commotion. Le moyen employé pour déterminer le choc a été presque toujours le même : c'est à l'aide de *chiquenaudes* aussi violentes que possible que l'on frappait la tête ou la colonne vertébrale. Quelquefois on ne frappait qu'un coup; mais souvent pour obtenir immédiatement le maximum des effets, on donnait de suite trois à six coups de doigt.

§ I.

Voici d'ordinaire ce qu'on observe chez une grenouille à la suite d'un choc violent de la partie postérieure de la région cranienne. Il y a immédiatement un spasme convulsif de tous les muscles, accompagné parfois d'un cri. Dans certains cas, les mâchoires s'écartent et restent ainsi disjointes pendant quelques instants; chez d'autres grenouilles il y a projection de la langue qui n'est peut-être chassée de la cavité buccale que par le choc lui-même, et qui se trouve momentanément pressée entre les mâchoires.

Pendant un temps assez court (une à cinq minutes), on voit des tressaillements spasmodiques dans des points variés des masses musculaires des membres, des parois du corps et de la région hyoïdienne; puis la grenouille tombe dans une immobilité complète (1).

Dès le premier moment, il y a un arrêt complet des mouvements respiratoires.

Quant aux mouvements du cœur, pour observer l'influence que le choc produit sur eux, il faut mettre l'organe à découvert avant de frapper la région postérieure du crâne. Généralement, aussitôt après que le coup est donné, on n'observe aucun changement dans le rhythme des battements cardiaques. Parfois cependant les mouvements deviennent plus lents; dans d'autres cas, soit qu'ils se ralentissent, soit qu'ils conservent la fréquence qu'ils avaient auparavant, ils perdent de leur amplitude, c'est-à-dire que les cavités du cœur se dilatent moins à chaque diastole. Après un certain nombre de battements (de trois à quinze) séparés par des intervalles d'une durée normale, on constate un intervalle plus long, puis une révolution complète du cœur suivie d'un intervalle plus long encore. Après le mouvement cardiaque qui succède à cet intervalle ou après le suivant, le cœur devient complétement immobile (2) en état de diastole, et cette immobilité persiste pendant dix à vingt-cinq secondes, après quoi reparaît un mouvement, soit complet, soit borné à la terminaison des veines ou à cette terminaison et aux

(1) Lorsque les chocs ont été d'une grande violence, il y a abolition plus ou moins prolongée des mouvements réflexes; mais dans la plupart des cas des mouvements réflexes se manifestent encore lorsque l'on excite une partie quelconque de l'animal, seulement ils sont plus faibles que dans l'état normal et surtout que chez une grenouille décapitée. Parfois, si le choc a porté sur la partie postérieure du crâne, les actions réflexes sont beaucoup moins prononcées dans les membres antérieurs que dans les postérieurs.

(2) Pour que l'immobilité du cœur se produise, il faut en général que l'on ait donné plusieurs coups sur la partie supérieure du crâne. Si l'on n'a frappé le crâne qu'une seule fois, à moins que le choc ne soit très-violent, on n'observe d'ordinaire qu'un trouble plus ou moins marqué des mouvements du cœur pendant quelques instants, c'est-à-dire un ralentissement de ces mouvements avec réduction de l'amplitude des diastoles.

oreillettes. Un repos de quatre ou cinq secondes (quelquefois aussi long que le premier) suit ce mouvement; il y a un second mouvement, complet cette fois d'ordinaire, puis un repos de trois ou quatre secondes, et soit après ce repos, soit après une série de plusieurs autres révolutions séparées par des intervalles plus longs que dans l'état normal, les mouvements reprennent leur rhythme habituel. On remarque encore pendant un certain temps que le cœur se développe moins à chaque diastole qu'il ne le faisait avant le début de l'expérience : la fréquence des mouvements s'accroît rapidement, et le cœur qui battait de quarante à quarante-huit fois par minute avant qu'on eût frappé le système nerveux de commotion, bat bientôt, au bout d'une à cinq minutes, de cinquante à soixante fois par minute. L'amplitude des diastoles ne tarde pas non plus à augmenter : au bout de dix à vingt minutes, elle dépasse le plus souvent le degré normal et un peu plus tard elle est devenue considérable. On voit alors chez les grenouilles dont le cœur n'a pas été mis à nu, cet organe soulever avec force toute la région précordiale, et y produire ainsi des mouvements tellement étendus qu'ils pourraient presque être comparés aux mouvements respiratoires de l'appareil hyoïdien dans l'état physiologique. Chez les grenouilles dont le cœur mis à découvert peut être observé directement, on constate facilement aussi l'exagération des diastoles : à chaque diastole les cavités du cœur sont comme distendues par le sang qui vient les emplir, puis des systoles énergiques vident complétement le cœur en chassant le sang dans le système artériel.

Les mouvements du cœur conservent en général ces caractères jusqu'au retour des mouvements de respiration et de locomotion.

Le temps pendant lequel l'animal demeure dans une immobilité complète varie. Le plus souvent, au bout de vingt minutes, d'une demi-heure ou d'une heure, on voit reparaître des mouvements dans l'appareil hyoïdien. Ces mouvements, d'abord faibles, séparés par des intervalles irréguliers et plus ou moins longs, ne reprennent leur étendue et leur régularité normales qu'après un temps variant d'un quart d'heure à une heure ou même davantage.

Quant aux mouvements des membres, leur réapparition a lieu quelquefois presque en même temps que le retour des mouvements respiratoires. Mais dans d'autres cas on n'aperçoit de légers mouvements des membres que plus tard, c'est-à-dire une demi-heure, par exemple, après les premières contractions des muscles hyoïdiens. Ces mouvements consistent d'abord dans des tressaillements des masses musculaires; puis survient de temps à autre un mouvement d'ensemble d'un membre antérieur ou postérieur; un quart d'heure ou vingt minutes après ces premiers indices du réveil de la motilité, on voit le corps entier s'agiter pendant un moment, comme s'il y avait une tentative de locomotion ou de retour à l'attitude normale lorsque l'animal est sur le dos. Ce n'est que deux ou trois heures après le début de l'expérience, si le choc a été violent, que la grenouille a repris en grande partie la plénitude de sa motilité volontaire. Quelquefois alors l'animal ne peut pas se mouvoir en ligne droite, il a la tête un peu tournée sur l'axe du corps, et il y a tendance manifeste à la rotation de l'animal en circuit et autour de son axe; mais ce résultat de l'expérience est loin d'être constant, et il finit au bout de quelques heures ou d'un jour par disparaître complétement(1). Parfois aussi on remarque pendant un temps variable, dans certains cas pendant plus de vingt-quatre heures, une inégalité très-prononcée dans la dilatation des deux pupilles.

Le choc de la partie postérieure du crâne n'a pas la même influence sur les cœurs lymphatiques que sur le cœur sanguin. Si l'on met à nu les cœurs lymphatiques postérieurs pour bien les observer, on constate que leurs mouvements sont très-peu troublés par le choc; ces mouvements conservent leurs caractères ordinaires; cependant leur amplitude et leur fréquence semblent parfois modifiées, sans que l'on puisse reconnaître rien de constant dans la nature de ces modifications. Si l'on a mis à découvert sur le même animal les cœurs lymphatiques et le cœur sanguin, on peut bien apprécier la différence des effets du choc sur ces divers organes, car on constate au même moment l'arrêt du cœur sanguin et la persistance des battements des cœurs lymphatiques.

Immédiatement après le choc ou quelques instants plus tard, des contractions plus ou moins énergiques se montrent dans les parois du tube digestif. Des rétrécissements annulaires sur plusieurs points de l'estomac et de l'intestin, un lent mouvement vermiculaire, tels sont les phénomènes qui se manifestent d'ordinaire, et qui n'ont en général qu'une assez courte durée.

Pendant la période d'immobilité du corps, s'il y a résolution complète des membres et suspension des actions réflexes, les nerfs demeurent excitables, ainsi qu'on a pu s'en assurer en mettant à nu les nerfs sciatiques et en les touchant avec la pince galvanique de Pulvermacher; à chaque contact, il y a contraction des muscles de la jambe et du pied.

(1) On s'est assuré, en examinant avec soin l'encéphale de plusieurs grenouilles soumises à ces sortes d'expériences, qu'il n'avait subi aucune altération appréciable à l'œil nu.

§ II.

Ainsi, en résumé, une courte période d'agitation spasmodique et tonique des diverses parties du corps, dont le début est quelquefois marqué par un cri, puis une période plus ou moins longue d'immobilité générale, l'arrêt momentané des mouvements du cœur, la suspension immédiate et prolongée des mouvements respiratoires, enfin le retour constant à l'état normal lorsqu'il n'y a pas de graves désordres, tels sont les phénomènes principaux que l'on observe chez la grenouille à la suite de chocs violents portant sur la partie postérieure du crâne.

Il convient maintenant de rechercher quel est le mécanisme physiologique par lequel se produisent les effets que nous venons d'énumérer.

Il faut d'abord bien établir le caractère et la signification des phénomènes qui se manifestent immédiatement après le choc. Il y a souvent, avons-nous dit, un cri initial, il y a toujours des tressaillements et des mouvements spasmodiques des masses musculaires du tronc et des membres. Or de tels phénomènes indiquent, à n'en pas douter, un violent ébranlement, une vive irritation des portions excitatrices du système nerveux central. C'est cette irritation évidente de ces parties du système nerveux qui va nous servir à expliquer les autres effets du choc.

C'est en effet cette cause qui nous paraît déterminer dans les premiers moments l'arrêt des mouvements respiratoires. Que l'on observe la région hyoïdienne d'une grenouille qui vient d'être frappée d'un choc violent sur la partie postérieure du crâne, on verra que cette région est pendant quelques instants, parfois pendant deux ou trois minutes au moins, le siége de contractions limitées, irrégulières, passant rapidement d'un point à un autre des différents muscles. Ce sont des contractions désordonnées comme celles qui se produisent dans les muscles des membres, et de même que dans ceux-ci, ces contractions se bornent à déterminer dans les muscles de la région hyoïdienne un spasme tonique et irrégulier, et par suite la suspension des mouvements respiratoires.

La persistance, pendant un certain temps, des phénomènes convulsifs qui se manifestent dans les muscles de toutes les régions du corps, montre que l'irritation provoquée dans les centres nerveux par le choc a une certaine durée. Par son intensité même et par sa durée, cette irritation épuise nécessairement l'excitabilité des centres nerveux (1), et alors commence la seconde période, période beaucoup plus longue que la précédente, et dans laquelle les spasmes musculaires font place au collapsus. Alors l'animal est dans une résolution plus ou moins complète; la respiration demeure suspendue. Il y a dans ce moment paralysie de l'appareil hyoïdien comme il y paralysie des autres régions musculaires du corps. Après un temps variable, ainsi que nous l'avons vu, les centres nerveux recouvrent peu à peu leur excitabilité normale, et les divers mouvements reparaissent.

Les effets du choc sur le cœur méritent d'être étudiés attentivement. Le choc ne produit pas sur les mouvements du cœur un effet aussi immédiatement suspensif que sur ceux de l'appareil hyoïdien. Les premiers mouvements du cœur sont encore très-réguliers, et, comme nous l'avons dit, ils peuvent rester tout à fait normaux. Ce n'est qu'après quelques secondes que les mouvements du cœur s'arrêtent. Il nous paraît certain que cet arrêt des battements du cœur sanguin se fait par le même mécanisme que l'arrêt des mouvements respiratoires. Il est dû également à l'irritation des centres nerveux. Le résultat est semblable à celui que détermine la galvanisation de la moelle allongée : sous l'influence du choc, le cœur s'arrête en diastole, de même que sous l'influence de l'excitation galvanique.

Si la suspension des battements du cœur n'a pas lieu immédiatement comme celle des mouvements respiratoires, cela tient vraisemblablement à la différence des parties du système nerveux par lesquelles se propage l'irritation des centres nerveux. La présence de cellules ganglionnaires sur le trajet des nerfs destinés au cœur, et jusque dans cet organe même, ralentissent sans doute le transport des irritations. L'arrêt des mouvements cardiaques est de très-courte durée, et ils reparaissent bientôt avec leur rhythme ordinaire. Les effets de l'irritation des centres nerveux ont cessé à ce moment, au moins relativement au cœur; un peu plus tard, au bout de quelques minutes, nous avons vu que les mouvements du cœur s'accélèrent, se développent, deviennent bien plus larges que dans l'état normal, et il est permis d'attribuer ce résultat en grande partie à une paralysie temporaire plus ou moins complète des nerfs vagues. Ce n'est que lorsque tous les appareils musculaires se réveillent pour ainsi dire que les mouvements du cœur reprennent leurs caractères tout à fait normaux (2),

(1) Si l'on met à nu la face supérieure du bulbe rachidien et de la partie voisine de la moelle épinière chez une grenouille frappée de commotion, on observe que les excitations directes de ces régions du système nerveux central suscitent dans les membres des convulsions bien moins vives que dans l'état normal.

(2) Nous avons vu que le volume du cœur se réduit d'une façon notable après la percussion du crâne, et qu'il ne se développe qu'au bout de plusieurs minutes. Si l'on examine, pendant que le volume du cœur

L'étude des effets du choc sur les mouvements du cœur peut être poussée plus loin; on peut chercher à bien déterminer les parties du système nerveux sur lesquelles doit agir la commotion pour amener le trouble ou la suspension de ces mouvements. Quelques expériences permettent d'arriver à des données assez précises sur ce point.

Il est facile de s'assurer d'abord que la partie antérieure de l'encéphale, c'est-à-dire le cerveau proprement dit, n'a aucune part dans la production de l'arrêt du cœur. Même alors que les centres nerveux sont intacts, les coups frappés sur la région antéro-supérieure du crâne n'ont point d'action sur le cœur : tout au plus observe-t-on parfois, dans les premiers moments, une diminution de l'amplitude des diastoles, ce qui a lieu évidemment par la transmission du choc aux parties postérieures de l'encéphale.

Si l'on frappe violemment la région vertébrale, on produit un arrêt des mouvements du cœur à peu près aussi sûrement que lorsque les chocs portent sur la partie postérieure du crâne. Pour savoir si cet effet est bien sous la dépendance de l'ébranlement de la moelle même, on fait sur une grenouille une section transversale complète du bulbe rachidien au niveau du sommet du bec du *calamus scriptorius*. La percussion de la colonne vertébrale amène encore la suspension des mouvements du cœur : on obtient d'ailleurs aussi ce résultat en frappant sur cette même grenouille la région postérieure du crâne. On pourrait toutefois conserver encore quelques doutes sur la valeur de cette expérience et se demander si un choc portant sur la colonne vertébrale ne peut pas, malgré la section transversale complète du bulbe rachidien, transmettre par les os (vertèbres et crâne) un ébranlement assez fort aux parties postérieures de l'encéphale pour déterminer ainsi l'arrêt momentané des contractions cardiaques. Il est facile de dissiper ces doutes. On enlève complétement sur une grenouille toute la partie des centres nerveux qui est située en avant de la section faite au niveau du bec du *calamus*, puis on donne deux ou trois coups sur la colonne vertébrale : le cœur s'arrête encore au bout de quelques instants pendant plusieurs secondes. De même on peut aisément s'assurer que la commotion de l'encéphale peut par elle-même déterminer l'arrêt du cœur; il suffit de voir cet effet se produire alors qu'on a détruit ou enlevé toute la moelle, en ne laissant intact que l'encéphale.

On doit conclure de cette série d'expériences que les effets déterminés sur le cœur par la commotion ne sont pas sous la dépendance exclusive de l'encéphale, et que la moelle épinière y prend une certaine part. En étudiant ces résultats à un autre point de vue, on reconnaît que la partie des centres nerveux qui est en avant d'une section pratiquée au niveau du bec du *calamus scriptorius* donne naissance aux nerfs pneumogastriques; il n'y a donc rien de surprenant à ce qu'une vive excitation de cette partie des centres nerveux détermine une suspension des mouvements du cœur. Mais pourquoi y a-t-il aussi arrêt momentané de ces mouvements sous l'influence d'une commotion de la moelle épinière? Pour expliquer ce fait, il faut bien admettre que le cœur, chez la grenouille, reçoit quelques fibres nerveuses provenant des nerfs spinaux. L'expérience montre que ces fibres émanent des nerfs destinés aux membres antérieurs; car il suffit, après que l'encéphale a été enlevé, de retrancher encore le tronçon médullaire qui donne naissance aux nerfs brachiaux pour ôter aux commotions de la moelle toute influence analogue sur le cœur (1). C'est donc par l'intermédiaire du segment des centres nerveux qui est en rapport avec les origines des nerfs pneumogastriques et brachiaux, que les commotions produisent chez la grenouille l'arrêt temporaire des mouvements du cœur : si l'on enlève sur une grenouille ce segment en laissant les autres parties intactes, les commotions restent sans effet sur le cœur; si on détruit tous les centres nerveux à l'exception de ce segment, les chocs portant sur la région dorsale peuvent encore provoquer la suspension momentanée des contractions cardiaques (1).

Tels sont les principaux résultats des expériences instituées pour étudier les effets de la commotion des centres nerveux chez la grenouille. Ai-je besoin de dire que l'on ne doit que sous toutes réserves tirer de ces résultats des déductions générales, applicables à la physiologie de la commotion chez les animaux supérieurs? Cependant il est difficile de ne pas admettre que par un mécanisme analogue à celui que nous avons indiqué, des effets du même genre se produisent chez les mammifères sous l'influence d'un violent ébranlement des centres nerveux. Chez la grenouille, l'arrêt des mouvements cardiaques ne dure que quelques instants, et il en est sans doute de même chez les mammifères, si cet effet a lieu, comme cela est probable (2). Mais la suspension des mouvements respiratoires se prolonge pendant une demi-heure ou une heure chez la grenouille, et si ce phénomène n'a pas chez elle la mort comme conséquence inévitable, c'est grâce à l'activité si grande de sa respiration cutanée. Or chez un mammifère frappé d'une violente commotion, si la mort n'arrive pas par arrêt des mouvements du cœur, on comprend qu'elle soit le résultat nécessaire d'une interruption des mouvements respiratoires pendant plus de deux ou trois minutes. C'est là, suivant toute vraisemblance, le mécanisme de la mort subite, déterminée par commotion cérébrale.

II. — Anatomie et physiologie pathologiques.

Note sur un cas de division ancienne d'une partie des nerfs, artères et muscles de l'avant-bras, avec rétablissement incomplet de la sensibilité cutanée dans l'étendue de la distribution du nerf médian, et conservation presque complète des mouvements; par E. Leudet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, et M. Delabost, interne du même hôpital.

L... (Louis-Charles), âgé de 55 ans, entra le 6 octobre 1862 à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour être traité d'une tuberculisation pulmonaire dont les détails, étrangers au point que nous étudions ici, sont omis à dessin. Cette affection causa la mort.

L... avait été blessé, à l'âge de 18 ans, par un fragment de cruche en terre qui avait profondément divisé les tissus de la partie antérieure de l'avant-bras, à deux travers de doigt de l'articulation du poignet. Cette plaie, étendue transversalement d'un bord à l'autre de l'avant-bras, avait été suivie d'une hémorrhagie abondante, et pendant près de six mois, d'après le conseil d'un médecin, la main fut maintenue immobile dans la flexion forcée; aucune ligature ne fut pratiquée. La main et les doigts, froids au début, reprirent peu à peu leur température normale, ou du moins le malade cessa d'y éprouver la même sensation de froid. Bientôt, quand on eut cessé la flexion forcée, il recouvra l'usage du membre, et toute sa vie il a pu remplir les fonctions de sommelier en se servant surtout de la main droite.

Au moment où L... est soumis à notre observation, nous constatons que l'étendue des mouvements est presque aussi considérable d'un côté que de l'autre; cependant il serre moins bien de la main droite que de la gauche. Il y a de l'analgésie sans anesthésie absolue, uniquement bornée à l'étendue de la distribution du médian. Aucune douleur spontanée ou provoquée dans les ramifications de ce nerf par l'excitation de la périphérie ou de la cicatrice. La chaleur et le froid sont moins bien perçus sur les points animés par le nerf médian que sur le trajet des

est diminué, les divers vaisseaux des membranes interdigitales, de la peau des parois latérales du corps, la veine qui longe sur la ligne médiane la face profonde de la paroi antérieure de l'abdomen et les vaisseaux mésentériques, on reconnaît que ces différents vaisseaux ne contiennent qu'une très-faible quantité de sang. Ce n'est donc pas parce que le sang s'accumule dans le système vasculaire périphérique que le cœur revient sur lui-même. Il est plus probable que c'est dans les parties qui ont été violemment frappées que le sang se porte en grande quantité, et que c'est là la cause principale de la réduction du volume du cœur. Il y a, en effet, une assez vive congestion des parties qui ont reçu les chocs du doigt; il y a même d'ordinaire une infiltration sanguine plus ou moins prononcée. Plus tard, la dilatation vasculaire de ces parties cesse, et le sang qui n'est point extravasé et qui y stagnait rentre dans la circulation; on voit alors le cœur se développer, et les différents vaisseaux, qui étaient plus ou moins exsangues, se remplir de sang, devenir même plus apparents que dans l'état normal. En général, il a semblé que le sang parcourant ces divers points de l'appareil circulatoire offrait à ce moment une coloration moins vive que dans l'état normal, comme s'il y avait eu afflux et pénétration d'une grande quantité de sérosité dans les capillaires.

(1) De même, lorsqu'on coupe chez une grenouille les deux nerfs pneumogastriques à leur origine, les chocs de la partie postérieure du crâne produisent encore un arrêt passager des mouvements du cœur; mais si l'on coupe ensuite à leur origine les nerfs des membres antérieurs, les chocs n'ont plus aucun effet de ce genre.

Il est à remarquer que, soit après la section des nerfs vagues et des nerfs brachiaux, soit après l'ablation de l'encéphale et de la partie de la moelle qui donne naissance à ces derniers nerfs, les chocs portant sur la colonne vertébrale au niveau du reste de la moelle déterminent parfois un effet tout opposé à celui que nous étudions; il y a dans quelques cas une accélération momentanée des mouvements cardiaques. Ce résultat ne peut-il pas être attribué à une excitation médiate des nerfs sympathiques du cœur?

(1) Pour que le cœur s'arrête sous l'influence de la commotion, il faut que l'excitation des centres nerveux soit transmise à cet organe par les nerfs cardiaques. Les substances toxiques qui rendent impossible chez la grenouille la transmission des excitations des nerfs aux muscles, comme le curare par exemple, ou encore comme la nicotine, la strychnine, l'éther sulfurique, le chloroforme, à une certaine période de leur action, soustraient le cœur ainsi que les autres muscles à l'influence de la commotion des centres nerveux.

On remarque aussi que les effets de la commotion sont bien plus difficiles à obtenir en hiver lorsque les grenouilles sont à demi engourdies, que dans les autres saisons.

(2) Les lésions brusques de l'isthme de l'encéphale déterminent d'une façon évidente, chez les mammifères, des effets analogues à ceux qu'on voit se produire chez les grenouilles sous l'influence de la commotion des parties postérieures de l'encéphale. Voy. Vulpian, *Recherches expérimentales relatives aux effets des lésions du plancher du quatrième ventricule. Mém. de la Soc. de biologie*, 1861, p. 315.

autres nerfs de l'avant-bras. Jamais aucune douleur ascendante dans les branches nerveuses du membre.

Voici quel était l'état des parties profondes examinées après la mort du malade :

La cicatrice cutanée adhère intimement aux tissus sous-jacents au moyen de filaments celluleux, fermes et serrés. Les tendons, dans une étendue de 3 centimètres, présentent, au lieu de leur aspect nacré, une teinte jaune rougeâtre; à l'endroit de la section, sur une longueur de 1 centimètre, le parallélisme des fibres tendineuses n'existe plus: celles-ci sont déviées et entremêlées de telle sorte que le tendon du long supinateur bifurqué se continue en partie avec le long fléchisseur du pouce; le tendon du grand palmaire s'unit à une masse constituée principalement par les bouts inférieurs de ce tendon, du nerf médian, de la portion du fléchisseur superficiel destinée à l'indicateur, et le bout supérieur de l'artère radiale.

Cette artère, de même que ses veines collatérales, réduite d'abord à un calibre très-mince, puis à un simple cordon fibreux, se perd dans la masse indiquée plus haut, tandis que son bout inférieur se confond avec le long supinateur.

Le nerf médian présente, au-dessus de la section, un renflement olivaire de 0m,025 de longueur et de 0m,010 de largeur, dont la pointe se continue par trois minces cordons avec les tissus fibreux intertendineux. Le bout inférieur de ce nerf se jette en haut dans l'intrication des tendons du grand palmaire, du long fléchisseur du pouce et du fléchisseur superficiel, avec lesquels il se confond bientôt complétement et sans qu'il soit possible de trouver la moindre continuité avec le bout supérieur. Du reste, le bout supérieur à l'avant-bras, ainsi que le bout inférieur au poignet, à la paume de la main et aux doigts, n'offre rien d'anormal sous le rapport de leur volume, de leur couleur ou de leur consistance.

Sur la branche superficielle du nerf radial existe, au niveau de la lésion, et sur le côté interne seulement de ce nerf, un renflement assez volumineux qui vient se confondre avec la masse fibreuse du tendon du long supinateur et du bout inférieur de l'artère radiale.

Une branche du musculo-cutané qui vient également se confondre avec les tissus fibreux présente aussi un renflement ovoïde sur chacune de ses branches de bifurcation.

III. — Tératologie.

1° Nouvelles recherches sur la production artificielle des monstruosités dans l'espèce de la poule; par M. Dareste.

Dans mes expériences de cette année, j'ai observé plusieurs faits nouveaux qui me paraissent dignes, à beaucoup d'égards, de fixer l'attention des physiologistes.

Je citerai en première ligne un cas de duplicité du cœur. Cette anomalie a été, à diverses reprises, signalée par plusieurs anatomistes; mais aucune des observations ne présentait, jusqu'à présent, de garanties suffisantes d'authenticité. C'est pourquoi Isidore-Geoffroy-Saint-Hilaire qui les a rapportées dans son ouvrage, ne les a mentionnées qu'avec un point de doute. Tout récemment, un physiologiste danois, M. Panum, a fait connaître deux cas parfaitement authentiques de duplicité du cœur, qu'il avait observés dans des embryons de poule retirés de l'œuf.

J'ai pu observer cette année un cas de ce genre; l'œuf avait été mis en incubation le 24 juin et ouvert le 4 juillet. Je fus frappé, au moment où j'ouvrais l'œuf, par l'aspect insolite que présentait le vitellus. Il n'y avait aucune trace visible des vaisseaux sanguins. Le milieu du jaune était occupé par une vésicule ovoïde, dont la plus grande longueur avait à peu près 1 centimètre. Sur les bords de la partie antérieure de cette vésicule, on voyait, de chaque côté, deux vésicules contractiles qui ont battu sous mes yeux pendant près de dix minutes.

En y regardant de plus près, je me suis assuré que la vésicule médiane était l'amnios, distendu par le liquide amniotique, et contenant dans son intérieur un embryon vivant. Les vésicules contractiles étaient deux véritables cœurs, composés chacun d'une vésicule auriculaire et d'une vésicule ventriculaire, dont les battements se succédaient d'une manière régulière. Ces deux cœurs étaient entièrement en dehors de l'amnios, et présentaient par conséquent une ectopie complète.

Il eût été fort intéressant d'étudier la disposition du système vasculaire et ses rapports avec les deux cœurs; mais il m'a été impossible de faire cette étude, parce le sang était complétement incolore, et que, par conséquent, il ne me permettait pas de suivre, dans l'intérieur de l'embryon, la disposition des vaisseaux sanguins. On comprend d'ailleurs que la petitesse de l'embryon ne m'ait point permis d'essayer des injections. J'ai déjà eu d'ailleurs occasion, dans un précédent mémoire, de faire connaître cet état particulier du sang que j'ai rencontré dans plusieurs embryons monstrueux, et qui résulte, non de l'absence, mais de la diminution très-notable des globules.

L'embryon ne s'était pas encore retourné. La tête était très-petite, de la grosseur d'une tête d'épingle, et ne présentait aucune trace d'yeux ni de vésicules encéphaliques. Il n'y avait point de membre supérieur gauche.

Le pédicule de l'amnios existait encore. Je n'ai trouvé aucune trace d'allantoïde.

J'ai eu du reste plusieurs fois occasion d'observer de semblables faits d'atrophie excessive de la tête, qui se rattachaient probablement à cette forme de monstruosité qui a été décrite par Geoffroy-Saint-Hilaire sous le nom de *triocéphalie*.

Je n'avais jamais observé dans mes précédentes recherches de cas de monstruosité par fusion d'organes. Cette année j'ai observé deux faits de ce genre.

Le premier m'a présenté un cas de symélie. L'œuf avait été mis en incubation le 3 juillet et ouvert le 16 juillet. L'embryon était mort depuis quelque temps. Je n'ai pu l'étudier complétement, mais j'ai constaté de la manière la plus certaine une fusion complète sur la ligne médiane des membres postérieurs qui formaient un membre postérieur unique, mais beaucoup plus volumineux que ne le sont les membres postérieurs des embryons de poule observés à cette époque de l'incubation. Il eût été fort intéressant de savoir si dans ce symèle, comme dans les symèles humains, le pied était renversé; mais l'embryon était trop jeune pour me permettre de constater ce fait. L'amnios avait encore son pédicule et présentait en avant une large ouverture ombilicale. Je n'ai point vu d'allantoïde.

Le second fait était bien plus remarquable encore. L'incubation avait commencé le 3 juillet et l'œuf avait été ouvert le 20 juillet. L'embryon était mort, il ne s'était point retourné, et était par conséquent couché à plat sur le vitellus. La tête seule était renversée et couchée sur le côté gauche comme dans l'état normal. Il n'y avait qu'un œil, placé sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du bec supérieur. Cet œil était rudimentaire et seulement indiqué par la choroïde. Il n'y avait également qu'une seule vésicule cérébrale. J'avais donc sous les yeux un véritable cas de cyclopie. Le membre supérieur gauche était rudimentaire, tandis que le membre supérieur droit et les deux membres postérieurs avaient leurs dimensions normales. L'ombilic était largement ouvert; il y avait une éventration complète. Le cœur, le foie, l'estomac faisaient hernie au travers de l'ombilic. Le cœur était renversé; la région ventriculaire était dirigée vers la tête, tandis que la région auriculaire était plus voisine de l'ouverture ombilicale. J'ai constaté l'existence d'une bride membraneuse qui unissait le foie aux bords de l'ombilic. Le pédicule amniotique persistait encore.

Je n'ai pu malheureusement étudier tous ces faits avec le soin qu'ils méritaient, car les embryons avaient péri depuis quelque temps lorsque j'ai ouvert les œufs; je crois devoir publier dès à présent ces observations, quoique incomplètes, parce qu'elles me donnent l'espoir fondé de produire artificiellement toutes les formes possibles de monstruosités simples.

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie médicale de la circulation du sang; par le docteur E. J. Marey, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de la Faculté de médecine, membre des Sociétés anatomique, de biologie, philomathique, etc. In-8°, Paris, 1863, chez Delahaye.

Notre premier sentiment, en prenant en main le livre de M. Marey, a été, nous devons l'avouer, celui d'une vive curiosité.

Après avoir vu fonctionner, il y a huit ans, le sphygmographe de M. Vierordt, après avoir reconnu les difficultés que l'on rencontre dans l'emploi de cet instrument et les graves sources d'erreur qui tendent à vicier ses tracés, nous avions été vivement frappé par les premiers travaux de M. Marey. Nous avions suivi avec un intérêt toujours croissant les progrès qu'il réalisait successivement dans la voie féconde où il n'a cessé de marcher. Dans ses publications, dans ses cours, nous avions pris acte de chaque pas fait en avant, de chaque vérité découverte ou mise à l'abri de la contestation. En parcourant régulièrement les publications périodiques de presque tous les pays, nous avions souvent remarqué combien le monde médical était attentif à ces patientes et sagaces investigations, et c'est sans étonnement, ce n'est pas sans une véritable satisfaction que nous les avions vues couronnées par l'Institut et par notre Faculté de médecine, sanctionnées par l'Académie de médecine, encouragées par des écoles étrangères.

L'Université de Hollande vient de mettre au concours, pour le prix de médecine, l'appréciation de l'ensemble de ces travaux. Elle pensait qu'ils forment aujourd'hui un tout assez considérable pour que l'on puisse en discuter la portée générale, faire le bilan de ce qu'ils ont rapporté à la science et à l'art, et marquer la place qu'ils auront droit d'occuper dans l'histoire médicale du dix-neuvième siècle. La savante Université avait été bien inspirée L'auteur de cette belle série de re-

cherches avait compris comme elle que le moment était venu d'en réunir les faisceaux épars dans un corps de doctrine. La *Physiologie médicale de la circulation*, en nous offrant le résultat de ce travail synthétique, apporte une base plus large à l'appréciation et ne pouvait manquer d'exciter un vif intérêt.

Disons-le de suite, après nous être engagé dans cette étude avec une sorte de curiosité, et l'avoir terminée sans un moment de lassitude, nous restons assuré que le jugement impartial de l'histoire rectifiera l'appréciation de nos grands corps savants, et qu'elle inscrira l'ouvrage de M. Marey à côté de ceux qui ont été inspirés le plus heureusement par les principes sains et vrais de la science.

Le bien fondé des recherches qui poursuivent le progrès dans le diagnostic physique des maladies est aujourd'hui accepté par tout le monde. Les résistances que la routine ou un esprit de système borné a opposées aux premiers travaux de Laënnec ne méritent plus qu'un sourire, et l'auscultation et la percussion ont pris dans la pratique un rang qui ne leur sera plus disputé. L'exploration physique de l'œil et du larynx rivalise aujourd'hui de précision avec celle des organes thoraciques, et la science accueille avec reconnaissance toutes les tentatives qui promettent de perfectionner et de faciliter la recherche des lésions anatomiques. Cela est juste et légitime, et cette préoccupation n'aurait pu être blâmée avec raison si elle n'avait pas abouti à des excès singuliers. S'attacher exclusivement à faire en quelque sorte de l'anatomie pathologique sur le vivant, c'est ne soulever qu'un coin du voile, et la médecine qui ne connaît que les états organopathiques se condamne volontairement à rester une science boiteuse. Elle oublie que son malade vit; la part de vérité qu'elle laisse échapper de sa main, c'est la physiologie pathologique.

Sœur aînée de l'anatomie pathologique, celle-ci, un moment menacée dans ses droits, les revendique aujourd'hui partout, et de ce grand mouvement, qui se fortifie journellement par les progrès de la physiologie expérimentale, il résultera pour le médecin qu'il pourra, sur le vivant, interroger la fonction comme il interroge l'organe.

Chercher des moyens plus parfaits pour arriver à ce résultat; perfectionner ainsi la connaissance des troubles fonctionnels au lit du malade, et arriver par là à comprendre les lois auxquelles est soumis l'enchaînement des phénomènes morbides : telle est la part qui, sur ce terrain, revient au médecin; c'est cette pensée qui a présidé aux travaux de M. Marey et qui est résumée avec une entière justesse dans le titre de son ouvrage : *Physiologie médicale de la circulation.*

Les difficultés qui s'étaient opposées presque dans ces dernières années à ce que cette partie de la physiologie médicale fût exposée bien fructueusement tenaient surtout à deux causes.

En premier lieu, l'interprétation des renseignements fournis par l'auscultation des bruits du cœur laissait place au doute tant que le mécanisme de l'action cardiaque soulevait lui-même des controverses incessantes. Il était urgent que la science fût enfin fixée sur ce point d'une manière définitive. Elle l'est aujourd'hui, grâce aux expériences directes que M. Marey a instituées, en partie avec le concours de M. Chauveau. C'est une des conquêtes les plus importantes que l'histoire de la circulation sanguine ait faites dans ce siècle.

En second lieu, les physiologistes et les médecins étaient loin de pouvoir apprécier avec une rigueur suffisante les caractères infiniment variables d'un des phénomènes les plus saillants de la circulation, à savoir le pouls artériel et la manière même dont ce phénomène était généralement compris, l'impossibilité de donner une expression saisissante et durable a des sensations tactiles extrêmement délicates, avaient empêché presque complétement, pendant plusieurs siècles, le progrès de s'accomplir sur ce terrain.

Il est facile, dit avec raison M. Marey dans son *Introduction*, il est facile de comprendre pourquoi l'étude du pouls a si peu de progression. Cela tient en grande partie à ce que l'empirisme seul a présidé aux recherches faites sur ce sujet, sans profiter jamais des notions nouvelles que la science lui eût pu fournir. Dans les premiers âges de la médecine, on considérait le pouls comme produit par les esprits animaux qui, contenus dans les artères, frappaient contre les parois de ces vaisseaux et produisaient des chocs de différentes espèces, selon les différentes maladies. Il est vrai que, depuis la découverte d'Harvey, on sait que les artères contiennent du sang, et que c'est au mouvement de ce liquide que tient la pulsation artérielle. Mais si l'idée qu'on se fait de la cause du pouls n'est plus la même, la manière de l'étudier dans les maladies a peu changé; les ouvrages modernes publiés sur ce sujet sont toujours empreints de cette pensée qu'on doit trouver dans chaque maladie une forme du pouls particulière. Or, sauf le cas de maladie organique de l'appareil circulatoire, la nature du pouls, au lieu d'exprimer une affection spéciale, n'indique qu'un état particulier de la circulation, état qui peut exister dans un grand nombre de maladies très-différentes. A ce vice fondamental dans la manière de comprendre la valeur du pouls, il faut ajouter les difficultés matérielles que présente son observation. Comment sentir avec le doigt les nuances délicates de ce mouvement? comment garder fidèlement le souvenir de ces sensations fugaces? Aussi est-il bien peu de médecins qui sachent réellement apprécier les caractères cliniques du pouls pris en lui-même et s'en servir utilement pour le diagnostic et le pronostic des maladies.

Mais ce n'est pas tout : une condition indispensable pour qu'une science puisse faire des progrès, c'est que les faits acquis puissent se transmettre facilement d'une génération à l'autre. Or si quelque médecin doué d'un tact subtil et d'une grande patience arrive, à force d'observations, à reconnaître dans le pouls des malades certains caractères importants, comment va-t-il exprimer à ses élèves ce qu'il perçoit lui-même? Trouvera-t-il chez ceux-ci un tact naturellement assez délicat pour percevoir tout de suite des sensations qu'il n'est arrivé lui-même à distinguer qu'après de longs efforts? Espérera-t-il, par des définitions ou des métaphores, faire comprendre la nature d'une sensation tactile? Il n'y réussira assurément que dans un nombre de cas très-restreint; aussi, sauf certains caractères du pouls extrêmement tranchés, tels que sa force, sa faiblesse, sa régularité, sa fréquence, son redoublement, nous ne pouvons, dans les descriptions classiques, comprendre ce que l'auteur a voulu dire, et contrôler la valeur de ses travaux.

C'est donc une tout autre voie qu'il faut suivre pour que l'étude du pouls progresse, et prenne en médecine le rang important qu'elle doit occuper. Il faut d'abord qu'elle s'appuie sur la physiologie expérimentale; car le médecin qui interroge un symptôme doit, avant tout, se rendre un compte exact de sa nature et des causes qui le produisent; alors seulement il arrive à en comprendre toute la valeur. Il faut aussi remédier à ces deux difficultés fondamentales que nous avons signalées : d'une part, au défaut de sensibilité du toucher, qui ne nous donne que les caractères les plus saillants du pouls, et d'autre part, à l'impossibilité de garder le souvenir des sensations perçues et de les définir clairement.

Le sphygmographe, combiné à un appareil enregistreur à indication continue, est venu remplir ce programme. L'instrument incomplet et incommode de M. Vierordt a été, sous ce rapport, un pas décisif et important vers le progrès. Mais cet instrument, pour être réellement utile, avait besoin de modifications profondes, d'un remaniement complet, et nous ne craignons pas de dire que c'est à M. Marey que revient tout l'honneur d'avoir opéré ces perfectionnements. Nous savons bien que telle n'est pas l'opinion de M. Vierordt qui, récemment encore, critiquait assez vivement le sphygmographe de M. Marey (1); mais après avoir vu fonctionner les deux appareils, nous n'hésitons pas à déclarer que l'instrument du physiologiste allemand n'aurait jamais pu donner à personne, comme il n'a pas donné à son inventeur, les résultats auxquels M. Marey est arrivé, grâce à l'exactitude des indications fournies par son instrument.

C'est donc à M. Marey que la science doit de ne plus être arrêtée par la double difficulté que nous signalions tout à l'heure. C'est encore lui qui, après l'avoir dotée du moyen d'étudier fructueusement un ordre de faits jusqu'alors insaisissables, s'est livré à cette étude avec la persévérance infatigable, sans laquelle on se traîne longtemps dans la phase fatigante des recherches de détails et des faits isolés dont on ne saisit pas les rapports intimes.

Ces recherches ont-elles abouti dès aujourd'hui à des résultats tels que le médecin puisse en tirer un parti utile au lit du malade? Nous n'hésitons pas à répondre affirmativement, et il nous serait facile, en analysant les divers chapitres de la *Physiologie médicale de la circulation*, de montrer que cette assertion repose aujourd'hui sur un nombre considérable de faits; mais nous risquerions, en procédant ainsi, de dépasser de beaucoup les limites dans lesquelles notre appréciation doit se circonscrire. M. Marey a d'ailleurs pris soin de résumer cet ordre de considérations dans un passage assez succinct, et nous ne pouvons mieux faire que de le citer textuellement.

Les maladies qui influencent au plus haut degré le mouvement du sang sont, comme on pouvait le supposer, les affections du cœur et celles de l'appareil circulatoire. C'est déjà un vaste champ d'étude que celui-là, car, indépendamment des lésions organiques du cœur ou des vaisseaux, des troubles fonctionnels peuvent arriver à chaque instant et changer la forme du pouls, celle des battements du

(1) *Archiv. der Heilkunde*, 1863.

cœur, etc. Le nombre des états circulatoires que l'on peut reconnaître est considérable. Nous pouvons affirmer qu'une affection organique du cœur peut, le plus souvent, se diagnostiquer d'après le tracé du pouls tout seul et sans le secours de l'auscultation. Nous avons maintes fois fait l'expérience qui consiste à appliquer l'instrument sur la radiale d'un malade atteint d'affection organique du cœur, et à annoncer les signes d'auscultation qu'on devait entendre en appliquant l'oreille sur le cœur. Or, si l'étude du pouls fournit un élément de diagnostic de même valeur que l'auscultation, combien sera plus certain un diagnostic établi sur la concordance de ces deux ordres de signes d'une nature si différente, venant se confirmer l'un l'autre!

Quelquefois l'auscultation est impossible, soit parce qu'une affection du thorax produit des bruits qui masquent ceux du cœur, et ce cas est fréquent, soit pour quelque autre motif. Il ne resterait, dans ces cas, que des signes rationnels pour établir le diagnostic; mais l'examen du pouls vient remplacer l'auscultation qui fait défaut et fournit des signes physiques d'une incertitude qui laisse peu à désirer.

Ailleurs, l'auscultation ne donne que des signes douteux: le cœur déplacé empêche de déterminer exactement le siége du bruit, ou bien encore la lésion siége dans les cavités droites, ce que l'oreille ne peut guère nous apprendre; ou bien enfin les signes donnés par l'auscultation semblent tous se rapporter à une maladie tranchée, et c'est une autre qui existe. Tous ces cas, dans lesquels l'oreille peut nous tromper, trouvent dans le tracé du pouls un critérium indispensable; nous en pourrions citer de nombreux exemples tirés de notre expérience journalière; ces faits trouveront leur place dans ce travail. On verra en temps et lieu comment des affections de la valvule tricuspode avaient été prises pour des affections de l'orifice mitral; comment l'insuffisance valvulaire de l'artère pulmonaire simulait à s'y méprendre l'insuffisance aortique, sauf les signes tirés du pouls; comment des péricardites peuvent avoir des bruits de frottement assez doux et assez bien rhythmés pour imiter des altérations des orifices. Ailleurs, ce sera un anévrisme disséquant qui donnait lieu à tous les signes d'auscultation d'une insuffisance aortique. Le tracé du pouls a suffi pour montrer que les valvules de l'aorte étaient hors de cause. Enfin, certains sujets que l'on considère comme atteints d'une affection organique du cœur sans bruit de souffle, n'ont bien souvent qu'une ancienne bronchite, un emphysème ou quelque autre maladie du poumon; la forme du pouls permet encore de distinguer ces cas.

Dans les affections que nous venons de passer en revue, les progrès de l'auscultation ont déjà poussé très-loin la certitude du diagnostic. Si l'étude graphique du pouls offre dans ces cas des avantages considérables, elle n'est pas absolument indispensable; il est des cas simples où l'oreille toute seule permet de faire un diagnostic irréprochable. Mais il n'en est pas de même dans un autre ordre d'affections organiques de l'appareil circulatoire dans lesquelles l'auscultation ne fournit que des signes douteux ou même n'en fournit aucun: nous voulons parler des affections du système vasculaire.

Les anévrismes, lorsqu'ils sont très-apparents à l'extérieur, ont, indépendamment des signes d'auscultation et de percussion, des mouvements d'expansion qui les font facilement reconnaître; mais si la tumeur est cachée dans les cavités splanchniques, le diagnostic présente de grandes difficultés. Si une tumeur solide repose sur une artère volumineuse, et si elle est soulevée par les battements de ce vaisseau, on la prend souvent pour un anévrisme. On verra quelle utilité présente dans ce cas la forme de la pulsation prise, soit sur la tumeur, soit au-dessous d'elle, et comment cette forme suffit pour lever les doutes dans un grand nombre de cas. L'induration et l'ossification des artères, le relâchement de ces vaisseaux et la dilatation du système capillaire sont aussi des états importants à reconnaître; ici encore c'est le pouls qui fournit les renseignements les plus certains. Certaines affections dans lesquelles les conditions de la circulation sont difficiles à préciser, l'état typhoïde, l'adynamie, l'intoxication saturnine, etc., offrent des formes de pouls assez caractéristiques pour qu'on doive en tenir un grand compte dans le diagnostic, etc.

Nous pourrions nous arrêter ici, car nous n'avons nullement l'intention d'analyser en détail un livre que, dans notre opinion, tout médecin doit posséder et étudier. Nous ne pouvons cependant nous dispenser de donner un aperçu des matières qu'il embrasse. C'est ce qui nous reste à faire très-sommairement.

Une première partie est consacrée à la physiologie; l'étude des signes extérieurs de la circulation y est développée d'une manière toute spéciale.

La connaissance de ces mêmes signes sert de base à la seconde partie, dans laquelle sont passés en revue les différents troubles et la circulation du sang. L'auteur examine tont d'abord en quoi consistent ces troubles passagers dans lesquels la fonction seule semble modifiée, sans que l'appareil circulatoire ait subi d'altérations organiques persistantes. A cet ordre de phénomènes appartiennent les états algides et congestifs, les fièvres, etc. Viennent ensuite les altérations organiques les plus légères, mais aussi les plus fréquentes; cette transformation quasi-physiologique que subissent les vaisseaux à mesure qu'on avance en âge. Les derniers chapitres, enfin, sont consacrés à l'étude des lésions organiques plus graves des vaisseaux et du cœur: les anévrismes des artères, les lésions des valvules cardiaques, etc.

E. FRITZ.

VARIÉTÉS.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Grisolle, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine, est nommé premier assesseur près ladite Faculté pour l'année 1864.

M. Laugier, professeur de clinique externe à la Faculté, est nommé deuxième assesseur près ladite Faculté pour l'année 1864.

M. Bourbon, secrétaire agent comptable de la Faculté, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Bourbon est nommé secrétaire honoraire de ladite Faculté.

M. Forget, chef de bureau au ministère de l'instruction publique, est nommé secrétaire agent comptable de la Faculté, en remplacement de M. Bourbon.

— Nous annonçons avec une véritable satisfaction que M. le docteur Michon est nommé officier de la Légion d'honneur.

— C'est avec une douloureuse émotion que nous annonçons la nouvelle suivante:

M. le docteur Landouzy, directeur de l'École de médecine de Reims, président de l'Association médicale de la Marne, membre correspondant de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, etc., vient de succomber à la maladie dont, depuis quelques mois, il subissait les cruelles atteintes.

— Un modeste et très-honorable praticien, M. Feldmann, docteur de l'Université de Munich, autorisé à exercer en France, vient de mourir à Paris, à l'âge de 50 ans.

— Nous trouvons dans la *Haute-Loire* la relation suivante:

Un malheur inouï vient de frapper la ville de Langeac, et notamment la famille Gallice.

L'honorable docteur Gallice, maire de Langeac, est mort à 200 mètres de la ferme de Laroue, commune de Mazeyrat-Chrispinhac.

Le samedi 20 février, il quitta sa famille vers les deux heures pour se rendre auprès d'un mourant qui réclamait ses soins, car, comme il était esclave de sa belle profession, l'indigent trouvait toujours en lui un secours assuré.

En revenant, la neige tombait avec intensité, le froid était vif; il se sentit faiblir, mit pied à terre, et s'évanouit tout proche d'une maison isolée.

Son cheval, errant, fut arrêté par un employé de la ferme de Laroue, et, quelques instants après, le bon docteur était reconnu par le propriétaire, qui s'apprêtait, dit-on, à le faire porter chez lui, quand un stupide charretier intervint, et fit observer que peut-être il était mort, ou qu'il pouvait mourir dans le parcours pour se rendre à la maison; que la justice seule avait le droit de le recueillir, et qu'il fallait envoyer à Langeac. Le propriétaire, homme sans doute à l'esprit très-borné, crut à de si fatales observations, envoya prévenir l'autorité cantonale, distante de 4 kilomètres.

Une heure après, les gendarmes Barrot et Vincent arrivaient au triple galop, dégageaient M. Gallice de la neige qui le couvrait et le portaient à la ferme, où des soins lui furent alors donnés, hélas! trop tard. La mort planait déjà sur cette féconde intelligence; ce cœur, qui rêvait toujours le bien, avait arrêté ses pulsations, et cette main, qui avait secouru tant de malheureux et soulagé tant d'infortunes, commençait à se roidir.

Faut-il encore l'avouer? le commissaire de police de Langeac fut obligé de requérir, au nom de la loi, un appartement à la ferme de Laroue.

La jolie ville de Langeac est veuve de son premier magistrat, qui est mort à la peine, et qui laisse après lui un grand exemple d'abnégation et de dévouement.

En lui s'éteint encore un de ces glorieux défenseurs qui, lors de la coalition européenne, quittèrent les bancs de l'École de médecine pour

voler au secours de la patrie en danger, et repousser l'invasion du sol sacré.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Arnaut, chirurgien principal de la marine. Par le charme et l'aménité de ses relations, cet honorable confrère avait su se faire aimer de tous ceux qui l'approchaient. Pendant la guerre de Crimée, il avait été chargé d'organiser l'hôpital de Thérapia.

On lit dans le *Droit* :

M. de Gonet, juge d'instruction, a rendu samedi dernier l'ordonnance qui renvoie devant la chambre des mises en accusation le sieur C... de L..., docteur en médecine, comme inculpé d'un double empoisonnement commis sur la personne de sa belle-mère et sur une femme dont la vie avait été assurée moyennant 550,000 fr.

Des expériences nombreuses ont été faites au cours de l'instruction; au début de cette instruction, M. de Gonet a examiné avec soin la chambre dans laquelle avait succombé la femme que l'on suppose avoir été victime du dernier empoisonnement. Ayant remarqué, à l'endroit où se trouvait le lit, des taches nombreuses sur le parquet, et ayant appris que ces taches avaient été produites par les déjections de la malade, il a fait gratter ce parquet et enlever les résidus qui se trouvaient entre les lames de bois. Ces résidus ont été réunis, et un pigeon qui en aurait mangé une petite quantité aurait succombé rapidement.

Des expériences ont été également faites sur des grenouilles. Le cœur d'une grenouille a été mis à nu; cette opération étant pratiquée avec soin, la grenouille put vivre ainsi assez longtemps, et aucun trouble sensible n'apparut dans les fonctions vitales. Une seconde grenouille a été soumise à la même opération; sur le cœur on a laissé tomber une goutelette de digitaline, substance dont la présence a été constatée dans les déjections et dans l'estomac de la personne qui a succombé; les mouvements du cœur de la grenouille ont diminué sensiblement; les pulsations sont devenues plus lentes et la mort est survenue rapidement.

Sur le cœur mis à nu d'une troisième grenouille, on a placé une minime parcelle des déjections provenant de la femme qui est morte. Les résultats ont été les mêmes que ceux qu'on avait remarqués sur la seconde grenouille. Le cœur battait d'une manière presque imperceptible, le pulsations étaient plus lentes et moins nombreuses; la mort est venue promptement.

Les deux dernières grenouilles avaient succombé alors que la première vivait et qu'aucun trouble notable ne paraissait exister dans les mouvements du cœur et dans les pulsations.

Le dossier de cette colossale affaire contient plus de 1,200 pièces. Ce dossier est arrivé aujourd'hui au greffe de la cour.

Il est probable que l'arrêt de chambre des mises en accusation sera rendu prochainement, et que les débats de la cour d'assises auront lieu en avril prochain. On espère qu'ils pourront commencer dans la première quinzaine de ce mois.

Sont désignés pour la présidence de la cour d'assises de la Seine pendant le trimestre d'avril à juillet prochain, MM. les conseillers de Boissieu et Falconnet.

— M. le docteur Pujadas, membre associé étranger de la Société médico-psychologique, impliqué si malheureusement dans le procès en détention illégale de Da Juana Sagnera, a été acquitté par jugement du tribunal de Valence. Sa Majesté la reine d'Espagne, qui a fait grâce aux cinq autres accusés, vient d'accorder au docteur Pujadas la croix de commandeur de Charles III; elle l'a nommé, en même temps, commissaire général pour l'inspection des asiles d'aliénés. Cet honorable confrère a présenté au gouvernement les matériaux qu'il a réunis pour un projet de loi sur les aliénés, dont le procès de Valence a démontré toute l'utilité.

— Un fait digne d'être mentionné vient de se passer à l'hôpital Beaujon.

Une jeune femme, atteinte depuis quelques jours d'un croup arrivé à sa dernière période, fut admise, lundi matin, dans le service de M. le docteur Moutard-Martin. L'asphyxie était très-avancée, la mort imminente. Le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital, fut immédiatement appelé; il jugea, comme son confrère, que l'opération de la trachéotomie était la seule ressource possible : elle fut aussitôt pratiquée.

La canule venait d'être mise en place lorsque, après plusieurs accès de toux, la respiration se suspendit complétement. Tous les moyens mis en usage ne purent la rétablir, et M. Morel-Lavallée émit l'idée qu'il fallait pratiquer l'insufflation par la canule. Aussitôt, et bien qu'il connût le danger auquel il s'exposait, un élève externe, M. Magnié, applique la bouche sur la canule, fait l'insufflation et quitte la canule la bouche couverte et remplie de sang et de mucosités sortant de la trachée et des bronches.

M. le docteur Moutard-Martin s'occupait à faire laver la bouche de son courageux élève et à le faire gargariser; mais, pendant ce temps, MM. Bessey et Delfan, autres élèves externes, et un interne, M. Blumenthal, se dévouèrent également avec M. Magnié, qui recommença l'épreuve. Enfin, quand tout était désespéré, un jeune docteur, connu par ses succès de concours, M. Maurice Raynaud, pratiqua à son tour l'insufflation avec un courage malheureusement inutile.

C'était un spectacle étrange, mais consolant, de voir ces jeunes gens, le visage et la bouche ensanglantés, affronter, avec un entraînement qui ne calcule pas, les dangers redoutables que peut produire l'insufflation pratiquée dans de telles conditions.

Informé de ces faits, M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique s'est rendu à l'hôpital Beaujon, pour remercier les élèves de leur dévouement; si nous sommes bien informés, il les a félicités d'avoir compris que l'hôpital est à la fois une école de science et d'humanité, leur a dit que l'administration hospitalière et le corps médical s'applaudissaient de compter de tels auxiliaires, et il leur a recommandé d'apporter dans leur service journalier, si ce n'est l'élan des grands jours, du moins ces soins d'exactitude et de bonté qui contribuent d'une manière si puissante au bien-être des malades.

— Statistique. — Le gouvernement prussien est très-prévoyant en soumettant l'armée à la revaccination. Sur 19,545 individus ayant subi cette opération en 1862, — 16,669 ayant des cicatrices d'une vaccine antérieure, 1,852 des traces indistinctes, et 1,024 n'en offrant aucune, — elle a été régulière, normale, chez 12,272 soldats, irrégulière chez 2,738 et nulle chez 4,534. Et encore, répétée parmi ces derniers, elle a réussi sur 1,324. 3,210 sont donc seulement restés réfractaires : résultat au-dessus de ceux obtenus jusqu'à ce jour. 4 cas de varioloïde et 1 de variole ont aussi été notés parmi les sujets revaccinés, ce que ne manqueront pas d'invoquer les partisans de l'identité de la variole et de la vaccine; mais 2 cas de varicelle et 3 cas de varioloïde étant survenus également parmi les soldats non revaccinés, l'argument tombe, de lui-même. D'ailleurs, l'exception a-t-elle jamais infirmé la règle?

Une Irlandaise n'étant pas de cette opinion, a suivi l'enseignement logique et rigoureux de la doctrine de l'identité. Elle a inoculé deux enfants avec le pus varioleux, et, pour récompense, le tribunal de Cashel l'a condamnée à deux mois d'emprisonnement. Avis à ceux qui voudraient l'imiter.

Dans la semaine du 10 au 16 janvier, la mortalité s'est élevée à 2,427 décès à Londres, soit 877 au-dessus de la moyenne, dont la plupart, dit la statistique, furent déterminés subitement par l'abaissement de la température. Ils sont descendus à 2,180 la semaine suivante, soit 651 encore de plus que la moyenne hebdomadaire des dix dernières années.

A propos de statistique, en voici une assez curieuse sur la mortalité des opérés de la taille dans les hôpitaux de Londres. Sur 520 cas qui ont eu lieu chez les hommes, durant les vingt à trente dernières années, dans les hôpitaux de Guy, Saint-Thomas et de l'Université, il y a eu seulement 1 décès sur 7 opérés, tandis qu'en collectant les faits des deux à trois dernières années seulement, M. Richardson avait trouvé que cette proportion s'élevait à 1 décès sur 1,88 opérés. Que cette énorme différence s'explique par la pratique de la lithotritie et le choix des cas où elle est applicable, ou la diminution réelle des succès de la taille, elle ne montre pas moins que la statistique peut prouver tout ce que l'on veut, suivant la manière dont elle est faite.

— D'un nouveau cornet acoustique. — La surdité est une des infirmités les plus incommodes, et contre laquelle malheureusement les ressources de l'art doivent trop souvent se borner à des moyens palliatifs. Ces moyens consistent surtout dans l'emploi de cornets acoustiques, dont il existe une assez grande variété de formes, et qui cependant ne remplissent pas toujours le but auquel ils sont destinés. M. le docteur Sarraméa a publié au mois de novembre dernier, dans l'*Union médicale de Bordeaux*, un article en faveur d'un nouvel instrument de ce genre. L'inventeur, M. Communal, de Gontaud (Lot-et-Garonne), atteint depuis longtemps de surdité, et n'ayant trouvé qu'un faible avantage dans l'emploi des cornets ordinaires, a cherché, en donnant à son instrument la forme et la disposition d'une longue-vue, à faire converger les ondes sonores vers l'oreille, de la même manière (aux lentilles près) que la lorgnette fait converger les rayons lumineux vers le fond de l'œil. Son premier essai ayant réussi sur lui-même, il a perfectionné son acoustique et a songé naturellement à faire jouir du bénéfice de son invention les personnes affligées comme lui de surdité.

Dans l'article que nous avons rappelé, M. Sarraméa reproduit plusieurs observations qui lui sont propres; il mentionne d'autres expériences faites par M. le docteur Fleury à l'hospice des Vieillards et à celui des Incurables, et dans tous ces cas il a été facile de constater les avantages réels de l'acoustique de M. Communal. Nous-même, dans les quelques essais qu'il nous a été donné de faire, avons observé également de très-bons résultats. En général, les malades le préfèrent aux cornets ordinaires, parce qu'il leur rend l'audition plus facile sans leur causer la moindre fatigue; cette préférence, du reste, est partagée par les personnes qui leur parlent, et à qui il est ainsi permis d'élever la voix moins haut qu'avec les autres instruments. Nous croyons donc être utile aux uns et aux autres en leur signalant et en leur recommandant l'acoustique de M. Communal.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR L'ORIGINE DE LA VACCINE : M. DEPAUL. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX : LA THORACENTÈSE ET SES INDICATIONS. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : TRAITEMENT DES KYSTES DU FOIE PAR LA PONCTION ET LES INJECTIONS IODÉES.

Nos lecteurs ont pu apprécier la réserve avec laquelle, dans la discussion pendante à l'Académie, nous avons discuté les opinions de nos collègues comme rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE. Ayant pris une certaine part à cette discussion, nous nous sommes presque borné à reproduire notre premier discours, réservant pour une seconde argumentation ce que nous avions à répondre à nos contradicteurs. Cette discrétion, dont nous aurions pu nous départir sans blesser en quoi que ce soit les convenances, n'a pas suffi à M. Depaul. A défaut d'arguments plus sérieux, il nous a mis en cause comme rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE, prétendant que nous abusions de notre double titre d'académicien et de directeur d'un organe important de la presse médicale, pour exercer un double droit de critique à l'égard de nos collègues. Ce n'est pas la première fois que ce reproche nous est adressé; et dans une discussion que M. Depaul a très-imprudemment rappelée, celle sur la fièvre puerpérale, nous avons eu à nous expliquer catégoriquement et sur le prétendu fait d'abus de la critique et sur notre droit d'examiner, de discuter et de critiquer les travaux de nos collègues comme écrivain et comme membre de l'Académie. Ceux de nos lecteurs que cette question pourrait intéresser, — M. Depaul est de ce nombre sans doute, puisqu'il a cru devoir la porter de nouveau devant l'Académie, — trouveront une réponse péremptoire dans un article spécial de la GAZETTE MÉDICALE, numéro du 12 juin 1858 : nous n'avons donc pas à y revenir aujourd'hui. Mais, par une déférence qui pourra paraître excessive, nous nous imposons aujourd'hui l'obligation de ne rien répondre à M. Depaul, si ce n'est à la tribune de l'Académie, et comme membre de l'Académie. Nous nous sommes borné à recommander au rédacteur des séances de reproduire le plus fidèlement possible tout ce qu'a dit M. Depaul, toutes les aménités qu'il nous a adressées sur notre manière d'observer, de philosopher, de théoriser, de critiquer, et sur les orgueilleuses, si ce n'est ridicules prétentions que nous aurions d'exhausser nos mérites, dans la proportion que nous diminuerions les mérites de nos collègues. Nous espérons que cet acte de discrétion et d'impartialité nous donnera le droit de répondre à notre collègue en toute liberté, sans nous croire obligé pour cela d'imiter les manières quelque peu dédaigneuses qu'il a cru pouvoir se permettre. Que nos lecteurs veuillent donc bien attendre nos explications jusqu'à la semaine prochaine, et trouver bon que nous les entretenions aujourd'hui de quelques autres questions non moins importantes.

— La GAZETTE MÉDICALE est revenue bien des fois déjà sur la question de l'utilité de la thoracentèse dans la pleurésie. Cette question, agitée il y a bien des années devant l'Académie de médecine, à l'occasion de la maladie de Dupuytren, a fait de grands pas depuis. On se souviendra peut-être que la conclusion des longs débats accadémiques de cette époque avait été purement négative, pouvant se traduire par ces mots : opérez, vous ferez bien ; n'opérez pas, vous ferez encore mieux. La science a beaucoup marché depuis, et l'on ne craindrait aucune contradiction en disant : n'opérez pas si vous voulez, mais opérez, et vous ferez mieux. Cependant si cette formule représente à peu près l'opinion générale, elle est loin d'exprimer le vrai progrès et le véritable état de la science. Le vrai progrès consisterait à montrer, d'une part, que la thoracentèse peut rendre de grands services dans des conditions et avec des indications données, et que, sous la réserve du choix et de la détermination des cas, c'est toujours une opération utile, nécessaire et rarement dangereuse. Or quels sont ces cas, quelles sont ces conditions, quelles sont les indications qui légitiment l'emploi de la thoracentèse et ceux qui en proscrivent l'emploi? C'est cette importante et difficile question qui vient d'être mise en discussion à la Société médicale des hôpitaux. On sait que cette Société se compose de l'élite de la génération médicale actuelle, de la partie active et encore jeune de cette génération : c'est donc d'elle que l'on est en droit d'attendre les éclaircissements nécessaires à la solution de cette question.

Jusqu'ici les membres qui ont pris la parole n'ont fait guère que se déclarer partisans ou adversaires de l'opération, sans trop motiver leur opinion. Ainsi M. Archambault, qui a provoqué la discussion s'en tient-il d'abord à l'opportunité de la thoracentèse dans les pleurésies aiguës, à épanchement un peu considérable. Tout épanchement, dit-il, qui remplit à peu près complétement la plèvre indique la ponction, par ce seul fait qu'il menace l'individu qui le possède de mourir subitement. La crainte de la mort subite — dont les exemples ne sont pas rares sous l'influence des épanchements pleurétiques récents — est un nouveau motif invoqué en faveur de la thoracentèse. L'auteur pense que la temporisation, prescrite et observée jusqu'ici par la généralité des praticiens, au nom d'une sage prudence, pourrait bien n'être « qu'une grave témérité, dénoncée de temps à autre par des morts soudaines. » C'est cette doctrine et ce sont ces motifs qui paraissent avoir engagé un certain nombre de nos confrères des hôpitaux à recourir plus souvent à l'évacuation de la poitrine par la ponction.

Cette thèse de M. Archambault est circonscrite, et à ce titre elle n'en est que plus intéressante à examiner. Les membres de la Société des hôpitaux qui ont pris part jusqu'ici à la discussion ne sont pas restés dans le cercle tracé par l'auteur de la communication. MM. Chauffard, Guérard, Bourdon et Empis ne se sont pas montrés favorables à la proposition de leur collègue ; MM. Hérard et Béhier, Moutard-Martin et Woilez l'ont appuyée. Mais, nous le répétons, sans préciser nettement, ni les uns ni les autres, les motifs de leur préférence. Ainsi M. Chauffard, dont l'esprit philosophique nous est connu, a invoqué les résultats comparatifs des succès et des revers de la thoracentèse, considérés d'une manière générale; M. Guérard en a référé au rapport d'une commission nommée en 1854 pour apprécier l'utilité générale de la thoracentèse, et dont les conclusions favorables à l'opération avaient commencé à poser des catégories ; eu épanchements aigus considérés à leurs différents degrés, en épanchements chroniques et en hydrothorax purs. Ce n'était pas là ce qui

FEUILLETON.

LA CRITIQUE MÉDICALE EN PROVINCE.

Il est vieux, très-vieux le préjugé qui condamne les villes de province à subir la domination et la supériorité des villes capitales. Les gens de Jérusalem avaient coutume de se moquer des prétentions des bourgs et bourgades de la Galilée : « De Nazareth, disaient-ils, peut-il sortir rien de bon? » Et leur unique souci était d'humilier les Samaritains, dont la ville principale osait rivaliser avec l'antique Solyme.

En Grèce, de même qu'en Judée, les petites villes s'éclipsaient devant les grandes. « Il n'est pas donné à tous de visiter Corinthe, » était un dicton de lointaine origine. L'Attique, dont le rôle a été si considérable dans la civilisation grecque, se trouvait comme absorbée par la suprématie d'Athènes. *L'atticisme* lui-même signifiait moins qu'*astéisme*, terme en usage parmi les Athéniens, et par lequel ils désignaient l'extrême bon goût, la suprême élégance dans les choses de l'esprit aussi bien que dans les manières. Ce terme dérivait directement du mot ἄστυ, tout attique, et qui signifiait la ville, mais la ville par excellence, c'est-à-dire Athènes, la vraie capitale de la Grèce, même dans les plus mauvais jours.

Chez les Latins, Rome aussi s'arrogeait l'hégémonie, à tel point que la qualification de Romain, supérieure à toute autre, faillit supprimer celle de Latin, beaucoup plus générale, puisqu'elle s'appliquait à une nation, à toute une race, tandis que l'autre ne s'appliquait qu'à une seule ville. Il est vrai que cette ville finit, après bien des luttes contre de puissantes rivales, par représenter toute la république, et plus tard tout l'empire. Maîtresse et souveraine de l'univers, ce n'est point à tort que Lucain l'appelle la capitale de tous les peuples,

Urbem populis.

Urbs, chez les Latins, s'entendait de la ville par excellence, de Rome, et le mot urbanité, qui s'est conservé dans notre langue presque sans altération et sous sa forme latine, ce mot avait précisément pour les Romains le même sens que le mot astéisme pour les Athéniens. C'est par l'urbanité que les vrais Romains se distinguaient des gens de province qui venaient à Rome, et qui, semblables à ce pâtre que Virgile met en scène dans la première de ses églogues, ne trouvaient dans la grande ville rien de comparable à leurs villes municipales : celles-ci étaient par rapport à celle-là comme l'agnelet par rapport à sa mère la brebis, pour emprunter l'heureuse comparaison du poëte.

Paris est de nos jours, comme Rome et Athènes dans l'ancien temps, le centre de la civilisation française, c'est-à-dire occidentale ou européenne. Paris est synonyme de centralisation, grand mot qui est un

se trouvait en discussion. M. Bourdon s'est borné à citer un cas de mort subite chez un malade qu'il se proposait d'opérer le lendemain. On aurait pu croire que ce fait eût disposé M. Bourdon à se ranger du côté de M. Archambault; il n'en a rien été : notre confrère a fortifié les opinions de MM. Chauffard et Guérard, en ajoutant qu'il a vu de nouveaux exemples de pleurésie sans avoir jamais eu besoin de recourir à la thoracentèse. On le voit, jusque-là la thèse spéciale mise en discussion n'a pas été directement abordée.

Les partisans de l'opération, nous l'avons dit, ne sont guère entrés plus avant dans l'examen du nouveau motif invoqué par leur collègue. M. Hérard seul en a dit quelques mots. Il est d'avis que la mort subite est bien plus commune qu'on le pense dans la pleurésie avec épanchement. Il a cité l'opinion conforme de MM. Pidoux, Marotte, Lassègue et Thirial. ce dernier auteur d'un travail où sont réunis bon nombre de cas de morts subites dans la pleurésie. C'est un commencement de démonstration. Mais M. Hérard est rentré dans les motifs généraux qui doivent accréditer la thoracentèse, tels que la rapidité et le danger souvent imminent des épanchements et l'innocuité de l'opération.

Mais puisque nos confrères de la Société des hôpitaux ont voulu, à propos d'une question spéciale, introduire une discussion générale sur l'utilité et l'opportunité de la thoracentèse, ce dont nous les félicitons, ils feraient bien de commencer par poser la question dans toute sa généralité et dans tous ses développements; car depuis le rapport de MM Gendrin, Trousseau, Legroux, Hardy et Marotte, juges très-compétents sans doute, l'observation et l'expérience ont marché, les indications se sont posées en quelque façon d'elles-mêmes. C'est le propre de la pratique de fournir incessamment à la science des problèmes à examiner; or les problèmes ou les questions afférentes à l'utilité, à l'opportunité, aux dangers de la thoracentèse sont plus nombreux qu'on ne le pense. Il y en a de plusieurs catégories, et, sans vouloir les improviser ici, nous pouvons les jalonner, avec invitation à nos confrères de la Société des hôpitaux de les développer, classer et analyser, suivant que leur observation et leur expérience leur en fourniront les motifs. Les uns tiennent à la nature de l'épanchement, à sa cause : épanchements primitifs, essentiels; épanchements symptomatiques et consécutifs; d'autres à la nature du liquide épanché : sérosité, pus, séro-pus; d'autres à l'ancienneté : épanchements récents, épanchements anciens; d'autres au degré de l'épanchement : considérable ou modéré; d'autres à la rapidité de l'épanchement, avec imminence plus ou moins grande de suffocation; d'autres à l'existence de complications, de déformation, d'étroitesse du thorax; d'autres à la constitution, à l'âge, à la résistance des malades; d'autres enfin au mode opératoire employé. Tous ces éléments de diversité, d'indications et de résultats doivent entrer en ligne de compte pour poser les conditions d'emploi de la thoracentèse et établir les chances et les causes de son succès. Dans les considérations invoquées jusqu'ici par MM. les membres de la Société des hôpitaux, nous n'avons pas vu figurer une seule fois celle du mode opératoire. Il est cependant certain, et très-certain, que c'est à l'influence de ce mode qu'on doit en grande partie la révolution qui s'est faite dans les esprits et la pratique. A l'époque de la première discussion académique, on n'y avait aucun égard; aussi les insuccès balançaient les succès, sans qu'on se doutât le moins du monde du vrai motif des uns ou des autres : la statistique seule était invoquée, et la balance des résultats numériques dans les deux sens avait laissé l'hésitation et le doute dans les esprits. Depuis cette époque, le manuel opératoire s'est perfectionné, et parallèlement le nombre des accidents a décru dans la même proportion. Il s'agit donc aujourd'hui de ne pas perdre de vue cet ordre de considérations, d'accroître même les chances de réussite tenant aux méthodes opératoires, et d'y faire concourir une connaissance plus approfondie et plus précise des conditions morbides et personnelles qui complètent la formule étiologique des résultats. Nous espérons que la Société des hôpitaux ne voudra pas laisser à d'autres l'honneur de résoudre ces différentes questions.

— Une autre société savante, la Société de chirurgie, a mis à l'ordre du jour la question du traitement des kystes du foie par la ponction et les injections iodées. A cette occasion, on a vu surgir toutes les prétentions et revendications qui s'occupent bien plus de la nouveauté, de l'originalité du moyen, que de son utilité et de son efficacité. M. Boinet, qui a eu l'honneur de provoquer cette discussion, a eu le tort, suivant nous, de présenter d'emblée, comme un moyen sûr et infaillible, comme constituant une méthode nouvelle, deux observations de guérisons déjà communiquées à l'Académie de médecine, et obtenues à la suite d'une ponction du kyste, suivie de l'application d'une sonde à demeure et d'injections iodées. Un membre de la Société, connu par sa grande érudition, M. Giraldès, s'est appliqué à faire voir que tous les éléments de la méthode de M. Boinet étaient connus : la ponction et les lavages d'iode sont employés depuis longtemps et tous les jours, et la sonde à demeure a été employée par un chirurgien anglais dès 1848. Trois autres membres, MM. Dolbeau, Richard et Voilemier ont parlé dans le même sens. Nous eussions préféré que les contradicteurs de M. Boinet d'une part, et M. Boinet lui-même de l'autre, eussent attendu les résultats de l'expérience; car nous répéterons à cette occasion ce que nous avons souvent dit en parlant de la valeur des méthodes dites nouvelles et des procédés nouveaux : les méthodes ne doivent pas être appréciées théoriquement pas plus qu'un médicament : ce qui nous paraît analogue ou identique à la vue, renferme souvent des différences profondes, que l'expérience seule montre à notre esprit; comme aussi des méthodes réputées nouvelles ne démontrent que trop leur ressemblance, si ce n'est leur identité avec celle qui existe par la communauté de leurs résultats : leurs communs insuccès. N'ayant donc pas contre les nouveaux essais de M. Boinet les mêmes préventions théoriques que ses contradicteurs, nous l'engageons à multiplier ses expériences, et lorsqu'une suite de succès aura prouvé l'originalité de sa pratique, nous n'hésiterons pas à la décorer du nom de méthode nouvelle.

JULES GUÉRIN.

épouvantail pour la province, en attendant qu'il ne soit qu'un lieu commun usé, ce qui arrivera certainement lorsque la raison publique aura fait justice de l'antithèse ridicule : centralisation et décentralisation.

Ce dernier terme (un affreux néologisme) est aussi barbare qu'est déraisonnable la chose qu'il représente. Les meilleurs éléments de la province, Paris les absorbe et se les assimile : de là sa supériorité. qui n'a rien d'humiliant pour le pays, puisque cette supériorité n'est en quelque sorte que le résultat du système représentatif. En bonne logique, le dédain des Parisiens pour les provinciaux n'est pas plus justifiable que l'envie des provinciaux à l'égard des Parisiens. Entre les uns et les autres la solidarité est intime. Il est vrai que bien des gens, à Paris tout comme en province, sont atteints de ce mal que Tacite appelle un vice commun aux grandes et aux petites réunions d'hommes, et dont les principaux symptômes sont : l'ignorance du vrai et les sentiments mesquins, *vitium parvis magnisque civitatibus commune, ignorantiam recti et invidiam.*

Hâtons-nous de dire que ces deux vices, qui sont par le fait deux péchés capitaux, ne prédominent pas dans le volume qu'on nous adresse de Montpellier, et dans lequel se trouvent résumées les principales questions et discussions scientifiques qui ont agité le monde médical durant l'année 1863 (1). Ce volume n'est que le recueil des chroniques insérées dans un journal de médecine, qui a pris pour enseigne ce titre singulier : « MONTPELLIER MÉDICAL, *journal mensuel de médecine.* »

Ce titre est plus ambitieux qu'exact : le journal qui l'a adopté, très-estimable d'ailleurs, ne représente qu'une fraction de l'Ecole de médecine de Montpellier, ou si l'on veut, un parti très-imposant, puisqu'il a pour lui le grand nombre, et que la faveur est aujourd'hui aux majorités. Mais ce parti, si fort qu'il soit par le nombre de ses adhérents, n'est pas toute la Faculté, et celle-ci ne peut être bien comprise qu'autant que l'on connait la minorité, c'est-à-dire le parti de l'opposition, et pour tout dire en un seul mot, le parti de l'avenir.

L'opposition a existé de tout temps à Montpellier, et elle s'est de plus en plus dessinée et affirmée, à mesure que la tyrannie dogmatique a voulu s'imposer de force, au nom d'une tradition respectable sans doute, mais détournée des tendances et de la direction que suivaient les maîtres dont on invoque aujourd'hui l'autorité. De Barthez, qui était un homme supérieur par le génie et d'une originalité si puissante, on a fait un chef de secte; son nom a été écrit sur le drapeau du vitalisme arriéré et réactionnaire, et l'on a si bien fait que ce grand nom, qui cou-

(1) *Année médicale et scientifique*, ou résumé critique des principales discussions qui ont eu lieu devant les Sociétés savantes et des travaux les plus importants qui ont paru dans les journaux et recueils scientifiques pendant l'année 1863. Montpellier, 1864, in-8, 253 pages.

PATHOLOGIE INTERNE.

Note sur les lésions des nerfs et des muscles liées a la contracture tardive et permanente des membres dans les hémiplégies (lue à la Société de biologie); par V. Cornil, interne des hôpitaux.

Notre excellent maître, M. Charcot, avait depuis longtemps remarqué que dans les cas d'hémiplégie ancienne accompagnée de la rigidité des muscles, les troncs nerveux des membres paralysés étaient manifestement plus volumineux que ceux du côté opposé; que dans ces cas les muscles présentaient, non pas, comme on l'a dit quelquefois, un état de dégénération graisseuse, mais bien une lésion caractérisée à l'œil nu par une atrophie, une friabilité et une teinte brune qui contrastent avec la coloration rouge et la consistance ferme des muscles du côté sain. D'après ses conseils et sous sa direction, nous avons fait de ce sujet l'objet d'études suivies dont nous publions aujourd'hui les premiers résultats (1).

Lorsqu'une lésion de l'un des hémisphères du cerveau (apoplexie ou ramollissement) a produit une paralysie complète de la motilité du côté opposé, et que cette hémiplégie n'a aucune tendance à la guérison, les membres paralysés prennent dans certains cas une attitude permanente qui se rapproche plus ou moins de l'un des deux types suivants. Dans le premier, la contracture porte sur presque tous les muscles; le bras est serré contre la poitrine, l'avant-bras fléchi sur le bras repose sur la paroi antérieure du tronc, le poignet est fléchi sur l'avant-bras, et les doigts dans le creux de la main. Cette flexion des doigts est telle qu'on est obligé de placer une bande roulée dans le creux de la main pour prévenir les accidents qui résulteraient de la pression des ongles sur la peau. Au membre inférieur, les articulations de la hanche et du genou sont quelquefois dans la flexion, mais le plus souvent elles sont étendues; la rigidité des muscles est limitée habituellement à ceux de la jambe. et surtout de la région postérieure; le pied est dans une extension forcée et les orteils sont fléchis en crochet. L'extension du pied peut se compliquer d'un certain degré d'abduction ou d'adduction, de telle sorte qu'il en résulte diverses variétés de pied bot équin. Ce qui caractérise cette attitude, c'est la tension et la contracture des muscles fléchisseurs de presque toutes les jointures. Ces muscles sont tendus comme des cordes, et sont en même temps plus petits que ceux du côté opposé; tout le côté paralysé est atrophié; cette atrophie est surtout manifeste aux masses musculaires de l'avant-bras. des éminences thénar et hypothénar, aux muscles interosseux des doigts. La main est aplatie d'avant en arrière. Certains malades éprouvent dans ces membres des douleurs spontanées, douleurs qui se manifestent toujours sous l'influence du redressement, et sont alors assez vives pour leur arracher des cris. Lorsqu'on les a redressés et qu'on les abandonne à eux-mêmes, les membres reviennent progressivement et sans secousses à leur position première.

Dans un second type, la contracture existe, mais elle est limitée aux extrémités; le bras est étendu mollement le long du corps; il est flasque, retombe lourdement quand on le soulève, obéit aux mouvements qu'on lui imprime; il en est de même du membre inférieur. Mais les extrémités présentent une contracture permanente; tantôt les doigts sont fléchis dans toutes leurs articulations, tantôt les phalanges sont étendues, tandis que les phalangines et les phalangettes sont fléchies en crochet : toutes variétés sur lesquelles nous n'insisterons pas davantage, puisqu'elles rentrent dans un type commun.

Nous avons fait, au commencement de cette année, l'autopsie d'une femme qui présentait un exemple de contracture de notre premier type; nous avons montré à cette époque ses nerfs et ses muscles à la Société de biologie. Depuis lors, dans six autres nécropsies de femmes mortes avec une affection encéphalique et une contracture permanente, nous avons rencontré la même lésion plus ou moins prononcée, mais parfaitement reconnaissable; de telle sorte que nous pouvons dire, autant que le permet ce petit nombre de faits, que sa présence est la règle et son absence l'exception. L'exception peut néanmoins se montrer, et nous avons sous les yeux, en rédigeant cette note, une observation de lésion encéphalique avec contracture permanente, dont l'autopsie n'a révélé aucune altération appréciable des nerfs. Voici en quoi consistent ces lésions :

Lorsqu'on a disséqué les deux membres supérieurs et isolé les troncs nerveux et les muscles pour les examiner comparativement, on est frappé d'abord par *l'atrophie relative* et la *coloration brunâtre ou jaune brunâtre* des muscles de l'avant-bras et du bras du côté paralysé. Ces muscles sont aussi *plus mous*, moins résistants à la traction que leurs symétriques.

Pour les nerfs, c'est au *nerf médian* que l'altération est la plus

(1) Le docteur R. B. Todd, dans ses *Leçons cliniques sur la paralysie*, admet quatre états différents des muscles dans les membres paralysés à la suite d'une affection cérébrale (*Clinical lectures on paralysis*, 2e édition. Londres, 1856, p. 31) :

1° Les muscles diffèrent à peine de ce qu'ils sont à l'état sain, et ont conservé en majeure partie leur excitabilité électrique;

2° Les membres présentent un relâchement complet et s'atrophient rapidement; leur contractilité sous l'influence du galvanisme est très-faible ou nulle; c'est la paralysie dans le strict sens du mot; les pulsations artérielles sont faibles, l'œdème se manifeste aux extrémités, surtout lorsqu'elles sont placées dans une position déclive. Quelques-unes de ces paralysies guérissent, d'autres restent absolument dans le même état, et d'autres enfin passent à l'état suivant :

3° Les muscles, relâchés d'abord, deviennent graduellement contracturés et rigides. Les fléchisseurs sont atteints à un plus haut degré que les extenseurs, de telle sorte que les doigts sont fléchis dans la paume de la main, la main fléchie sur l'avant-bras et l'avant-bras sur le bras. Dans cet état, les muscles sont altérés, atrophiés, bien que tendus comme des cordes. C'est indubitablement une forme d'atrophie musculaire dont la rigidité est le trait distinctif;

4° Les muscles ne souffrent pas dans leur nutrition, la paralysie est rarement complète; ils sont constamment rigides et contracturés, ou le deviennent au plus faible mouvement qu'on leur imprime. Ils sont fréquemment plus excitables par le galvanisme que les muscles correspondants du côté sain.

Nous n'avons en vue ici que la troisième variété du docteur Todd, à laquelle il a consacré la douzième leçon de son livre.

---

vre de son ombre des disciples peu au courant de la doctrine du maître, ne représente en quelque sorte que le pape d'une petite Eglise intolérante et superstitieuse.

Barthez, glorifié là bas sans mesure et sans discernement, n'a point exercé l'influence salutaire et légitime qui reste encore à l'état latent dans ses meilleurs ouvrages, et il n'a pas été mieux servi par ses successeurs et continuateurs les plus accrédités que ne le fut Hippocrate par Galien. On sait que ce dernier s'abrita comme sous une égide tutélaire derrière le nom d'Hippocrate; qu'il lança l'anathème de son éloquence verbeuse contre tous les systèmes et les doctrines les plus autorisées de ses prédécesseurs et contemporains, et que tout en invoquant comme un dogme infaillible l'hippocratisme qu'il travestit, gâta et dénatura, avec ses théories creuses, il se hissa doucement sur un piédestal, du haut duquel il exerça durant quinze siècles environ une souveraineté absolue, jusqu'au moment où, l'esprit d'émancipation aidant, la pure doctrine d'Hippocrate puisée à la source, et remise en lumière, renversa de fond en comble l'œuvre imposante de son charlatanisme.

Une réaction analogue éclatera tôt ou tard à Montpellier, et dévoilera aux yeux myopes la supercherie tyrannique qui a triomphé durant un demi-siècle, et grâce à laquelle Barthez a été amoindri et presque détrôné. Cette réaction inévitable se manifeste visiblement par des symptômes significatifs. L'élément étranger pénètre de plus en plus dans l'école, et les nouveaux venus, qu'on aurait jadis traités comme des intrus, ne sont plus tenus de faire acte de soumission ni de chanter, comme par le passé, la palidonie. La Faculté de Montpellier compte maintenant parmi ses membres des hommes qui se soucient peu des vieilles idoles, et qui osent rire tout haut du culte qu'on leur rend encore beaucoup plus par habitude que par dévotion. La physiologie a fini par se faire place dans un enseignement dont la physiologie ne faisait point partie, on peut le dire, depuis Dumas, et la tradition de ce maître illustre a été très-heureusement reprise. L'esprit de clocher ne règne pas exclusivement dans l'ancien palais des évêques de Montpellier, et les plus réfractaires aux innovations s'inquiètent beaucoup de tout ce qui se passe et se fait hors de chez eux.

Ainsi des quatre chroniqueurs du *Montpellier médical*, membres de la Faculté, à titre de professeurs agrégés. Ils n'ignorent rien de ce que l'on fait à Paris. On dirait même qu'ils ne se préoccupent point de savoir ce qui se fait ailleurs; car ils ne sortent du cercle un peu étroit qu'ils ont tracé autour de leur critique, si ce n'est pour lancer quelques lardons. Encore leurs traits, si bien aiguisés qu'ils les croient, sont-ils très-inoffensifs; ils ne volent point droit au but rapides et légers comme la flèche; et vraiment les brocards de ces spirituels chroniqueurs manquent le plus souvent de sel et d'à-propos.

C'est que nos railleurs ne sont ni malins ni méchants : ils admirent, respectent et vénèrent au fond ce qu'ils affectent de dédaigner. Le paysan italien tire la langue et montre souvent le poing à la madone; mais après un moment de colère, il fléchit humblement le genou. Pareillement,

prononcée et la plus facile à observer. Souvent, en effet, quand on examine les nerfs sciatiques, l'induration du tissu cellulaire et les abcès, suites d'escarres au sacrum, ont modifié l'aspect et la structure de ces nerfs, tandis que cette complication n'existe pas au membre supérieur. Nous aurons donc principalement en vue le nerf médian dans notre description, bien que les autres nerfs du bras et de la jambe soient plus ou moins atteints. Parfois le tissu cellulaire, qui est en rapport avec le névrilemme de ce nerf, lui adhère plus qu'au côté opposé, et son isolement par la dissection est rendu plus difficile. Le *volume du nerf du côté malade est toujours plus ou moins augmenté* : dans deux de nos observations, il était deux fois plus gros que celui du côté sain.

En soulevant les deux nerfs médians comparativement entre le pouce et l'index de chaque main, on apprécie facilement que celui du côté malade *est plus dense, plus résistant* que celui du côté sain. Sa coloration à l'extérieur est aussi modifiée : tandis que le nerf du côté sain est blanc, que son névrilemme n'est pas sensiblement injecté, le névrilemme du nerf malade est *rosé*, présente de nombreuses *arborisations vasculaires*. Cette coloration anormale est surtout manifeste à la surface dans les intervalles où le névrilemme s'enfonce entre les faisceaux primitifs. Sur une coupe perpendiculaire à la direction des deux nerfs que nous examinons toujours comparativement, le névrilemme qui forme l'enveloppe des faisceaux primitifs présente sur toute la surface de section une coloration rouge et un épaississement qui ne s'observent pas du côté sain.

Ainsi, en résumé, l'examen à l'œil nu du nerf du côté malade présente trois caractères distinctifs : son *augmentation de volume, de densité et d'injection vasculaire*. Cette altération paraît porter uniquement sur le névrilemme, les faisceaux primitifs de tubes nerveux conservant leur coloration blanche nacrée et leur fermeté habituelle.

En quoi consiste cet épaississement du névrilemme? les tubes nerveux sont-ils réellement intacts? Telles sont les questions que l'examen microscopique permet de résoudre.

Pour cet examen, nous laissons pendant quelques jours les nerfs des deux côtés dans une solution d'acide chromique jusqu'à ce qu'ils aient acquis une dureté convenable pour en faire des coupes minces. Lorsqu'on examine deux nerfs médians ainsi durcis dans la même solution, on remarque que leur différence de grosseur est plus évidente qu'à l'état frais. Le nerf sain, dont la texture était plus lâche que celle du côté malade, s'est resserré plus que ce dernier dans l'acide chromique, et son volume a diminué de telle sorte qu'une différence de grosseur douteuse à l'état frais devient parfaitement manifeste par ce procédé.

Les nerfs étant durcis, nous en faisons des coupes minces transversales, comprenant toute leur épaisseur. Alors en les examinant avec un grossissement très-faible, de 15 à 20 diamètres, on peut les mesurer exactement avec le micromètre. (Il faut avoir soin de ne pas recouvrir la préparation du petit verre afin de ne pas l'aplatir, ce qui changerait tout à fait le résultat.) Par ce procédé de mensuration, nous avons trouvé, dans l'observation communiquée à la Société de biologie en janvier 1863, que le rapport du diamètre du nerf altéré à celui du nerf sain était $\frac{142}{112}$, ce qui donne pour les surfaces de section un rapport de $\frac{1,6}{1}$, et pour les volumes de ces cylindres un rapport de $\frac{2}{1}$.

Dans ce cas, par conséquent, le nerf du côté contracturé était *deux fois plus gros* que son symétrique, et nous avons trouvé le même accroissement dans une autre de nos observations. Dans les cinq autres, cet accroissement était moindre, mais toujours bien évident.

En examinant ces mêmes coupes avec le grossissement le plus faible, on peut apprécier *l'hypertrophie du tissu cellulaire qui forme le névrilème et le périnèvre*. En outre, tandis que dans le nerf sain les faisceaux primitifs ont une forme irrégulière, et que leur circonférence est une courbe polyédrique à angles mousses, à cause de leur pression réciproque les uns contre les autres, dans le nerf altéré, au contraire, les faisceaux primitifs, séparés les uns des autres par une large épaisseur de névrilème, sont très-régulièrement circulaires. Leur nombre est aussi plus grand dans ce dernier, parce que certains d'entre eux ont été dissociés par l'épaississement du névrilème.

Sur des coupes plus minces, examinées à un grossissement de 220 diamètres (obs. 7, ocul. 2 de Hartnach), les larges tractus du névrilème du côté malade contiennent des fibres de tissu lamineux et des corpuscules de tissu conjonctif, noyaux et cellules, plus gros et plus nombreux que les mêmes éléments du côté sain. Cette différence est très-manifeste après qu'on a coloré les préparations avec la solution ammoniacale de carmin. Les noyaux du névrilème hypertrophié mesurent 0,012 de longueur sur 0,004 de large. Nous avons vu plusieurs de ces éléments en voie de division. Dans ce névrilème existaient aussi un assez grand nombre de vésicules adipeuses semblables à celles du tissu cellulaire sous-cutané, avec leur noyau reporté à la périphérie de la vésicule, tandis que les vésicules adipeuses étaient rares dans le nerf sain. Le périnèvre du côté malade formait aux faisceaux primitifs des gaînes beaucoup plus épaisses que celles du côté sain. Quant aux tubes nerveux qui forment les faisceaux primitifs, ils étaient parfaitement intacts et tout à fait semblables des deux côtés : la substance médullaire, le cylindre d'axe n'offraient aucune altération, aucune différence dans les deux nerfs. Il nous a seulement semblé que les noyaux qu'on trouve de distance en distance entre ces tubes dans l'intérieur des faisceaux primitifs étaient plus nombreux du côté altéré.

Ainsi, en résumé, l'examen microscopique montre une *hypertrophie et hyperplasie du tissu conjonctif dans le névrilemme, le périnèvre et les faisceaux primitifs du côté malade avec conservation parfaite de la structure des tubes nerveux eux-mêmes.*

En examinant ces tubes nerveux à l'état frais par la dissection avec les aiguilles, nous avons toujours constaté leur intégrité, aussi bien que celle des corpuscules de Paccini et des terminaisons des nerfs dans la peau ou corpuscules de Meisner.

Cet état des nerfs, cette hypertrophie du tissu conjonctif qui entre dans leur structure, pourrait être à la rigueur regardé comme dépendant d'un processus irritatif chronique, mais nous préférons lui

---

ces critiques du *Montpellier médical* ne veulent point paraître étonnés, ni surpris, ni émus ; mais dans leurs chroniques on ne trouve que le résumé des discussions soulevées à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, et ce résumé n'est lui-même qu'un écho très-fidèle de la presse médicale de Paris. De Montpellier, rien ou presque rien; et assurément ce n'est point par modestie qu'on se tait sur ce chapitre.

Le lecteur comprend que d'un volume de cette nature il serait superflu de présenter une analyse même succinte, et qu'il est tout au plus possible de parler de la valeur, de la forme et de l'esprit de ces appréciations, qui seraient d'une lecture plus attrayante, si les chroniqueurs du *Montpellier médical* se tenaient un peu plus en garde contre la manie de disserter, à laquelle ils ne résistent guère, et prenaient sur eux de rester sérieux. Malheureusement, le désir de plaire les domine, et pour se rendre plus agréables à leurs « abonnés, » comme dit l'un d'eux en un endroit de sa chronique, ils imitent les familiarités, les plaisanteries et les manières un peu lestes de ces journalistes qui se mettent à la torture pour divertir, amuser et dérider les lecteurs, et qui méritent un peu la qualification de *loustics de la littérature* que leur donnait dernièrement un critique de mauvaise humeur.

C'est bien assez, franchement, d'être substantiel et exact, sans chercher encore à plaisanter quand même. Rien n'est moins littéraire que ces plaisanteries équivoques et affectées. Un *résumé critique* des travaux scientifiques et médicaux d'une année ne s'accommode guère de ce style plaisantin et guilleret, tout émaillé de métaphores et de souvenirs mythologiques. Le chroniqueur qui a rendu compte de l'interminable discussion sur les eaux potables a, par exemple, des phrases comme celle-ci :

« Ci-gît une discussion que sa prolongation extrême a rendue fastidieuse, parce que, avant de s'y embarquer, beaucoup d'académiciens, —nautoniers encore un peu novices,—ignoraient combien l'onde est perfide, de quels écueils elle est parsemée; combien enfin dans cette étude, ainsi que dans beaucoup d'autres, il ne faut pas faire de la science facile et craindre de remonter aux sources! » (P. 75.)

C'est du dernier joli, mais d'un ridicule achevé.

Le même, à propos d'un instrument de M. Josat présenté à l'Académie des sciences, a trouvé ce tour original :

« Mais je trouve M. Josat ingrat à l'égard de la dynamoscopie, qui a les mêmes prétentions que lui et qu'il ne signale même pas. Les *bourdonnements* ne laisseront point passer cet oubli sans murmure, et réclameront avec bruit leurs droits à la priorité. » (P. 78.)

Plus loin, parlant d'un physiologiste expérimentateur qu'on vénère beaucoup à Montpellier, à cause qu'il est sorti de son école, le même écrit encore :

« Ce savant remarquable est de ceux qui, tout en prisant très-haut et à bon droit l'expérimentation, lui donnent pour sanction les lumières de la raison. Il dédaigne comme nous ces petits physiologistes à la trentième

donner le nom de *sclérose* qui indique cet état sans rien préjuger sur sa nature. Le docteur Todd, bien que n'ayant pas observé d'altération des nerfs, était arrivé, uniquement par l'examen des symptômes de contracture, à formuler cette opinion, que cette contracture était due à un état d'irritation et d'excitation des nerfs dépendant luimême de l'état analogue des parties du cerveau environnant le point lésé.

Nous avons dit précédemment que les muscles du côté malade étaient atrophiés et jaunâtres ou brunâtres, au lieu d'offrir la couleur rouge qui caractérise l'intégrité de leur tissu. Dans ces muscles altérés le microscope démontre rarement une véritable dégénération graisseuse. Rarement on trouve dans les tubes musculaires des granulations jaunes réfringentes, résistant à l'action de l'acide acétique et de la soude et se dissolvant dans l'éther, c'est-à-dire réellement formées par de la graisse. Mais ordinairement les tubes musculaires sont le siége de granulations très-fines qui se dissolvent par l'acide acétique et la soude, et *presque toujours les noyaux du sarcolemme sont plus nombreux qu'à l'état normal.*

Si maintenant nous analysons les lésions des centres nerveux qui avaient produit celles des membres dans nos sept observations, nous trouvons qu'elles ont trait à une hémorrhagie ancienne une seule fois et au ramollissement cérébral dans les six autres cas. Ces lésions étaient réparties de la façon suivante :

Foyer hémorrhagique ancien du corps strié et de la couche optique	1 cas.
Ramollissement et atrophie des circonvolutions (plaques jaunes) du lobe antérieur du côté gauche	2 cas.
Ramollissement et atrophie des circonvolutions du lobe postérieur du côté gauche	1 cas.
Ramollissement et atrophie de la circonvolution postérieure du sillon de Rolande à gauche	1 cas.
Ramollissement du corps strié du côté gauche	1 cas.
Ramollissement et atrophie des circonvolutions du lobe antérieur droit (scissure de Rolando, insula de Reil)	1 cas.

Ainsi, de nos six cas de ramollissement, un seul siége à droite et cinq à gauche, cinq d'entre eux ont intéressé les circonvolutions, et cinq siégent au lobe antérieur.

Nous avons presque toujours pu constater et suivre les lésions des couches superficielles du cerveau dans ses parties profondes, dans les couches optiques, les pédoncules cérébraux, la protubérance, les pyramides et la moelle épinière. Ces lésions étaient caractérisées par l'atrophie et la dégénérescence des faisceaux des pyramides du côté opposé à la lésion cérébrale.

Ainsi, en analysant nos observations, sur six d'entre elles où l'on a noté l'état des pédoncules cérébraux et des pyramides, une seule fois l'atrophie du pédoncule et de la pyramide a fait défaut. Dans les cinq autres observations se trouve notée l'atrophie manifeste du pédoncule cérébral et de la protubérance du côté de la lésion cérébrale, et de la pyramide antérieure du côté opposé. Dans quatre de ces cas où l'on a fait l'examen microscopique des cordons atrophiés, on a trouvé une dégénération graisseuse caractérisée par de nombreux corpuscules granuleux de Gluge.

C'est ainsi que l'anatomie pathologique nous permet d'étudier la succession des lésions du cerveau dans les cordons qui sont en continuité avec lui, dans la protubérance, le bulbe, la moelle épinière et les nerfs. Dans une seule de nos observations cette continuité des lésions nous fait défaut : dans ce cas, bien qu'il existât une hypertrophie très-marquée des nerfs avec une lésion des couches optiques et du corps strié, il n'y avait pas d'atrophie apparente au pédoncule et à la pyramide. Nous devons ajouter néanmoins que l'examen microscopique n'eu a pas été fait, et, par conséquent, cette observation n'est pas absolument probante contre la continuité des lésions des centres nerveux à leur périphérie.

Au moment de la mort de nos malades, leur affection cérébrale était toujours plus ou moins ancienne; elle remontait à plusieurs années dans six cas, et à un an dans le septième. Dans ce fait néanmoins l'augmentation de volume du nerf du côté paralysé et contracturé était très-évidente. Il nous a été difficile de préciser l'époque du début de la contracture. Nos malades, en effet, n'avaient été généralement admises à la Salpêtrière qu'après son établissement; nous n'avons pas observé les premières périodes de leur maladie, et il est d'un autre côté tout à fait illusoire de compter sur les renseignements qu'elles donnent elles-mêmes, vu l'affaiblissement ou la perversion de leurs facultés intellectuelles. Nous pouvons néanmoins dire que dans deux cas la contracture est survenue un an après le début de la paralysie caractérisée primitivement par la flaccidité des membres.

Cette contracture était limitée aux extrémités dans quatre cas; elle avait dans les trois autres affecté les muscles des grandes articulations. Les membres contracturés avaient toujours subi une atrophie portant surtout sur les masses musculaires de l'avant-bras, des éminences thénar et hypothénar et sur les interosseux. La température de la peau était généralement diminuée.

La sensibilité était intacte dans toutes nos observations, à l'exception d'une seule où la sensibilité tactile avait été nulle pendant un certain temps. Dans les autres tous les modes de sensibilité, au tact, à la douleur, à la température, au chatouillement, etc., étaient très-bien perçus : ces diverses explorations provoquaient des mouvements réflexes chez toutes nos malades, à l'exception d'une seule.

Quant aux mouvements spontanés, ils étaient nuls, excepté chez une de nos malades qui pouvait imprimer quelques mouvements obscurs au membre inférieur incomplétement paralysé.

Pour résumer ce qui précède, nous dirons, en nous appuyant sur les résultats positifs de sept autopsies, que, dans les cas de contracture hémiplégique permanente liée à une affection ancienne du cerveau (hémorrhagie ou ramollissement), alors qu'après le retour de la sensibilité la motilité reste abolie, on trouve le plus souvent à l'autopsie une augmentation de volume des troncs nerveux des membres paralysés; et que cette lésion consiste dans l'hypertrophie et l'hyperplasie du névrilemme et du périnèvre avec conservation parfaite de la structure des tubes nerveux.

---

dilution, dont l'hémisphère cérébral droit est un scalpel et l'hémisphère gauche une loupe, et qui s'emportent au seul mot de métaphysique et de philosophie! Belles têtes! mais de cervelle, point. » (P. 84.)

Une dernière citation empruntée à la même chronique :

« Montpellier, qui a depuis longtemps son aqueduc de la Dhuis, serait mal venu à être jaloux de Paris à cet égard. Quand il aura perdu ce point de supériorité sur sa capitale, il lui en restera d'autres qui le consoleront un peu d'être, comme toute la province, la victime de la centralisation. Il restera notamment, à son École, sa philosophie médicale, qui lui permet de juger plus sainement qu'ailleurs toutes les questions qui ont trait à la santé de l'homme et qui, sur la plupart des points scientifiques, produit chez nous une plus grande conformité d'opinions que chez nos estimables confrères de Paris. » (P. 74-75.)

Ce précieux échantillon prouve combien le professeur Ribes avait raison de conseiller les voyages aux élèves de Montpellier, et combien était vraie la formule qu'il donnait en latin de la situation de l'École : *Vergimus ad fæces.*

Tout n'est pas, à la vérité, de cette force dans le *résumé critique* des quatre chroniqueurs : la partie chirurgicale est en général très-satisfaisante et dénote un sens droit et un vrai savoir. On distingue aussi dans quelques-uns de ces comptes rendus mensuels un esprit plus ouvert et plus émancipé que les autres, et qui a dû passer par Paris ou par Lyon avant d'être incorporé dans l'École de Montpellier. Celui-là se distingue encore par une forme plus nette et moins prétentieuse; mais il faut qu'il se surveille, s'il ne veut être confondu tôt ou tard avec ses collaborateurs et collègues.

Pour résumer notre appréciation, il faut emprunter à l'un de ces chroniqueurs la phrase qui termine le volume : « On le voit clairement, nous autres médecins, nous ne sommes pas des gens si plaisants qu'on voudrait le faire accroire. Ceci me servira à la fois de salut et de justification auprès du lecteur, indulgent malgré tout. » (P. 253.)

Soyons, puisqu'il le faut, aussi indulgent que ce lecteur débonnaire, et souhaitons succès et prospérité à ces incorrigibles chroniqueurs de la province.

J. M. Guardia.

— La section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale de l'Académie de médecine, appelée à voter sur la question de savoir dans laquelle de ces deux sous-sections, thérapeutique ou histoire naturelle, aurait lieu l'élection pour la place vacante dans son sein, a décidé, à une majorité de quatre voix contre trois, que cette élection se ferait dans la sous-section de thérapeutique.

PATHOLOGIE EXTERNE.

NOUVELLES RECHERCHES CLINIQUES SUR L'ÉTRANGLEMENT DES HERNIES; par le docteur CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé.

(Suite et fin. — Voir les nos 8 et 9.)

L'observation suivante, qui se rapporte à un mode assez curieux d'étranglement interne, nous offre l'exemple d'une bride mésentérique fortement tendue de la colonne vertébrale à l'anneau crural gauche, corde sur laquelle l'intestin grêle s'était étranglé par simple duplicature sans aucune coostriction circulaire.

L'observation se trouvant publiée *in extenso* dans notre *Traité d'opérations* (t. II, p. 680), nous ne reproduirons ici que ce qui, dans cette observation, a trait à l'encocbure iotestinale.

OBS. V. — Femme de 40 ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 5 juin 1851, morte le 11 avec les symptômes du choléra herniaire.

La hernie était complètement intestinale. Loin d'être serrée au collet de manière à n'être pas libre par son pédicule, celui-ci jone assez librement dans l'ouverture annulaire que forme l'orifice du sac. Mais chose qui semble contradictoire à cette disposition, l'intestin ne peut être retiré de l'intérieur du sac par la cavité abdominale, il y est retenu par un obstacle insurmontable à ce point que nous le croyons adhérent à la surface interne du sac. Nous ouvrons alors ce dernier, et à notre grand étonnement nous ne voyons aucune trace d'adhérence, mais une anse intestinale de couleur bleuâtre, sans trace de gangrène ni d'étranglement très-avancé, mais cependant l'étranglement était en voie de se produire; toutefois, quoiqu'il soit bien nettement accusé, c'est surtout la disproportion entre le volume de l'anse intestinale et la grandeur de l'orifice à travers lequel elle doit passer pour rentrer dans l'abdomen, qui rendait la hernie absolument irréductible.

Cette première disposition, qui retient invariablement l'anse intestinale dans la cavité du sac et par le moyen de cette anse une bande mésentérique qui est fortement tendue entre les attaches vertébrales du mésentère et l'intérieur du sac herniaire, donnait lieu à une autre disposition très-curieuse produisant une sorte d'étranglement interne plus difficile à décrire, mais très-facile à comprendre quand on avait la pièce sous les yeux.

Voici en quoi il consistait:

Il faut avant tout se rappeler qu'une laoière mésentérique correspondante à l'anse intestinale conteoue dans le sac, était fortement tendue dans l'abdomen à la manière d'une corde fortement fixée. Ainsi donc, cordon mésentérique faisaot bride daos la cavité abdominale entre le rachis et le sac herniaire. D'un autre côté on comprend que malgré la mobilité dont l'aose intestinale crurale jouissait encore dans le collet du sac, il y avait, par le fait de l'existence de cette hernie, de l'embarras dans le cours des matières intestinales.

Or voici ce qui était arrivé: *La portion d'intestin grêle formant le bout stomacal*, bout qui dans le cas particulier, se trouvait à la gauche de la bride mésentérique, s'était distendue par des matières intestinales. Par suite de cette distension et de l'augmentation de poids qui eo résultait, la portion d'intestin grêle située au-dessus de la hernie avait subi un *déplacement et un mouvement de demi-conversion par suite duquel, au lieu de rester à la gauche de la bride mésentérique, elle était venue en passant au-devant d'elle, se porter à droite et tomber (toujours par son poids accru), jusque dans le petit bassin. Il résultait de là que l'intestin présentait un coude extrêmement aigu*, l'angle de réflexion était occupé par la *bride mésentérique sur laquelle l'intestin se coupait comme sur un corps tranchant, de manière à rendre toute circulation des matières impossible. L'intestin s'était plié en deux sur lui-même, à la manière des branches d'un compas, à la manière d'un linge étendu sur une corde, la corde étant représentée ici par la bride mésentérique sous-tendue*. Celle-ci faisait point fixe, et c'est autour de cet axe que l'intestin grêle, qui aurait dû rester à la gauche de la bride, se portant au-devaot d'elle pour arriver à droite et aller plonger dans le petit bassin, *se coupait en quelque sorte sur un bord résistant*.

Il entre daos la fatalité de tous les sacs herniaires que leur collet soit en rapport, sur tel ou tel point de sa circonférence, avec une vive arête fibreuse. Dès qu'il y a exagération de pression, c'est contre cette arête que vient en quelque sorte se couper le collet du sac et le pédicule de la hernie.

Voilà ce que l'anatomie pathologique des hernies nous apprend.

Quoique cette remarque ne soit pas sans portée, elle serait, toutefois, loin de suffire à fonder une doctrine chirurgicale; mais il y a un ensemble de circonstances que nous devons passer en revue, et qui donnent une signification très-importante à la remarque anatomique qui vient d'être exposée.

Ces circonstances qui servent de base et de preuves à notre doctrine de l'étranglemeot, sont:

1° La coudure de la hernie; 2° la constitution d'une vive arête; 3° l'encochure intestinale qui en est la suite; 4° la pesanteur de ce qu'on appelle le bout supérieur ou stomacal de l'intestin.

1° *Coudure ou configuration sigmoïde des hernies*. Plus on avance dans l'étude clinique des hernies, plus on reconnait que la coudure de ces tumeurs, à leur collet, exerce d'iofluence sur l'état ioitial de leur étranglement. Ce dernier peut se compléter en anneau, après la tuméfaction géoérale, mais au début c'est une coudure, aggravée bientôt, comme nous le verrons, par une eocochure.

Parmi les causes de cette coudure il faut noter:

1° L'inégale résistance des parois de l'espace dans lequel est placée la hernie. Par une conséquence forcée de la nature des choses, la hernie tend naturellement à se développer là où elle trouve de l'expansion et de la flexibilité dans les parois qui la pressent. Eh bien! dans certaines hernies les parois ont des points faibles et des points forts: témoin la hernie crurale.

2° La pesanteur des parties herniées est encore une des causes de la coudure des hernies. Elle manifeste son action d'une manière remarquable dans la hernie ombilicale.

3° Dans quelques hernies, la résistance des enveloppes externes qui refoulent et tassent en quelque sorte la hernie contre les orifices aponévrotiques, est encore uoe cause de coudure et bientôt d'encochure, car l'une suit l'autre aussitôt qu'il y a imminence d'étranglement.

2° *Encochure intestinale ou encochure sur le pédicule herniaire*. Les circonstances dont nous venons de parler ne peuvent exister à un degré prononcé, surtout quand elles s'aggravent par suite d'un gonflement de la hernie, sans entraîner comme conséquence, l'encochure du pédicule, c'est-à-dire que ce pédicule qui est coudé, qui est pressé sur une crête tranchante, traduit bientôt par des lésions spéciales la présence et l'action des causes ci-dessus.

L'un des premiers iodices, ce sont les *douleurs*, par instants si vives, qu'éprouvent certaios sujets, et qui tieuneot à ce qu'il y a des moments durant lesquels le pédicule est porté plus fortement contre la crête tranchante. (Ces douleurs ont parfois un caractère névralgique, elles sont souvent intermittentes). Il est à remarquer, eu égard au siége de l'encochure, que c'est toujours sur l'endroit où se trouve la vive arête que l'intestin présente les altérations les plus graves.

Du reste, quant au siége précis de l'encochure considérée dans chaque variété de hernie eo particulier, nous avons remarqué que la crurale est encochée en dedans et en avant, l'ombilicale encochée en has, l'inguinale en haut.

C'est dans cette circonstance de l'encochure que se tronve le secret de plusieurs particularités de la pathologie des hernies.

La hernie est étranglée dès qu'il y a imperméabilité intestinale, dès qu'il ne passe plus rien là où chez l'homme sain il passe quelque chose. Chez tout individu à qui vous donoez un purgatif énergique, il y aura toujours passage; ici le passage est refusé.

Quels sont les divers modes d'encochures?

1° Encochure par traction due à la pesanteur: hernie ombilicale.

2° Par pression refoulante due aux enveloppes: hernie inguinale.

3° Par coudure: hernie crurale.

Coudure et eocochure sont choses très-distinctes; elles peuvent exister en sens inverse l'une de l'autre dans la même hernie.

Elles peuvent exister indépendamment l'une de l'autre.

La coudure peut prédisposer à l'encochure quand la coudure se fait sur un promontoire apoévrotique.

3° *L'accroissement de poids du bout d'intestin supérieur à la hernie*. Uoe circonstance qui, tout en étant elle-même un effet des causes précédentes, c'est l'augmentation de poids de cette portion d'intestin intraabdominale qui est habituellement qualifiée de hout supérieur. Elle est peut-être, après l'angularité due au trancbaot aponévrotique, la principale cause de l'étranglement. Elle devient aussi elle-même la cause d'un nouveau coude.

A cet effet, on peut remarquer qu'il existe constamment sur le trajet de l'intestin trois coudures anguleuses: 1° l'une à l'union du hout supérieur avec la hernie; 2° l'autre à l'union du bout inférieur avec l'anse intestinale herniée; 3° une coudure de totalité de la her-

nie portant sur le pédicule de celle-ci prise en totalité. Il y a donc à la fois coudure de l'intestin sur ses bords et sur ses faces.

CONCLUSIONS.

1° Des deux doctrines actuellement existantes touchant la cause anatomique de l'étranglement herniaire, doctrines qui reposent toutes les deux, sur l'idée d'une constriction uniformément circulaire, soit par les anneaux fibreux, soit par le collet du sac, aucune ne peut soutenir le contrôle des faits rigoureusement observés.

2° La cause initiale de l'étranglement réside presque constamment aux anneaux aponévrotiques, sous forme d'une vive arête tranchante qui, à travers le collet du sac, produit sur l'intestin plus ou moins congestionné, plus ou moins tassé dans le sac, une sorte d'encochure. Cette encochure est analogue à celle qu'imprimerait la partie étroite d'une *bague chevalière* sur un doigt tuméfié; analogue aussi à l'empreinte qu'une ligature d'artère sur rouleau de sparadrap, trace sur les tuniques vasculaires, du côté que ne protége pas le rouleau.

3° Je ne tiens pour étranglée que la hernie qui s'accompagne de *l'interception complète* de la *perméabilité intestinale* et se caractérise cliniquement, par le vomissement des *matières de l'intestin grêle*, parce que pour mon compte je n'ai jamais vu et je ne crois pas qu'on ait jamais constaté le rejet par vomissement des matières du gros intestin, et j'ajoute que tantôt les matières de l'intestin grêle ont l'odeur fécale, ce que j'attribue à un phénomène d'imbibition, et que tantôt elles ne l'ont pas.

4° Rien n'est rare comme une hernie qui, sans aucun acheminement ou essai préparatoire, se produit tout d'un coup et s'étrangle immédiatement après. Toute hernie qui s'étrangle existait déjà depuis une date plus ou moins reculée, soit à l'état d'évidence, soit à l'état inaperçu. Cette existence antérieure à l'étranglement donne la clef de certaines modifications anatomiques locales préparées à l'avance, et qui se rapportent à la préformation de la fossette ou du nid de la hernie, à la configuration en forme de bague chevalière, de l'anneau herniaire, à la juxtaposition intime du collet avec l'arête, à la forme sigmoïdale de la hernie.

5° Parmi les causes de la configuration sigmoïdale ou coudée des hernies, il faut noter : 1° l'inégale résistance que présentent, dans leurs différents points, les parois de l'espace au sein duquel se développe la hernie; 2° la pesanteur des parties herniées; 3° la résistance des enveloppes externes, qui refoulent contre le bord des orifices aponévrotiques, les viscères déplacés.

6° La coudure des hernies, résultat de la configuration sigmoïdale que présente généralement ce genre de tumeurs, exerce une notable influence sur le début de l'étranglement, en devenant une cause de gêne pour le trajet des matières.

7° Dans un grand nombre de hernies parfaitement étranglées, aussitôt que le sac est ouvert, et antérieurement à tout débridement, on peut faire pénétrer dans le péritoine, par l'intérieur du collet du sac, une algalie de volume ordinaire, pourvu qu'on la fasse glisser sur le côté du pédicule intestinal qui ne répond pas à la vive arête.

8° Lorsque l'étranglement d'une hernie a duré assez de temps pour laisser des traces de son existence à la surface de l'intestin, ces traces ne sont jamais uniformément circulaires : elles sont localisées plus fortement sur un point, plus faiblement sur les autres.

9° Le point le plus altéré sur le pédicule d'une hernie étranglée correspond toujours à la partie la plus tranchante de l'anneau aponévrotique.

10° Presque jamais, dans la hernie étranglée, on ne constate l'existence d'un collet de sac libre et mobile, jouant à l'intérieur de l'anneau. Il y a toujours un point de juxtaposition étroite et serrée entre le collet du sac et l'un des points du pourtour de l'anneau. Ce point se rencontre toujours à la vive arête.

11° Tout débridement qui n'a pas pour effet de relâcher la vive-arête fibreuse, soit en portant directement sur elle, soit en agissant dans sa proximité immédiate, est un mauvais débridement : il n'est pas efficace. La hernie reste accrochée, alors même que l'anneau vient d'être sensiblement agrandi.

12° L'étranglement d'une hernie n'implique nullement la nécessité d'une constriction circulaire ; mais, comme on ne saurait nier qu'il y ait dans certains cas une constriction de ce genre, il convient d'admettre deux expressions anatomiques possibles de l'étranglement : 1° l'encochure par vive-arête; 2° la constriction annulaire pure.

13° Les hernies, en très-grande majorité, s'étranglent parce qu'elles se coupent en quelque sorte sur une arête tranchante appartenant aux anneaux. Cela se prouve : 1° par la réductibilité de certaines hernies étranglées par débridement à l'extérieur du sac; 2° par l'existence de hernies étranglées qui n'ont pas de sac (hernies akystiques), et par certains modes d'étranglement interne; 3° par la perméabilité à travers le collet du sac, sur l'un de ses points, avant tout débridement; 4° par la concentration localisée de l'empreinte tracée sur le pédicule de la hernie, contrairement à l'existence d'une empreinte circulaire qui, dans les données des théories anciennes, devrait constamment se rencontrer.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

SUR LA LITHOTOMIE CHEZ LA FEMME; par le docteur J. LANE, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie, à Londres.

A la suite d'une discussion détaillée sur les divers procédés de taille employés chez la femme, M. Lane résume son appréciation dans les termes suivants :

La dilatation de l'urètre ne convient que pour l'extraction de calculs très-peu volumineux. Employée dans des conditions différentes, elle entraîne facilement une incontinence d'urine incurable.

L'incision de l'urètre de haut en bas doit être rejetée complétement. L'incision de bas en haut n'est pas une opération dangereuse et elle est rarement suivie d'incontinence d'urine. Elle ne saurait toutefois être employée dans les cas où le calcul a des dimensions considérables, et elle n'est pas admissible chez les enfants. Quand on y a recours, il vaut infiniment mieux débrider largement que d'associer la dilatation à l'incision.

L'opération latérale de Buchanan est fondée sur d'excellents principes anatomiques et chirurgicaux. C'est probablement de tous les procédés celui qui convient le mieux chez les enfants et chez les femmes jeunes ou vierges chez lesquelles la taille vésico-vaginale rencontrerait des difficultés en raison des dimensions restreintes du vagin. Dans ces dernières conditions, on ne peut guère hésiter qu'entre l'opération latérale et l'incision de l'urètre de bas en haut.

La taille sus-pubienne doit être proscrite d'une manière presque absolue en raison des dangers auxquels elle expose toujours les opérées. Il est au moins difficile de concevoir des circonstances qui puissent rendre les autres procédés impraticables.

La taille vertibulaire de Lisfranc n'offre aucun avantage capable de compenser ses désavantages incontestables; elle expose l'opérée aux infiltrations nerveuses; elle porte sur le point le plus étroit de l'arcade pubienne; raisons suffisantes pour la rejeter complétement.

Chez les femmes adultes, chez lesquelles le vagin a des dimensions suffisantes, la taille vésico-vaginale, suivie de l'occlusion immédiate de la plaie au moyen de sutures, doit être préférée à tous les autres procédés, pour peu que le calcul soit volumineux. Peu dangereuse en elle-même, la taille vésico-vaginale n'a guère été rejetée qu'en raison de la persistance d'une fistule vésico-vaginale que l'on redoutait avec raison autrefois.

Aujourd'hui, ce danger n'existe plus, les perfectionnements apportés à la réunion des fistules vésico-vaginales mettent au moins le chirurgien à même de l'éviter facilement. Mais il était naturel qu'on le redoutât à une époque où l'opération de la fistule vésico-vaginale était à peu près toujours suivie d'insuccès, et quand M. Coste proposa, il y a longtemps déjà, de faire suivre la taille vésico-vaginale de la suture de la plaie, il était très-naturel qu'aucun chirurgien ne se hasardât à suivre ce conseil. Deux succès obtenus par M. Vallet (d'Orléans), en 1856, montrèrent tout le bénéfice que cette opération pouvait tirer des améliorations introduites dans le traitement des fistules vésico-vaginales. En Angleterre, M. Baker Brown arrivait à la même conclusion à l'occasion d'un fait de M. Marion Sirus. M. Paget (de Leicester), communiquaen 1859 à l'Association des médecins britanniques un travail sur ce sujet; mais les deux faits qui sont consignés dans ce travail sont loin d'être très-encourageants, ce qui tient du reste à une modification vicieuse que ce chirurgien avait cru devoir apporter au procédé opératoire. Cette modification consistait à fendre l'urètre dans toute sa longueur. Il est difficile de comprendre dans quel but M. Paget agissait ainsi, et il est certainement à le regretter chez ses deux opérées. Chez l'une, qui n'était âgée que de 3 ans 1/2, les bords de l'urètre se rétractèrent tellement qu'il fut impossible de reconsti-

tuer le canal; une incontinence d'urine permanente en fut la conséquence. La seconde opérée ne put retenir ses urines que plusieurs mois après l'opération; en outre, l'urètre ne se réunit pas à sa partie antérieure, ce qui donna au méat des dimensions tout à fait anormales.

M. Fergusson, en 1862, fit la taille vésico-vaginale chez une enfant âgée de 9 ans et demi, en commençant l'incision immédiatement en arrière du col de la vessie, et essaya d'obtenir une réunion immédiate. Cette tentative échoua à cause de l'insuffisance du moyen de réunion mis en usage. M. Fergusson n'appliqua, en effet, qu'un seul point de suture métallique et l'enleva au bout de vingt-quatre heures. Il n'y a, par conséquent, rien de surprenant dans cet échec, bien que l'incision de la vessie n'eût que 3/4 de pouce de long.

M. Lane eut à traiter en 1862 une femme atteinte de pierre dans la vessie depuis plusieurs années. On avait essayé de faire la lithotritie, mais cette tentative avait été suivie d'une telle aggravation de tous les symptômes, qu'il parut urgent d'opérer l'extraction du calcul le plus rapidement possible. M. Lane eut recours à la taille vésico-vaginale. La malade fut placée dans l'attitude généralement acceptée pour la taille, et à l'aide du spéculum de Bozeman on découvrit largement la paroi antérieure du vagin. Un cathéter droit et cannelé fut introduit dans la vessie, et servit de guide pour l'incision qui fut faite d'avant en arrière sur la ligne médiane, à partir de la limite postérieure du col de la vessie, dans l'étendue de 1 pouce 3/4. Cette incision s'arrêtait en arrière à une très-petite distance de l'insertion du vagin sur le col de l'utérus; elle permit d'opérer sans peine l'extraction du calcul. On la réunit ensuite en appliquant *douze* points de suture métallique. La première conséquence de l'opération fut de supprimer presque immédiatement la plupart des symptômes douloureux. La réunion se fit par première intention dans la plus grande étendue de l'incision. Malheureusement, à sa partie antérieure, ses bords se mortifièrent, et il en résulta une fistule vésico-vaginale qui se ferma d'ailleurs spontanément par bourgeonnement. Pendant quinze jours, la guérison pouvait paraître complète quand la cicatrice formée en dernier lieu se détruisit de nouveau. La fistule ainsi produite, avait d'ailleurs des dimensions exiguës, et pouvait tout au plus admettre un stylet. Elle résista cependant à la cautérisation, et il fallut, pour la guérir, avoir recours à l'avivement et à de nouvelles sutures. Le succès fut alors aussi complet que possible.

Un médecin de Glasgow, M. Lyon, a obtenu un succès analogue au mois de septembre 1862. L'opération avait été suivie, dans la soirée, d'une hémorrhagie intravésicale qui ne s'arrêta qu'à la suite d'injections faites avec une solution concentrée d'alun. La réunion immédiate n'en fut pas moins obtenue dans la plus grande partie de l'incision, et un petit pertuis fistuleux qui persista pendant quelques jours se ferma spontanément par voie de bourgeonnement.

En Amérique, M. Robert Nelson a fait, en août 1862, la même opération avec un succès complet.

Tel est, en résumé, l'exposé des faits sur lesquels M. Lane s'appuie pour revendiquer la supériorité de la taille vaginale suivie de suture immédiate. Le procédé à suivre n'étant autre que celui que M. Lane a mis en usage, il est inutile de nous y arrêter davantage. Il est bon seulement de rappeler qu'il est essentiel de commencer l'incision en arrière du col de la vessie, et de la faire exactement sur la ligne médiane. La densité des divers tissus dans cette région est, en effet, une excellente garantie contre les infiltrations urineuses et leurs conséquences désastreuses, et l'on est sûr de n'y rencontrer aucun vaisseau volumineux. M. Lane ajoute que, même en prolongeant l'incision jusqu'à l'insertion sur le col de l'utérus, on est sûr de ne pas blesser le péritoine dont on reste toujours séparé par un intervalle d'un pouce. Cette assertion est un peu trop absolue; la réflexion du péritoine se fait en effet plus bas chez un certain nombre de femmes. C'est une raison péremptoire pour ne pas prolonger trop l'incision en arrière, et pour n'opérer qu'après avoir distendu la vessie autant que possible.

Sur l'apophyse sus-condylienne de l'humérus chez l'homme; par le docteur J. Struthers, professeur d'anatomie à l'École de médecine d'Edinburgh.

L'apophyse dont il s'agit se présente, quand elle est très-développée, sous forme d'un crochet osseux situé à la face interne de l'humérus, à une distance de 2 pouces environ au-dessus de l'épitrochlée. Elle est réunie à cette dernière éminence par un ligament qui forme une sorte d'arcade sous laquelle passent le nerf médian et l'artère humérale, déviés de leur trajet normal.

Cette arcade est analogue au trou sus-condylien qui existe chez un certain nombre d'animaux, et qui livre également passage à l'artère humérale et au nerf principal du membre. On trouve ce trou chez un grand nombre de carnivores, de rongeurs, de quadrumanes, d'édentés, etc. On peut l'étudier facilement chez le chat, où il est à peu près constant. Chez un certain nombre de chats, ce trou est incomplet, et l'on trouve alors une disposition qui rappelle identiquement celle qui vient d'être indiqué pour l'homme : au lieu d'être complétement creusé dans l'humérus, le trou sus-condylien est limité en partie par un ligament.

Il n'est pas difficile de trouver les vestiges de l'apophyse sus-condylienne chez un grand nombre de sujets humains, sous forme d'une légère arête. Les cas dans lesquels elle est notablement développée ne sont pas non plus très-rares, et M. Struthers a pu facilement réunir une série de pièces qui la montrent à divers degrés de formation.

On voit que la variété anatomique dont il s'agit n'est pas sans intérêt au point de vue de l'anatomie comparée. Cela suffirait pour la recommander à l'attention des anatomistes. Il n'est pas indifférent, d'un autre côté, d'en tenir compte au point de vue de la médecine opératoire, car la présence d'une apophyse sus-condylienne bien développée coïncide presque toujours avec une déviation de l'artère humérale et du nerf médian dans les deux tiers inférieurs de la région brachiale.

L'artère, s'éloignant du biceps à partir de l'insertion inférieure du muscle coraco-brachial, descend directement vers l'extrémité inférieure de l'humérus, logée dans un sillon que limitent le brachial antérieur et la cloison intermusculaire interne, et protégée par une forte lame aponévrotique tendue du muscle à la cloison. L'artère, accompagnée de ses deux veines satellites et du nerf médian, qui est situé à son côté interne, s'engage sous l'arcade sus-condylienne, puis se dévie en dehors pour reprendre sa situation normale sur la ligne médiane au niveau du pli du coude. Dans cette dernière partie de son parcours, elle est recouverte par une insertion supérieure du rond pronateur ou bien par une lame aponévrotique étendue de l'arcade sus-condylienne ou brachial antérieur. Le chef supplémentaire du rond pronateur qui, dans la première de ces dispositions, forme volontiers un muscle séparé, s'insère à l'arcade sus-condylienne.

La situation profonde de l'artère humérale dans ces conditions rend la ligature de ce vaisseau fort difficile, et il est indispensable de connaître les rapports qu'elle affecte dans ces conditions pour ne pas s'égarer.

Chez d'autres sujets, cette variété anatomique s'accompagne d'une bifurcation prématurée de l'artère humérale; c'est presque toujours la radiale qui, dans ces conditions, naît au bras et suit le trajet normal de l'artère brachiale. Le tronc principal est, par contre, dévié comme ci-dessus, et se trouve, par conséquent, très-éloigné du tronc radial, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des cas de division prématurée de l'humérale, où les deux artères ne sont ordinairement séparées que par leurs veines satellites et le nerf médian. Si l'on avait à faire la ligature de l'artère humérale dans ce cas, on lierait infailliblement la radiale. Pour trouver le tronc principal, il faudrait se reporter en dedans et pénétrer profondément dans la direction de la cloison intermusculaire interne.

C'est dans ces cas embarrassants d'anomalies artérielles que la connaissance de l'apophyse sus-condylienne a une utilité pratique immédiate. Il suffit, en effet, de constater la présence de cette apophyse pour prévoir l'une ou l'autre des anomalies dont il s'agit.

Sur l'influence que le tabac exerce sur la fréquence du pouls chez les fumeurs; par M. le docteur E. Smith, chirurgien assistant de l'hôpital des Phthisiques, Brompton.

Les expériences de M. Smith ont été faites sur quatre sujets seulement, mais elles ont été entourées de trop de précautions pour qu'on puisse les récuser complétement. M. Smith est d'ailleurs fort éloigné de vouloir en déduire aucune conclusion définitive, et il se réserve de les multiplier et de les varier ultérieurement. Notons aujourd'hui que ce confrère a constaté à peu près toujours une amélioration du pouls pendant que le sujet fumait, et qu'il a reconnu à cet égard des variations assez marquées chez les quatre personnes mises en expérience. M. Smith est disposé à conclure de là que le tabac, dans certaines conditions au moins, n'a nullement l'action hyposthénisante qui lui est parfois attribuée, et qu'il peut fort bien exercer, tout au contraire, une action stimulante sur les fonctions du cerveau, ainsi que de divers autres organes.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

PALÉONTOLOGIE.

M. MILNE-EDWARDS présente, au nom de MM. Lartet et Christy, des observations relatives à l'existence de l'homme dans le centre de la France à une époque où cette contrée était habitée par le renne et d'autres animaux qui n'y vivent pas de nos jours.

M. DE VIBRAYE communique une note sur de nouvelles preuves de l'existence de l'homme dans le centre de la France à une époque où s'y trouvaient aussi divers animaux qui de nos jours n'habitent pas cette contrée.

— M. E. GEORGE lit la première partie d'un travail intitulé « *Étude sur quelques nouveaux anesthésiques.* »

Cette première partie, se composant surtout de considérations générales et de renseignements historiques sur les substances essayées jusqu'à ce jour, est peu susceptible d'analyse. Quand l'auteur, poursuivant ses communications, fera connaître les résultats de ses propres expériences, nous aurons occasion d'y revenir. (Commissaires, MM. Chevreul, Pelouze, Bernard.)

— M. FOUCAUD DE L'ESPAGNERY présente l'observation de trois cas de tumeurs blanches traitées avec succès par la compression méthodique. (Commissaires, MM. Velpeau, Bernard, Cloquet.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 MARS 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet vingt exemplaires du rapport général sur les travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Eure. (Commission des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Robert-Latour, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

2° Une observation d'épingle arrêtée dans l'arrière-gorge, et reconnue au moyen du laryngoscope par M. le docteur Moura-Bourouillou;

3° Une nouvelle note de M. le docteur Delaplagne, sur les virus ou ferments organiques sanguins, lymphatiques et nerveux. (Commission de vaccine.)

— M. LARREY offre en hommage, au nom de M. le professeur Stromeyer, associé étranger, un ouvrage écrit en allemand et intitulé : *Maximes de médecine militaire*.

— M. TARDIEU présente, au nom de M. le docteur Legrand du Saulle, un volume intitulé : *la Folie devant les tribunaux*.

— M. BÉCLARD dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Chabrand, sur le goître et le crétinisme endémique.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Landouzy (de Reims), membre correspondant.

M. Landouzy, dit M. le président, fut pendant toute sa vie un des plus fervents disciples de la science. Son ouvrage sur l'hystérie a été couronné par l'Académie. Il n'est personne de nous qui n'ait lu avec fruit ses deux mémoires sur la paralysie faciale, son travail si neuf, si original sur l'amaurose albuminurique, ses recherches si variées, si nombreuses sur la pellagre, qui ont été l'écueil contre lequel son activité est venue se briser.

Tous ces travaux et d'autres plus nombreux encore, couronnés pour la plupart par la Faculté, par l'Institut ou par vous-mêmes, assurent à M. Landouzy une place des plus honorables parmi les travailleurs de notre temps.

SUR LES MOYENS D'ADMINISTRER L'IODE COMPLÉTEMENT SOLUBLE ET ENTIÈREMENT DÉPOURVU DE SES PROPRIÉTÉS IRRITANTES.

M. BOINET, à l'appui de sa candidature à l'Académie de médecine, dans la section de thérapeutique, lit sous ce titre un mémoire.

Après avoir rappelé les remarques de Coindet sur les inconvénients de l'administration de l'iode métalloïde, soit en pilules, soit en teinture, et les efforts qu'il fit pour trouver le moyen de rendre l'iode parfaitement soluble, M. Boinet passe en revue tous les accidents attribués, à tort, à l'iode agissant comme agent médicamenteux, et s'efforce de démontrer qu'ils dépendaient de l'iode non dissous, agissant comme corps étranger..... L'iode ayant pu être rendu soluble, grâce à sa combinaison avec le potassium, une portion des accidents qu'il produisait disparurent, mais il en survint d'autres qui furent encore mis sur le compte de l'iode. Mais les phénomènes pathogéniques qu'éprouvent ceux qui font usage de l'iodure de potassium, comme le gonflement des muqueuses nasale, buccale, pharingienne, la salivation, le larmoiement, les gastralgies, etc., sont-ils bien le fait de l'iode ou n'appartiennent-ils pas plutôt au potassium?... C'est cette question importante que M. Boinet cherche à élucider, et il demande si le rôle du potassium, dans l'iodure de potassium, est si secondaire, que l'effet de l'iode seul soit observé. Il pense, en étudiant plusieurs autres sels à base de potasse, qu'on doit, dans l'iodure de potassium, attribuer une grande part d'action au potassium, dans les phénomènes pathogéniques qu'on a attribués à l'iode, et qu'on a généralement désignés sous le nom d'*iodisme*.

En effet, il résulte d'expériences et de recherches faites par M. Isambert et d'autres sur le chlorate de potasse, sur l'azotate de potasse et les sels à base de potasse en général, que ces sels se comportent dans l'économie comme l'iodure de potassium, qu'ils provoquent la salivation, sèchent la bouche, lui donnent un goût salé, altèrent la voix, augmentent les selles, les urines et donnent lieu à de la diurèse, à de la diarrhée, etc. M. Boinet croit devoir conclure de ces analogies d'action que l'hypersécrétion des glandes salivaires est probablement sous la dépendance du potassium, et que c'est à cette substance que sont dus tous les phénomènes d'irritation et de sécrétion qui ont lieu sur les muqueuse oculaire, nasale, buccale et pharyngienne.

Dans le but de faire disparaître tous ces phénomènes pathogéniques du potassium, qui a, en effet, la propriété de rendre l'iode soluble, il propose de lui conserver cette précieuse qualité en substituant l'acide tannique au potassium. Ce moyen, proposé par un pharmacien d'Anvers, M. Debauque, a été expérimenté par M. Boinet, qui assure que les avantages de cette combinaison de l'iode avec le tannin sont de faire disparaître tous les inconvénients attribués soit à l'iode métalloïde, soit à l'iodure de potassium, sans lui enlever aucune de ses propriétés comme agent médicamenteux.

Rappelant ensuite l'action si marquée des eaux minérales naturelles sur l'organisme, de l'huile de foie de morue, de certains remèdes que les anciens employaient empiriquement sans savoir à quel agent toutes ces substances, en apparence si différentes, devaient leurs vertus curatives, il se demande pourquoi l'on n'administrerait pas l'iode tel qu'on le trouve dans la nature, combiné avec la matière organique qui se trouve dans les plantes qui le contiennent. L'absorption de ses principes constitutifs en serait plus facile, parce que sa division moléculaire serait poussée plus loin. A cette occasion, il mentionne les formes sous lesquelles les anciens administraient l'iode dans le goître, la scrofule, etc.; c'étaient des plantes marines, de l'éponge, du sel marin brut, de l'huile de foie de morue, des eaux minérales naturelles, etc. Les Chinois donnaient du vin de plantes marines, de l'éponge et des plantes marines réduites en poudre. On en trouve la preuve dans leur Codex officiel publié en 1567, dans le *Pen-thsao-kang-mo* de *li-chi-tchin*.

Ce n'est que lorsque l'analyse chimique est venue démontrer la présence de l'iode dans ces différentes substances, qu'on a su à quel agent elles devaient leurs propriétés curatives, qui étaient aussi grandes que celles des préparations iodées pharmaceutiques que la chimie nous a données.

Invoquant ensuite les travaux de MM. O. Henry, Chatin, Boussingault, Grange, etc., qui ont démontré que l'iode était abondamment répandu dans la nature organique et inorganique, et qu'il y a moins de goîtreux et de scrofuleux dans les contrées où il y a de l'iode, M. Boinet a songé à soumettre tous ceux qui avaient besoin d'iode à l'alimentation iodée, et il propose de revenir aux préparations iodées naturelles des anciens, parce que, suivant lui, elles n'ont aucun des inconvénients des préparations iodées employées jusqu'à ce jour.

Dans le but d'avoir une préparation qui n'eût ni pour la langue, la gorge ou l'estomac, etc., aucun des inconvénients signalés par tous les médecins, qui fût d'une absorption et d'une assimilation faciles, et enfin dont l'efficacité ne laisse rien à désirer, M. Boinet a cherché une formule dont le résultat définitif fût une représentation certaine de l'iode, et il croit l'avoir trouvée en faisant fermenter du raisin avec des plantes marines riches en iode, et a fait un vin auquel il a donné le nom de vin iodé naturel. Voici comment il procède : on met dans une cuve en bois d'abord une couche de raisins, puis une couche de plantes marines réduites en poudre, une autre couche de raisins, une nouvelle couche de poudre, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la cuve soit remplie. On laisse fermenter le tout ensemble pendant quinze ou vingt jours, et alors l'iode étant combiné avec le vin, on procède, pour le reste, comme on ferait pour le vin ordinaire. M. Boinet dit avoir administré ce vin, avec beaucoup d'avantages, dans toutes les affections qui réclament l'usage de l'iode.

Voici, en résumé, les conclusions du travail de M. Boinet :

1° Il est prouvé, d'une part, que l'administration de l'iode pur, non complétement dissous, a des dangers graves qui l'ont fait abandonner ;

2° Que la teinture d'iode du *Codex*, n'étant pas complétement soluble,

offre les mêmes dangers si l'on n'y ajoute pas une certaine quantité d'acide tannique;

3° Que l'iode combiné avec le potassium est, à la vérité, soluble, et par conséquent mieux supporté par les organes digestifs, mais que le potassium lui apporte de nombreux inconvénients.

D'autre part, il est démontré que les médicaments iodés les plus actifs et les moins dangereux sont ceux dans lesquels l'iode est rendu plus facilement absorbable, et que, sous ce rapport, les préparations où l'iode est complétement soluble l'emportent sur celles où il n'en est pas de même; d'où l'on doit déduire qu'il n'est pas indifférent de faire prendre un médicament où l'iode est à l'état moléculaire et tel que la nature nous le fournit :

1° Parce que ce médicament est sans mutilation avec toutes ses parties;

2° Que l'absorption de ses principes constitutifs est plus prompte, plus facile, en raison de sa division moléculaire plus complète;

3° Que, de plus, il renferme des substances particulières, une matière organique, qui contribuent aux propriétés thérapeutiques de l'iode, et suffit pour constituer une différence d'action avec les autres composés iodiques que nous prépare la pharmacie.

TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE PAR L'ENDUIT IMPERMÉABLE DE COLLODION; par M. ROBERT LATOUR.

Je l'ai vingt fois démontré, l'inflammation a pour élément la chaleur animale, dont elle n'est que l'exagération locale. Parmi toutes les conditions auxquelles se rattache la production de cette chaleur, il en est une que l'on peut atteindre et supprimer, c'est le contact de l'air sur la peau. L'enduit imperméable, en suspendant ce contact, n'a pour objet que de suspendre dans une région du corps l'acte calorificateur, et avec cet acte le travail inflammatoire qui s'y enchaîne.

L'orateur cite à l'appui une longue observation dont voici le sommaire :

Il s'agit d'une demoiselle de 19 ans 1/2 atteinte depuis longtemps d'ovarite chronique, et chez laquelle éclate tout à coup une violente péritonite. Appelé dans la nuit, M. Robert Latour applique sur toute l'étendue de l'abdomen une couche de collodion riciné. Le lendemain il y avait un calme des plus satisfaisants. Pouls à 60; peau fraîche; ventre détendu; douleur perçue à la pression seulement et limitée aux deux régions ovariques.

A six jours de là, récidive aussi violente que la première fois; nouvelle application de la couche de collodion jusqu'aux seins et sur toute la région lombaire jusqu'aux omoplates de manière à former sur la circonférence du corps une couche continue : quelques heures après, la fièvre était éteinte; la douleur retranchée à droite; la malade a dormi.

Les règles, qui étaient en retard, surviennent après une application de sangsues aux cuisses; la fin de l'écoulement menstruel est mêlé de quelques gouttes de pus; on en constate également des vestiges dans l'urine; puis transpirations incessantes et phénomènes de résorption purulente.

Le 26 novembre, vingt-septième jour après la première atteinte de la péritonite, survient une phlébite du membre inférieur gauche que l'on combat par une application de collodion autour de ce membre; puis le membre inférieur droit et les membres thoraciques sont envahis à leur tour. Chaque fois, nouvelle application de collodion.

Le 5 décembre, les quatre membres se retrouvaient dans leur état normal.

Les démangeaisons que causait à la malade l'enduit imperméable ayant décidé à l'enlever quinze heures après la péritonite, se reproduisait déjà avec une certaine étendue. On réapplique le collodion.

Le 25 décembre, réapparaît une nouvelle série de phlébites toujours victorieusement combattues.

Enfin, une nouvelle apparition du flux menstruel provoquée par l'application de la ventouse Junod sur les jambes fut le point de départ d'une amélioration qui alla toujours progressivement, et devint peu à peu définitive.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccine.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION.

M. DEPAUL : J'ai dit dans la dernière séance que je n'avais pu, comme l'a fait M. Bouvier, entrer dans des développements historiques qui n'étaient pas nécessaires à mon sujet. Si je crois devoir présenter quelques observations pour m'en disculper, ce n'est pas que M. Bouvier, mais d'autres l'ont fait; je dirai donc qu'il n'est pas vrai que j'aie complétement laissé de côté la question historique; j'y ai consacré dans le *Bulletin de l'Académie* une certaine étendue de mon discours où j'ai fait entrer ce que j'avais appris récemment. Ainsi, je connaissais l'ouvrage de Loy, mais seulement par les relations des auteurs français, tels que Husson et M. Bousquet; grâce à la Bibliothèque britannique, j'ai pu mettre dans mon travail un extrait de cet auteur, où il est dit que le *grease* constitutionnel s'accompagne d'une éruption générale sur tout le corps. Seulement Loy a vu le *grease* dominé par les idées de Jenner, qui en fait expressément une maladie du pied. J'ai également cité Ceely, Baron, et même Parola, dont personne n'avait parlé avant moi. Mais je n'insiste pas davantage sur le remarquable travail de M. Bouvier; j'ai maintenant à répondre quelques mots à M. Guérin.

M. Guérin a commencé par me reprocher d'avoir en plusieurs opinions différentes; il n'y a heureusement que lui qui en ait jugé ainsi; mes autres collègues ont su prendre l'opinion de leur adversaire là où il fallait la chercher dans le journal officiel, dans le *Bulletin*. M. Guérin, lui, m'a pris à partie d'après un autre journal, la *Gazette des hôpitaux*, où une partie de ma communication a été publiée textuellement, il est vrai, mais avec des retranchements nécessités par les exigences du journal. Tout le monde a compris la chose différemment.

M. Guérin est donc venu formuler trois propositions qu'il me met sur la conscience; je ne les accepte pas: excepté une, je n'ai rien dit de semblable. J'ai protesté quand j'ai lu le passage de la *Gazette médicale* où l'on me fait dire que je proposais d'en revenir à l'inoculation. M. Guérin ne s'étonnera donc pas que je ne le suive pas sur ce terrain où il lui a plu de s'étendre.

Mais il y a une proposition sur laquelle nous sommes à peu près d'accord, c'est que les différentes maladies auxquelles on a tour à tour attribué la propriété de produire le vaccin étaient la variole; il a revendiqué la priorité de cette opinion, et a cité un article du journal qu'il dirige, en date du 7 juin 1862, où il dit que les animaux devaient avoir la variole. Dans cette circonstance, M. Guérin a procédé comme il le fait ordinairement : il veut bien que ses collègues observent; mais quand il s'agit de s'élever à des généralisations, il leur en dénie la faculté. C'est à lui qu'elle incombe.

J'en suis fâché pour M. Guérin, mais il y a en lui deux personnages différents, l'un inviolable par rapport à l'autre; il y a notre collègue et le rédacteur de journal. Il ne veut pas que ses collègues de l'Académie touchent au rédacteur du journal; mais il traduit à sa barre ses collègues de l'Académie.

Eh bien! messieurs, M. Guérin est tombé dans une erreur grossière; il a oublié qu'il était académicien et journaliste; il ne s'est pas souvenu qu'il y a eu deux séances académiques avant le 7 juin; or on peut lire en consultant le *Bulletin*, à la séance du 27 mai, dans un discours de moi : « ... A ce moment il y avait une épidémie de variole dans le pays, et je crois, quant à moi, que les juments aussi bien que les génisses avaient subi l'influence de l'épidémie. » Et un peu plus loin : « D'ailleurs la vaccine n'est que la variole mitigée. » Ce n'est pas tout : à la séance suivante, craignant d'avoir été mal compris, j'insiste en disant : « ... Je crois à l'identité de nature de la variole et de la vaccine, celle-ci n'étant autre chose que la variole de l'homme inoculée aux animaux, chez lesquels elle produit le cow-pox pour la vache, la clavelée pour le mouton, et reportée de ceux-ci à l'homme. » Ainsi, longtemps avant M. Guérin, j'avais exprimé la même opinion que lui.

Quant à la prétention de notre collègue de ne pas observer lui-même, mais de laisser les autres observer pour lui, il devrait se rappeler lui, qui place la théorie avant les faits, que dans une autre circonstance cela ne l'a pas bien servi : je veux parler de la discussion de la fièvre puerpérale où, sans avoir observé, M. Guérin vous a donné sa théorie; mais il fallait que des faits pussent se produire à l'appui; il fallait que la matrice fît l'office d'une pompe, qu'elle fût rentrée dans la cavité pelvienne au bout de trois à quatre jours. Or ceux qui ont l'habitude d'observer de nouvelles accouchées n'ont jamais observé ce retrait avant le dixième ou douzième jour. Il nous a suffi de le savoir pour dire que sa théorie n'était pas bonne.

M. GUÉRIN : Elle restera!

M. DEPAUL : J'arrive à M. Bousquet, le seul qui ait abordé la question de doctrine; il l'a fait comme il l'avait fait déjà dans son livre. Il y a dans son ouvrage un chapitre où l'on trouve, sauf la forme, à peu près tout ce qu'il est venu dire à cette tribune.

M. Bousquet repousse d'une manière absolue mes doctrines; mais on serait assez embarrassé pour connaître les siennes. Ainsi il a commencé par soutenir que les eaux aux jambes n'avaient rien à voir avec la vaccine, puis il a cru que les eaux aux jambes étaient la vaccine; puis il a admis une maladie vaccinogène; enfin il a dit que la vaccine et la variola sont la même chose; de sorte que sa vue d'opinions si peu arrêtées ne me donne pas confiance, et quand il s'entremet comme un obstacle, cela ne m'impose pas.

Dans son *Traité de la vaccine* (p. 560 de la dernière édition) M. Bousquet dit ceci : « Il se peut que par un rare bonheur la petite vérole des vaches transportée sur l'homme lui tienne lieu de la petite vérole naturelle. » Ce n'est pas ce qu'il a dit dans son discours.

M. BOUSQUET : Non, monsieur.

M. DEPAUL : En 1852, il disait : « La vaccine n'est que la variole mitigée. » Je croyais marcher cette fois avec lui; j'ai eu la pénible surprise de voir qu'il n'en est rien.

Mais je ne veux pas insister sur la versatilité de M. Bousquet; s'il s'est laissé aller au courant, s'il a eu quatre opinions différentes, cela le regarde; je me borne à la discussion actuelle. Notre honorable collègue a oublié de nous dire ce qu'il pense du virus vaccinogène du cheval (car il est démontré aujourd'hui que le cheval produit la vaccine). Voilà pourtant un vaccin qui ne ressemble en rien à la variole. Ce n'est pas

tont. Jenner a prouvé que le cochon avait la même proprité, et Sacco a fait la même chose pour le mouton, avec succès quoi qu'on en dise. Voilà donc quatre espèces différentes qui peuvent produire chez l'homme la même maladie. Lela demanderait une explication.

M. Bousquet : C'est très-facile.

M. Depaul : Maintenant je demande à faire une rectification. Je n'ai jamais dit que le liquide qui avait produit le vaccin ne pouvait pas venir du cheval. J'ai dit que le *grease* ne pouvait produire le cow-pox, ce qui est bien différent; car enfin quoique M. Guérin dise que je n'ai pas de doctrine, je sais la différence qu'il y a entre un virus et une inflammation simple. J'ai admis au moins un virus, le virus varioleux; celui-là je le défends. Je crois avoir montré qu'il se reproduisait toujours à peu près semblable à lui-même, pourvu qu'on le mette sur le même terrain; mais M. Bousquet ne voit que la graine, la semence (comme si l'on pouvait comparer le virus à une graine!). Est-ce que M. Bousquet ne sait pas que la graine des plantes elle-même ne se conserve pas toujours identique, et qu'elle a besoin d'être renouvelée de temps en temps?

Mon honorable contradicteur insiste sur une ressemblance entre les deux éruptions signalées par Jenner, et qui m'aurait échappé; je veux parler de la fièvre vaccinale qu'on ne retrouverait plus aujourd'hui. Si, on la retrouve; il n'y a pas d'enfant qui ne l'ait pas. Mais passons, et arrivons à ses deux grands arguments.

L'éruption secondaire après la vaccine serait excessivement rare; M. Bousquet en est même arrivé à la nier complétement. Cependant il l'a vue et il cite des auteurs qui l'ont vue; moi-même je l'avais observée cinq fois avant cette discussion; je l'ai vue deux autres fois depuis sur des enfants. Que M. Bousquet n'ait pas eu la même occasion, cela n'est pas surprenant, il a l'heureux privilége de ne pas faire de clientèle; il vaccine ses malades et les revoit sept jours après. Mais est-ce ainsi que l'on est à même de tout observer? Souvent l'éruption secondaire ne se développe que plus tard. Dans la pratique civile on arrive à d'autres résultats. C'est ainsi que dernièrement M. Alexis Moreau m'a fait voir un enfant que j'avais vacciné moi-même à l'Académie. Cet enfant avait une vaccine généralisée.

L'éruption secondaire après la variole aurait toujours lieu, au dire de M. Bousquet. Dans son *Traité de vaccine* il avait été d'un avis opposé; en effet, il était très-commun du temps de l'inoculation de n'avoir que des phénomènes locaux.

M. Bousquet : C'était la varioloïde!

M. Depaul : Oui; mais pour moi c'est la même chose.

Quant à la modération que M. Bousquet dit avoir mise dans cette discussion, je ne m'en suis pas aperçu. Ainsi il a parlé de probité scientifique...

MM. Grisolle et Bousquet : Cela ne s'applique pas à vous.

M. Depaul : Continuons. Vous dites : la variole est souvent épidémique, la vaccine jamais. Ceci est incontestable, puisque l'une est une affection spontanée, l'autre le résultat d'une inoculation; vous ajoutez que la vaccine ne se transmet que par inoculation; oui, quand il n'y a que des boutons locaux...

M. Bousquet : C'est qu'alors c'était la variole.

M. Depaul : C'était la vaccine, il y a là une pétition de principe. L'argument que je combats n'est pas décisif.

M. Bousquet dit encore : la variole couve au moins huit jours avant d'éclore.

M. Bousquet : Je parle de la variole naturelle.

M. Depaul : Ce n'est pas elle qui est en cause, mais bien la variole inoculée qui a un cachet tout spécial. Pour celle-ci il n'est pas non plus vrai de dire qu'elle donne toujours lieu à deux éruptions, l'une locale, l'autre générale; souvent il n'y a que l'éruption locale.

Mon honorable adversaire dit encore: rien de plus rare que le cowpox. Oui, avant cette discussion; aujourd'hui il se pourrait bien qu'il fût plus commun qu'on ne le croit.

J'arrive à la question de savoir si la variole peut s'inoculer aux animaux; j'ai déjà répondu en partie au défi qui m'a été fait d'apporter moi-même des expériences personnelles décisives. Malgré les difficultés que présente ce genre d'expérimentation, difficultés que j'ai déjà fait comprendre, j'ai fait moi-même des expériences; elles ne sont pas concluantes, c'est vrai, pourtant elles ne sont pas si nulles qu'on pourrait le croire. D'ailleurs, ces expériences, d'autres les ont faites; pourquoi ne pas les accepter? Vous les avez admises d'abord dans votre *Traité de vaccine*; aujourd'hui vous les récusez; on n'a pas le droit de procéder ainsi; vous pouvez dire que quelqu'un s'est trompé, mais ne pas accepter une expérience, c'est inadmissible. Ainsi voilà un homme comme Ceely qui se donne la peine de consigner dans un consciencieux ouvrage et de très-belles planches les résultats que lui a donnés la variolation de la vache, c'est-à-dire la transmission de la variole à cet animal, puis la vaccine qu'a produit chez des enfants le cowpox ainsi obtenu. Et, vous viendriez dire que tout cela ne doit pas être pris en considération!

Un mot encore sur la confusion que l'on voudrait me faire établir entre la vaccine et l'inoculation. Je n'ai jamais dit que l'on pût inoculer indifféremment la vaccine ou la variole. Il n'y a là pour moi qu'une question scientifique, rien de plus. Je m'arrête, et voici mes conclusions:

De cette discussion, il résulte que l'homme, la vache, le cheval, ainsi que plusieurs autres animaux, sont sujets à une maladie éruptive généralisée qui n'est autre que la variole;

Que la variole des animaux s'inocule facilement à l'homme et lui est transmise par infection;

Qu'elle est généralement plus douce, plus bénigne que la variole de l'espèce humaine;

Que la variole de l'homme s'inocule et passe par infection aux animaux, et qu'elle perd en traversant ce nouveau milieu une partie de sa violence;

Que j'avais parfaitement raison de dire que le virus-vaccin, en tant que virus spécial et complétement distinct du virus varioleux, tel qu'on l'admet généralement de nos jours, n'existait pas.

SUR UNE CAUSE PEU CONNUE DE RÉCIDIVES APRÈS LA LITHOTRITIE ET LA TAILLE.

M. Aug. Mercier rappelle qu'en plusieurs endroits de ses *Recherches* de 1856 il a appelé l'attention sur l'incrustation de la membrane muqueuse de la vessie par des sels phosphatiques dans certains cas d'inflammation chronique et surtout de corps étrangers, incrustations qui, se détachant, peuvent elles-mêmes devenir noyaux de pierres.

Il démontre aujourd'hui que cette circonstance est, après la lithotritie et même après la taille, la cause fréquente de récidives qu'on attribue trop souvent à ce que l'extraction a été faite incomplétement; mais la composition, toujours phosphatique, des nouveaux produits, diffère le plus ordinairement de celle de la pierre primitive.

Après avoir réfuté diverses hypothèses émises sur la formation de ces incrustations, M. Mercier expose sa manière de voir. Suivant lui, ces placages, qu'on rencontre quelquefois depuis les reins jusque sur la peau quand celle-ci est baignée par l'urine, proviennent presque toujours d'une altération de ce liquide, de son alcalinité dont la néphrite chronique est la cause la plus commune. En effet, les phosphates que l'urine contient naturellement n'y restent dissous qu'à la faveur d'un acide, puisqu'ils sont à peine solubles dans l'eau. Si donc cet acide vient à disparaître ou à être neutralisé, ils se déposent là surtout où ils rencontrent quelque circonstance qui favorise leur adhésion. Or les ulcérations de la muqueuse dues au frottement d'un corps étranger, et quelquefois même au seul progrès du travail inflammatoire offrent précisément aux molécules salines ces conditions favorables.

L'auteur conclut qu'on doit toujours se tenir en garde contre cette cause de récidive pendant les premiers temps qui suivent l'extraction d'une pierre, surtout si l'urine est alcaline et les reins atteints d'inflammation chronique. Des irrigations dans la vessie, des injections avec des acides hydrochlorique ou nitrique très-étendus peuvent alors rendre de grands services.

— La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de pathologie interne; par M. le professeur Monneret. — Première livraison. — Paris, Béchet jeune, 1864.

Programme du cours de pathologie interne fait a la Faculté de médecine de Paris pendant les années scolaires de 1861, 1862, 1863; par M. Monneret. — Paris, Béchet jeune, 1863.

Il y a près de cinq ans, notre premier article dans la *Gazette* avait pour objet l'analyse des leçons d'un maître dont nous aimions à nous proclamer l'élève; on a pu voir combien étaient fondés les éloges que nous donnions alors à M. Hardy. Nous avons aujourd'hui la satisfaction bien vive de venir saluer à son apparition l'œuvre de celui qui fut notre premier guide dans la carrière médicale, et donna à nos études la direction que nous avons toujours suivie depuis. C'est parce que cette direction nous semble tout à fait conforme au véritable esprit de la médecine que nous sommes heureux de la voir mise à la portée de tous par l'ouvrage dont nous annonçons la première livraison.

Pour ceux en effet qui, comme nous, ont pu connaître et suivre de près M. le professeur Monneret, il est facile de voir, d'après ce spécimen, ce que devra être le *Traité élémentaire de pathologie*; il sera l'incarnation complète de l'auteur dans son œuvre, et l'on pourra lui appliquer avec raison ce que Buffon disait du style : il sera l'homme même.

Il faut bien le reconnaître, quelles que soient l'érudition et les brillantes qualités d'esprit que possède un médecin à ses débuts, il lui manque, pour apprécier les hommes et les choses, ce *criterium*

auquel ne peuvent suppléer le talent et le raisonnement : nous voulons parler de l'expérience, non pas seulement de l'expérience du praticien, sorte de statistique individuelle qui permet, un cas étant donné, d'établir en soi-même une espèce de calcul des probabilités, mais de cette expérience générale résultant de l'observation des choses humaines, de cette expérience que l'on pourrait nommer le commencement de la sagesse. Or si jamais la nécessité doit s'en faire impérieusement sentir, n'est-ce pas alors qu'arrivé au point culminant de sa vie le médecin qui prend la plume pour laisser à la postérité le fruit non-seulement de sa pratique passée, mais encore de ses longues méditations, veut y pouvoir inscrire le *Exegi monumentum ære perennius*. Et si l'on peut légitimement avoir une telle ambition, n'est-ce pas à propos d'une œuvre qui est en quelque sorte le couronnement de l'édifice dont une existence entière a été consacrée à fonder la base et les premières assises.

En effet, sans revenir ici sur des ouvrages bien connus, on peut dire que le *Compendium de médecine*, le *Traité de pathologie générale* et le *Traité élémentaire de pathologie interne* sont trois parties dont l'ensemble n'est bien complet qu'à condition de les réunir. En récoltant le riche amas de matériaux qui constitue le *Compendium*, M. Monneret a travaillé tout autant pour lui et son œuvre future que pour la génération médicale contemporaine. Un *labor improbus* de ce genre devait mettre l'auteur plus que tout autre à même d'entreprendre plus tard un ouvrage dogmatique où, s'effaçant moins devant les travaux d'autrui, il consignerait le résultat de sa propre expérience.

Nous avons été pendant deux ans témoin du travail assidu qui a permis à cet observateur infatigable d'amasser pendant plusieurs nouveaux lustres les matériaux destinés à compléter son œuvre primitive; nous l'avions vu étudier avec l'esprit rigoureux d'investigation qui le caractérise un certain nombre d'affections peu connues encore, les maladies du foie, par exemple, et nous attendions avec impatience le résultat de ce consciencieux labeur. Au lieu d'éparpiller le fruit de ses recherches en une série de monographies dont l'apparition successive tient l'attention du public en éveil, M. Monneret a préféré laisser une œuvre d'ensemble, et après y avoir préludé par la publication de sa *Pathologie générale*, introduction obligée à l'étude de la *Pathologie interne*, il nous donne aujourd'hui la reproduction de son cours, non sous cette forme si souvent incorrecte et confuse de *leçons*, mais dans un traité didactique formant un ensemble méthodique et régulier. Il s'est toutefois souvenu qu'il est avant tout professeur; il a donc eu spécialement pour but, en vulgarisant son enseignement, de venir en aide à la jeunesse médicale; aussi a-t-il dû prendre à tâche de « bannir ces développements excessifs qui peuvent faire soupçonner la prédilection de l'auteur pour l'anatomie pathologique, le diagnostic, les formules et les ordonnances, » et ne mettre en évidence que les parties les plus essentielles. Conçu dans cet esprit, l'ouvrage devra être éminemment substantiel; telle est en effet la grande qualité et par contre aussi le point vulnérable du *Traité élémentaire de pathologie interne*; de là vient qu'il semble au premier abord laisser quelque chose à désirer. Mais, nous le répétons, on s'exposerait à ne pas l'apprécier selon son mérite en le considérant isolément, abstraction faite des travaux antérieurs de l'auteur, et surtout de sa *Pathologie générale* qui en est, en quelque sorte, le prologue indispensable. On doit en outre facilement comprendre que, tout laborieux qu'il peut être, le professeur de la Faculté de Paris qui écrit lui-même entièrement ce qu'il publie ait reculé devant la tâche impossible autant qu'inutile de fondre dans un ouvrage nouveau les immenses développements contenus dans les huit volumes du *Compendium*. Un traité de pathologie ne peut d'ailleurs avoir la prétention de remplacer à lui seul tous les ouvrages spéciaux. Comme le dit la préface (p. 4), « lorsque le médecin possédera tous les éléments de la science, il pourra choisir un sujet d'études plus restreint, mais à la condition qu'il sache complétement et avant tout ce qu'il n'est permis à aucun médecin d'ignorer, l'ensemble de la pathologie interne. Le but que l'on se propose dans l'enseignement comme dans un livre de la nature de celui-ci est de former des hommes instruits et de développer le jugement sans lequel il n'y a pas de praticien habile. »

Cette pensée ressort d'une manière plus saillante encore dans le programme de son enseignement que M. Monneret a eu l'heureuse idée de publier. Qu'on lise par exemple les pages qui le terminent, intitulées : *Coup d'œil sur l'enseignement de la pathologie interne à la Faculté*; on verra combien l'auteur se préoccupe de limiter le cadre de la pathologie, et d'en écarter les autres branches de l'enseignement médical. Pour ce qui est, par exemple, de la partie nécropsique, elle doit être retracée d'une manière complète, mais restreinte dans de justes limites; on lui donne généralement une importance exagérée dans la description des maladies; il ne faut pas empiéter sur les attributions du professeur d'anatomie pathologique. De même, le diagnostic doit être fait surtout au lit du malade et appartient au professeur de clinique. L'étiologie doit être sérieuse et non banale; on doit l'effacer complétement quand elle n'existe pas. Pour ce qui est des indications thérapeutiques, l'ordre d'agir et la manière d'agir sont donnés par la connaissance des actes morbides et de la cause morbifique; l'auteur et le professeur doivent insister surtout sur la médication et non sur le médicament, dont l'étude appartient à la thérapeutique et à la matière médicale. La description de la maladie sera toujours succincte et rapide; on y consacrera peu de place aux discussions théoriques, l'époque n'étant pas aux théories, ce qui ne doit pas exclure la philosophie de la science, bien au contraire.

Nous venons de reproduire presque textuellement le plan général de l'enseignement de M. Monneret. C'est à ceux qui ont pu l'entendre, c'est aux nombreux lecteurs que son livre ne manquera pas d'avoir, de dire si l'exécution répond aux promesses du professeur. Nous n'avons, quant à nous, pour en juger que les premières feuilles de l'ouvrage, et nous n'hésitons pas à nous prononcer pour l'affirmative: le plan tracé par l'auteur sera suivi fidèlement par lui, trop fidèlement même peut-être, car tel est le reproche que ne manqueront point de faire à ce livre ceux qui veulent introduire en médecine le *nascuntur poetæ*. Il est certain que M. Monneret voit la science avant tout; pour lui la question d'art n'est que secondaire, et il fait volontiers bon marché de l'inspiration; tant pis pour ceux qui se plaignent de cet excès d'exactitude et de précision et qui n'espérant pas faire mieux cherchent à faire autrement. Sans doute celui-là serait le type de la perfection qui joindrait à une rigoureuse observation cette heureuse intuition et ce puissant esprit d'induction dont furent doués quelques hommes d'un rare génie dont on cite les noms avec emphase, probablement parce qu'il y a longtemps qu'ils sont morts et que nous sommes pour eux la postérité. Mais en attendant que vienne ce grand prophète qui pourra créer de toutes pièces la médecine future, ne faut-il pas applaudir aux tendances éminemment positives et exactes de la médecine contemporaine? Ces tendances, M. Monneret les possède au plus haut point; libre aux esprits impatients de lui reprocher de ne pas appeler à son aide l'inspiration pour suppléer à l'insuffisance des données que l'observation peut fournir. Sans doute des faits ne constituent pas la science, quelque bien observés qu'ils puissent être; mais des documents exacts vaudront mieux pour nos successeurs que les plus brillantes hypothèses.

Toutefois, que l'on ne se méprenne pas sur notre pensée; nous ne sommes pas de ceux qui diraient, à l'exemple de Bayle, qu'il suffit d'avoir des yeux et de la patience pour amasser des observations, et, pour ce qui est de M. Monneret, le *Traité de pathologie générale* a répondu, ce nous semble, d'une manière péremptoire au reproche qu'on s'est évertué à lui faire de ne pas aller au delà du fait. Mais, comme le disait récemment devant l'Académie notre savant rédacteur en chef dans son éloquent plaidoyer en faveur de la méthode d'induction, « ce n'est pas l'observation et l'expérimentation qu'il faut « considérer en premier lieu, mais l'observateur et l'expérimentateur, « c'est-à-dire la valeur, la rectitude et la portée de son intelligence. »

Peu importent en effet le nombre et les détails des faits observés si l'observateur ne vous inspire une créance sérieuse, si l'on ne peut le ranger sans conteste parmi les bons esprits. Il y a, sans contredit, dans la science certains noms qui vous inspirent une extrême défiance, certains auteurs dont les travaux communiqués ou non aux corps savants rencontrent dans le public médical une grande incrédulité, et avec lesquels on se sent disposé d'avance à réclamer le bénéfice d'inventaire. Il est au contraire d'autres observateurs dont le nom a une autorité véritable, et à qui personne ne songera à contester les résultats qu'ils annoncent. M. Monneret est indubitablement de ce nombre; avec lui on est sûr de ne jamais aller trop avant, là où lui-même ne peut rien dire de positif, il n'hésite pas à avouer son ignorance ou plutôt celle de la science moderne. Mais interrompons ces généralités sur M. Monneret et l'esprit de son œuvre, et voyons si le nouveau traité dont voici la première livraison répondra à l'idée qu'on doit se faire d'un bon traité de pathologie; seulement n'oublions pas qu'il s'agit d'un livre élémentaire qui n'est que l'application à chaque cas particulier des données contenues dans le *Traité de pathologie générale*.

Après avoir indiqué la division des maladies en deux grandes classes selon qu'elles peuvent ou non être localisées, l'auteur commence par l'étude des maladies locales, à l'inverse de l'ordre qu'il a suivi dans son cours et qu'il préconise dans son programme; ce dernier

nous semble en effet préférable, l'étude des maladies générales étant en quelque sorte une transition entre l'étude de la pathologie générale et celle des maladies en particulier. Probablement des raisons spéciales ont déterminé M. Monneret à adopter cette disposition qui lui permet de traiter les premières les matières qui ont fait l'objet de son dernier cours. Rien ne sera plus facile d'ailleurs que de rétablir l'ordre primitif une fois l'ouvrage terminé.

De très-courts prolégomènes sont consacrés à définir les maladies locales et à établir l'ordre dans lequel elles seront étudiées. Cet ordre sera le suivant: 1° dans le système nerveux; 2° le système musculaire; 3° l'appareil vasculaire; 4° respiratoire; 5° digestif; 6° dans les organes de la sécrétion biliaire; 7° urinaire; 8° dans l'appareil de reproduction chez l'homme et chez la femme. L'auteur fait ressortir l'avantage de cette classification qui lui paraît la plus naturelle de toutes: « Elle rapproche des actes de nature très-différente, mais semblables par leur siége, la fonction de l'organe, par les symptômes et souvent par les causes. Sans préjuger la nature souvent ignorée de ces actes, elle les groupe d'une manière naturelle et conforme aux connaissances physiologiques. » Cette méthode nous semble effectivement beaucoup plus avantageuse en pratique que celle qui consiste à étudier dans tous les organes successivement chacun des types pathologiques généralement admis; ainsi que M. Monneret le fait justement observer, cet ordre n'est applicable qu'aux groupes naturels qui font le sujet de la pathologie générale; en pathologie spéciale il a d'assez graves inconvénients. Quelque différentes que soient les altérations anatomiques ou les aberrations physiologiques qui les caractérisent, les maladies du même organe ou du même appareil ont incontestablement un certain fonds commun, dont la connaissance préalable facilite beaucoup l'étude spéciale de chaque affection. Aussi les auteurs du *Compendium* n'ont-ils pas manqué de consacrer de nombreuses pages à des considérations générales sur les maladies du foie, du poumon, du cœur, de l'utérus, etc. Le professeur de pathologie de la Faculté, dans son nouveau travail, semble avoir craint de se répéter, et pour éviter un double emploi, il sera probablement très-sobre de ces aperçus d'ensemble dont nous devons, il faut en convenir, regretter vivement l'absence. C'est du reste le seul reproche que l'élève puisse adresser à l'œuvre du maître, sans crainte d'encourir le *ne sutor ultra crepidam*. A l'encontre de tant d'autres qui ressassent continuellement la même idée, M. Monneret semble avoir pris à tâche d'éviter tout ce qui peut avoir l'air d'une répétition de choses déjà dites par lui; il résulte de là qu'il a dû bannir de son nouveau livre tout un ordre de généralités auxquelles il a déjà consacré ailleurs d'excellentes pages. Passe pour celles du *Traité de pathologie générale*, auquel l'auteur aurait probablement bien peu de chose à ajouter aujourd'hui; mais nous ne pouvons accepter ce louable scrupule pour certains articles du *Compendium*, lesquels tout complets qu'ils sont ne pourraient manquer de subir certaines modifications si M. Monneret se décidait à les réimprimer; nous regretterions par exemple qu'arrivé à l'étude des maladies du foie, il ne crût pas devoir insister un peu sur la pathologie générale de l'appareil hépatique.

Arrivons à un autre point intéressant des prolégomènes, à « cette division importante qui domine toute la pathologie interne » des maladies locales en symptomatiques, sympathiques et idiopathiques. Nous croyons, vu l'intérêt que l'auteur y attribue, devoir reproduire presque textuellement ses définitions.

Une maladie est dite *symptomatique* quand elle reconnaît pour cause une lésion locale ou une maladie générale dont elle est la détermination morbide plus ou moins éloignée. Ainsi, une hémoptysie est symptomatique d'un tubercule pulmonaire, d'une lésion du cœur ou d'un état scorbutique du sang. Cette définition que nous venons de reproduire textuellement est très-nettement formulée et n'a pas besoin de commentaires.

La définition de la maladie sympathique, à laquelle M. Monneret a consacré tout un chapitre de sa *Pathologie générale* (t. I, p. 348), présente ici un peu d'obscurité, faute d'y avoir reproduit les explications tout à fait lucides du livre que nous venons de citer. Là, après avoir défini la sympathie, « l'influence pathogénique qu'un organe malade exerce sur un organe sain, » après avoir établi qu'un des caractères essentiels de la sympathie est que les organes intermédiaires qui servent de moyen de transmission conservent leur texture physiologique, » l'auteur, après de longs développements consacrés à l'étude des phénomènes sympathiques, arrive à définir la maladie sympathique, « un acte morbide ou une collection de plusieurs phénomènes qui se sont développés évidemment sous l'empire de la maladie primitive. (*Loc. cit.*, p. 376.) Que l'on ajoute, comme dans les prolégomènes du nouvel ouvrage : « La maladie sympathique est celle qui est déterminée par une maladie locale comme elle, » et l'on aura, ce nous semble, une définition précise. Pour dissiper d'ailleurs toute incertitude, l'auteur établit la différence qui existe entre la maladie sympathique et la symptomatique. Celle-ci, quoique pouvant être dynamique, s'accompagne le plus souvent de lésion de structure, tandis que la maladie sympathique n'est marquée par aucune lésion apparente de tissu, si ce n'est à la longue et après avoir été longtemps dynamique.

Enfin le caractère de la maladie *idiopathique* ou essentielle sera de consister en « un acte ou un phénomène morbide qu'aucune lésion matérielle locale ou générale ne peut expliquer, » ou mieux encore, selon la définition du *Traité de pathologie générale* à laquelle renvoie l'auteur lui-même, en ces « troubles d'action physique, chimique ou vitale qui existent par eux-mêmes, et ne sont sous la dépendance d'aucune lésion appréciable. » (*Loc cit.*, p. 58.)

On comprend l'importance que M. Monneret attache à cette division, et il est facile de voir en ouvrant le livre au hasard combien elle donne de netteté à ses descriptions. Nous n'avons pas à apprécier si elle sera toujours rigoureusement applicable et si elle ne présente pas un caractère un peu artificiel; il ne peut en être d'elle autrement que de toutes les classifications; il y a partout des espèces que l'on pourrait rattacher à une classe aussi bien qu'à une autre; de même une division en médecine ne peut avoir la prétention d'être absolue; il est certaines affections symptomatiques en réalité que l'on pourra ranger parmi les sympathiques; quant aux maladies idiopathiques, à mesure que nos connaissances augmenteront, il en est probablement quelques-unes qui sont appelées à perdre ce caractère. Malgré cela, l'introduction de cette division méthodique et la précision avec laquelle l'auteur adapte à ce cadre la plupart de ses descriptions nous semble éminemment utile, et ce côté original de l'œuvre du professeur de la Faculté est digne de fixer l'attention.

Il nous reste à constater avec lui, pour épuiser les préliminaires, « que le nombre des maladies locales a beaucoup diminué depuis quelques années, l'observation ayant fait voir qu'au-dessus des lésions locales existe souvent une affection générale qui les domine toutes. » Tel doit être en effet, selon nous, le véritable esprit de la médecine; il doit tendre à faire disparaître le plus possible la maladie locale en tant qu'affection idiopathique, et sans en méconnaître l'importance, sans en négliger le diagnostic, n'en faire cependant, s'il est possible, que l'indication accessoire, tout au moins au point de vue thérapeutique. Cet esprit généralisateur, et que nous appellerions volontiers philosophique si l'on n'abusait tant de ce mot, est d'autant plus remarquable chez M. Monneret que personne, on peut le dire, ne pousse plus loin que lui la précision du diagnostic; personne n'est un plus rigoureux observateur. C'est surtout dans les pages consacrées au traitement que cet esprit nous frappe, et nous ne saurions trop y applaudir; un traité de pathologie ne doit point contenir des formules, mais des indications, et sous ce rapport, l'ouvrage que nous analysons nous semble un modèle à suivre. Pour n'en donner qu'un exemple, qu'on nous permette de reproduire ici ce qui a trait à la thérapeutique de la première maladie décrite : l'hyperémie cérébrale.

Voici comment s'exprime M. Monneret :

« Si le médecin ne possède pas des notions certaines de pathologie générale, il s'expose à de nombreuses mésaventures, car le traitement ne saurait être le même dans une hyperémie causée par la pléthore, l'alcool, et dans celle qui tient à la débilité, à une cachexie ou à une lésion cérébrale; tandis que dans le premier cas, le malade doit être soumis à un régime plus ou moins sévère, le second sera privé de son alcool, et le dernier tonifié et traité par les moyens qui peuvent reconstituer le sang. Une congestion causée et entretenue par une maladie du cœur, par une tumeur qui gêne le retour du sang, ou appelée sympathiquement par un organe malade, requiert une thérapeutique toute spéciale. Produisez en pareil cas, dirons-nous au praticien, une congestion sécrétoire vers la peau, l'intestin, le foie, les reins, à l'aide des révulsifs, des drastiques, des diurétiques, etc. Si quelque tumeur, un caillot sanguin, une cérébrite, appellent le sang dans le cerveau, enlevez-le directement par la saignée ou par des déplétions sanguines autour du crâne. Est-ce une maladie diathésique qui détermine le même effet, donnez les sulfureux, l'huile de poisson au scrofuleux; au rhumatisant et aux goutteux le quinquina.....

« Le pléthorique exposé à de fréquentes hyperémies cérébrales doit être privé de tout ce qui peut exciter la circulation... Par contre dans les congestions qui ont porté longtemps le nom impropre de

passives, et qui côtoient si souvent l'hémorrhagie, dans les maladies scorbutiques et les fièvres continues typhiques, exanthématiques, le traitement doit être tonique et fortifiant...

« C'est à la maladie protopathique qu'il faut s'adresser pour vaincre l'hyperémie sympathique. La gastralgie, la pneumatose intestinale, la constipation une fois dissipées, les symptômes cérébraux disparaissent. Il en est de même si l'on parvient à rappeler les règles supprimées on à les faire paraître chez les aménorrhéiques...

« Une autre indication consiste à combattre la congestion. On désemplit les vaisseaux de la grande circulation par la saignée du bras ou de la jambe, suivant les effets qu'on veut produire; on aide à cette déplétion par des saignées locales pratiquées sur le trajet de la circulation céphalique (sangsues au cou, aux oreilles, au nez, aux tempes) ou loin de la tête, malléoles, anus, partie interne des cuisses. Un écoulement de sang entretenu pendant quelques jours, surtout auprès du cerveau, est préférable même lorsqu'il est peu abondant, à une perte trop subite et trop forte. On doit surtout agir ainsi lorsque la congestion a pris droit de domicile et qu'elle est devenue chronique, entretenue par une maladie éloignée ou même par une affection du cerveau. Enfin les déplétions locales ainsi dirigées conviennent particulièrement dans les congestions qui reparaissent opiniâtrement et qui ne sont souvent que le premier acte d'une phlegmasie encéphalique lente ou même aiguë. »

Les développements que nous avons donnés à ces considérations préliminaires nous dispensent pour ce premier article d'entrer dans de plus grands détails et d examiner séparément chacune des maladies décrites dans cette livraison qui ne contient d'ailleurs rien de bien spécial à l'auteur. On peut dire cependant qu'il a rajeuni par sa méthode l'étude des affections du système nerveux; c'est en effet un des cadres qui se prêtent le mieux à la division trichotomique dont nous avons parlé plus haut. M. Monneret applique même cette division aux diverses entités morbides qui constituent le groupe des maladies mentales. La description des névroses nous a semblé très-satisfaisante; nous signalerons notamment celle de l'hystérie. Aux maladies du système nerveux succèdent celles du système musculaire, classe encore assez mal définie, mais dans laquelle l'auteur a pu sans inconvénient, en la rapprochant de la précédente, faire rentrer toutes les affections dites *nerveuses* qu'il n'a point comprises dans le premier groupe. Nous recommandons aux praticiens la lecture du paragraphe consacré aux convulsions des enfants. L'auteur y donne en très-peu de lignes une idée très-nette de l'éclampsie infantile, dont la description ne nous a jamais satisfait dans les divers traités de pathologie.

Mais, nous le répétons, ce qui caractérise essentiellement l'ouvrage que nous analysons, c'est la division méthodique du sujet, et la précision des descriptions dans lesquelles chaque mot porte et éveille à lui seul une idée. Peut-être reprochera-t-on à l'auteur cet excès de concision qui n'est certes pas habituel dans la littérature médicale contemporaine; il y a, en effet, dans le *Traité élémentaire de pathologie*, un fonds suffisant pour un nombre double de pages; si c'est là un défaut, il sera bien facile à corriger.

M. Monneret a conservé dans ce nouvel ouvrage une heureuse innovation déjà introduite par lui dans sa *Pathologie générale*. Nous voulons parler du sommaire qui occupe les marges du livre; cette disposition, très-commode pour les recherches, permet de résumer très-rapidement le chapitre qu'on vient de lire. Enfin, se conformant à l'excellent usage qui tend à se généraliser aujourd'hui, il fait suivre d'une bibliographie chacune de ses descriptions. Toutefois il nous a semblé un peu réservé dans l'indication des travaux tout à fait récents; il cite peu d'ouvrages parus dans ces quatre ou cinq dernières années. On peut, en effet, être en droit d'attendre, pour conseiller la lecture d'un livre, que le temps se soit prononcé sur sa valeur, et les travaux qui semblaient plausibles à leur apparition ne tardent souvent pas à tomber dans un juste oubli. Sur ce point comme sur tous les autres, M. Monneret a voulu rester éclectique.

Ce mot nous remet en mémoire un article critique écrit par notre honoré maître M. le docteur Pidoux, lors de l'apparition des premières livraisons du *Compendium*, article que nous lisions naguère en parcourant la collection du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, et dans lequel il semble faire le procès à l'éclectisme médical. Ce mot, qui effarouchait alors l'auteur du *Traité de thérapeutique* a probablement depuis trouvé grâce devant lui; d'autant plus que même en 1837 il reconnaissait que « l'on va trop loin quand on exige des auteurs, indépendamment d'une philosophie quelconque, des principes scientifiques généraux, un point de vue médical, une idée mère à laquelle ils puissent ramener tous les faits (1). » Malgré son esprit généralisateur et ses tendances métaphysiques, nous croyons qu'aujourd'hui M. Pidoux ne ferait aucune difficulté d'accepter la philosophie positive et l'esprit pratique de notre époque, exprimés dans cette phrase de Bordeu que M. Monneret a reproduite dans sa préface de la *Pathologie générale* :

« Si l'on disait à un médecin de notre époque : êtes-vous empi-« rique, dogmatique, observateur, anatomiste ou chimiste, il répon-« drait : je suis tout cela ; je suis de ceux qui jugent les autres. »

En fin de compte, le *Traité élémentaire de pathologie interne* nous paraît appelé à un grand succès, qui présage d'ailleurs l'écoulement rapide de la première livraison. Si l'ouvrage prête à la critique sur quelques points, c'est parce que l'auteur l'a bien voulu, et ces *desiderata* pourront facilement disparaître s'il se décide à grossir d'un volume sa deuxième édition.

E. Salva.

(1) *Loc. cit.*, 5e année, 1837, p. 26.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Daremberg, bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine, vient d'être autorisé par M. le ministre de l'instruction publique à ouvrir un cours d'histoire de la médecine au Collége de France. M. Duruy ne pouvait mieux choisir pour tenter l'essai d'un enseignement réclamé de toutes parts.

Le cours de M. Daremberg ouvrira le 15 avril.

— Par un arrêté ministériel en date du 15 février, il est institué près du ministère de l'instruction publique une commission centrale chargée de donner son avis sur toutes questions d'alimentation, d'habillement, d'hygiène, de gymnastique, etc., concernant les lycées de l'empire.

De plus, il sera institué au siége de chaque académie une commission d'hygiène chargée d'étudier les mêmes questions au point de vue des nécessités spéciales, des besoins et des convenances des divers lycées situés dans le ressort.

Les membres de ces commissions, composées de cinq membres au moins et de sept au plus, seront nommés par le ministre sur la proposition du recteur.

La commission administrative des lycées de Paris, indépendamment de ses attributions ordinaires, remplira pour le ressort de l'académie de Paris les fonctions dévolues par le présent arrêté aux commissions instituées dans chaque académie.

Sont nommés membres de la commission centrale d'hygiène : MM. Dumas, membre de l'Institut, président; Rayer, membre de l'Institut; Brongniart, membre de l'Institut; Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Faye, membre de l'Institut; Vernois, médecin consultant de l'Empereur; Caffe, docteur en médecine; Mourier, chef de la deuxième division au ministère de l'instruction publique; Anatole Duruy, secrétaire.

— Faculté de médecine de Paris. — MM. les professeurs qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'École pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu le mardi, 22 mars, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

— M. Rayer, président de l'Association des médecins de France, et M. Paul Andral, conseiller judiciaire de l'Association, ont été reçus lundi dernier en audience du ministre de la justice. L'exercice illégal de la médecine dans le département de la Gironde, la rétribution insuffisante des médecins requis par la loi ont été soumis au ministre, qui a promis de prendre en considération le rapport de l'Association médicale.

— Un concours pour deux places de médecin du Bureau central aura lieu le lundi, 4 avril. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi, 8 mars au samedi 19 du même mois.

— Nous recevons de M. le docteur Devic (d'Asprières), la lettre suivante :

« M. Alexandre Descrozailles, médecin à Naussac (Aveyron), a succombé le 2 mars, après deux mois et demi de souffrances, n'ayant pas encore 60 ans, à la suite d'une maladie contractée dans l'exercice de sa profession. Son désintéressement, sa bienfaisance l'avaient fait chérir dans tout l'arrondissement de Villefranche, non moins que sa modestie et sa rare intelligence médicale. Cet éminent praticien, qui se piquait de littérature et savait profiter de ses lectures nombreuses et choisies, possédait des ressources infinies dans la thérapeutique et la matière médicale. Il avait même un peu de penchant à la polypharmacie, comme feu M. le professeur Golfin (de Montpellier). Le corps médical de nos pays a été profondément affecté de cette perte; car en M. Descrozailles est mort un confrère d'une bienveillance à toute épreuve, et dont les lumières répandaient un vif et heureux éclat dans les circonstances difficiles.

« M. Descrozailles avait pris ses grades de médecin dans la Faculté de Paris, et y avait soutenu sa thèse en 1829. »

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR LA VACCINE. — DEUXIÈME DISCOURS DE M. J. GUÉRIN.

Messieurs,

J'éprouve quelque embarras en reprenant la parole dans cette discussion. J'ai entendu dire et j'ai lu dans plusieurs journaux qu'après les deux dernières argumentations de MM. Bousquet et Depaul, la discussion sur la vaccine pouvait être considérée comme épuisée. Je ne voudrais pas venir occuper les instants si précieux de l'Académie si je n'avais à lui présenter que des considérations stériles, des redites peu capables de l'intéresser, si je n'avais rien de nouveau à ajouter à tout ce qui lui a été communiqué sur cet important sujet. Telle n'est pas ma pensée, et je suis convaincu, au contraire, que cette grande et mémorable discussion, qui dure depuis quatre mois, n'a pas dit son dernier mot. A ne considérer, en effet, que les deux derniers discours de MM. Bousquet et Depaul, peut-on croire que la lumière, que la vérité résulte du choc de ces deux opinions extrêmes, dont l'une a soutenu, avec talent, il est vrai, la spécificité absolue de la vaccine par rapport à la variole, et l'autre l'identité de la vaccine et de la variole; sans compter les questions secondaires afférentes à ces deux points capitaux, qui sont restées indécises, obscures, entourées de contradictions et de méprises. Que l'Académie me permette donc de l'entretenir une seconde fois de cet important sujet, et de chercher à dégager de ce chaos du débat les véritables solutions qui doivent lui survivre.

Mais ce n'est pas chose facile, dans les discussions du genre de celle qui nous occupe, que de préciser nettement les points dissidents, de les ramener à des termes précis, d'où l'on puisse conclure de quel côté est la vérité, de quel côté est l'erreur. Cependant ce n'est qu'à la condition de cette sorte de filtration des idées que la science peut savoir à quoi s'en tenir sur le résultat de nos controverses : là où il n'y a que confusion, qu'incertitude, que des à peu près, il ne peut y avoir de vraie solution. Le progrès accompli dans les sciences implique la précision comme dans le perfectionnement des machines. Je vais donc passer en revue, à la lumière de ce principe, ce qui a été dit sur les trois grandes questions qui ont fait l'objet de ma première argumentation, à savoir : l'*origine de la vaccine*, la *constitution de la vaccine* et les applications pratiques résultant de la considération de ces deux points.

§ I. — Origine de la vaccine.

Il est un premier point, point capital à mon sens, qui domine toute la discussion, qui en constitue le plus grand et le plus beau résultat, qui réalise un vrai progrès dans l'histoire de la vaccine : c'est la réduction de toutes les maladies réputées vaccinogènes, et désignées sous les noms d'*eaux aux jambes*, de *grease*, de *mal du talon* de *javart*, de *feu de Saint-Antoine*, de *sorheils*, etc., etc., à une seule et même maladie, la *variole*, et la découverte de cette maladie, méconnue jusqu'alors sous ces apparences trompeuses, et dénaturée par ces appellations diverses. Car il faut bien distinguer ce résultat positif des deux propositions : la variole et la vaccine sont identiques; la vaccine c'est la variole mitigée : l'un est la clef, la raison, la démonstration des deux autres. Tout le monde avait soupçonné, avait dit que la vaccine devait être une descendance de la variole, une variole mitigée; c'était presque un lieu commun dans la science, qu'on trouvera rappelé presque à chaque page de l'*Histoire de la vaccine* de M. Bousquet; tandis que la première proposition, à savoir, que la maladie qu'on avait prise et décrite jusqu'alors sous les noms d'*eaux aux jambes*, de *grease*, de *javart*, de *feu de Saint-Antoine*, etc., était bel et bon la *variole*, la variole produisant, par son passage du cheval à la vache et de la vache à l'homme, la vraie vaccine; voilà ce qui n'existait pas, voilà donc la véritable découverte, le vrai progrès; tout le reste n'est qu'une conséquence, qu'un corollaire de ce fait primordial, conséquence et corollaire que chacun tire et formule à sa manière, mais dont la valeur et la vérité sont en proportion de la valeur et de la vérité de l'esprit qui les tire. Or voyons d'où vient ce progrès, comment il a été établi, et voyons ce qu'on en a fait.

M. Bouvier, qui s'est donné beaucoup de peine pour en rechercher l'origine jusque dans ses premiers linéaments, le fait remonter à Loy. Loy a établi qu'il y avait deux sortes de *grease*, le *grease* local et le *grease* constitutionnel, accompagné d'une éruption générale, ce dernier comme seul propre à engendrer la vaccine. Mais c'était toujours, aux yeux de Loy, le *grease*, le *mal du talon*, un foyer local compliqué d'un état constitutionnel. Ainsi que l'a fait justement remarquer M. Depaul, l'auteur anglais en avait si bien jugé ainsi qu'il n'avait toujours inoculé que le pus fourni par le mal du talon, pris au foyer du talon et non aux pustules répandues à la surface du corps; d'où il résulte évidemment que la distinction empirique de Loy impliquait la continuation de la méprise diagnostique de ses prédécesseurs. Que manquait-il à cette détermination, exacte jusqu'à un certain point, mais empirique? Il lui manquait l'idée, le rayon de vérité, sans lequel cette distinction entre le grease local et le grease constitutionnel devait retomber dans l'oubli et disparaître comme une lettre morte, dépourvue de signification vivifiante. Or cette vivification, ce rayon de vérité, cette idée, en un mot, c'était, je le répète, que le grease n'était pas le grease, mais la variole elle-même. Il y avait donc entre l'indication empirique de Loy et ce que nous savons aujourd'hui toute la distance qu'il y a précisément entre une erreur et une vérité. Cette manière d'envisager, d'interpréter l'indication de l'auteur anglais peut-elle s'accorder avec celle de M. Bouvier, qui dit que « il « n'a manqué à la description de Loy que les détails précis que l'on « excelle si bien à retracer de nos jours (1)? » Ce qui a manqué à cette indication, je le répète, c'est l'idée, c'est-à-dire qu'on avait affaire à la variole et non à un grease quel qu'il fût. Mais cette idée, ce trait de lumière, qui vient d'éclairer toute l'histoire de l'évolution de la vaccine, devait-elle naître de l'observation et des observations répétées? On a pu en juger par le grand nombre d'écrits qui ont défrayé les trois périodes historiques analysées par M. Bouvier. Tous les auteurs, tous les observateurs, tous les expérimentateurs qui ont prétendu avoir vu tour à tour la vaccine engendrée par les *eaux aux jambes*, par le

(1) *Bulletin de l'Académie*, p. 392.

FEUILLETON.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Compte rendu de M. Orfila, secrétaire général.

Messieurs,

Aujourd'hui, pour me conformer à un usage établi par mes prédécesseurs, je dois, après vous avoir soumis le compte rendu de 1863, vous retracer le tableau des actes et des progrès de l'Association pendant les cinq dernières années. Ces revues rétrospectives ont l'avantage de mettre en relief les résultats les plus importants.

Avant de commencer le résumé des travaux de la commission générale pendant l'année qui vient de s'écouler, je m'empresse de remercier les honorables confrères qui, malgré les distances et les mauvais temps, ont assisté régulièrement aux séances où s'agitent et se décident toutes les questions intéressant l'Association. Et ici, permettez-moi de vous montrer le rôle important de la commission générale.

Appelée par les statuts à représenter l'Association et à agir pour elle, la commission générale est désignée par le sort. Pure de toutes ces manœuvres qui troublent et passionnent si souvent les élections, elle est composée de sociétaires préoccupés avant tout de l'intérêt commun, sans distinction de rang ni d'opinion. Là, de jeunes docteurs, débutant dans la carrière, siégent à côté de confrères expérimentés, et à côté de professeurs éminents les plus modestes praticiens. Dans une telle assemblée, nulle influence ne saurait prévaloir contre une pensée de saine bienfaisance, contre un élan de bonne et sincère confraternité. Mettons donc à profit de si sérieuses garanties pour maintenir l'union inaltérable de notre grande famille! Que la commission générale devienne le confident de nos vœux, et au besoin le juge de nos griefs!

Les auteurs de nos statuts ont bien senti que la désignation par le sort pouvait seule constituer, pour représenter la Société tout entière, une assemblée libre de toute pensée préconçue, de tout engagement personnel. L'événement a pleinement justifié leurs prévisions. Après trente ans d'existence, nous pouvons dire que les commissions générales, depuis la fondation de l'Association, se sont fait remarquer, non seulement par leur zèle et leur dévouement, mais encore par leur impartialité et leur indépendance.

Sans aller chercher dans le passé, l'année 1863 me fournit à propos deux exemples bien faits pour mettre en évidence les scrupuleuses précautions dont s'entourent, avant toute décision importante, les commissions générales.

grease, le *javart*, le *feu de Saint-Antoine*, le *sorheils*, etc., etc.. etc., n'ont-ils manqué d'occasions d'observer, de reconnaître la variole dans les traits du prétendu protée à mille faces? Non sans doute; et pour me servir d'une expression énergique, quoique vulgaire, la vérité ne leur crevait-elle pas les yeux, et pourtant ils ne la voyaient pas. C'est qu'à l'exception du médecin anglais, Baron, dont je n'ai pas pu vérifier les citations, et qui au dire de M. Bouvier, lui, aurait mis l'étiquette sur la maladie, tout le monde a continué, jusqu'à cette dernière discussion, à déraisonner expérimentalement sur les origines de la vaccine, sur la question de savoir si la vaccine nous venait du cheval ou de la vache, et de quelle maladie ces solipèdes avaient le privilége d'engendrer le cow-pox et le horse-pox. Telle est l'histoire en raccourci, mais l'histoire vraie de la vaccine, laquelle se divise en deux époques, celle où l'on a indiqué empiriquement, avec plus ou moins d'exactitude descriptive, la maladie vaccinogène, et celle où cette maladie a été affirmée, démontrée être la variole des animaux. Pour moi, je vous l'ai dit dans mon premier discours, cette découverte a deux dates certaines, mais différentes, et ces deux dates répondent à deux modes de démonstration, au mode inductif et au mode expérimental.

C'est ici, messieurs, que commence ma profonde dissidence avec M. Depaul. Dans ma précédente argumentation j'avais rendu toute justice à notre collègue, et je cite textuellement : « Je ne pouvais « qu'applaudir aux résultats si vaillamment obtenus par M. Depaul,» et j'avais ajouté que, « grâce aux expériences de M. Bouley, grâce à « *la persévérante sagacité* de M. Depaul, ce point (l'existence de la va- « riole chez le cheval réputé atteint de maladie aphtheuse ou d'eaux « aux jambes) nous paraît incontestable. » Voilà pour le mode expérimental.

Mais, ai-je dit, cette détermination par le fait, par le fait placé sous les yeux de M. Depaul par notre collègue M. Bouley, est venue longtemps après une détermination inductive aussi explicite, aussi complète, aussi générale que possible; car, telle que je l'ai formulée le 7 juin 1862, elle reste et elle restera comme l'expression la plus exacte, la plus vraie du nouveau progrès. Or comment M. Depaul a-t-il accueilli le partage entre ces deux ordres de vues? comment a-t-il répondu aux politesses, aux compliments que je lui adressais? Pour le fond, par une dénégation formelle et des équivoques, et pour la forme par une suite d'aménités académiques qui n'avaient pas même le mérite de la nouveauté. Voyons les unes et les autres.

M. Depaul a nié l'antériorité de mes déterminations. Comment s'y est-il pris? Par des équivoques, ai-je dit. Je m'explique.

L'Académie sait que lorsque l'on compare à distance deux objets, deux machines dissemblables au fond, mais semblables en apparence, on peut être tout à fait induit en erreur par ce qu'on appelle vulgairement un *trompe-l'œil*. C'est à un artifice de ce genre, à un véritable trompe-l'œil pour l'esprit que M. Depaul a eu recours pour faire croire à l'antériorité de ses idées sur les miennes. Il vous a cité plusieurs passages de son rapport général sur la vaccine et de ses allocutions du 29 mai et du 3 juin pour prouver quoi? Qu'il professait dès cette époque que les eaux aux jambes, le javart, le grease, etc., n'étaient que la variole des animaux, et que ces maladies n'avaient la propriété d'engendrer la vaccine que parce qu'elles étaient la variole. L'Académie va en juger.

En ce qui concerne le rapport général sur la vaccine publié en 1863, il renferme en effet quelques propositions que M. Depaul avait déjà opposées à M. Bouley pour lui prouver qu'avant sa dernière visite à Alfort, il savait déjà quelque chose des doctrines qu'allait lui révéler ce prétendu cas d'affection aphtheuse du cheval, sous la fausse enveloppe duquel était cachée la variole; mais, outre que ces citations n'ont qu'un rapport éloigné avec l'objet en discussion, elles font partie d'une publication d'une date bien postérieure au 7 juin 1862, puisque le rapport est déclaré avoir été lu dans la séance du 7 avril 1863, et les conclusions provisoirement adoptées dans la séance du 18 novembre 1862. A cette occasion, je me permettrai de demander quelques explications à notre honorable secrétaire perpétuel, qui a contre-signé ledit rapport. J'ai en effet recouru au *Bulletin de l'Académie* pour voir jusqu'à quel point les citations de M. Depaul étaient d'accord avec ses paroles prononcées dans les séances indiquées. Or je n'ai trouvé dans le compte rendu de ces deux séances quoi que ce soit qui concernât le rapport officiel de la vaccine.

M. Dubois : Ce rapport avait été lu en comité secret.

M. J. Guérin : Cela me suffit; mais on remarquera que la date du 7 avril 1863 est bientôt d'une année postérieure au 7 juin, époque de ma publication dans la Gazette Médicale, et que l'impression du rapport sur la vaccine n'a eu lieu encore que longtemps après le 7 avril 1863.

Mais M. Depaul ne m'a pas opposé les citations de son rapport officiel: c'est à M. Bouley seulement qu'il les a opposées. Mais, je l'ai déjà fait remarquer, pourquoi le paquet cacheté à la suite de la visite de M. Depaul à Alfort? Pourquoi M. Depaul n'a-t-il pas dit à son collègue : Mais vous vous trompez; ce que vous me présentez comme un cas d'affection aphtheuse du cheval n'est que la variole, ainsi que cela arrive et ainsi que je l'ai démontré pour les cas d'eaux aux jambes, de javart, de grease, etc.? Cela n'aurait été qu'un fait de plus, une preuve de plus en faveur de sa nouvelle doctrine. Mais cette doctrine, je le répète, n'était pas née dans l'esprit de M. Depaul; elle ne venait que d'y poindre, et il ne voulait pas en confier le secret à M. Bouley.

En ce qui concerne les citations empruntées aux séances des 27 mai et 3 juin, on se rappellera qu'il y avait alors deux faits en discussion : le fait de Brissot, communiqué par MM. Picbot et Maunoury, et le fait de M. Lafosse (de Toulouse). Le fait de Brissot, maréchal, était donné comme un exemple de cow-pox contracté aux mains en ferrant un cheval atteint d'eaux aux jambes. Qu'a dit M. Depaul pour décliner la valeur de ce fait ou pour l'expliquer? Je cite textuellement : « Mais si l'on remarque qu'entre l'époque où Brissot a ferré le « cheval atteint d'eaux aux jambes et le moment où se sont dévelop- « pées les pustules il s'est écoulé vingt-quatre jours au moins, durée « d'incubation qui n'a jamais été observée pour le vaccin, je nie for- « mellement que telle soit en réalité l'origine des pustules développées « chez Brissot. Pour moi, ajoute M. Depaul, voici l'explication que « j'en donne : cet homme a eu une varioloïde, et qu'on n'invoque pas « contre cette idée cette circonstance qu'il n'aurait eu des pus- « tules partielles qu'aux mains, car on ne l'a pas examiné, et l'on ne

---

Dans le courant de février, M. Renouard remettait à M. le président une lettre ainsi conçue :

« A la fin de chaque année, le compte rendu de notre commission administrative fait mention invariablement d'un accroissement notable du fonds social. L'an dernier cet accroissement était de 38,854 fr.; à la fin de 1860, il avait été de 7,000 fr.; à la fin de 1859, d'environ 10,000 fr.; ainsi de suite, en remontant jusqu'à notre fondation. C'est là un résultat dont nous avons lieu de nous réjouir, et qui témoigne hautement de la sage économie avec laquelle sont gérés les fonds de notre Société. Cependant, messieurs, nous ne devons pas oublier que nous sommes une Association de secours instituée pour venir en aide à nos confrères malheureux ainsi qu'à leurs proches, et qu'il y aurait autant d'inhumanité que d'injustice à laisser les uns ou les autres dans la souffrance pour le plaisir d'augmenter indéfiniment notre capital. Les compagnies purement financières, elles-mêmes, ont coutume d'assigner une limite à leurs fonds de réserve, et lorsqu'elles ont atteint cette limite, elles n'hésitent pas à se montrer moins parcimonieuses dans l'emploi de leurs ressources disponibles.

« Notre Association, messieurs, vous le savez, a commencé petitement; la première préoccupation de ses fondateurs a été d'assurer son avenir par la création d'un fonds de réserve assez respectable, et ils ont dû quelquefois, par suite de cette préoccupation, s'imposer la dure nécessité de n'accorder que des secours incomplets, insuffisants, à des misères honorables. Mais aujourd'hui que ce but primitif paraît atteint, aujourd'hui que notre capital s'élève à un chiffre qui ne laisse aucune appréhension pour l'avenir, ne convient-il pas de faire une plus large part au soulagement des misères présentes? Faut-il que, pour accroître notre prospérité future, nous laissions dans la souffrance des infortunes dignes de tout notre intérêt?

« Non, messieurs, vous ne le voudrez pas; vous ne voudrez pas ressembler à l'avare qui se prive du nécessaire, lui et les siens, pour grossir incessamment un trésor auquel il ne touchera jamais!

« Voici ce qu'on lit dans le résumé de la situation financière à la fin de 1861 : Total des recettes en nombres ronds, 62,000 fr. Secours alloués à des sociétaires ou à leurs représentants, 12,500 fr.; *idem* à des étrangers, 2,500 fr ; total des secours alloués, 15,000 fr.; c'est-à-dire le quart des sommes reçues dans le courant de l'année.

« Parmi ces recettes sont compris 32,000 fr. de dons éventuels; ce qui réduit les revenus annuels assurés à 30,000 fr., c'est-à-dire au double des secours accordés.

« Ce coup d'œil jeté sur notre situation financière suffit, messieurs, pour vous convaincre que notre règlement fait, dans l'état actuel, une attribution excessive au fonds de réserve, et qu'il lie trop les mains à la commission générale pour l'emploi des ressources disponibles.

« En conséquence, les sociétaires soussignés ont l'honneur de vous proposer la révision des articles 20 et 21 de nos statuts. »

Cette lettre était signée par douze honorés sociétaires, dont trois,

« sait pas s'il n'en a pas eu en même temps quelques-unes sur le « corps. » (Séance du 3 juin 1862, *Bulletin*, p. 878.) Voilà, messieurs, comment au 3 juin M. Depaul raisonnait. Je le demande au plus simple bon sens, si notre collègue avait cru et su à cette époque que, sous la fausse dénomination d'eaux aux jambes se cachait la variole, qu'aurait-il eu besoin d'aller chercher, comme on dit, midi à quatorze heures; au lieu de nier le fait, il aurait dit tout simplement : le cheval ferré par Brissot avait la variole. Toute la doctrine de M. Depaul, révélée par le fait de l'affection aphteuse de M. Bouley, était là. A cette époque donc, M. Depaul ne soupçonnait pas ce qu'il a appris depuis.

Pour le malade de Toulouse, la même chose. On voulait prouver que le vaccin vient du cheval, et à cet effet on avait inoculé *deux génisses* avec le pus provenant d'un cheval réputé atteint d'eaux aux jambes. Que dit M. Depaul? Je cite toujours textuellement : « A ce « moment il y avait une épidémie de variole dans le pays, et je crois, « quant à moi, que les juments, aussi bien que les *génisses atteintes* « ont subi l'influence épidémique. » (*Bulletin*, p. 855.) M. Depaul n'avait qu'une idée en vue; je cite encore : « Nous ne voulons savoir « qu'une chose, et c'est quel est le point de départ de la vaccine? » Et il ne voulait pas admettre que les génisses l'eussent reçue du cheval.

M. Depaul a encore rappelé ces paroles qu'il a prononcées dans la séance du 27 mai : « D'ailleurs, pour le dire tout de suite, la vaccine n'est que la variole mitigée, » et ce à quoi M. Bousquet a répondu : « C'est aussi mon opinion. » (*Bulletin*, p. 855 et 856.) De façon que M. Bousquet aurait le droit de partager avec M. Depaul le bénéfice de cette déclaration, si elle avait la signification que notre collègue a prétendu lui donner. Mais je n'ai pas besoin de le répéter, cette idée de la plus ou moins grande parenté de la vaccine avec la variole qui traînait dans la science, qu'on avait induite de la ressemblance des deux éruptions et de la préservation de l'une par l'autre, n'avait rien de commun avec la détermination de la variole chez les animaux et la réduction de toutes les maladies prétendues vaccinogènes à une seule et même maladie, la variole des animaux.

Enfin voici deux mots péremptoirement significatifs, par lesquels M. Depaul termine son allocution concernant les eaux aux jambes considérées comme vaccinogènes : « Tout cela exclut à nos yeux l'idée « que les eaux aux jambes aient rien de commun avec la vaccine. » (*Bull.*, 879.) Voilà le dernier mot de la pensée de M. Depaul au 3 juin 1862. Je dis la pensée, et la pensée véritable; car vous savez que, avec des citations tronquées, des mots à double sens, des trompe-l'œil, en un mot, il est parvenu à faire croire qu'au 27 mai et au 3 juin il savait ce qu'il sait aujourd'hui; mais il n'en était rien. Si bien que notre collègue M. Bouley, dans la séance du 10 juin, résumait la discussion par ces paroles, aussi justes que remarquables : « Il ressort, dit-il, de cette discussion ce fait incontestable, que c'est « le cheval qui est la source de la vaccine. Mais quelle est la maladie « qui donne le vaccin? Voilà ce que *l'on ignore encore complétement*, « et ce qui reste à déterminer à l'avenir par des expériences. » (*Bulletin de l'Académie*, séance du 10 juin, p. 909.)

Eh bien! messieurs, c'est à la suite de cette discussion, alors que M. Bouley venait de déclarer qu'on ignorait *complétement* la maladie qui donne le vaccin, et qu'il léguait à l'avenir de faire cette découverte, c'est alors, dis-je, que j'ai donné cette solution très-explicite dans la GAZETTE MÉDICALE du 7 juin 1862, non pas comme une opinion hasardée, comme une idée jetée au vent de la science, mais par une induction générale réfléchie, motivée et fondée sur les lois de la science et exprimée dans des termes tels qu'il n'y aura rien à y retrancher, rien à y changer. Cette solution, je l'ai présentée, non comme membre de l'Académie, qu'importe, mais comme organe de la presse qui, elle aussi, a le droit de se considérer comme une tribune de la science et de la vérité. J'ai peu compris l'antagonisme et l'incompatibilité que M. Depaul a voulu établir entre ces deux rôles.

Si je ne craignais d'abuser des moments de l'Académie, ce serait peut-être le cas d'insister sur la valeur des solutions obtenues par la méthode inductive, comparées à celle que donne le mode expérimental; car on est généralement peu disposé à reconnaître aux premières la confiance et l'intérêt qu'on accorde aux secondes. La médecine, qui tend de plus en plus à marcher sur les traces des sciences physiques, des sciences constituées, à employer leurs méthodes, à s'inspirer de leurs résultats, ne devrait pas oublier que dans ces sciences les révélations du calcul ne sont pas moins précises que celles de l'expérience; car, ainsi que me le disait un jour un des illustres physiciens de l'époque, M. Biot, dont j'avais l'honneur d'être l'ami, le calcul, tel qu'on l'emploie dans les régions élevées de la science, est une machine à syllogismes. Un célèbre astronome de notre temps ne l'a-t-il pas parfaitement prouvé? Il a dit un jour : Dans tel point du ciel il doit y avoir, il y a une planète inconnue, et la lunette d'un autre astronome, braquée sur ce point, y a constaté par l'observation la planète révélée par le calcul, c'est-à-dire par l'induction. Ainsi du grand au petit.

J'ai indiqué plus explicitement dans mon premier discours la série d'idées par lesquelles mon esprit s'assimilant, comme l'a fort bien dit M. Depaul, les faits produits, et y lisant autre chose que ce qu'on y avait lu, a été conduit à formuler, dans toute leur généralité, les conclusions que M. Depaul a déduites directement, mais postérieurement, et une à une, de nouveaux faits par lui observés.

Mais comment notre collègue a-t-il accueilli cette prétention? Ici, messieurs, j'éprouve un nouvel embarras. Je voudrais bien ne prêter à notre collègue que les choses qu'il a dites, et le *Bulletin* de notre dernière séance n'a point encore paru. Les journaux seuls ont rendu compte de son argumentation. M. Depaul voudrait-il bien me dire lequel des journaux de l'*Union médicale*, de la *Gazette des hôpitaux* ou de la *Gazette médicale* peut être considérée par lui comme le plus fidèle interprète de ses paroles et de sa pensée.

M. DEPAUL : Je n'ai lu aucun journal.

M. J. GUERIN : Je suis donc obligé, messieurs, de faire appel à vos souvenirs, convaincu qu'ils seront d'accord avec les miens, ne voulant d'ailleurs faire intervenir que les données les plus générales de l'argumentation de M. Depaul.

Comment, ai-je dit, notre collègue a-t-il accueilli mes prétentions et mes arguments? L'Académie le sait : en m'imputant des prétentions ridicules; je me serais donné, selon lui, comme seul doué du privilége de théoriser, de généraliser, reléguant mes collègues dans les rangs des simples observateurs, des partisans du fait brut.

MM. Renouard, Marc Sée et Feulard, faisaient partie de la commission générale. Immédiatement, sur la demande du bureau, quatre membres de la commission générale, au nombre desquels se trouvaient les deux signataires de la lettre, présents à la séance, furent chargés d'étudier la question de concert avec le bureau; il fut d'ailleurs décidé que, sauf le président, le secrétaire général et le trésorier, dont le règlement a établi les droits, les autres membres du bureau n'auraient que voix consultative.

Après un examen approfondi, les conclusions à proposer à la commission générale furent arrêtées d'un commun accord par la commission d'étude, et M. Marc Sée, signataire de la lettre, fut chargé du rapport.

Quelques passages extraits de ce rapport suffiront à justifier les statuts du reproche qui leur est adressé.

Et d'abord, la lettre contenait une erreur considérable. Voici, à ce sujet, les paroles du rapporteur :

« Il importe avant tout de vous faire remarquer que ces chiffres (les chiffres énoncés dans la lettre) ne traduisent point exactement notre situation financière pour l'année 1861. En effet, de la somme de 30,000 fr. à laquelle se sont élevées nos recettes en dehors des dons éventuels, il faut retrancher 6,000 fr., représentant le reliquat de 1860, ce qui réduit à 24,000 fr. nos recettes disponibles. Mais peut-on dire que ces 24,000 fr. représentent un revenu annuel assuré? Malheureusement non. Sur cette somme, 10,000 fr., formant les intérêts de notre capital social, peuvent seuls être considérés comme un revenu assuré : le reste, produit des cotisations, est essentiellement éventuel, puisqu'il dépend du nombre des sociétaires. »

....

Plus loin, le rapporteur explique les circonstances qui ont déterminé l'insertion dans les statuts des art. 20 et 21 :

« A ce propos, il ne sera peut-être pas inutile de rappeler dans quelles circonstances fut instituée cette répartition des cotisations entre le fonds de réserve et le fonds de secours. C'était en 1845 : jusqu'alors la cotisation annuelle n'était que de 12 fr.; elle était destinée tout entière à être distribuée en secours; et néanmoins, la Société avait économisé depuis sa fondation un capital de 68,000 fr., produisant un revenu annuel de 2,710 fr. Mais ces économies avaient été faites, grâce à des circonstances exceptionnelles qui, très-probablement, ne se présenteront plus jamais. Pendant les trois premières années de notre Association, aucun sociétaire ne s'était vu dans la nécessité de réclamer son assistance, de sorte que la presque totalité des recettes avait pu être capitalisée. Il n'en fut plus de même dans la suite; les demandes de secours se multiplièrent et vinrent absorber la plus grande partie des cotisations : le capital social resta donc à peu près stationnaire. C'est alors que, sur un rapport parfaitement motivé de notre zélé trésorier, l'Assemblée générale des sociétaires décida que dorénavant les cotisations seraient portées de 12 fr. à 20 fr., et que les 8 fr. d'augmentation seraient consacrés exclusivement à l'accroissement du fonds social. Revenir aujourd'hui sur cette décision, en ajoutant ces 8 fr. aux som-

Je n'ai pas besoin de protester contre une semblable imputation. personne ne professe une plus haute estime, une plus respectueuse déférence pour l'Académie et chacun de ses membres en particulier, et je défie M. Depaul de trouver dans mes discours quoi que ce soit qui justifie une semblable allégation. Je n'insisterai donc pas davantage sur le côté personnel de la discussion; mais l'Académie me permettra peut-être d'en tirer une conséquence non sans intérêt pour la science. L'occasion est belle de montrer à M. Depaul et à tous les anachorètes de l'observation pure qui prétendent ne se nourrir que de faits, comment ils appliquent à l'occasion leur doctrine quand il s'agit des personnes. Je vais essayer de vous donner à mon tour la théorie de la critique de M. Depaul en tant qu'observateur, y compris celle de notre excellent collègue M. Bouillaud qui, lui aussi, a cru devoir me jeter la pierre à l'occasion de mes réserves philosophiques.

M. Bouillaud : Je demande la permission d'interrompre M. Guérin pour déclarer que je n'ai rien dit de ce qu'on m'a fait dire, même dans le *Bulletin de l'Académie*. Je suis loin d'être opposé aux idées de M. Guérin, et j'ai montré, dans une autre circonstance, que nous pouvons très-bien marcher ensemble.

M. Guérin : Je suis très-heureux de la déclaration de M. Bouillaud. Je vois avec satisfaction qu'à la fin de notre carrière nous pouvons nous donner la main comme nous le faisions à notre début. La déclation de M. Bouilland me met d'ailleurs plus à l'aise pour parler de l'esprit d'observation de M. Depaul.

L'exercice de l'observation ne se circonscrit pas dans un cercle aussi étroit que paraît le croire M. Depaul, au lit du malade ou à l'amphithéâtre, par exemple, armé du stéthoscope ou du scalpel. L'observation s'exerce dans toute l'étendue de l'horizon de l'esprit humain, en lisant, en regardant, en écoutant. Pendant que je parle à cette tribune je suis pour vous tous un objet d'observation. Mais dans toutes ces conditions le véritable observateur est soumis aux même lois; il doit voir et entendre, reproduire exactement ce qu'il a vu et entendu, et interpréter et conclure logiquement. M. Depaul a-t-il rempli ces conditions en ce qui me concerne? L'Académie va en juger. Dans mon premier discours, j'avais dit, à propos de l'observation et de l'expérience : « Ces méthodes, dont personne n'apprécie « plus que moi l'importance et l'utilité, ne sont que des instruments « au service de l'esprit; mis en œuvre, ils n'ont de valeur que ce que « vaut l'esprit qui les emploie. Ce n'est donc pas l'observation et l'ex- « périmentation qu'il faut considérer en premier lieu, mais l'observa- « teur et l'expérimentateur, c'est-à-dire la valeur, la rectitude et la « portée de son intelligence; cette valeur, cette rectitude et cette « portée se révèlent par la justesse et la grandeur de ses conceptions; « et l'observation, l'analyse et l'expérimentation ne sont que des « moyens propres à contrôler, vérifier et mettre en évidence la sûreté « et la généralité de ses inductions. » Voilà ce que j'ai dit des observateurs et des généralisateurs. Y a-t-il là un seul mot, une seule apparence de ce que m'a prêté M. Depaul? A ces paroles, si dégagées de personnalités, si sympathiques à l'excellence de vos esprits, il a attribué les paroles que vous savez, avec l'interprétation que vous savez et la conclusion que vous savez. Telle est la critique de M. Depaul. Je pourrais donc conclure à mon tour que M. Depaul est toujours un mauvais observateur, surtout quand il s'agit de juger les travaux et les idées de ses collègues. N'est-ce pas de cette façon encore qu'il vous a parlé de la théorie de la fièvre puerpérale, que j'ai eu naguère l'honneur d'exposer devant l'Académie? Cette théorie, vous a-t-il dit, est un pur rêve de l'esprit, conçue à la légère, sans le secours ni le contrôle de l'observation, une pure induction. Or à cette époque j'avais précisément dit et pensé le contraire. J'avais dit que cette théorie, d'abord simple induction, suggérée par les faits physiologiques, qui avaient servi de base à la méthode sous-cutanée, avait été soumise au contrôle des faits, en plusieurs circonstances et notamment durant toute une épidémie, à l'Hôtel-Dieu, sous le bienveillant contrôle de mon savant collègue et ami M. Louis. Les propositions que j'ai formulées alors, je les avais déduites de plus de soixante observations, recueillies avec le plus grand soin par une personne ici présente (1). Voilà pour la manière dont M. Depaul entend et reproduit ce qui se dit; voici comment il l'interprète. J'avais montré, et je le rappelle en quelques mots, que l'utérus présente, après l'accouchement, deux conditions physiologiques essentiellement différentes, suivant qu'il revient graduellement sur lui-même et suivant qu'il ne revient pas, qu'il reste inerte, gonflé, globuleux. Dans le premier cas, la plaie utérine acquiert les caractères et les propriétés d'une plaie *fermée*, à l'abri du contact de l'air; dans le second, il conserve les caractères et les propriétés d'une plaie *ouverte*, exposée au contact de l'air, et subissant toutes les conditions de cette exposition. Telle est cette théorie en raccourci, théorie aussi incontestable que le fait qui lui sert de base (2). Comment M. Depaul l'a-t-il reproduite et interprétée? Il vous a parlé des lois de retrait de l'utérus, que j'aurais fixées arbitrairement à tel ou tel nombre de jours, lois qui peuvent à coup sûr être modifiées, réformées, précisées, mais qui n'ont qu'un rapport éloigné avec la vraie théorie, et qui surtout n'impliquent en aucune façon l'insuffisance ou le défaut de vérité de cette théorie, laquelle est acceptée aujourd'hui partout dans la science et la pratique. Que conclure de cette façon d'observer de M. Depaul quand elle s'applique aux travaux de ses collègues? Que c'est un mauvais observateur, et par une induction, aidée du proverbe *ab uno disce omnes*, conclure que c'est toujours un mauvais observateur? Dieu m'en garde; j'aime mieux reconnaître que,— dans la question qui nous occupe, dans l'accomplissement du grand et véritable progrès réalisé par cette discussion, à savoir la réduction de toutes les maladies réputées vaccinogènes à la variole des animaux, la découverte de la variole des animaux sous les fausses apparences de maladies apocryphes dont on avait fait naître la vaccine, — M. Depaul aura une part légitime, mais une part seulement, réglée par les différents ordres de faits et d'idées qui ont concouru à ce progrès.

§ II. — Constitution de la vaccine.

Le second point à examiner est celui des rapports de la variole avec la vaccine. L'Académie n'a peut-être pas oublié le soin avec le-

(1) M. le docteur Brochin.

(2) Voir pour l'exposé de cette théorie le discours prononcé dans la discussion sur la *fièvre puerpérale*, Gaz. Méd., 5 juin 1858, p. 349.

---

mes à distribuer en secours, ce serait provoquer certainement le retour des mêmes faits qui avaient éveillé votre sollicitude en 1845, et compromettre l'avenir de notre Société. »

Il me paraît inutile de multiplier ces citations, car vous voyez déjà que, malgré les louables et généreuses préoccupations des auteurs de la proposition, la commission générale a dû se prononcer pour le maintien des art. 20 et 21 des statuts.

Si l'importance de la question dont je viens de vous entretenir justifie à vos yeux de si longs développements, vous me pardonnerez sans doute d'insister sur un autre sujet, non moins intéressant, qui a fixé également l'attention de la commission générale.

Pour tous ceux qui, par un travail opiniâtre et au prix de sacrifices de toutes sortes, ont acquis le titre de docteur en médecine, l'indifférence est difficile en présence de l'inqualifiable audace que les parasites de la profession médicale déploient sans cesse à usurper un titre dont ils sont à tous égards indignes. D'ailleurs, appelés chaque jour à réparer les fautes (trop souvent, hélas! irréparables) de tous ces impudents industriels, les médecins vraiment dignes de ce nom déplorent la naïve confiance des malades, et ont à cœur de mettre le public en garde contre les piéges qui lui sont tendus.

La pensée de sauvegarder les priviléges et l'honneur d'un titre qui doit être respecté, et plus encore une sollicitude éclairée pour tous ces malheureux qui, victimes du mensonge, livrent leur santé à des ignorants, ont déterminé un honorable sociétaire, M. Dally, à demander à la commission générale si l'Association ne doit pas rechercher les moyens de mettre un terme à des abus si nuisibles pour tous. Une commission nommée pour étudier la question, a tenu plusieurs séances sous la présidence de M. le professeur Velpeau; elle avait d'ailleurs sollicité et obtenu le concours du savant conseil judiciaire de l'Association, M. Paillard de Villeneuve, toujours prêt à répondre au premier appel. L'étude ne resta pas d'abord circonscrite dans les limites du vœu formulé par M. Dally : il était bien naturel d'étendre le champ des délibérations, et la question générale de la répression de l'exercice illégal de la médecine absorba dans les premiers moments toute l'attention. M. Perdrix qui, comme secrétaire général, a pris pendant dix ans une part si active et si importante à tous les actes de l'Association, fut amené à rappeler les efforts persévérants que l'Association de Paris a faits autrefois pour arrêter les ravages d'un fléau chaque jour plus violent et plus funeste : la lutte sagement organisée, vigoureusement soutenue ne fut pas sans résultats; l'ardeur des délégués d'arrondissement, l'énergie des commissions générales et l'insistance, que rien ne rebutait, du fondateur de l'Association, parvinrent à obtenir de nombreuses condamnations; mais après un grand nombre de victoires, chèrement achetées, il fallut enfin reconnaître que le triomphe ne saurait être définitif et complet, tant que les coupables seraient soutenus par deux complices, placés au-dessus des atteintes du corps médical, je veux dire l'insuffisance de la pénalité et la crédulité publique.

Après avoir combattu l'exercice illégal de la médecine avec une ar-

quel j'ai cherché à régler la part de l'élément varioleux fourni par la variole des animaux dans la constitution de la vaccine. La découverte de cet élément avait conduit M. Depaul à considérer la vaccine humaine comme identique à celle des animaux, et subsidiairement à affirmer l'identité de la variole et de la vaccine. J'avais combattu cette doctrine et cherché à lui en substituer une autre qui, tout en tenant compte des nouvelles lumières jetées sur l'origine de la vaccine, me paraît plus conforme à l'observation des faits et au résultat de l'expérience. Cette doctrine, M. Depaul a feint de la passer sous silence. Il vous a dit que j'avais combattu des idées et des prétentions qu'il n'avait jamais eues. A cette façon d'argumenter je pourrais répondre en deux mots et dire : Je maintiens ce que j'ai dit. Mais la science ne saurait se contenter d'une pareille manière d'argumenter, et dans l'intérêt des saines doctrines, je veux ôter à M. Depaul le prétexte et le bénéfice de son silence.

En présence de la nouvelle conquête, en présence de la démonstration de l'élément varioleux des animaux dans la constitution de la vaccine, il y avait trois doctrines possibles : 1° celle de l'identité de la variole et de la vaccine ; 2° celle de la spécificité absolue des deux affections, nonobstant l'intervention de l'élément varioleux dans la vaccine ; 3° finalement, celle de la différence des deux produits, différence non spécifique, mais, telle qu'elle est, réglée tout à la fois par la présence reconnue de l'élément varioleux des animaux et par les caractères et les propriétés du produit engendré par cet élément : la première professée par M. Depaul, la seconde par M. Bousquet, et la troisième par moi. Ce n'est pas cette dernière, vous le savez, que M. Depaul a prise à partie, mais celle de M. Bousquet, celle de la spécificité absolue de la vaccine et de la variole. Pourquoi cette préférence? Parce que l'une est plus facile à combattre que l'autre. Et en effet, malgré tout le talent que notre savant collègue a mis à la défendre, cette doctrine de la spécificité absolue de la vaccine a fait son temps. Il n'est plus permis, depuis la démonstration de la présence de l'élément varioleux des animaux dans la vaccine, de séparer ces deux produits comme absolument différents, comme deux espèces étrangères l'une à l'autre. M. Depaul a donc eu beau jeu malgré tous les arguments un peu surannés de la partie adverse, de la doctrine que M. Bousquet n'a défendue que parce que son siége était fait, et que, malgré son excellent esprit, il ne voulait pas recommencer. Ce n'est donc ni du côté de la spécificité absolue de la vaccine et de la variole, et encore moins du côté de l'identité absolue de ces deux produits, qu'est la vérité ; la vérité est ailleurs : elle est dans la considération logique et l'appréciation expérimentale de la valeur de l'intervention de la variole des animaux dans la constitution de la vaccine. Or c'est ce que M. Depaul a manqué de faire, et qu'on y prenne garde, cette considération n'a pas seulement pour but d'éclairer le problème scientifique, elle se résout en considérations dont la pratique aura à faire son profit. C'est ce que je vais essayer de prouver.

Je pars toujours de l'idée que la maladie des animaux qui produit le cow-pox, c'est la variole et la variole des animaux ; c'est pour moi une chose démontrée, établie, claire et certaine, comme ce qu'il y a de plus clair et de plus certain. Que se passe-t-il lorsque l'on inocule le cow-pox à l'homme? On implante dans l'organisme de ce dernier le principe varioleux des animaux, lequel se modifie en raison du milieu où on le transporte ; mais on fait plus : on met chez l'homme, qui renferme dans ses humeurs l'élément varioleux en puissance, puisqu'il doit avoir un jour la variole, le principe varioleux des animaux, d'où mélange, d'où combinaison des deux principes ; d'où la vaccine humaine. Nous ne connaissons pas le secret de cette combinaison mystérieuse, mais elle existe et elle est attestée par la différence et la nouveauté de ses produits. Cependant l'élément varioleux des animaux, transporté chez l'homme et mélangé, combiné dans son organisme avec les humeurs et l'élément varioleux qu'elles renferment en puissance, peut être considéré comme l'analogue du produit du croisement de deux races d'animaux. C'est une sorte de métissage qui engendre un produit mixte, participant tout à la fois de l'un et de l'autre générateur, mais sans conserver ni une identité absolue avec l'un ni offrir une opposition complète avec l'autre. Voilà, si je ne me trompe, la seule manière de considérer la vaccine comme originaire de la variole des animaux, tout en lui assurant la différence qu'elle tire de son implantation chez l'homme et de la combinaison de ses éléments avec les éléments varioleux en puissance chez ce dernier.

Je n'ai pas besoin de rappeler ici les propositions qui caractérisent la vaccine et la différencient profondément de la variole. Ces différences se résument surtout dans ces deux faits considérables, à savoir : du côté de la vaccine, éruption primitive, limitée aux insertions vaccinales, sans fièvre ni éruption secondaires : d'où absence d'infection ; du côté de la variole, éruption générale, consécutive à l'éruption locale de l'inoculation, avec fièvre et généralisation du principe infectant : d'où l'infection. Telle est la loi consacrée par l'observation et l'expérience depuis près d'un siècle. Cependant à cette loi il y a quelques exceptions : parfois, mais rarement, la vaccine est suivie d'une éruption générale secondaire, et même, au dire de M. Depaul, d'une sorte de fièvre vaccinale. Je ne fais aucune difficulté de le reconnaître. Mais quoi de plus facile, à la lumière de la vraie théorie de la vaccine, que d'expliquer ces anomalies? Quelle est la signification de ces prétendues exceptions? C'est tout simplement un souvenir de la variole, c'est le témoignage d'une prédominance accidentelle de l'élément varioleux qui se remontre de temps à autre pour attester la véritable origine de la vaccine. Ce fait est le résultat d'une autre loi. Les personnes qui se sont occupées de zootechnie, et je suis heureux de parler devant des hommes compétents, savent très-bien que, lorsque l'on croise les races en vue d'obtenir de nouveaux et meilleurs produits, il arrive souvent qu'au milieu des métis véritables il se manifeste des sujets qui rappellent, par un de leurs caractères, l'une de ses origines primitives. C'est ainsi que le croisement de la race mérinos avec la race berrichonne voit reparaître parfois les cornes du premier, qui ont disparu dans la généralité des produits du croisement ; c'est ainsi que l'accouplement de la race south-down avec la race normande ou picarde montre parfois des sujets avec la face tout à fait noire ou tout à fait blanche des deux races avec lesquelles on opère le croisement. Il ne faut donc pas s'étonner que la variole des animaux se réveille parfois, mais très-faiblement et exceptionnellement dans la vaccine humaine, considérée comme le produit d'une sorte de métissage entre les hu-

---

deur, une persévérance et un succès qui n'ont pas encore été égalés, l'Association de Paris crut devoir renoncer à une lutte sans issue. Elle saisit cependant toutes les occasions qui s'offrirent de mettre à profit une trêve devenue nécessaire : en 1847, elle s'empressa de faire parvenir aux pouvoirs chargés alors d'élaborer une loi sur l'exercice et sur l'enseignement de la médecine, l'expression de ses vœux ; la rédaction du mémoire résumant les réclamations de l'Association fut confiée à la plume élégante et lucide de M. Tardieu, que nous sommes heureux de retrouver aujourd'hui au milieu de nous. Les choses, hélas! en sont toujours au même point! La discussion ouverte dans la Chambre des pairs sur le projet présenté par le gouvernement fut, vous le savez, brusquement interrompue, et le corps médical attend encore une loi protégeant ses intérêts et sa dignité. Dans ces conditions, il n'est pas possible que l'Association songe à se départir de la réserve naguère adoptée ; mais la commission a été d'avis que la révision de la législation actuelle doit être instamment sollicitée.

Désarmé pour le moment en face du premier complice des guérisseurs improvisés, le corps médical ne peut-il rien tenter pour atteindre le second complice de l'impudence et du mensonge? n'existe-t-il pas quelque moyen de désabuser la crédulité publique? Ici nous rentrons dans la proposition de M. Dally. Convaincue que si chacun pouvait vérifier facilement les titres et les droits des suspects, on ne tarderait pas à démasquer les imposteurs, la commission a reconnu qu'il fallait, avant tout, s'assurer si des listes exactes, comprenant les noms de tous les docteurs ou officiers de santé autorisés à exercer la médecine, existent quelque part et peuvent être facilement consultées. Une démarche a donc été tentée, conformément à la décision de la commission générale, et elle a obtenu un succès complet. Voici, en effet, la lettre bienveillante que S. Exc. le ministre de l'instruction publique nous a adressée, en réponse à une demande qui lui a été remise par notre président :

« Paris, le 12 août 1863.

« Monsieur le président,

« Vous m'avez fait l'honneur de m'exprimer, au nom de l'Association des médecins du département de la Seine, le vœu que des listes exactes, comprenant tous les docteurs et tous les officiers de santé autorisés à exercer la médecine dans l'étendue de l'empire français, soient dressées par mes soins et distribuées de manière que chacun puisse en toute occasion les consulter facilement.

« Je m'empresse de vous faire connaître que ce vœu est rempli depuis longtemps. Tous les diplômes de docteur en médecine et d'officier de santé, délivrés par les Facultés et Ecoles de médecine de l'empire, ainsi que les équivalences accordées pour des diplômes étrangers, sont enregistrés dans mes bureaux et soigneusement consignés dans un répertoire spécial, où l'on peut s'assurer si la situation d'un praticien quelconque est régulière au point de vue du diplôme dont il doit être pourvu.

meurs, si ce n'est entre la variole des animaux et celle de l'homme. C'est de cette façon, mais de cette façon seulement qu'on peut dire, avec M. Bousquet, que les cas très-exceptionnels de pustulation générale qui se sont offerts dans la longue carrière de la vaccine étaient peut-être des produits de la variole.

§ III. — Conséquences pratiques.

Quelles sont les conséquences pratiques qui doivent résulter des considérations précédemment exposées? L'inoculation substituée à la vaccine? M. Depaul l'a désavouée, et je l'en félicite de nouveau.

M. Depaul : Je n'ai pas besoin d'être félicité d'avoir abandonné une idée que je n'ai jamais eue.

M. J. Guérin : Le proverbe le dit : tout mauvais cas est niable. Mais puisque M. Depaul m'y force, je lui apporterai la démonstration selon toutes les règles de l'observation et de l'expérimentation ; car, s'il est vrai que j'avais cru pouvoir m'en rapporter à mon propre témoignage pour affirmer que M. Depaul avait proposé, sous une forme plus ou moins hésitante, d'en revenir à l'inoculation, je vais aujourd'hui confirmer ces déclarations par celles de plusieurs de nos collègues. Ainsi M. Blache, dont nous apprécions tous la bienveillance et le sens droit, me disait au sortir de la séance: La proposition de M. Depaul est bien grave, quand on considère qu'une seule pustule dans l'œil, à la suite de l'inoculation, est dans le cas de faire perdre la vue au malade ; et M. Michon qui m'a dit le même jour : Mais M. Depaul n'y songe pas, en voulant nous ramener à l'inoculation, il ne tient pas compte du terrain par lequel a passé le cow-pox ; et M. Bouley, qui a rappelé séance tenante, que M. Depaul avait fait plus que proposer le retour de l'inoculation, qu'il l'avait pratiquée ; et MM. Ricord et Gibert, qui m'ont confirmé aujourd'hui même leur souvenir, le dernier en me rappelant textuellement les paroles de M. Depaul ; bien d'autres encore. Voilà, si je ne me trompe, une démonstration comme les aime M. Depaul, suivant toutes les règles de l'observation, de l'expérience et j'ajouterai de l'induction, car ceux d'entre vous qui n'oseraient pas affirmer les paroles de notre collègue ont été tous d'accord pour confirmer l'interprétation qu'elles ont reçue de toutes parts.

Mais deux mots des conséquences pratiques qu'il est utile de tirer de la constitution mieux définie de la vaccine.

Puisqu'il est établi que la vaccine nous vient de la variole des animaux, il importe de surveiller la qualité de cette dernière : celle-ci est épidémique, endémique ou inoculée, c'est-à-dire sous trois états et avec des degrés différents de virulence, dont le plus faible suffit à la génération du cow-pox et à la préservation de la variole. Inutile d'insister pour faire voir que de ce degré de virulence pourra dépendre la prédominance de l'élément varioleux dans la constitution de la vaccine, et par conséquent la manifestation des symptomes qui trahissent cette prédominance.

Quant à celle ci, c'est à-dire à la vaccine, qui aurait une tendance à déborder le cercle ordinaire de son action, il est inutile d'insister pour faire voir combien la pratique aura à profiter d'une appréciation plus délicate et plus étiologique de ces exceptions. On préférera puiser le vaccin aux sources qui ne trahissent aucune prédominance de l'élément varioleux pour s'éloigner autant que possible des accidents de l'inoculation : telles sont les éruptions vaccinales sans le moindre trouble fébrile et sans éruption consécutive.

Je n'insiste pas davantage sur ces considérations, qui se trouvent complétées et résumées dans les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS.

Au point de vue scientifique :

1° La vaccine a pour origine la variole des animaux, laquelle par son passage à travers leur organisme et par sa transplantation chez l'homme, acquiert les propriétés et offre les caractères d'un produit nouveau qui doit conserver son titre comme il conserve son individualité ;

2° La vaccine n'est pas plus la variole elle-même qu'elle ne constitue une espèce à part entièrement distincte de la variole : c'est une sorte de produit mixte analogue au produit du métissage chez les animaux, caractérisé surtout par la localisation des pustules d'insertion, sans éruption secondaire et sans fièvre éruptive, et par conséquent sans le caractère infectieux qui en est la conséquence ;

3° Les cas très-rares de pustulation générale et de fièvre d'éruption à la suite de l'inoculation de la vaccine sont des témoignages de la présence de l'élément varioleux dans la vaccine, et de tendances à la prédominance de cet élément, qui doivent être pris en grande considération dans la pratique de la vaccination.

Au point de vue pratique :

4° La vaccine doit être religieusement conservée comme une précieuse conquête de l'art, et ne peut, dans aucun cas, être suppléée par l'inoculation de la variole ;

5° Il faut avoir égard, dans la prise du vaccin, à l'existence des symptômes de fièvre éruptive et d'éruption secondaire, et n'inoculer que du pus provenant de sujets qui n'ont que des pustules d'insertion vaccinale ;

6° Quant au renouvellement du cow-pox, il faut avoir égard aux deux circonstances principales : que les animaux n'aient pas contracté la variole épidémique, et qu'ils ne la présentent pas dans son caractère général le plus développé. Il sera préférable d'ailleurs de ne prendre le virus que sur des pustules de variole inoculée.

PATHOLOGIE INTERNE.

Néo-membranes et extravasations sanguines produites par l'inflammation de l'arachnoïde crânienne pariétale ; par le docteur Daniel Brunet, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Niort, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la Société médico-psychologique et de la Société d'anthropologie.

(Suite. — Voir les nos 3, 4, 8, 9 et 10.)

MODE DE FORMATION DES KYSTES DE LA CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE.

A. Le sang est compris entre la face interne de la dure-mère et le

---

« Veuillez donc assurer l'Association que vous présidez, qu'en s'adressant à mon département toutes les fois qu'elle le jugera convenable, elle peut être certaine de trouver immédiatement tous les renseignements désirables.

« Le conseiller d'Etat, secrétaire général,
« *Signé* Genteur. »

Il existe donc des listes officielles! elles nous permettront de savoir exactement si tous ces prétendus docteurs ou médecins, qui couvrent les journaux et les murs de leurs annonces, ont le droit de déshonorer le titre que nous voulons faire respecter. Forts de renseignements puisés à une source authentique, nous pourrons, à toute occasion, rétablir la vérité : ce sera un excellent moyen de calmer des enthousiasmes prématurés, de prévenir bien des catastrophes. — Je ne saurais quitter ce sujet sans vous dire que la commission générale a adopté les propositions de ses délégués, après avoir entendu le rapport rédigé par M. Dally : obligé de renoncer à reproduire en entier le travail lumineux de notre honoré confrère, j'aurais voulu vous communiquer les passages les plus importants; mais chaque partie se lie si étroitement aux autres, qu'il m'a été impossible de détacher le moindre fragment.

Après cet exposé si détaillé des considérations développées à propos de deux questions importantes et des décisions adoptées par la commission générale, il me reste, pour terminer le compte rendu annuel, à vous entretenir des changements survenus dans le personnel de l'Association pendant l'année qui vient de s'écouler et de la gestion financière pour l'exercice 1863 :

Les nouveaux sociétaires, que nous sommes heureux de compter parmi nous, sont : MM. Labbé, Elleaume, Beau, Nitard-Ricord, Simon, Crequy, Lefeuvre, Brongniart, Maurice, Pajot, Tamin-Despalles, Peron, Péan, Hurteaux, Leudet, Tillaux, Moreau (Emile), Boulland, Augier, Hallé, Triger fils, Lemaire, Bourienne, Pondeveaux, Leclère, Lebled et Lefort.

Malgré ces vingt-sept admissions, le nombre des sociétaires est presque le même que l'an dernier à pareille époque. C'est que la mort a frappé dans nos rangs avec plus de rigueur que par le passé. Nous avons eu la douleur de voir successivement tomber dix-neuf de nos confrères, tous dévoués à l'Association. Rendons un dernier hommage à MM. Andrieux, Archambault, Bernardin, Berthelot, Bondart, Boullard (père), Brunet, Delorme, Dubreuil, Herouard, Janin, Patissier, Poumiès, Rony, Rougon, Sallacroux, Thirial, Toirac, Roques et Vasseur.

A ces pertes irréparables se sont ajoutées des séparations qui nous laissent au moins l'espoir du retour. MM. Albanel, Dubois (d'Amiens), Herpin et Roche ont envoyé leur démission, et MM. Bernardet et Subervie, absents de Paris depuis dix ans, ont dû être considérés comme démissionnaires.

Permettez-moi de rattacher au chapitre sur le personnel quelques développements à propos du renouvellement partiel du bureau. En dé-

feuillet pariétal de l'arachnoïde, Rostan (1), Blandin (2), Andral (3), Menière (4). Cette opinion est peut-être rejetée aujourd'hui d'une manière trop exclusive. Il n'est pas rare d'observer au-dessous de ce feuillet de petits épanchements sanguins semblables aux ecchymoses produites par des piqûres de puces. Si à l'état normal, il est trop mince et trop adhérent pour pouvoir être décollé par des épanchements sanguins considérables, ne pourrait-il pas s'épaissir, devenir moins adhérent, sous l'influence d'une phlegmasie chronique? MM. Gendrin, Rochoux, Gintrac (de Bordeaux), etc., admettent que toutes les séreuses peuvent présenter ces altérations.

Même dans cette hypothèse ce mode de formation serait très-rare, puisque les membranes kystiques présentent le plus souvent des caractères qui ne permettent pas de les confondre avec la séreuse pariétale.

B. Le sang est compris entre les deux lames de la dure-mère. Tous les faits sont contraires à cette opinion que MM. Michon et Manec émirent à la Société anatomique en 1830, à propos de la présentation d'un kyste sanguin par M. Fabre, pour expliquer l'épaissement et la résistance de la paroi inférieure.

C. Le liquide épanché par l'arachnoïde pariétale décolle dans une étendue plus ou moins considérable une néo-membrane qui lui était appliquée, et au bout de quelque temps une nouvelle lame membraneuse se forme sur ce feuillet séreux.

Ce mode d'enkystement nous paraît pouvoir expliquer la plupart des faits que contient la science, bien que quelques auteurs aient cru pouvoir le révoquer en doute.

On observe en effet tous les temps de sa formation : décollement plus ou moins considérable, puis organisation à toutes ses périodes d'une néo-membrane dans le point qui correspond à l'épanchement.

L'extravasation sanguine et l'exsudation de blastème peuvent ainsi alterner un grand nombre de fois, et l'on rencontre des néo-membranes composées de quinze à vingt feuillets néo-membraneux, dans les intervalles desquels on trouve çà et là de petits épanchements.

Le décollement de la néo-membrane est beaucoup plus fréquent à la voûte du crâne qu'à la base, et quand cette dernière région est tapissée par une néo-membrane, celle-ci est très-mince et formée ordinairement par une seule lame.

Les faits suivants, que nous pourrions encore rendre beaucoup plus nombreux, prouvent d'une manière très-nette ce mode de formation kystique.

Obs. III, 4e série, Bayle (5). — Il existe des caillots de sang noirâtre, sous forme de plaques, dans les fosses orbitaires, sur les apophyses d'Ingrasias et sur la fosse latérale moyenne droite, de la base du crâne, placés entre la fausse membrane et le feuillet arachnoïdien de la dure-mère.

Obs. VI. — Sur les fosses occipitales droites une portion de la fausse membrane était séparée de la dure-mère dans une étendue de 3 pouces de long environ sur 1 de large, et formait une sorte de canal sinneux, irrégulier et sans issue, rempli par un sang noir et fluide; la surface de cette cavité était recouverte de plusieurs caillots de fibrine.

Obs. VII. — On voyait dans la fosse occipitale supérieure gauche un caillot de sang aplati, assez épais, qui occupait toute cette cavité, et était placé entre la dure-mère et la fausse membrane qu'on soulevait sans peine.

Obs. X. — Sous la fausse membrane, on voyait dans les fosses moyennes de la base du crâne plusieurs petits caillots sanguins.

M. Calmeil (1), page 434 : On porte le tranchant du bistouri sur les parties latérales de la faux du cerveau, et l'on incise la dure-mère d'avant en arrière. Au lieu de pénétrer dans la grande cavité de l'arachnoïde, on pénètre dans une poche remplie de liquide. Cette poche est formée d'une part aux dépens de la dure-mère, de l'autre aux dépens d'une fausse membrane qui est aussi étendue que la membrane fibreuse à laquelle elle adhère, mais dont elle est séparée par la sérosité vis-à-vis de la partie convexe des hémisphères. Cette fausse membrane est parfaitement organisée.

M. Calmeil, dans le *Traité des maladies inflammatoires du cerveau* si riche en faits remarquables de tous genres, rapporte plusieurs observations dans lesquelles le mode de formation des kystes est clairement indiqué.

OBSERVATIONS DE PÉRIENCÉPHALITE CHRONIQUE DIFFUSE.

Obs. LXXXIII, t. I. — La dure-mère est tendue, sillonnée par des arborisations vasculaires considérables tant à droite qu'à gauche. On sent à travers sa trame la fluctuation d'un liquide. Dès qu'elle a été incisée, il s'échappe à travers les lèvres de l'ouverture qui a été pratiquée dans son épaisseur, une certaine quantité d'un liquide jaunâtre, et qui est placé entre le feuillet pariétal de l'arachnoïde et une fausse membrane. 100 grammes d'un liquide tout semblable se trouvent déposés pareillement entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la face inférieure de la fausse membrane dont il vient d'être fait mention.

Au demeurant, ce produit couenneux repose sur la dure-mère. Il enveloppe la totalité des deux hémisphères cérébraux en s'enfonçant dans les fosses de la base du crâne. Il offre une bonne ligne d'épaisseur, est composé d'au moins deux lames superposées, et séparées l'une de l'autre çà et là par de gros grumeaux d'un sang violacé; il est ferme, sans présenter encore de ramifications vasculaires. On parvient à le séparer sans la moindre difficulté des régions où il adhère à l'arachnoïde pariétale.

Obs. CX, t. II. — Il existe dans la cavité de l'arachnoïde droite une fausse membrane cellulaire mince, d'une couleur grisâtre, correspondant à la fosse temporale, qu'elle recouvre presque entièrement. Cette production est fixée sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Il existe dans la cavité arachnoïdienne gauche une fausse membrane beaucoup plus vaste, et qui enveloppe la presque totalité du lobe céré-

(1) *Nouveau journal de médecine et de chirurgie*, p. 88, et *Recherches sur le ramollissement du cerveau.*
(2) *Anat. top.*, p. 42.
(3) *Clinique médicale*, vol. V, p. 2.
(4) *Archives générales de médecine*, t. XXI. (Mémoire inédit analysé par Dezémeris.)
(5) *Méningite chronique*, 1826.

(1) *Paralysie considérée chez les aliénés*, 1826.

signant l'an dernier pour la présidence le savant éminent, le maître vénéré que vous avez élu sans hésitation, la commission générale ne s'est préoccupée, quoi qu'on en ait dit, que de placer encore une fois l'Association sous le patronage d'un grand nom. M. le professeur Velpeau, touché d'un hommage si spontané, a répondu par une activité infatigable à l'appel qui lui était adressé. Témoin de cette ardeur, qui ne s'est pas démentie un instant, pénétrée d'un sentiment nouveau, la reconnaissance, qui est venue s'ajouter à sa respectueuse sympathie, convaincue d'ailleurs que la présidence ne saurait, sans de graves inconvénients, passer de main en main, la commission générale vous recommande avec confiance la réélection du président, qui depuis un an est notre guide et notre soutien.

Autant il convient de maintenir longtemps à la tête de l'Association le chef qui la personnifie, autant il importe d'appeler successivement au bureau, à titre de vice-présidents, un grand nombre de confrères. Initier les hommes de cœur aux secrets de notre œuvre bienfaisante, n'est-ce pas nous assurer de leur part un concours dévoué? Le moment est donc venu de rompre avec l'usage, établi depuis la fondation, de réélire indéfiniment les mêmes vice-présidents. Mais un renouvellement annuel créerait des difficultés redoutables et nous éloignerait du but que nous nous proposons. En effet, ce n'est pas en un an que le sage fonctionnement et les innombrables bienfaits de notre institution peuvent être sainement appréciés. Comment donc fixer les époques de renouvellement? L'art. 23 du règlement d'administration intérieure fournit une solution conciliant les habitudes du passé avec les innovations devenues nécessaires. Cet art. 23 nous permet de conférer le titre honoraire aux membres du bureau ayant rempli pendant dix années consécutives les mêmes fonctions. Tout vice-président réélu dix ans de suite peut donc rester au bureau à titre de membre honoraire et concourir, comme autrefois, par son zèle et ses lumières, à la prospérité de l'Association. Remarquez en passant que, comme vous avez à élire aujourd'hui un nouveau vice-président, la combinaison que vous venez d'entendre entraînera l'élection d'un nouveau vice-président à des intervalles réguliers de cinq ans. La commission générale a reconnu les avantages du renouvellement décennal: mais elle n'a pris, elle ne pouvait prendre à cet égard aucune décision : les considérations qui précèdent ne sont que de simples renseignements livrés à vos méditations; elles ne peuvent engager la liberté des élections. M. Barth a donné trop de gages d'attachement à l'Association pour que la commission générale, en recommandant à vos suffrages le vice-président généreux et zélé qui siége depuis cinq ans au bureau, ait simplement eu en vue de se conformer au principe qu'elle avait approuvé. Bien plus que la consécration d'une mesure administrative, cette décision est un témoignage solennel de gratitude et de déférence.

M. Monneret a persisté, malgré toutes les instances, à décliner l'honneur d'une réélection. M. le professeur Nélaton est désigné à vos suffrages par la commission générale pour succéder à M. Monneret. Insister sur les motifs qui ont dicté un tel choix me paraît chose inutile. Est-il

bral gauche; elle est séparée du feuillet pariétal de l'arachnoïde par un épanchement séreux assez abondant; elle repose par exception sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde, dont on la sépare d'ailleurs sans difficulté; elle est d'une transparence parfaite, elle offre cependant dans deux ou trois régions des plaques couleur de bile, de la largeur d'un centimètre.

Dans ces deux dernières observations, l'examen microscopique ne mentionne pas de vaisseaux.

Dans l'observation suivante de folie paralytique recueillie par M. Parchappe, les kystes sanguins sont séparés de l'arachnoïde pariétale par des caillots noirâtres, et contiennent dans leur intérieur près de 500 grammes de sang noir et liquide.

Le sang des cavités kystiques a-t-il été extravasé après la formation de leur paroi supérieure?

Cette question me semble difficile à résoudre, et dans le cas d'affirmative, il faudrait admettre avec M. Calmeil que cette paroi se serait déchirée pour donner passage au sang, puisque ces kystes ne sont pas vasculaires.

M. Parchappe n'ayant pas trouvé d'ouverture accidentelle, il me semblerait plus rationnel d'admettre le mode ordinaire de formation.

Un kyste membraneux occupe de chaque côté toute la région supérieure du cerveau jusqu'à la base du crâne. Chaque kyste est distendu par une quantité considérable de sang noir et liquide qui jaillit avec force au moment de l'ouverture du kyste. La quantité de sang contenu dans les deux kystes est de 500 grammes au moins. Chaque kyste est constitué par une fausse membrane qui double la dure-mère revêtue de son feuillet arachnoïdien, et se replie au pourtour de la base du cerveau, pour doubler l'arachnoïde cérébrale. Cette membrane mince, demi-transparente, adhère lâchement par des filaments celluleux au feuillet arachnoïdien de la dure-mère, et est assez résistante. Quelques brides celluleuses s'étendent au travers de la cavité kystoïde de la portion qui double la dure-mère à celle qui double l'arachnoïde cérébrale. Il n'y a pas d'adhérences entre la fausse membrane et l'arachnoïde cérébrale. Il n'y a pas de différences sensibles pour les formes et le degré d'organisation d'un côté à l'autre.

Entre les parois du kyste et le feuillet pariétal arachnoïdien, existent des plaques de sang coagulé condensé par couches, à la manière de ce qui s'observe dans les tumeurs anévrismales.

Ces plaques sont larges et épaisses de 3 à 4 millimètres, au niveau du rebord inférieur du kyste gauche, en arrière et au-dessus du pourtour de la tente du cervelet. Des plaques plus petites, plus minces, sont irrégulièrement disséminées dans le reste de l'étendue de la paroi externe du kyste, au-dessous de la pseudo-membrane et au-dessous de ces plaques l'arachnoïde pariétale, bien que rugueuse et dépolie, existe manifestement, et peut être assez facilement détachée de la dure-mère. L'arachnoïde et la pie-mère cérébrale sont comme desséchées et vides de sang; les circonvolutions semblent affaissées et aplaties.

A la base du cerveau il n'y a aucune trace d'épanchement sanguin; la face supérieure de la tente du cervelet est aussi dans l'état normal.

On recherche avec soin une ouverture accidentelle qui ait pu donner passage au sang. On n'en peut trouver aucune. Les tissus sont intacts et contiennent du sang. La surface cérébrale est intacte. Des adhérences nombreuses de la pie-mère à la couche corticale, déterminent une décortication superficielle.

Les circonvolutions offrent en plusieurs points de leur bord libre une coloration rouge uniforme, résultat évident d'une imbibition sanguine.

La couche corticale est mince et pâle. La substance blanche est très-molle, granulations ventriculaires. Plusieurs épanchements sanguins pisiformes dans l'épaisseur de la protubérance cérébrale.

Dans notre observation X (1), on voit à droite un épanchement sanguin notable entre une néo-membrane décollée dans une partie de son étendue, et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, tandis qu'à gauche, elle contient plusieurs sanguines complétement enkystées.

Dans notre observation XI, il n'y a pas, à proprement parler, de paroi supérieure; le sang est compris entre une néo-membrane fibrense et le feuillet pariétal de l'arachnoïde; c'est à peine si l'on peut enlever avec l'ongle, à sa surface, une légère pellicule sans consistance et qui paraît de date toute récente.

Dans notre observation XII la paroi supérieure, quoique bien organisée, était beaucoup moins épaisse, et moins résistante que la paroi inférieure.

Celle-ci était formée par trois ou quatre feuillets unis très-intimement entre eux, tandis que celle-là ne pouvait se diviser qu'en deux feuillets.

Toutes ces citations nous paraissent démontrer d'une manière incontestable que dans les kystes de l'arachnoïde pariétale, le liquide sanguin ou séreux est d'abord compris entre une néo-membrane décollée et le feuillet séreux, et que la paroi supérieure de ces kystes, est toujours moins ancienne que la paroi inférieure.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

RECHERCHES SUR LA PÉRINÉORAPHIE; DESCRIPTION DU NOUVEAU PROCÉDÉ MIS EN USAGE PAR M. DEMARQUAY; par M. le docteur LAUNAY, ancien interne des hôpitaux et médecin à Rueil.

(Suite. — Voir le nº 10.)

Guillemeau paraît avoir été le premier qui se soit servi de la suture pour réunir les bords d'une déchirure périnéale. La rupture était complète et datait déjà d'un premier accouchement; ce fut six semaines après une seconde parturition que ce chirurgien procéda à l'opération. Il fit dans la partie médiane une suture entortillée; en avant et en arrière, il fit des sutures simples. Ses efforts furent couronnés du succès le plus complet: au bout de quinze jours, la malade était complétement guérie. Malheureusement elle devint enceinte de nouveau, et malgré les précautions prises, une portion de la cicatrice se déchira pendant l'accouchement. (Guillemeau, *De la grossesse et accouchement des femmes*, p. 427, édit. 1621.)

(1) *Traité théorique et pratique de la folie*, etc., p. 299.

---

besoin de rappeler la générosité de M. Nélaton pour l'Association? Personne ici ne manquera de se rallier à un maître dont le nom donnera au bureau un nouveau relief, une nouvelle autorité.

La décision de la commission générale, au sujet de l'élection du secrétaire général consignée dans les lettres de convocation, n'a pas été motivée. Mon rôle de rapporteur se borne donc ici à vous rappeler un fait; mais mon rôle de candidat m'oblige à solliciter pour un moment votre attention. Un article inséré dans un journal, en 1861, contient ces mots: « Car M. L. Orfila cède à un sentiment respectable, quoique nous persistions à le croire erroné, et surtout inopportun, celui de défendre une *création de famille* que personne n'attaque.. » Cette phrase, à l'époque où elle a été écrite, avait, je suppose, pour but d'amoindrir la valeur d'une argumentation à laquelle on ne pouvait opposer aucune objection directe et sérieuse: elle ne me parut pas comporter une réponse, et elle s'effaça bientôt de mon esprit. Mais en étudiant tout ce qui se rattache aux questions que je dois traiter aujourd'hui, j'ai retrouvé les lignes que je viens de citer; il me paraît impossible, au moment où vous allez voter, de ne pas vous dire toute ma pensée; je crois vous devoir compte de mes sentiments. Sans chercher à réfuter (ce serait abuser de votre bienveillance) une insinuation plus imprudente qu'utile, je me bornerai à une simple déclaration. En acceptant, il y a cinq ans, le mandat que vous m'avez remis, j'obéissais, il est vrai, à un élan de mon cœur. Heureux de me consacrer au culte d'une mémoire chère et vénérée, je me suis enrôlé au service de l'œuvre fondée par Orfila avec votre concours; mais je savais que céder, même pour un instant, à une préoccupation personnelle ou de famille, c'était offrir au fondateur un encens impur qui n'eût point été agréé. Je me suis donc contenté de servir l'Association *pour elle-même*, et c'est exclusivement pour elle-même que je la servirai encore, si vos suffrages me confèrent de nouveau le titre de secrétaire général.

Le compte rendu de la gestion financière a été distribué à tous les sociétaires: vous savez donc déjà les résultats principaux. Tous ces chiffres, groupés au point de vue de la comptabilité, exigent cependant quelques explications: j'essayerai de les présenter aussi claires et aussi brèves que possible.

Mais, avant tout, je m'empresse de remercier, à l'exemple de la commission de comptabilité, MM. Vosseur et Genouville. Vous connaissez trop le zèle, le dévouement de notre cher trésorier titulaire, pour qu'il soit nécessaire de les signaler à votre reconnaissance: je me bornerai donc à proclamer l'ardeur et les services du trésorier adjoint.

Le mouvement de notre caisse, pendant l'année 1863, se résume dans le tableau suivant:

Il faut ensuite arriver à la fin du dix-septième siècle et au commencement du dix-huitième pour voir la suture du périnée pratiquée de nouveau par les chirurgiens. Elle avait été conseillée jusqu'alors, mais aucun ne l'avait mise en usage.

Mauriceau pensait que dans certains cas on pouvait entreprendre la restauration du périnée. Il rapporte à ce propos plusieurs observations curieuses qui montrent que la périnéoraphie lui paraissait devoir être mise en usage dans certaines circonstances. En 1671, une jeune femme le pria instamment de la débarrasser d'une infirmité datant de neuf ans et résultant d'un accouchement dans lequel s'était faite une déchirure vulvo-anale complète. Le vagin communiquait avec l'anus; une cicatrice épaisse, calleuse, s'était formée. Mauriceau recula devant les chances d'une tentative de suture; il conseilla à la malade de garder sa difformité plutôt que de courir les risques d'une opération grave et douloureuse. En 1689, le même accoucheur vit deux jeunes femmes accouchées depuis deux à trois jours de leur premier enfant. Chez chacune d'elles il s'était fait une déchirure du périnée assez considérable. Mais comme le sphincter anal n'avait point été intéressé, et que, dit cet accoucheur, *ces deux femmes étant du commun n'avaient pas besoin de la décoration de cette partie qui ne devait leur servir qu'à faire des enfants*, il aima mieux les laisser dans cet état que de leur faire subir une opération douloureuse. (Mauriceau, *Observation sur la grossesse et l'accouchement des femmes*, t. II, p. 463.)

Sauf ces deux cas, dans lesquels on voit que Mauriceau croyait à l'efficacité de la suture du périnée, il ne dit pas l'avoir pratiquée.

En 1702, *de la Motte* mit en usage cette opération chez une jeune femme des environs de Valognes, accouchée depuis quatre jours seulement. Elle avait le périnée déchiré, mais sans que le sphincter anal eût été intéressé. Il l'opéra immédiatement, et fit trois points de suture simple; elle guérit en peu de temps, et plusieurs accouchements subséquents ne purent détruire la suture.

En 1704, le même accoucheur vit une autre jeune femme des environs de Valognes, chez laquelle un accouchement avait produit une déchirure considérable du périnée entraînant l'incontinence de matières fécales. Il lui proposa de l'opérer; elle s'y refusa. Quand il la revit assez longtemps après, son état s'était amélioré d'une manière notable; les matières fécales ne sortaient plus involontairement, et la malade resta dans le même état. (De la Motte, *Traité complet des accouchements*, p. 761, édit. de 1721.)

Smellie rapporte un cas de suture du périnée qu'il pratiqua cinquante jours après l'accouchement chez une femme dont le vagin et le rectum réunis ne formaient plus qu'un canal long de 2 pouces; il aviva la cicatrice et fit quatre points de suture, dont deux profonds. Mais il survint une inflammation violente et de la gangrène, des escarres se détachèrent, et cependant cette femme y gagna qu'au bout de trois mois elle pouvait retenir ses excréments. (Smellie, t. III, p. 457.)

En 1794, Noël, chirurgien de Reims, opéra une femme qui, dans un premier accouchement, avait eu le périnée largement déchiré. Elle avait eu depuis sept enfants. Il y avait incontinence des matières fécales. La cloison était déchirée dans une étendue de 1 pouce 1/2 extérieurement. Après avoir avivé la cicatrice, il mit en usage la suture entortillée. Il rapprocha les deux lèvres de la solution de continuité à l'aide de deux épingles de laiton, dont les extrémités furent maintenues réunies à l'aide de fils cirés. Il eut soin que le ventre restât libre pendant le temps qui suivit l'opération. Le sixième jour, il ôta l'épingle du côté du vagin; le quinzième jour, celle du rectum tomba d'elle-même. La guérison fut complète. (*Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. VII.)

En 1796, Murenna fit la suture du périnée pour une déchirure dans laquelle une partie du sphincter anal était intéressée, une petite portion de ce muscle étant restée saine entre l'anus et la vulve. La femme était enceinte de trois mois. Il fit deux points de suture. Le cinquième jour, la malade avorta, et les lèvres de la plaie se désunirent; elle ne voulut pas que le chirurgien fît une nouvelle tentative. L'insuccès dépendit très-certainement de l'inopportunité du moment auquel fut faite l'opération.

En 1797, Saucerotte (de Lunéville) pratiqua avec succès la suture du périnée dans une circonstance assez intéressante. Une double déchirure s'était produite; outre la rupture de la fourchette, il s'en était fait une autre au-dessus du sphincter anal resté sain entre les deux solutions de continuité. L'accident datait de trois mois et vingt jours quand le chirurgien procéda à la restauration des parties lésées. A l'aide d'un porte-aiguille imaginé pour la circonstance, il réunit, après les avoir avivés, les bords de la solution de continuité placés au-dessus du sphincter. Il se servit de la suture du pelletier ou à surjet, et fit six points complets, c'est-à-dire que chaque bord de la fente fut percé six fois. Il commença la suture par la partie supérieure. Il réunit de la même manière la plaie du dehors après avoir également pratiqué l'avivement de ses bords. Saucerotte mit sa malade à la diète la plus sévère, et fit ce qu'il put pour obtenir la constipation. Mais le onzième jour des coliques violentes survinrent, et il sortit des matières dures qui déchirèrent trois points de suture et passèrent par le vagin par-dessus le sphincter anal. Cependant, malgré cet insuccès, la plaie supérieure se trouva réduite de moitié, et Saucerotte fit une seconde opération un mois après la première; seulement cette fois il coupa le sphincter et fit alors la suture avec une facilité beaucoup plus grande. Il eut soin en outre de tenir le ventre libre, et le succès fut complet. Trois semaines après, la malade pouvait retenir ses excréments. (*Mélanges de chirurgie et recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. IV.)

En 1799, Mentzell répara un périnée déchiré. Le sphincter était lésé profondément; il opéra la réunion à l'aide de deux points de suture simple, la guérison se fit rapidement et fut aussi complète que possible.

En 1802, Osiander pratiqua la suture du périnée dans un cas où le sphincter anal avait été rompu en totalité. Ce fut Langenbeck qui opéra la réunion de la plaie le quatrième jour après l'accouchement. Il appliqua en tout six points de suture, dont deux sur la cloison recto-vaginale, deux sur le périnée et deux à l'orifice anal. Trois jours après, les deux points du périnée étaient déchirés et les autres coupés profondément. Osiander laissa les fils de la cloison, mais il enleva les autres, aviva les parties avec une spatule rougie au feu; puis il plaça un point de suture à l'orifice anal et trois sur le périnée, en comprenant dans les anses de fil une grande épaisseur de

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE

du 1er Janvier au 31 Décembre 1863.

RECETTES.	fr. c.	DÉPENSES, EMPLOI.	fr. c.	BALANCE.	fr. c.
Le 1er janvier 1863, en caisse.	3,129.60	Sommes allouées à 8 sociétaires et à 17 veuves de sociétaires . . .	13,859.00	Recettes.	29,674.25
Cotisations (12 fr. sur chacune). . .	7,572.00	Secours à 20 personnes étrangères à l'Association.	1,610.00	Emploi et dépenses.	28,327 95
Admissions et surplus des cotisations.	7,335.00	Gestion, imprimés, etc.	1,457.90	Le 1er janvier 1864, il reste en caisse.	1,346.30
17 dons.	2,202 65	Achat de 500 fr. de rentes. . . .	11,401.05		
Rentes	9,435.00				
Total.	29,674.25	Total. . .	28,327.95		

Les sommes sorties forment un total de 16,926 fr. 90 c., sur lesquels 15,469 fr. ont été distribués en allocations et secours. Quant aux 11,401 fr. 65 c. qui, pour la conformité des écritures, sont portés au compte des dépenses et emploi, ils ne sont pas sortis de la caisse, pas plus que les 1,346 fr. 30 c. indiqués comme restant en caisse au 1er janvier 1864; seulement ces 1,346 fr. sont là en espèces, tandis que les 11,401 fr. sont représentés par un titre de rente.

Il résulte de tout cela, qu'après avoir largement satisfait à notre mission de bienfaisance, nous avons pu réserver et capitaliser la somme considérable de 11,401 fr. S'il est doux de constater un résultat aussi satisfaisant, il n'est pas moins doux d'exprimer hautement notre reconnaissance aux généreux donateurs à qui nous le devons.

La liste insérée dans le compte rendu de la gestion financière contient tous les noms. Je considère comme un devoir de vous les rappeler.

	fr.	c.
Mme veuve Bourgeois.	100	»
Mme veuve Blandin.	50	»
Mme veuve Marjolin.	50	»
M. Georges Marjolin.	20	»
M. et Mme Casenave.	20	»
Mme Lucien Boyer.	200	»
M. Brizard	30	»
M. Ameuille.	465	65
M. Desmarres.	395	»
M. Maindrault.	400	»
M. Woillez.	50	»
Une conférence pour l'internat	17	»
M. Nélaton.	40	»
MM. Roger.	135	»

parties molles et en serrant médiocrement. Le soir même un accès de toux fit passer un peu de matières fécales par le vagin, mais aucun fil ne fut déchiré. Le dixième jour Osiander ôta quatre fils; le premier fil du périnée, celui qui était le plus près de la vulve, avait coupé les tissus; mais tout le reste était aussi bien réuni que possible, la consolidation fut parfaite.

En 1805, Dupuytren fut appelé par Gardien et un autre médecin près d'une jeune fille accouchée en secret hors de la maison paternelle. Il s'était fait une rupture du périnée s'arrêtant à 1 pouce de hauteur de la paroi antérieure du rectum. Plusieurs jours s'étaient écoulés depuis l'accident. Dupuytren fit une suture à points séparés. Un mois après, la malade retourna chez son père; une suppuration opiniâtre s'était opposée à la réunion; mais les fils tenaient solidement. La cicatrisation fut longue à se faire, mais le succès fut parfait.

Malgré les résultats satisfaisants qu'avait déjà donnés la suture du périnée, malgré les succès nombreux rapportés par les chirurgiens, Boyer n'avait que peu de confiance dans cette opération; il la regardait comme offrant des chances de succès très-problématiques. Ce chirurgien allait jusqu'à dire que si tous ceux qui avaient pratiqué cette suture avaient fait connaître les résultats obtenus, on eût vu que dans le plus grand nombre des cas ils avaient échoué dans leurs tentatives.

Cependant il ne la proscrivait pas d'une manière absolue, et admettait que dans certains cas il fallait y avoir recours, mais seulement lorsque les malades la demandaient avec instance. Il se fondait sur ce fait que l'opération dont nous parlons n'est le plus souvent pas dangereuse, et que, du reste, elle a pour but de remédier à une infirmité qui fait de la femme un objet de dégoût; que, de plus, si la tentative échoue, l'état de la malade ne sera pas aggravé par l'opération qu'elle aura subie. (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. V, p. 788, 5ᵉ édition.)

En 1832 Roux, pressé par un médecin dont la femme avait eu le périnée déchiré dans un accouchement, entreprit pour la première fois la périnéoraphie. Ayant peu de confiance dans le succès, il ne tenta l'opération qu'avec répugnance et fit la suture entortillée; il échoua complétement. Instruit par sa propre expérience, Roux mit dès lors en pratique un autre procédé, il eut recours à la suture enchevillée.

La périnéoraphie avait été déjà pratiquée en Allemagne par Dieffenbach (de Berlin); mais nous ne sommes pas toujours en France au courant des progrès scientifiques qui se font à l'étranger; ces opérations n'étaient pas parvenues jusqu'à nous, lorsque Roux fixa l'attention d'une manière définitive sur cette suture abandonnée alors comme difficile dans son exécution, incertaine et chanceuse dans ses résultats.

Ainsi nous avons vu jusqu'ici les chirurgiens français faire de la suture du périnée une opération toute d'imagination; chacun la pratiquait à sa manière, agissant suivant son inspiration, se basant sur les circonstances, ne formulant aucune méthode précise. C'est à Roux que revient l'honneur d'avoir appelé sur elle d'une manière sérieuse l'attention des praticiens, de lui avoir assigné des règles fixes, d'avoir enfin classé la périnéoraphie au nombre des opérations que tout chirurgien doit pratiquer.

PROCÉDÉ DE ROUX.

La malade doit être placée comme dans l'opération de la taille, couchée sur le dos, les membres abdominaux écartés, fléchis et maintenus immobiles dans cette position. Les lèvres de la solution de continuité doivent être écartées par des aides. Le chirurgien commence par pratiquer supérieurement sur chaque lèvre de la plaie une incision horizontale de la largeur du lambeau qu'il veut enlever. En limitant ainsi d'avance l'étendue du lambeau qu'il va tailler sur la cicatrice, il ne risque pas de s'égarer en agissant sur des surfaces disposées d'ordinaire d'une façon peu symétrique.

Il taille ensuite largement ses deux lambeaux, et avive avec soin le bord de la cloison recto-vaginale.

La suture se fait à l'aide de fils de Bretagne réunis à plat et cirés. Les deux chefs sont placés dans le chas d'une aiguille courbe assez grande et assez forte. De cette manière, on aura d'un côté une anse pour placer les chevilles, et de l'autre les deux chefs pourront être noués sur la cheville opposée.

Les fils doivent être passés de droite à gauche; le plus postérieur s'applique le premier. Il faut prendre la plus grande quantité possible de tissus environnants et piquer l'aiguille sur le côté interne de la fesse pour la faire sortir du côté opposé, en ayant soin de comprendre dans l'anse de fil une portion de la muqueuse rectale.

On place ensuite de la même manière le fil du milieu. Celui-ci est le plus difficile à appliquer, car il est très-important qu'il passe bien nettement dans le centre de la cloison, entre la muqueuse du vagin et celle du rectum préalablement avivées.

Enfin on place le troisième fil, le plus supérieur. On doit avoir la précaution de prendre avec ce dernier une partie de la muqueuse vaginale.

Il faut avoir grand soin que l'ouverture de sortie de l'aiguille, à gauche de l'opérateur, soit exactement parallèle à l'ouverture d'entrée, afin que les bords de la solution de continuité soient parfaitement en rapport.

Les fils étant ainsi disposés, on serre les anses sur des chevilles rondes en gomme élastique; on noue les fils opposés sur des chevilles semblables, de telle sorte qu'on puisse les desserrer s'il y avait menace d'étranglement ou de gangrène.

Il est indispensable de réunir aussi exactement que possible pour que la coaptation soit complète; pour empêcher l'absorption des matières putrides formées par suite de l'opération, matières qui pourraient devenir le point de départ d'une infection purulente; enfin, pour que la plaie ne donne aucun accès aux liquides venant de la vessie, du vagin ou du rectum, qui pourraient empêcher la réussite de l'opération, ou du moins occasionner des fistules dont il est déjà si difficile d'empêcher la formation.

Après l'opération, on place la malade sur son lit, couchée sur le dos, les cuisses maintenues, rapprochées et soutenues par un coussin mis sous les jarrets. On pratique le cathétérisme toutes les fois qu'elle éprouve le besoin d'uriner, ou bien on lui met une sonde à demeure. On fait aussi des injections émollientes pour modérer la

---

M. Barth	140	»
MM. Barth et Maindrault	80	»
MM. H. Roger et Martin Saint-Ange	20	»

La bienfaisance ingénieuse imagine mille expédients pour enrichir la caisse de l'Association: tantôt le prix de consultations qu'on ne veut pas accepter, malgré l'insistance des malades, nous est remis par des confrères bienfaisants; ces exemples sont nombreux. Tantôt le produit d'une liquidation nous est offert. Vous avez remarqué en tête de la liste des donateurs bien fidèles depuis longtemps; et le surcroît de générosité de madame Bourgeois, veuve o'un fondateur de l'Association, n'a pas échappé à votre attention. Vous avez été touchés de voir madame Lucien Boyer imiter un exemple paternel; son nom sera inscrit à côté de celui de M. Amussat. Enfin, vous avez remarqué les noms des deux honorés sociétaires, MM. Ameuille et Maindrault qui, en perpétuant leur cotisation, concourent par le meilleur moyen à assurer le présent et l'avenir de l'Association.

A côté de toutes ces donations acquises se placent deux legs. récemment notifiés à M. le président : nous les devons, le premier, de 25 fr. de rente à M. le docteur Brunet; le second, de 50 fr. de rente à M. le docteur Archambault. Ces deux honorés confrères, dont le souvenir sera ainsi perpétué dans le corps médical du département, ont voulu (ce sont leurs expressions) contribuer pour toujours aux bienfaits que l'Association dispense; comme membres de la commission générale, ils ont été témoins pendant plusieurs années des services rendus, et ils ont voulu s'y associer pour toujours.

Vous ne serez pas surpris si je cite après les donateurs les autres bienfaiteurs de l'Association qui nous aident dans l'accomplissement de notre mission. Au premier rang. nous devons placer cette année le nouveau doyen de la Faculté; notre honoré confrère, qui, dans plusieurs circonstances, a mis au service de l'Association ses brillantes qualités, a voulu lui donner un nouveau témoignage de sympathie en assistant à cette réunion; il a d'ailleurs autorisé M. le président à réunir, comme par le passé, l'Association au siége de la Faculté, en termes que vous serez heureux de connaître :

« Monsieur le président,

« Je vous remercie de n'avoir pas douté un seul instant de l'empressement avec lequel je suivrai l'exemple de mes illustres devanciers à l'égard de l'Association des médecins de la Seine. Je ne puis oublier ni le bien qu'elle fait, ni l'honneur que j'ai de lui appartenir depuis le premier jour de mon entrée dans la carrière. Je vous prie, monsieur le président, de continuer à réunir l'Association au siége de la Faculté, là où elle est née et où elle a grandi.

« Veuillez, etc. TARDIEU. »

Comme tous les ans, nous avons aujourd'hui à exprimer notre reconnaissance à nos conseils judiciaires, MM. Paillard de Villeneuve et Sebert, dont le dévouement ne se dément jamais.

violence de de l'inflammation. Vers le septième jour. Roux provoquait une garde-robe en administrant 15 grammes d'huile de ricin. Le huitième jour, il songeait à enlever les fils l'un après l'autre en laissant pour la fin celui du milieu. Roux recommandait de retirer les fils lorsque les bords de la plaie semblaient réunis, lorsqu'on pouvait craindre que l'escarre qui se forme presque constamment sous les chevilles produisît quelque accident ou que les trous formés par les fils ne devinssent le siége d'une suppuration trop abondante, et ne rendissent en s'agrandissant la présence des fils plus nuisible qu'utile.

Quand les fils ont été retirés, on recommande à la malade les plus grands soins de propreté, des injections fréquentes, des lavements pour faciliter les garde-robes.

Roux ne tarda pas à reconnaître qu'il y avait un inconvénient à se contenter exclusivement de la suture enchevillée, par cela même que les fils étant éloignés les uns des autres, et comprenant une grande quantité de tissus, les bords de la plaie se trouvent renversés un peu en dehors. Voulant rendre l'opération aussi complète et aussi satisfaisante que possible, ce chirurgien passa en outre dans plusieurs cas des points de suture simple sur les lèvres de la plaie, et une malade ayant elle-même détaché les points de suture enchevillée qui la faisaient souffrir, les bords de la solution de continuité ne furent plus retenus que par ces anses de fil qui empêchèrent l'opération d'échouer.

M. Velpeau a pratiqué plusieurs fois la suture du périnée d'après le procédé de Roux.

Ce mode opératoire a subi plusieurs modifications qu'il importe de faire connaître. Récamier proposa de faire sur chaque lèvre de la plaie une échancrure à hauteur inégale, de manière que les bords pussent s'engrener d'une manière exacte. Cette modification, difficile à pratiquer, ne fut pas mise en usage.

M. Montain conseilla de passer d'abord les points de suture et d'aviver ensuite; c'est une innovation malheureuse qui expose à couper une des anses de fil. Plus tard, bien qu'ayant obtenu des succès avec la suture, M. Montain imagina une longue agrafe, dont les deux branches, armées de pointes, devaient traverser chacune de leur côté les deux lèvres préalablement avivées de la division. On les rapprochait ensuite avec toute la modération convenable à l'aide d'une vis transversale.

Cette agrafe, qui ne s'appliquait pas exactement, finissait par devenir insupportable; son usage fut abandonné.

Pour rendre plus facile l'exécution de la suture, Vidal de Cassis proposa de se servir d'aiguilles spéciales, très-fortes, longues de 54 millimètres, portées sur un petit manche et terminées en fer de lance. Sur cette extrémité était percée une ouverture assez grande pour qu'on pût y passer une anse de fil ciré.

A. Bérard modifia de la manière suivante le procédé de Roux :

MODIFICATION D'A. BÉRARD.

Après avoir passé son aiguille à travers la lèvre gauche de la plaie, ce chirurgien lui faisait traverser la cloison de bas en haut d'abord, puis de haut en bas vers son bord droit, de façon à placer une anse de fil dans le vagin; puis il achevait ce point de suture en traversant la lèvre droite de dedans en dehors comme dans le procédé de Roux.

Un point était ensuite passé par la partie moyenne de la division.

Enfin un troisième fil était appliqué de la même manière que le premier, en sorte qu'il y avait une anse dans le rectum.

Les ligatures étaient serrées sur des chevilles. Ce procédé avait l'avantage très-grand d'amener exactement les parties en contact et de ne laisser dans la plaie qu'une très-petite étendue de fil. (*Dictionnaire en 30 volumes*, t. XXIII, p. 523, article *Périnée*.)

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUÉES DE LA CUISSE PAR ARMES A FEU; par le docteur REDFERN DAVIES (de Birmingham).

Il ne s'agit, dans l'article de M. Redfern Davies, que de deux procédés qui ont été employés chez un grand nombre de blessés à l'hôpital général de Frederick City (Maryland) à la suite des batailles de South Mountain et d'Antictam. L'un est un appareil à extension de M. Gordon Buck, l'autre un système de suspension désigné par son inventeur, M. Nathan Smith, sous le nom d'attelle antérieure.

L'appareil à extension de M. Gordon Buck a surtout pour but d'exercer une extension continue sans exercer une pression dangereuse sur aucune partie de l'extrémité inférieure. On a cherché à obtenir ce résultat en répartissant uniformément la traction sur une grande partie de la jambe. M. Gordon Buck se sert à cet effet d'une bande de flanelle non élastique, enduite d'un emplâtre résineux. Le pied ayant été entouré préalablement d'une bande roulée, la bande en flanelle est appliquée longitudinalement sur les deux côtés de la jambe, son milieu formant une anse au-dessous de la plante du pied. Par-dessus cette bande de flanelle, dont la face munie d'emplâtre est collée directement sur la peau, on applique un bandage roulé qui recouvre la jambe et le genou.

C'est au moyen de l'anse libre de la bande de flanelle que l'on pratique la traction nécessaire pour l'extension. A cet effet, cette anse embrasse une planchette assez large pour en écarter les deux chefs suffisamment pour qu'ils ne puissent pas exercer une pression dangereuse sur les malléoles. C'est sur cette planchette que se fixe la corde qui va se réfléchir sur une poulie de renvoi fixée au pied du lit et supporter un poids proportionné au degré de traction que l'on juge convenable.

L'insuccès que l'on attribuait aux appareils de ce genre tenait surtout à ce que le tronc du blessé cédait peu à peu à la traction, descendait dans le lit, et reproduisait le chevauchement. On a imaginé, pour remédier à cet inconvénient, divers moyens de contre-extension; mais ces moyens étaient d'une application généralement difficile et la plupart n'étaient pas exempts d'inconvénients sérieux. Aussi M. Gor-

---

M. le directeur de l'Assistance publique, cette année encore, s'est empressé, sur la demande de l'Association, d'accueillir dans un établissement hospitalier la veuve d'un sociétaire dont toutes les ressources étaient épuisées.

Remercions enfin M. le proviseur du lycée Saint-Louis, qui surveille et dirige avec une sollicitude touchante les études du jeune pupille que l'Association a pu adopter, grâce à la donation de M. Moulin.

A propos des allocations et secours distribués dans le courant de l'année, quelques remarques me paraissent mériter votre attention.

Vous n'apprendrez pas sans une véritable satisfaction que, parmi les demandes adressées soit par les sociétaires, soit par des veuves ou des enfants de sociétaires, toutes, à l'exception de deux, ont été prises en considération. Ce n'est plus, d'ailleurs, une seule somme de 1,000 fr. qui représente le maximum des allocations accordées par la commission générale : nous avons enfin pu donner à d'honorables confrères, surpris par des maladies graves, une assistance plus efficace. En consultant les relevés de fin d'année, je trouve qu'un sociétaire a touché 1,000 fr., un autre 1,200 fr.; un troisième enfin, dans l'espace de six mois, 1,300 fr. Nous approchons, vous le voyez, du but : bientôt l'association sera, pour les sociétaires malheureux, un refuge suffisant contre la souffrance et l'adversité.

La commission générale a cru devoir deux fois refuser l'assistance qui lui était demandée. C'était d'abord un sociétaire qui réclamait, non pour lui, mais pour un de ses enfants. Céder en cette circonstance, c'était créer un précédent capable de compromettre l'avenir de l'Association; la demande a donc été écartée sans hésitation, mais non sans regrets.

Les motifs qui ont décidé la commission générale dans le second cas exigent quelques développements; permettez-moi d'y insister. Depuis longtemps l'Association distribue chaque année *tout le fonds de secours*, c'est-à-dire toute la portion de ses ressources consacrée par les statuts au soulagement des infortunes médicales. Le fonds de secours est donc devenu une masse, pour ainsi dire, qui chaque année est partagée entre les personnes ayant recours à l'Association. Aussi devons-nous apporter le plus grand soin à n'admettre à la répartition que les détresses les plus dignes de notre sollicitude. La seconde demande écartée exposait une situation qui ne réclamait pas impérieusement l'intervention de l'Association. Cette demande, comme bien d'autres, qui ont été à différentes époques adressées aux commissions générales, montre que les pensions viagères ne sauraient être instituées, par une Société comme la nôtre, sans préjudice pour les infortunes les plus touchantes.

Loin de songer à immobiliser une portion des ressources de l'Association sur les mêmes têtes, la commission générale a reconnu qu'il faut viser avec le plus grand soin à ce que la répartition des fonds disponibles soit aussi exactement proportionnée que possible aux titres et aux besoins de chacun. Elle a reconnu que l'équité commande de modifier les allocations faites aux pétitionnaires suivant les changements survenus

don Buck se contente-t-il, pour obtenir la contre-extension, de soulever le pied du lit de manière à mettre la partie supérieure du corps dans une position déclive. La contre-extension est obtenue ainsi d'après le même principe que dans les appareils à plan incliné.

Pour compléter l'appareil et remédier au déplacement latéral, on applique au niveau de la fracture des attelles multiples, maintenues à l'aide de trois bandes élastiques. On peut ainsi laisser la plaie ou les plaies à nu et les panser commodément.

Cet appareil a paru surtout applicable à M. Davies dans le cas où la plaie se trouve à la partie antérieure de la cuisse. Il lui reproche seulement de ne pas remédier au déplacement suivant la circonférence, et ce reproche est évidemment fondé. Mais c'est là un inconvénient auquel il ne serait pas difficile de remédier, le pied formant toujours un levier suffisant pour ramener l'extrémité à sa direction normale. M. Buck se sert à cet effet de sacs remplis de sable et placés sur les deux côtés de l'extrémité.

Dans le procédé de M. Smith, la contre-extension est obtenue par le même mécanisme que dans celui de M. Gordon Buck. L'*attelle antérieure* sert à la fois à maintenir la longueur et la direction convenables de l'extrémité et à la suspendre de manière à obtenir l'extension par un mécanisme qui est encore analogue à celui auquel on a recours dans les appareils à plan incliné ou hyponarthéciques.

Cette attelle antérieure est une forte tringle en fer, fléchie de telle façon qu'elle s'adapte exactement à la face antérieure de toute l'extrémité, demi-fléchie dans toutes ses jointures, et en s'étendant depuis les orteils jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. On la fixe au moyen de bandelettes agglutinatives et d'une bande roulée, en laissant toutefois un petit intervalle libre entre l'attelle et la peau.

Pour suspendre l'extrémité, on fixe sur cette attelle les deux bouts libres d'une corde dont le milieu est soutenu par une autre corde qui va se réfléchir sur une poulie fixée au plafond. Des deux chefs de la première corde, l'un est attaché à l'attelle au niveau de la lésion, l'autre au niveau du milieu de la crête du tibia.

L'extrémité est ainsi supportée uniformément dans toute sa longueur, et l'on en modifie facilement la direction et l'inclinaison à l'aide de la corde qui passe sur la poulie de renvoi, et dont les rapports avec l'attitude du blessé peuvent être modifiés à volonté.

Dans ce procédé on a l'avantage de placer les segments de l'extrémité dans le degré de flexion le plus convenable pour ne pas produire une tension prédominante de certains muscles. Il prescrit, en outre, de panser immédiatement les plaies situées à la face postérieure du fémur.

M. Redfern Davies a vu appliquer souvent, paraît-il, ces deux appareils à l'hôpital général de Frederick-City, mais il ne paraît pas qu'il en ait pu suivre suffisamment l'emploi pour nous renseigner au sujet des résultats obtenus. Peut-être les chirurgiens américains combleront-ils un jour cette lacune.

M. Redfern Davies signale encore avec éloge une partie de modification que l'on a apportée dans l'armée fédérale au pansement des plaies : c'est la substitution de l'étoupe épluchée à la charpie. Cette innovation est due principalement à M. le docteur Louis Sayre, chirurgien de l'hôpital de Bellevue, à New-York. L'étoupe, suivant ce chirurgien et suivant M. Redfern Davies, absorbe infiniment mieux les liquides que la charpie.

Lorsqu'on immerge pendant un mois dans une rivière une balle de coton, en la retirant on en retrouve encore le centre parfaitement sec; tandis qu'une balle d'étoupes, soumise à la même expérience, se trouve complétement imprégnée d'eau au bout de quelques heures. Il en est de même dans le pansement des plaies. En levant un pansement fait avec de la charpie, on trouve ordinairement le plumasseau complétement sec à sa face antérieure; c'est à peine si ses couches les plus internes sont imprégnées de pus, et les liquides sécrétés par la plaie sont accumulés comme derrière une barrière infranchissable. L'étoupe, au contraire, absorbe le pus avec une grande facilité, et en levant un pansement fait avec cette substance, on trouve la plaie presque complétement sèche. Cet effet n'est pas empêché par le goudron dont l'étoupe est ordinairement imprégnée légèrement, et qui a d'ailleurs l'avantage d'exercer une action antiseptique éminemment utile.

Sur l'action des hypophosphates de soude et de chaux dans la phthisie; par M. Payne Cotton, médecin de l'hôpital des phthisiques, à Brompton.

M. Payne Cotton expose les résultats d'expériences faites avec les hypophosphites chez douze malades de l'hôpital des phthisiques.

Sur ces douze malades, deux seulement se trouvaient à une phase assez avancée de la maladie. Les autres étaient dans les meilleures conditions pour être modifiés favorablement par le traitement.

Chez six on observa une amélioration plus ou moins marquée pendant l'emploi des hypophosphites; chez les six autres, la maladie ne fut pas enrayée dans sa marche progressive.

Chez deux des malades qui n'éprouvèrent pas d'amélioration, on observa un amendement manifeste lorsqu'on eut remplacé le traitement par les hypophosphites par une autre médication.

Chez les six malades dont l'état s'était amélioré, le traitement par les hypophosphites fut suspendu au bout d'un certain temps et remplacé par une médication insignifiante (une faible dose d'un sel alcalin en solution dans un julep). Chez quatre d'entre eux, l'amélioration continua à se faire comme pendant le traitement par les hypophosphites, et chez les deux autres elle fut même beaucoup plus prononcée.

M. Churchill, le promoteur de l'emploi des hypophosphites comme spécifiques de la phthisie, avançait, entre autres, que dès le premier jour de leur emploi ils raniment souvent l'énergie des fonctions nerveuses. M. Payne Cotton a recherché avec le plus grand soin les indices de cette action immédiate chez ses malades. Il n'en a jamais pu saisir la plus faible trace.

M. Payne Cotton conclut de cette enquête que les hypophosphites de soude et de chaux n'exercent aucune action spécifique sur la phthisie, et que si leur emploi produit parfois une amélioration, c'est simplement « en vertu des propriétés simples, non irritantes, alcalines. » Cette conclusion est fort analogue à celle que M. Risdon Bennett a formulée à la suite d'une enquête analogue. Les malades, dit ce médecin, se seraient tout aussi bien trouvés de prendre un

---

dans leur position. Elle s'est donc reposée sur le zèle et la discrétion de quelques-uns de ses membres, pour que des rapports suivis d'une proposition précise soient lus dans les prochaines séances de mars et d'avril, au sujet de la situation présente des personnes qui, depuis plusieurs années, s'adressent à l'Association. Il a même été décidé que ces enquêtes, conduites, bien entendu, avec tout le tact qu'on doit attendre d'hommes éclairés et prudents, seront renouvelées tous les ans. Grâce à cette innovation, les membres nouveaux de chaque commission générale seront, dès le début, mis au courant des questions qu'ils ont mission de décider, et chaque pétitionnaire aura, au sein de l'assemblée appelée à statuer sur toutes les demandes, un avocat connaissant bien sa situation et prêt à soutenir ses intérêts; grâce à cette innovation, demandée par le bureau, non-seulement chaque décision, mais encore l'initiative des propositions émanera des membres de la commission générale. La gestion de la fortune appartenant aux sociétaires sera donc livrée, sans restriction, à l'assemblée qui les représente tous.

L'historique des cinq dernières années, que j'ai encore à vous présenter, sera très-court, et c'est pour quelques instants seulement que je réclame votre attention.

A l'assemblée générale de 1860, après avoir rappelé comment l'Association avait, par son intervention ferme et modérée, sauvegardé les droits et la dignité du corps médical, je disais que, fidèles aux belles traditions d'un passé glorieux et fécond, nous saisirions toutes les occasions de défendre, dans la mesure de la raison et de l'équité, les prérogatives de notre profession. Depuis lors nulle occasion ne nous a été offerte d'intervenir dans des affaires litigieuses présentant un réel intérêt; et cependant, après avoir consulté notre savant et dévoué conseil judiciaire, Mᵉ Paillard de Villeneuve, nous avons à plusieurs reprises exprimé le désir et l'intention d'obtenir pour les cas de faillite, comme nous l'avons obtenu pour les cas de mort, une jurisprudence établissant le privilége du médecin sur les autres créanciers.

Si, faute de circonstances favorables, l'Association n'a pas usé de son ancienne et légitime influence près des tribunaux, en revanche elle s'est grandement acquittée de sa mission bienfaisante. Elle a, en effet, du 1ᵉʳ janvier 1859 au 1ᵉʳ janvier 1864, distribué plus de 72,000 fr. en allocations et secours. Malgré cette distribution si considérable, 76,000 fr. ont été, pendant cette même période, versés dans le capital social. Nous sommes redevables de ces résultats inespérés à la libéralité magnifique de M. le docteur Bertrand et aux nombreuses donations remises par des sociétaires généreux et compatissants.

L'accroissement du nombre des sociétaires a contribué aussi à cette augmentation du capital social. En effet, malgré soixante-neuf vides faits par la mort, le nombre des sociétaires s'est élevé de soixante-dix-sept. La situation actuelle de l'Association se résume par ces chiffres imposants :

680 sociétaires;
300,000 francs de capital social.

peu d'eau de chaux, de citrate de potasse, ou tout autre agent également inoffensif.

Sur la rapidité relative de l'absorption par l'estomac et par le rectum; par M. le docteur W. Savory, professeur d'anatomie et de physiologie générale à l'hôpital Saint-Barthélemy (de Londres).

Les expériences comparatives de M. Savory ont été faites sur des lapins, des chats, des rats, des cochons d'Inde et des chiens avec la strychnine, le cyanure de potassium, l'acide cyanhydrique et la nicotine.

Les résultats de ces expériences ont été assez variables, suivant les substances toxiques employées.

La strychnine (en solution) produit des effets toxiques beaucoup plus rapidement quand elle est administrée en lavement que quand elle est ingérée dans l'estomac; pour le cyanhure de potassium et l'acide cyanhydrique, la différence est bien moins marquée, et pour la nicotine, c'est précisément le contraire que l'on observe.

Cette différence doit-elle être attribuée à ce que l'absorption se fait plus rapidement par l'une ou l'autre voie? Cette question a été spécialement étudiée par M. Savory pour la strychnine.

Il s'est demandé d'abord si la strychnine n'était pas modifiée par le suc gastrique de manière à perdre une partie de ses propriétés toxiques. Pour résoudre le problème, il a fait des mélanges artificiels d'une solution de strychnine et de suc gastrique, et il les a injectés dans le rectum. Il observait alors des effets toxiques au moins aussi rapides et aussi énergiques qu'en employant une solution de strychnine non mélangée de suc gastrique. La réponse à la question posée doit donc être négative.

Une autre série d'expériences a démontré que la présence d'aliments dans l'estomac n'exerce aucune influence sensible sur la rapidité et l'énergie des effets toxiques d'une solution de strychnine.

Lorsque, au lieu d'administrer la strychnine en solution, on la donne en poudre, elle est absorbée beaucoup plus lentement. Dans ces conditions, l'absorption a lieu plus rapidement dans l'estomac que dans le rectum, ce qui tient à l'action dissolvante plus énergique du suc gastrique.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DECAISNE.

Des indications et des contre-indications à l'emploi de l'oxygène; par MM. Demarquay et Leconte. (Troisième mémoire.)

(Commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Bernard.)

A la fin du siècle dernier, lorsque l'oxygène fut découvert, les chimistes et les médecins cherchèrent, tant en France qu'à l'étranger, à tirer parti de ce gaz dont les propriétés sont si remarquables. Ils espérèrent fonder de la sorte une médecine nouvelle, sous le nom de *médecine pneumatique* : mais malheureusement les propriétés physiologiques de l'air vital, ainsi que celles des autres gaz mis en usage par les adeptes de la nouvelle médecine, n'étaient point suffisamment connues; il en est résulté des applications funestes.

Les essais d'abord encourageants de Chaptal, de Fourcroy, de Beddoës et de Franck furent promptement abandonnés, et nos expériences sur des animaux et des hommes affectés de plaies justifièrent pleinement cet abandon.

Une des contre-indications puissantes à l'emploi de l'oxygène, c'est la présence de plaies intérieures ou de foyers inflammatoires; l'oxygène dans ce cas ramène, au bout de quelques jours, des douleurs dans les parties enflammées, comme nous l'avons constaté dans les arthrites, et comme Fourcroy l'a constaté chez les phthisiques affectés de cavernes. Toutefois, même cette excitation de l'oxygène dans les parties enflammées, le médecin peut en tirer parti pour changer la nature de l'inflammation, comme nous l'avons vu récemment sur un enfant atteint de diphthérite. Une autre contre-indication ressort aussi des propriétés spéciales de l'oxygène : c'est l'action qu'il exerce sur le cœur. Nous avons vu que généralement l'oxygène active la circulation; ce fait, vu avant nous par les expérimentateurs de la fin du siècle dernier et par Jurine en particulier, nous a porté à ne pas donner ce gaz à respirer aux viellards chez lesquels il y avait un trouble circulatoire. Cependant nous avons pu, sur une vieille dame affectée d'un cancer atrophique du sein, et dont le pouls était irrégulier, remonter les forces et développer l'appétit d'une manière remarquable, sans que cela eût aucune influence fâcheuse.

L'oxygène, de même que l'air comprimé, réveille les douleurs sourdes ou endormies de ceux qui le respirent, que ces douleurs tiennent à un travail inflammatoire ou qu'elles soient liées à un état névralgique, ainsi que nous l'avons constaté dernièrement. Nous avons eu soin également de ne pas faire respirer l'air vital aux personnes disposées aux hémorrhagies.

Par conséquent : 1° l'état fébrile, à moins de conditions spéciales, diathésiques, comme le croup; 2° les foyers inflammatoires profonds, ainsi que les lésions viscérales que l'on ne peut surveiller; 3° les maladies du cœur ou des gros vaisseaux; 4° enfin, un état névralgique qui ne serait point lié à l'anémie, ou une disposition aux hémorrhagies, doivent contre-indiquer les inhalations d'oxygène.

Nous insistons avant tout sur ces contre-indications, afin qu'il soit bien établi que nous ne faisons point de l'air vital une panacée, et que nous sommes loin de cette époque où l'on espérait, grâce à cet agent, rendre aux viellards les attributs de la jeunesse.

Quant aux indications de l'emploi de l'oxygène, on peut dire qu'on n'en voit pas d'avance la limite, car tant que l'homme a un souffle de vie il peut encore respirer, tandis que la voie gastrique, à laquelle on s'adresse habituellement, est limitée dans sa puissance d'absorption. Lorsqu'on songe que l'anesthésie, cette grande découverte des temps modernes, et le plus beau fleuron de la médecine pneumatique, a laissé les médecins indifférents à toutes les études que la puissance de l'absorption pulmonaire peut suggérer, on voit que de choses on peut encore tenter dans cette direction. Mais pour rester dans le domaine des faits, nous dirons que l'oxygène doit surtout être donné pour combattre soit l'anémie, soit la chloro-anémie liées à nos affections chirurgicales, pour relever les forces, pour combattre certaines diathèses dont l'action déprimante est bien connue, comme la diphthérite, la syphilis, le

---

Une telle prospérité présage de belles destinées! Elle défie les dissidences et les oppositions; elle exclut toute crainte, toute inquiétude. C'est donc avec la modération inséparable de la force et de la confiance que nous abordons la question grave qui, depuis quelques années, préoccupe un grand nombre de nos confrères.

Il ne m'appartient pas d'apaiser ici quelques imaginations séduites par l'attrait de l'Association nouvelle; c'est là l'œuvre du temps et de la réflexion. Mais je crois devoir, par de courtes et loyales explications, prévenir les doutes et calmer les appréhensions des amis fidèles de notre Société.

Vous n'avez pas oublié qu'en 1860 une décision fut adoptée, conçue en ces termes : « La commission déclare que, malgré sa sympathie pour l'Association générale, elle ne juge pas que l'agrégation, en l'état actuel des statuts de l'Association générale, puisse être réalisée. »

Les considérations qui ont conduit à cette déclaration ont été naguère longuement développées; je me garderai de les reproduire; je me contenterai de vous rappeler que la nécessité de reviser nos statuts pour réaliser l'agrégation *régulièrement*, fut nettement démontrée; il fallut donc renoncer à l'agrégation régulière, puisque toute tentative de modification entraîne de grands dangers. Quant à l'agrégation *irrégulière*, telle qu'elle a été acceptée par certaines sociétés existant avant l'Association générale, elle n'a rallié dans la commission chargée de préparer les délibérations de la commission générale que deux voix sur quatorze : incompatible avec nos statuts aussi bien qu'avec les statuts de l'Association générale, elle est simplement tolérée : était-il sage de livrer une situation aussi florissante et aussi solide que la nôtre aux hasards d'une tolérance incertaine? Témoin du regret que nous causait l'impossibilité d'un rapprochement, M. Paillard de Villeneuve, après avoir terminé les explications que nous avions sollicitées, s'exprimait en ces termes : « Pourquoi, en présence d'une Société qui, comme la vôtre, ne peut pas sans péril modifier ses statuts, l'Association générale ne trouverait-elle pas elle-même dans une modification statutaire, qui lui est facile, le moyen de concilier tous les intérêts, toutes les situations? » Un moment nous avions espéré que l'Association générale tenterait d'aplanir les difficultés. Jusqu'à présent ces espérances ne se sont pas réalisées; nous ne devons cependant pas les abandonner.

Après la tentative spontanée et consciencieuse faite par l'Association de la Seine, personne ne peut, avec quelque justice, lui adresser le moindre reproche; les partisans les plus ardents de l'agrégation ne sauraient méconnaître que la commission générale s'est arrêtée par des motifs graves.

La décision de 1860, que je rappelais tout à l'heure, n'engage pas l'avenir; sans doute, il n'est pas impossible que l'intérêt de l'Association de la Seine exige quelque jour que des modifications soient apportées à sa constitution; mais en présence des minutieuses et sévères études qui ont précédé la décision de 1861 comme toutes les décisions des commissions générales, comment redouter une imprudence ou un entraînement? L'Association de la Seine est assez puissante pour ne pas accepter

diabète, etc. D'ailleurs, dans notre prochaine communication, nous donnerons l'indication sommaire des faits que nous avons recueillis.

Que se passe-t-il quand on y a recours dans les conditions que nous avons indiquées? Sous l'influence de l'oxygène et en peu de jours, si l'âge et l'état général le permettent encore, les forces renaissent, l'appétit d'abord nul revient avec une intensité souvent remarquable, à ce point que nous avons vu des malades demander des aliments pour la nuit; bientôt les lèvres se colorent, une vitalité plus grande se manifeste, et on voit cesser, avec ces phénomènes de réparation, beaucoup de troubles nerveux : c'est alors qu'il faut interroger les malades sur leurs sensations intérieures, car à ce moment les plaies reprennent une activité fonctionnelle plus grande. Chez un enfant attaqué de diphthérite croupale, ayant subi la trachéotomie, nous vîmes, sous l'influence de l'oxygène, un large vésicatoire couvert de couennes diphthéritiques se nettoyer, mais au bout de huit jours il nous a fallu cesser l'action de l'air vital, car le vésicatoire s'était enflammé d'une manière franche et nullement inquiétante. L'enfant a guéri.

Nous n'avons pas guéri tous les malades auxquels nous avons administré l'air vital, et bien des malades affectés de cancers ou de maladies chroniques ne pouvaient pas guérir. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous n'avons nui à personne. En général, l'action de l'oxygène est prompte, surtout sur les sujets jeunes. Nous ne l'avons jamais administré plus de trente à quarante jours sans interruption. Ordinairement, au bout de quinze à vingt jours, ou bien nous en cessons l'emploi, ou bien nous laissons reposer nos malades pendant quelques jours avant de revenir à l'agent modificateur puissant sur lequel nous avons l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 MARS 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret en date du 9 mars, par lequel est approuvée l'élection de M. Delpech dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Londe, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Delpech prend séance.

— M. le ministre du commerce transmet un travail de M. le docteur Rigaud, intulé : *Étude de topographie et de statistique médicale, sur Dinan (Côtes-du Nord)*. (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Lamare-Picquot, accompagnée d'une analyse des eaux mères des salins de la Méditerranée, par M. Michaud. (Comm. des eaux minérales.)

2° Une note sur l'origine de la vaccine, par M. le docteur Barrut fils, de Gençay. (Comm. de vaccine.)

3° Une lettre de M. le docteur Petegnat (de Lunéville), accompagnant l'envoi d'une brochure sur un accident névralgique particulier et non encore décrit, causé par le besoin d'uriner et par la miction.

4° Une lettre de M. le docteur Artance (de Clermont-Ferrand), avec deux brochures relatives, l'une au goitre aigu, l'autre à un abcès de l'intérieur de la poitrine.

5° Une observation de rage humaine arrêtée dans ses prodromes et guérie par l'usage du chloroforme et du laudanum de Rousseau, par M. le docteur Legendre, de Bleneau.

— M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de la marine, donne lecture d'un mémoire sur la cause des accidents qui suivent les fractures en V des membres inférieurs. M. le professeur Gosselin avait appelé l'attention de la Société de chirurgie, en 1855, sur la gravité de ces fractures; il avait cherché à démontrer que les accidents qui les suivent sont dus à l'attrition de la moelle de l'os qui produit, par son contact avec l'air, une sorte de virus empoisonnant l'économie; mais cette opinion, basée sur des théories vaguement définies et contestables, n'avait pas été acceptée. Elle avait été réfutée par MM. Boinet, Morel-Lavallée, Huguier, Denonvilliers, etc. Dans la discussion qui suivit la communication du savant professeur, on invoqua soit la forme de la plaie qui accompagne les fractures, soit une idiosyncrasie particulière pour expliquer les accidents; néanmoins, la question était restée indécise jusqu'à ce jour.

Le mémoire de M. Bérenger-Féraud a pour but de faire cesser cette indécision fâcheuse dans l'état actuel de nos connaissances. L'auteur y avance cette proposition : que les accidents qui suivent les fractures en V ont pour cause l'*arthrite traumatique*. Il soutient son opinion ainsi formulée par trois ordres de preuves :

1° Démontrant, par les observations que l'on doit à M. Gosselin comme par l'inspection des pièces anatomiques du musée Dupuytren et du musée du Val-de-Grâce, que l'articulation est toujours ouverte dans ces fractures;

2° Rappelant que les enfants ne présentent jamais ces fractures en V, pour cette raison que la cassure osseuse rencontre chez eux l'épiphyse non soudée encore au lieu d'arriver dans l'articulation, et par conséquent que la fracture en V est impossible à cet âge;

3° Faisant ressortir que les accidents qui suivent les fractures anciennes sont identiquement les mêmes que ceux qui caractérisent l'arthrite traumatique.

Une fois cette proposition ainsi appuyée par des preuves péremptoires, M. Bérenger-Féraud en tire une déduction pratique, à savoir : que les fractures en V des membres doivent être désormais considérées comme un cas formel d'amputation immédiate, ou au moins lorsqu'elle est possible; il montre que l'expérience a déjà sanctionné sa conclusion, puisque MM. Legouest, Bertherand, etc., ont pratiqué avec succès l'amputation immédiate dans ces fractures canéennes.

COMMISSION DE PRIX.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination des commissions de prix. Sont nommés :

Prix de l'Académie (rhumatisme aigu) : MM. Bouilland, Beau, Rostan, Louis et Briquet.

Prix Civrieux (ataxie locomotrice des centres nerveux) : MM. Barth, Baillarger, Gosselin, Roger et Sappey.

Prix Capuron (vomissements incoercibles) : MM. Danyau, Depaul, Devilliers, Blot et Jacquemier.

Prix Itard (au meilleur livre de médecine pratique) : MM. Cruveilhier, Grisolle, Trousseau, Roche et de Kergaradec.

Prix Orfila (champignons vénéneux) : MM. Caventou, Devergie, Gobley, Cloquet et Wurtz.

Prix Barbier (maladies incurables) : MM. Bouvier, Michel Lévy, Laugier, Mélier et Michon.

Prix Godard (pathologie interne) : MM. Rayer, Blache, Robin, Jolly et Guérard.

---

des conditions contraires à ses intérêts ou à sa dignité; elle pousse trop loin sa fidélité aux engagements souscrits pour ne pas respecter et pour ne pas faire respecter les volontés de ses donateurs. Votre sollicitude éclairée pour l'Association de la Seine peut donc envisager l'avenir avec confiance, et personne ne doit craindre que les donations soient jamais détournées de leur destination spéciale.

Y a-t-il quelque raison de s'effrayer parce que la Société centrale se développe à côté de notre belle institution?

D'abord, le nombre d'adhésions recueillies, dans le corps médical du département, par la Société centrale, n'est pas plus considérable que le nombre des confrères admis parmi nous parmi les cinq dernières années : nous comptons en effet cent soixante-deux sociétaires nouveaux. Si l'on songe d'ailleurs que la Société centrale fait, passez-moi l'expression, sa première récolte, tandis que nous, nous n'avons plus qu'à glaner, on n'est même pas surpris de la différence.

L'entrée des membres de l'Association de la Seine dans la Société centrale ne peut être non plus considérée comme un symptôme alarmant : tout nous autorise à y voir, non une préférence, mais une extension de charité.

Les démissions ne sauraient faire chanceler l'ancienne et solide Association de la Seine. Le nombre des sociétaires ayant quitté nos rangs se borne à huit, car trois sont rentrés après un moment de défaillance. Quelque rares, quelque peu dangereuses qu'elles soient, nous déplorons ces brusques séparations qui trahissent des sentiments contraires au but de notre œuvre d'union et de concorde; mais le capital acquis aujourd'hui suffit pour assurer, malgré toutes les éventualités, l'existence et le fonctionnement de notre bienfaisante institution.

Je craindrais d'abuser de votre bienveillante attention en insistant plus longtemps sur ce sujet. Ce n'est pas quand la moyenne des admissions se maintient supérieure à celle de la plupart des années précédentes, quand l'augmentation du capital social a atteint des proportions inconnues dans le passé, au moment où un testament, suffisant peut-être pour doubler la fortune de l'Association, vient d'être déposé dans notre caisse, qu'il y a lieu de concevoir des inquiétudes : ce n'est pas vous, d'ailleurs, que dans la prévision de difficultés éphémères, il est besoin d'encourager; c'est, en effet, comme l'a dit un grand philosophe, « l'œuvre d'un esprit vigoureux, de supporter sans sortir de son assiette naturelle et sans déroger à la dignité du sage, ces contre-temps en apparence si amers, qui traversent en mille et mille façons la vie et la fortune des hommes. »

J'ai maintenant accompli la tâche que vous m'avez confiée en 1859. C'est peut-être la dernière fois que l'honneur de porter la parole devant vous m'est encore réservé. Permettez-moi donc de saisir cette occasion de vous remercier de vos témoignages de sympathie, qui ont soutenu mon courage et mes efforts.

Je tiens aussi à exprimer publiquement ma reconnaissance à un de mes prédécesseurs, le docteur Perdrix, dont le passage aux fonctions de

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccine.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION.

La parole est à M. Jules Guérin. (Voir plus haut son discours.)

M. Boulet : Messieurs, permettez-moi d'exprimer en commençant, le vœu que cette discussion se termine; arrivée qu'elle est à la période de ressassement pour les orateurs et de lassitude pour l'auditoire. Chacun a vidé son sac, et si l'on peut trouver encore du nouveau à dire, ce sont de ces choses auxquelles M. Guérin a fait allusion tout à l'heure, et qui doivent précisément rester dans le fond du sac. Je donnerai moi-même l'exemple en ne répondant pas aux orateurs qui ont précédé, et surtout à l'un d'eux; et en cela je ne ferai point preuve d'une grande abnégation, car ma réponse à mes adversaires se trouve déjà faite par anticipation; ce ne serait qu'une réponse à une autre réponse; je ne puis accepter le rôle stérile de l'écureuil s'agitant dans sa cage.

D'un autre côté, je ne puis revêtir le rôle de rapporteur dans une discussion où je n'ai été que le promoteur; je viens seulement dire moi aussi ce qui, à mon point de vue, ressort de cette discussion. Je ne m'étendrai pas autant que M. Guérin, je ne pourrais d'ailleurs m'élever à la même hauteur. Je me bornerai à établir qu'en résumé deux grandes questions ont été débattues, à savoir l'origine de la vaccine et l'identité de la vaccine et de la variole; la première nous semble aujourd'hui très-nettement résolue; la démonstration de la seconde nous reste encore à trouver.

On peut voir par les résultats la valeur respective des deux méthodes scientifiques. L'une, l'expérimentation, a donné la solution d'une question depuis longtemps pendante et qu'on ne pouvait trouver. L'autre donne lieu à des dissertations sans fin et sans conclusion. Or on voudra bien reconnaître que je ne suis pas tout à fait étranger au premier résultat. Mais on s'obstine à tenir moins compte de ce fait que de l'erreur que j'ai commise, et on me l'a fait durement expier. M. Bouillaud m'a traité d'enfant terrible. Mais je lui ferai remarquer d'abord qu'il y a bientôt cinquante ans que je vois pousser les fleurs, ce qui fait déjà pas mal de printemps, et que je n'ai jamais fait trembler personne, même sous les insignes de la garde nationale. (Rires.)

Mais je laisse de côté M. Bouillaud et la qualification qu'il a voulu m'adresser comme expiation de mes doctrines sur la morve, pour arriver aux résultats des expérimentations d'Alfort. Quelle que soit la part dès uns et des autres dans ces résultats, un fait est aujourd hui hors de toute contestation, c'est que l explication du passé est aujourd hui acquise, et cela grâce à l'erreur présente que l'on m'a si fort reprochée, quoique cette erreur ait été celle de tout le monde, même de M. Depaul pendant un certain temps de sa vie de vaccinateur. Sans cette erreur, on en serait encore aujourd'hui là où l'on en était lors des faits de Toulouse, époque où l'on était loin d'être fixé comme aujourd'hui sur l'origine de la vaccine; je soutenais alors la thèse que soutient actuellement M. Depaul; je demandais si l'on voulait faire table rase des faits de Sacco et des autres expérimentateurs. J'ajoute que sans les faits qui se sont produits depuis et qui donnent la clef du passé, M. Bouvier n'aurait pas été dans les conditions pour vous faire entendre son remarquable discours.

Un exemple me revient en ce moment à la mémoire. On a beaucoup parlé depuis quelques années de la paralysie consécutive à l'angine couenneuse. On ne savait pas bien s'il s'agissait là d'un fait nouveau ou d'un fait anciennement connu. Un de nos savants collègues est venu démontrer qu'Hippocrate en avait parlé, et, ce texte ignoré ou méconnu jusque-là, s'est trouvé tout à coup illuminé par ce rapprochement.

La même chose vient de se passer pour l'origine de la vaccine. M. Bouvier nous a rappelé que les maréchaux de la Macédoine admettent trois espèces de javart, dont un varioleux. Si l'on était venu nous dire cela il y a quelques mois, nous aurions dit : C'est absurde, ils ne savent ce qu'ils disent. Aujourd'hui, cette distinction est justifiée et éclairée par nos expériences.

Pour la question de l'identité de la variole et du vaccin, il n'en est pas tout à fait de même; on ne sait encore ce qu'il faut en penser, et, malgré la très-savante dissertation de M. Guérin, nous ne sommes pas encore beaucoup plus avancés. Qu'est-ce qui nous manque? Un petit coup de lancette : une seule expérience vaudrait mieux que tous les raisonnements.

Je ne veux pas m'élever ici à des considérations philosophiques, je n'ai pas la compétence suffisante, et je courrais le risque même de n'en pas parler correctement le langage; mais je dirai que je m'en rapporte à cette proposition de Bacon, que c'est du mariage de ces deux facultés de l'homme, l'expérience et le raisonnement, que sortent toutes les vérités. Tout est là : faculté d'observation et faculté d'induction. Si entre ces deux facultés il fallait établir un ordre de prééminence, je dirais qu'il faut voir d'abord et raisonner ensuite.

Je ne terminerai pas sans chanter un *hosannah* en faveur d'un homme que l'on met un peu trop dans l'ombre aujourd'hui, je veux parler de Jenner. Si j'ai commis une erreur de diagnostic, je suis sûr au moins de ne m'être pas trompé à l'égard de Jenner, quand j'ai dit ici, à propos de cette discussion, qu'il était un des plus grands esprits et un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité. Quelqu'un que je ne nommerai pas ici m'a dit alors que Jenner était *surfait*. Jenner un homme surfait! Voilà ce que j'ai entendu. Rappelez-vous ces vers d'un de nos poëtes classiques :

.....Trois mille ans ont passé sur la tombe d'Homère,
Et depuis trois mille ans, Homère, respecté,
Est jeune encor de gloire et d'immortalité.

Je ne craindrais pas de les appliquer à Jenner et de dire : Trois mille ans passeront sur lui, et son nom restera encore entouré d'une auréole d'immortalité. (Très-bien.)

Je termine en demandant la clôture de la discussion.

M. le Président : Si personne ne demande plus la parole, je vais mettre la clôture de la discussion aux voix.

M. Depaul : Mais plusieurs membres en ce moment absents ont retenu la parole.

M. Bousquet : Je serais bien aise moi-même d'ajouter quelque chose.

M. le Président : Je vais toujours mettre aux voix la clôture. Si elle est rejetée, les membres inscrits conserveront leur tour de parole.

M. Gibert s'élève contre la clôture.

La clôture est mise aux voix et rejetée. A mardi la suite de la discussion.

M. Bousquet aura la parole.

M. Dubois demande la parole pour un fait personnel :

M. Bouillaud s'est plaint de ce que la reproduction d'un de ses discours dans le *Bulletin* n'a été que la dérision de ce qu'il avait dit ici. Je ferai remarquer à M. Bouillaud que le *Bulletin* est imprimé sur les manuscrits mêmes que nous remettent les auteurs; on leur envoie ensuite les épreuves qu'ils corrigent comme ils le veulent. Dans le cas où les auteurs n'ont pas de manuscrits, nous leur demandons qu'elle est la version des journaux qu'ils préfèrent, et cette fois encore, nous leur en voyons les épreuves.

---

secrétaire général a laissé une trace profonde dans vos souvenirs. Que n'ai-je pu, profitant mieux de son amitié et de ses conseils, retrouver les qualités qui l'avaient placé si haut dans votre estime! Que n'ai-je pu, en commençant ma lecture à chaque assemblée, dire comme le poëte, avec l'espoir d'entretenir votre illusion jusqu'au bout :

Et sa voix dans ma voix parle seule aujourd'hui;
Amis, écoutez donc : ce n'est plus moi, c'est lui!

— Tribunaux. — Un médecin de Paris comparaissait devant le tribunal correctionnel, à l'audience du 18 mars, sous l'inculpation de révélation d'une maladie secrète d'un de ses clients. et, sur la plainte de celui ci, en diffamation et en révélation de secret. Le tribunal, admettant la plainte, a rendu un jugement par lequel il a condamné le médecin à une année d'emprisonnement. 500 fr. d'amende: ordonne qu'après avoir subi sa peine, il restera pendant cinq ans sous la surveillance de la haute police, et l'a condamné aux dépens. Et attendu que, par cette divulgation de secret. il a été causé à la partie civile un préjudice dont il lui est dû réparation, le tribunal a, en outre. condamné l'inculpé, par toutes voies de droit, même par corps, à payer à M. X... la somme de 1,000 fr. à titre de dommages-intérêts, et fixé à un an la contrainte par corps, s'il y a lieu de l'exercer.

— Vaccination de moutons. — A la chambre de commerce, M. C. J. Jervoise ayant demandé où en étaient les expériences sur la vaccination des moutons M. Lowe fit observer que ces expériences étaient finies depuis le mois de septembre dernier, et que les résultats n'étaient point satisfaisants.

On avait fait deux séries d'expériences : dans l'une on inoculait aux moutons de la lymphe (vaccin), prise chez l'homme, et là on a réussi jusqu'à un certain point. Les moutons inoculés ont contracté la maladie, quoique sous une forme irrégulière et anormale; mais ils étaient encore aptes à prendre le virus, soit par inoculation, soit selon la manière habituelle; ils le prenaient par voie d'infection. de sorte que la vaccination, opérée ainsi, a paru sans utilité. Dans une autre série, on a inoculé des vaches avec du virus pris sur les moutons, afin de produire, si faire se pouvait, une maladie vaccinale dans les vaches qui aurait joué, à l'égard de l'espèce ovine, le rôle que le virus-vaccin joue à l'égard de l'espèce humaine: mais on a complétement échoué dans cette tentative. (*Bristish medical journal*, 5 mars.)

— En 1862, 19,545 soldats de l'armée prussienne ont été vaccinés. Sur ce nombre. 16,669 portaient des cicatrices de vrai vaccin; 1,852 des traces indistinctes, et 1,024 n'offraient aucune trace de cicatrices vaccinales. L'éruption vaccinale a été régulière et normale chez 12,272 soldats, irrégulière chez 2,738, et sans résultat chez 4,534.

M. Bouillaud : Je ne me plains pas, je n'accuse personne, mais on ne m'a rien envoyé.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1863; par M. le docteur Ordonez, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Tératologie.

Note sur un monstre double autositaire de la famille des monosomiens (Is.-Geoffroy-Saint-Hilaire); par M. le docteur Paul Bert.

On montre en ce moment à Paris un animal monstrueux extrêmement remarquable, et dont la description mérite d'être donnée en détail.

C'est une génisse de 15 mois environ, vivante, bien portante, et de développement moyen. Le corps, parfaitement conformé porte une tête normale dans sa partie postérieure, mais dont la face présente des anomalies nombreuses que je vais d'abord me contenter de décrire, en dehors de toute idée d'interprétation.

Les régions postérieures, ai-je dit, crâne, yeux, oreilles, cornes, sont normales: mais au devant des cornes, le crâne se prolonge à peu près horizontalement, puis se termine par une arête brusque, une saillie transversale surplombante de laquelle partent deux cornes divergentes, presque horizontalement dirigées. Ces cornes se rejoignent à leur base sur la ligne médiane, et sont plus développées que les cornes postérieures.

Au-dessous de l'éminence sur laquelle elles sont implantées se voit une masse charnue, cylindrique, longue de 7 ou 8 centimètres, revêtue de poils en tous points semblable à la trompe des monstres *rhinocephales*. Cette excroissance libre partout, sinon par sa base, repose dans une cavité située au milieu de la face, à la hauteur environ des deux yeux normaux. Sur les talus latéraux qui déterminent cette excavation, on aperçoit, en face l'un de l'autre, l'apparence de deux yeux fermés; ce sont bien des paupières soudées et armées de longs cils, mais le doigt cherche en vain sous elles les globes oculaires.

Le plancher de cet enfoncement s'avance de quelques centimètres, et au-dessous de son bord antérieur apparaît une surface trilobée, tapissée d'une muqueuse semblable à celle qui revêt le mufle des ruminants. C'est le mufle en effet, mais élargi, obliquement dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, et qui, au lieu de terminer la face, est en retard sur la mâchoire supérieure qui prolonge son inclinaison. Dans ce mufle énorme, hideux, s'ouvrent trois orifices: l'un, médian, situé sous la trompe, est un véritable gouffre formé évidemment par la réunion de deux cavités nasales; les deux autres, latéraux, sont des narines à peu près normales. C'est par ceux-ci que passe la presque totalité de l'air inspiré et expiré par l'animal; si en entre, il en sort un peu par l'orifice médian, mais si peu qu'aucun courant appréciable n'en est le résultat.

La mâchoire supérieure est camarde, dépassée considérablement par l'inférieure. Elle ne présente du reste aucune anomalie importante, non plus que l'inférieure; seulement sur la ligne médiane, immédiatement arrière de la symphyse du menton, une ouverture ovalaire donne dans une cavité tapissée d'une muqueuse analogue à la muqueuse buccale, et qui se termine en un canal sous-cutané de la longueur du doigt.

Toutes les parties de cette face complexe sont ainsi disposées, que la base des cornes antérieures les domine verticalement presque toutes, ce qui donne au profil de la tête presque l'apparence d'un carré.

Si j'ai réussi à rendre suffisamment claire une description toujours difficile en l'absence de figures, le lecteur doit s'imaginer l'aspect étrange et sauvage de cette tête dont la face montre successivement: en haut, les deux cornes antérieures, dirigées sur le côté et en avant; audessous l'excavation du fond de laquelle part la trompe, avec les vestiges oculaires situés assez près de la base de cette trompe; plus bas encore, le vaste trèfle muqueux, et ses trois orifices béants, dont les deux latéraux sont incessamment lubrifiés par la langue de l'animal; enfin, la mâchoire inférieure, avançant comme chez les chiens carlins, et montrant ses dents incisives presque à nu.

Il y a donc, en somme, de surajouté à la tête: deux cornes reposant sur une base osseuse dont la composition anatomique est inconnue, deux yeux avortés dans une cavité orbitaire unique, une trompe représentant évidemment un nez, et deux fosses nasales réunies en une seule sur la ligne médiane. J'en finirai avec la description en disant que toutes ces parties ne sont pas exactement disposées d'une manière symétrique par rapport au plan médian de l'animal, mais qu'elles sont un peu déjetées à gauche; en sorte que le faux œil du côté gauche est ordinairement caché par la trompe, et que celui du côté droit est profondément enfoncé dans leur cavité commune.

Les parties plus profondes, inaccessibles à la vue et au toucher, sont-elles le siége de quelque anomalie? Il est incontestable d'abord que la grande excavation nasale communique avec la bouche; mais cette communication se fait très-probablement par l'intermédiaire des orifices ordinaires; au moins la voix de l'animal est pure, et ne dénote en rien quelque ouverture anomale de la voûte palatine. A la base de la langue, on sent comme un tubercule que le gardien du monstre prétend être une seconde langue avortée; mais je suis loin de me porter garant de cette allégation.

Tel est cet animal étrange; il me reste à interpréter les faits que je viens de décrire, et à chercher la place qui revient à ce monstre dans la classification tératologique.

La première idée qui se présente à l'esprit est celle-ci, que ces cornes, ce nez et ces yeux avortés, ces fosses nasales confondues en une seule, constituent un être parasitaire accolé sur la face du sujet autosite, et réduit lui-même à une face incomplete et une portion de crâne. Mais un examen plus approfondi ne me semble pas permettre de s'arrêter à cette interprétation. Et si je la repousse, ce n'est pas seulement parce qu'elle n'est en rapport avec aucun ordre des faits tératologiques connus, car je crois que la tératologie nous tient bien des surprises en réserve; ce n'est pas seulement parce que notre monstre ne trouverait nulle part sa place dans les cadres de la classification actuelle, car ces cadres sont de toutes parts débordés; c'est parce que j'ai assisté à la démonstration, pour ainsi dire, de l'explication que je vais proposer, et qui du reste s'harmonise bien mieux avec tout ce que nous savons en tératologie.

A mes yeux ce monstre est un monstre double de la classe des monstres autositaires, de la famille des Monosomiens, c'est à-dire qu'il me paraît formé de la réunion de deux individus égaux, entièrement confondus en un seul jusqu'à la face, où se manifeste seulement la dualité composante. Dans cette interprétation, la corne postérieure et la corne antérieure du côté gauche seraient les cornes de l'individu de gauche, celles de droite les cornes de l'individu de droite; l'œil normal de gauche et le vestige oculaire de gauche appartiendraient à l'individu de gauche, ceux de droite à l'individu de droite, et de même pour les fosses nasales, la moitié du grand orifice médian appartenant à chacun des individus composants. Il n'y aurait donc pas eu seulement accolement des deux têtes, mais comme une sorte d'aplatissement qui aurait porté en avant les parties situées du côté de la ligne médiane. Il va sans dire que j'emploie cette forme de langage d'une façon purement descriptive, car, en théorie, je crois profondément à la monstruosité primitive, en dehors de toutes circonstances postérieures à la génération.

Que l'on se reporte aux trois genres établis par Is. Geoff.-Saint-Hilaire dans la famille des Monosomiens; on verra successivement l'atlodyme présenter sur son corps unique deux têtes séparées, mais contiguës; ces deux têtes se réunissent en arrière chez l'iniodyme; et enfin, chez l'opodyme, une tête unique ou en apparence unique est terminée par deux faces distinctes, à partir de la région oculaire. Mais chez les Opodymes les plus [illegible], dont je connais la description, les deux mâchoires inférieures existaient accolées, il est vrai, sur la ligne médiane, et aussi les deux mâchoires supérieures, plus distinctes encore l'une de l'autre. Au reste, les régions supérieures de la face présentaient des dispositions fort analogues à celles que j'ai décrites plus haut, fort analogues à celles que présentent si fréquemment les monstres cyclocéphaliens.

Il faut donc, pour se rendre un compte exact du mode de constitution de notre monstre, faire un pas de plus, et confondre les deux bouches d'un opodyme en une bouche commune, en faisant disparaître les branches internes des deux mâchoires, et en réunissant leurs branches externes, réunion anomale dont la petite fente de la lèvre inférieure semble montrer l'imperfection.

La fusion des deux êtres est donc complète pour le corps, complète pour les parties postérieures et inférieures du crâne et de la face, incomplète pour les régions oculo-fronto-nasales. Mais ceci n'est que l'expression des apparences extérieures, et l'analyse anatomique fera sans doute découvrir des traces de duplicité dans la composition de la base du crâne et dans celle de l'encéphale.

J'ai dit que j'avais assisté, en quelque sorte, à la démonstration de l'interprétation que je viens de proposer. En effet, M. Guhea bien voulu me montrer une série de monstres doubles appartenant à la classe des poissons, et éclos dans l'aquarium du collége de France, série qui représente toutes les transitions entre ces deux types extrêmes: individus composants absolument distincts, si ce n'est par l'extrémité de la queue, qui leur est commune; individus composants presque entièrement confondus, et ne témoignant de leur existence virtuellement distincte que par quelques anomalies de la face. Dans cette série, j'ai vu certains monstres qui réalisaient exactement, sauf les différences dues aux types zoologiques, les conditions anatomiques du monstre dont je m'occupe ici. J'en ai vu même de bien plus intimement confondus, puisque le seul indice de leur duplicité était un élargissement du museau, et la présence d'un troisième œil sur la ligne médiane, œil double dans certains cas, simple dans d'autres, rudimentaire parfois, ou enfin, dans un cas, réduit à une simple tache pigmentaire!

Nous arrivons donc, de gradation en gradation, par passages insensibles, à un individu unique et dont rien ne peut faire soupçonner la dualité qui se forme cependant de deux individus confondus en un seul; on

sent assez quel abîme psychologique s'ouvre devant nous, et ce n'est pas ici le lieu d'insister. Mais combien de problèmes curieux pourraient être résolus, si ces poissons, si même la vache dont je viens donner l'histoire, pouvaient nous faire part de leurs sensations, de leurs réflexions, de leurs déterminations volontaires, et peut-être de leurs luttes intérieures! Constatons seulement que l'observation de leurs faits et gestes ne nous fournit aucune particularité importante, et que cet individu en deux personnes semble se comporter comme un être normal.

Cette note a été présentée à la Société de biologie dans sa séance du 8 août; la semaine suivante, les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* m'ont appris que notre collègue M. Goubaux avait adressé, le 3 août, à cette compagnie un mémoire touchant ce même monstre que je viens de décrire. La description donnée par le savant professeur d'Alfort, bien que singulièrement écourtée par les *comptes rendus*, concorde parfaitement avec celle que l'on vient de lire; il n'en pouvait être autrement.

Mais l'interprétation admise par M. Goubaux diffère considérablement de la mienne, si j'en crois du moins le même recueil, dans lequel on lit seulement que ce monstre se rapporte au genre Epignathe de la famille des Polygnathiens (Is. Geoff. Saint-Hilaire). L'autorité bien connue de notre collègue et sa grande expérience de la tératologie ont dû me faire longuement réfléchir sur la détermination que j'avais proposée. Cependant, après nouvelles délibération, je crois devoir persister dans mon opinion première, en m'appuyant particulièrement sur les observations faites chez les poissons. En tout cas, je ne saurais voir dans la monstruosité en question un exemple de polygnathisme, quand je lis dans Is.-Geoff.-Saint-Hilaire cette phrase, que « le monstre double polygnathien représente dans son ensemble un être unitaire avec *développement surnuméraire de mâchoires* » (*Térat.* t. III, p. 24), d'où vient son nom même, et cette autre que le caractère du genre Epignathe est de porter « une tête accessoire, très-incomplète et très-mal conformée dans toutes ses parties, attachée au palais de la tête principale » (*Ibid.*, p. 251.) Rien de tout cela ne me paraît applicable au cas actuel; mais on conçoit qu'il est impossible d'établir une discussion régulière en présence des quelques lignes sans commentaires ni arguments, publiées par les *Comptes rendus*.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire d'histologie humaine normale et pathologique, précédé d'un exposé des moyens d'observer au microscope; par C. Morel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, accompagné d'un atlas de 34 planches dessinées d'après nature, par J. A. Villemin, D.-M. — Paris, J. B. Baillière, 1864.

La création d'une chaire d'histologie à la Faculté de médecine de Paris a répondu à un besoin réel; elle a donné satisfaction à tous ceux qui, dans ces dernières années, ont suivi comparativement les progrès de l'anatomie générale en France et à l'étranger, et constaté avec regret notre infériorité dans une science fondée par le génie de Bichat, mais immobilisée ou faussée après lui par ses successeurs.

Cette création était d'autant plus nécessaire que, dans notre pays, la réglementation atteint jusqu'aux choses de science, et que l'histologie courait grand risque de rester à l'état embryonnaire si l'impulsion officielle n'était venue réveiller l'indifférence générale.

Mais à ces créations de chaires transformant un ensemble de recherches isolées et souvent contradictoires en une science enseignée, et offrant pour la première fois à la jeunesse un programme nouveau revêtu de la sanction officielle, il y a un danger, et il est du devoir de la critique de le signaler. Si chaque Faculté avait sa chaire d'histologie, si du moins ces questions étaient assez familières en France pour qu'une discussion sérieuse et profitable pût s'établir à leur sujet dans le journalisme médical, les observations présentes n'auraient pas de raison d'être; mais il n'en est pas ainsi : notre éducation en ces matières est, il faut bien l'avouer, à peine ébauchée et, pour emprunter les paroles de M. Morel « dans notre pays l'histologie a été jusqu'à présent peu sympathique aux savants et surtout « aux médecins. ».

Aussi les traités élémentaires exposant une science de date récente et encore peu cultivée, acquièrent-ils de suite une importance extrême, moins par eux-mêmes que par l'époque de leur apparition; car c'est dans leurs pages et non dans les mémoires originaux, que la jeune génération médicale, que les praticiens désireux de s'instruire iront puiser les premiers éléments de la science et s'initier à ses principes. De là une impression presque ineffaçable, et une influence, favorable, si le livre est bon; désastreuse, s'il est mauvais, mais qui, dans tous les cas, persistera dans l'intelligence, soit pour en stériliser, soit pour en féconder les produits. Qu'un nouveau manuel d'accouchements ou de médecine légale paraisse, les divergences pourront porter sur quelques points de détail, sur les avantages ou les inconvénients de tel ou tel procédé; le livre pourra être plus clair ou plus savant, plus court ou plus complet, peu importe; la méthode, les principes fondamentaux ne différeront pas dans leurs caractères essentiels. Mais là, il n'en est plus de même : l'avenir de l'histologie en France dépend de la première direction donnée à son étude, et cette direction elle-même, ce sont les ouvrages élémentaires qui la tracent. Aussi exigent-ils l'examen le plus scrupuleux, et la critique a-t-elle le droit, avant de les laisser passer, de les soumettre à une sorte de vérification des pouvoirs.

Trois traités élémentaires d'histologie ont paru dans l'année 1863, ceux de MM. Fort, Pouchet et Morel. C'est plus que la France n'en avait jamais vu; car, en mettant à part la tentative remarquable mais trop systématique et par suite avortée de M. Segond, nous n'avions de national que le *Manuel* de M. Mandl et le *Précis* de M. Morel, et il nous avait fallu traduire Henle, Kolliker, Virchow, pour ne pas rester tout à fait étrangers à un mouvement qui nous entraînait malgré nous. Cette apparition simultanée, qui pourrait au premier abord sembler étrange, a sa raison d'être, et confirme ce que nous disions plus haut de l'influence de la réglementation scientifique. Le premier de ces ouvrages, par M. Fort, livre « écrit à la hâte, » et « pour être « livré avant l'époque des examens » (paroles textuelles de l'auteur), n'est qu'un abrégé très-écourté des leçons de M. Robin; le second, de M. Pouchet, avec des prétentions plus hautes, n'en répudie pas moins l'influence étrangère, et nous présente un texte écrit, comme l'annonce le titre, d'après les travaux de l'Ecole française; mais illustré, ce qui saute de suite aux yeux, de figures empruntées presque toutes à l'Ecole allemande. Quoi qu'il en soit, tous deux se donnent comme représentant les idées françaises, et représentent surtout l'hostilité contre la micrographie allemande.

Nous n'aurions pas parlé de ces deux ouvrages, que nous n'avons pas ici à apprécier, si dans l'un d'eux le choix du professeur pour la chaire d'histologie n'était présenté comme une protestation contre l'envahissement des idées étrangères, et si une sorte de doctrine dite nationale n'était mise pour ainsi dire à l'abri sous la protection officielle. Or nous ne croyons pas que le ministre ait jamais pensé à prendre parti entre la France et l'Allemagne, et si son choix a porté sur M. Robin, c'est que ce dernier était le professeur désigné d'avance et par les partisans et par les adversaires de ses opinions, tous confondus dans une sympathie commune pour l'homme et le savant.

Aussi protestons-nous à notre tour contre cet exclusivisme scientifique, et sommes-nous heureux de rencontrer un livre qui nous donne de nouveaux motifs pour demander, non l'envahissement, mais l'introduction des idées étrangères, non leur adoption sans contrôle, mais leur droit à l'épreuve de la discussion et de l'examen. Peut-être alors verrons-nous des conversions inattendues se produire, et peut-être entendrons-nous répéter ces paroles si honorables de Lehert, rétractant loyalement une opinion qu'il avait longtemps soutenue : Pourquoi n'avouerais-je pas que c'est en cherchant des « preuves pour réfuter l'*omnis cellula e cellula* que j'en suis devenu « un des défenseurs convaincus (1)? »

Je sais que tout le monde en Allemagne n'a pas adopté les idées de Virchow, et c'est là le grand argument invoqué en France contre lui; en effet la lutte a été et est encore ardente de l'autre côté du Rhin, et le mot « extravagances » emprunté à notre langue et germanisé pour la circonstance par Henle, prouverait beaucoup pour qui ne connaîtrait pas la susceptibilité scientifique et l'ardeur juvénile de nos savants voisins. Dans toute tentative de rénovation, ne faut-il pas faire la part de l'exagération inévitable des réformateurs et de la rébellion des intelligences qu'on veut arracher à leurs habitudes? Non seulement cette part n'a pas été faite, mais on a intenté à dessein le procès en masse à Virchow en confondant habilement dans la discussion la théorie *omnis cellula e cellula*, et sa doctrine du tissu conjonctif, et en passant prestement de l'une à l'autre suivant les besoins de la défense ou de l'attaque. La distinction est pourtant d'une importance capitale, car le vrai débat n'est plus engagé en Allemagne entre la théorie de la multiplication cellulaire et celle du blastème, et Henle effleure à peine cette question; ses attaques portent à peu près exclusivement sur la valeur et la signification des corpuscules du tissu conjonctif, et chaque année, cette question même se réduit de plus en plus, si bien qu'on peut déjà prédire l'heure et prévoir le terrain qui verront la rencontre et la conciliation des adversaires.

(1) *Gazette médicale*, 1861, p. 482.

Ces réflexions préliminaires étaient indispensables pour préciser nettement le caractère du livre dont nous avons à rendre compte, le rôle qu'il prend dans le débat et par suite l'influence qu'il peut avoir sur les études histologiques.

Ce qui perce à chaque ligne, à chaque phrase, c'est l'aversion de l'auteur pour les théories, pour les descriptions systématiques, pour l'asservissement du fait à l'hypothèse, pour ce qu'on pourrait appeler l'histologie des probabilités. Telle est l'impression générale qui reste de la lecture attentive de l'ouvrage. Cependant faut-il adopter cette formule « pas de théorie » dans sa rigueur absolue? Evidemment non. Les faits ne sont pas comme des grains de sable isolés et indépendants les uns des autres, et pouvant indifféremment s'entasser pêle-mêle ou se disperser au hasard; ce sont plutôt des anneaux épars que l'esprit humain a pour mission de rapprocher et de relier pour en former une chaîne solide. La recherche des lois est donc l'inévitable terme de toute science. Bien peu, il est vrai, ont rempli ce programme; malheureusement encore celle qui nous occupe est du nombre, et Kolliker a pu dire sans crainte d'être démenti que l'histologie ne possède pas une seule loi. Cependant on peut déja, grâce à l'observation consciencieuse des faits et à l'étude de leurs rapports, rétablir des fragments isolés de la série, et arriver à quelques principes généraux, en un mot à une conclusion. Or la conclusion du livre est la condamnation formelle de la doctrine du blastème et la consécration de la phrase célèbre de Virchow: *Omnis cellula e cellula*; cette conclusion, M. Morel la discute à peine, il se contente de la poser en quelques lignes au début de l'ouvrage; mais, ce qui est préférable, elle ressort, vivante et claire, de tous les faits accumulés dans le courant du livre, et ne vaut-il pas mieux laisser la conviction pénétrer peu à peu dans l'esprit du lecteur, et ce dernier formuler spontanément le résultat auquel il se trouve invinciblement amené?

Par ce qui précède on peut voir que le traité d'histologie de M. Morel est un ouvrage élémentaire; c'est dire qu'il ne faut pas s'attendre à y rencontrer les discussions qui tiennent une si large place dans le traité de Kolliker par exemple; il ne faut pas même y chercher ces minutieux détails de structure intime qu'il n'est donné d'apercevoir qu'aux observateurs rompus au maniement du microscope; le spécialiste pourra regretter le peu de développement donné à certains chapitres (rétine, labyrinthe, etc.), le peu de place accordé aux actualités de la science (terminaison des nerfs, structure des centres nerveux, glandes sanguines, etc.), mais il ne faut pas perdre de vue le but de l'auteur; et peut-être a-t-il eu raison de glisser sur ces questions ardues qui effrayent les débutants, et de se borner à ce qui est visible et indiscutable.

(La fin au prochain numéro.)

Dr Beaunis,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

VARIÉTÉS.

A M. Latour, rédacteur en chef de l'Union médicale.

Monsieur et très-honoré collègue,

Voulez-vous avoir l'extrême obligeance de faire savoir à vos lecteurs que, contrairement à ce que vous m'avez fait dire dans votre *premier-Paris*, je n'ai jamais dit, ni pensé, ni écrit que « la variole humaine et « la variole des animaux, c'est *unum* et *idem*. » Ma réponse à la dernière interpellation de M. Bousquet, au moment où je venais de lire mes premières conclusions, n'aurait dû laisser à personne le moindre doute à cet égard. Dans mon premier discours comme dans mon second, j'ai si peu professé l'identité de la variole humaine et celle des animaux, que j'ai même été jusqu'à différencier celle du cheval et de la vache; et finalement c'est par la série des transformations que la variole subit dans ses pérégrinations avant d'arriver à l'homme sous la forme de cow-pox, et par la combinaison chez ce dernier de l'élément varioleux des animaux avec les éléments de l'organisme humain et la variole en puissance que renferment ses humeurs, que j'ai expliqué la constitution de la vaccine. Cette façon de considérer les éléments et la composition de la vaccine n'exclut-elle pas toute idée « d'identité de la variole humaine « et de la variole bestiale? »

Je n'en suis pas moins reconnaissant, monsieur et très-honoré collègue, de l'espace que vous avez bien voulu consacrer à l'examen de mon argumentation. Veuillez en agréer mes remercîments avec la nouvelle assurance de mes sentiments très-distingués.

Jules Guérin.

— Par décret du 14 mars 1864, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a nommé dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade de chevalier : MM. Buges (Jean-Antoine), médecin major de 1re classe : 23 ans de services, 9 campagnes;—Bédié (Joseph-Henri), médecin major de 2e classe au 11e régiment de dragons : 22 ans de services, 6 campagnes;— Lécard (Jules-Jean-Baptiste), médecin major de 2e classe à Oran : 22 ans de services, 10 campagnes;— Robaglia (Silvestre), pharmacien major de 1re classe à l'hôpital de Rome : 23 ans de services, 16 campagnes.

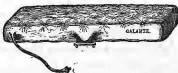
— Par décret en date du 14 mars 1864, sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, l'Empereur a promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Leroy de Méricourt (Alfred), médecin professeur de la marine. Chevalier le 14 décembre 1854 : 19 ans de services, dont 10 à la mer.

Au grade de chevalier : M. Lemercier (César-René-Pierre-Marie), chirurgien de la marine de 2e classe : 6 ans de service.

— M. le docteur Giraud est nommé médecin en chef de l'une des divisions de l'asile de Marseille; M. Achille Foville, directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne; M. Hildenbrandt, médecin préposé responsable de l'asile de Niort, et M. Fougères, directeur-médecin en chef de l'asile de Limoges.

— Du matelas d'eau, comme moyen préventif et curatif des escarres au sacrum, et comme traitement des fractures du col du fémur chez les vieillards. — Les mécaniciens et les chirurgiens ont de tout temps cherché le moyen de guérir ou de prévenir les escarres au sacrum; une foule de malades succombent convalescents de graves maladies, ou de grandes opérations, parce qu'il a été impossible de guérir les plaies résultant de ces escarres et sur lesquelles le corps repose sans cesse; les malheureux ne peuvent reprendre ni force, ni appétit, ni sommeil à cause des douleurs incessantes qu'ils éprouvent. M. Demarquay, après avoir étudié et employé les lits mécaniques les plus vantés, a cherché une disposition plus simple, moins chère et plus commode que tous ces appareils dispendieux, charmants dans leur mécanisme, mais toujours inutiles et souvent dangereux pour les malades. Le lit qui l'avait le plus frappé par ses avantages était celui d'Asmolt, composé d'un fond de lit rempli d'eau, et recouvert d'une lame de caoutchouc vulcanisé. Mais le



prix élevé de ce lit et d'autres inconvénients le rendaient impossible à l'hôpital; il s'agissait de trouver quelque chose qui eût les avantages du lit d'Arnolt sans en avoir les inconvénients. Après bien des mois, M. Demarquay a imaginé le matelas d'eau. Cet appareil très-simple, ayant la forme et le volume d'un petit matelas ordinaire, est capitonné, rempli d'eau tiède et placé dans un lit; il conserve indéfiniment la même température, celle-ci ne subit aucune altération, et au bout de trois mois de séjour dans un lit, il conserve la même chaleur et la même odeur.

Le malade affecté d'escarre ou de fracture du col du fémur, se trouve très bien sur ce matelas; dès qu'il y est placé, il cesse de souffrir, ses forces reviennent avec le sommeil. Nous avons vu des malheureux phthisiques guérir de leurs escarres. Cela se comprend: dans un lit ordinaire, un malade amaigri repose surtout sur la nuque, les épaules et le sacrum; sur le matelas d'eau toutes les portions du corps portent également; de plus, à chaque mouvement que fait la personne alitée, il se déplace un volume d'eau qui l'aide à accomplir ses mouvements.

Les médecins désireux de connaître comme nous les avantages du matelas d'eau, pourront se renseigner auprès de M. Trousseau et auprès des collègues de M. Demarquay à la Maison de santé. Quand on n'a pas été témoin du bien-être accusé par les malades affectés d'escarres ou de fractures du col du fémur, quand on les a placés sur le matelas d'eau, on ne peut pas comprendre les avantages de cet appareil. Nous avons vu des malheureux privés de sommeil, d'appétit, se plaignant sans cesse, retrouver en quelques jours le sommeil et l'appétit, condition indispensable à toute guérison.

Un des grands avantages du matelas d'eau, c'est qu'il est à la portée de toutes les fortunes, et que l'on peut toujours se le procurer chez M. Galante, qui apporte un grand soin à sa fabrication. On trouvera d'ailleurs chez cet honorable fabricant tous les renseignements désirables.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DE LA MÉTHODE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES (1).

(Deuxième article. — Voir le n° 52 de 1863.)

Les expériences que nous appelions de nos vœux en terminant notre précédent article n'ont pas tardé à se produire, non pas encore d'une manière complète et tout à fait péremptoire, mais toutefois en nombre suffisant pour que nous ne voulions pas tarder plus longtemps à les communiquer à nos lecteurs, non-seulement à cause de l'intérêt d'actualité que ces résultats peuvent présenter, mais encore et surtout pour provoquer une série d'expérimentations nouvelles, empruntant de leur nombre et de leur simultanéité une signification que ne pourrait avoir chacune d'elles isolément. Notre appel doit être d'autant plus pressant qu'il s'agit ici d'une heureuse application d'une méthode déjà féconde en excellents résultats, laquelle est loin, nous le croyons, d'avoir dit son dernier mot.

Voici donc, en attendant les communications nouvelles qui nous permettront de publier un travail un peu complet, les nouveaux documents que nous croyons devoir enregistrer; il sont relatifs : 1° à l'anesthésie chloroformique continuée par l'administration hypodermique de la morphine; 2° aux applications des injections sous-cutanées à la chirurgie oculaire.

1° ANESTHÉSIE SUPPLÉMENTAIRE.

C'est à la Société de médecine de Versailles qu'appartient la louable initiative d'une série d'expériences sur des animaux destinées à vérifier les assertions du professeur allemand Nussbaum, lequel, on s'en souvient, annonçait avoir prolongé pendant douze heures l'anesthésie chloroformique chez un malade par une ligature hypodermique de 5 centigrammes d'acétate de morphine. Une commission composée de MM. les docteurs Tarneau et Leduc, de MM. Naudin et Moser, vétérinaires, et Rabot, pharmacien, rapporteur, a été a cet effet désignée par ladite Société, et voici les résultats qu'elle a obtenus sur deux chiens qui ont été l'objet des expérimentations :

EXP. I. — Un chien de race épagneule, taille ordinaire des chiens de chasse, âgé de 3 ans, et d'une constitution robuste, est soumis à l'inhalation du chloroforme au moyen d'une éponge placée dans un grand entonnoir de carton. L'inhalation commence à deux heures quinze minutes; au bout de quatre minutes, collapsus complet; on supprime le chloroforme.

A deux heures vingt et une minutes, on pratique à la partie interne de la cuisse gauche une légère incision comprenant la peau et le tissu cellulaire, et par cette incision on injecte une solution de 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine. A deux heures vingt-cinq minutes, la respiration de l'animal s'accélère; il survient du clignotement et des mouvements convulsifs de la tête et du col. A deux heures vingt-huit minutes, mouvements automatiques de la patte droite; l'œil s'ouvre et paraît très-brillant; la pupille est très-dilatée; on observe alors une tension générale des muscles extenseurs. A deux heures trente minutes, l'insensibilité, constatée au moyen de piqûres, est complète.

A deux heures quarante-deux minutes, le chien est éveillé et marche en chancelant, mais il est toujours insensible aux piqûres. A deux heures cinquante minutes, l'insensibilité persiste, mais l'animal commence à se reconnaître; la sensibilité paraît revenir, mais d'une manière très-obtuse, à deux heures cinquante-cinq minutes.

Il y a donc eu anesthésie bien constatée pendant trente-six minutes; mais l'injection faite avec un mauvais instrument est en partie revenue par l'incision : on peut estimer qu'il y a eu perte d'une moitié au moins du liquide. Cependant le même chien ayant été endormi trois jours après au moyen du chloroforme seul, l'insensibilité n'a duré que dix-neuf minutes; quoi qu'il en soit, ce premier résultat n'est pas très-probant, d'autant plus que les doses de chloroforme employées dans l'une et l'autre expérience ont été relativement considérables, ce qui explique la durée du sommeil.

EXP. II. — Une chienne braque en rut, âgée de 18 mois, de la même taille que le chien précédent, est soumise à l'inhalation du chloroforme à deux heures trente-six minutes. Insensibilité et collapsus à deux heures quarante minutes.

L'injection de 5 centigrammes du sel de morphine est faite à la face interne de la cuisse droite au moyen du trocart explorateur, ce qui permet de pousser l'injection assez loin sans qu'il en revienne une seule goutte

A deux heures cinquante minutes, ronflement sonores; quelques mouvements de la tête que l'animal balance de haut en bas. Mouvements de va-et-vient de la patte droite. Emission d'excréments. La respiration est très-calme, régulière, et l'insensibilité est absolue.

De trois à quatre heures, l'insensibilité, constatée de temps en temps, est absolue.

A quatre heures, l'animal se lève après une piqûre que cependant il n'a pas sentie, fait quelque pas et retombe sur le ventre. Il regarde autour de lui avec stupeur, n'entend pas l'appel et ne sent pas plusieurs piqûres dans la région des cuisses.

A quatre heures sept minutes, l'animal ne sent pas une piqûre au nez; mais la queue, pressée fortement sur le sol par un sabot, fait pousser un gémissement.

En somme, l'insensibilité constatée et absolue a duré une heure vingt-sept minutes.

3° Dans une nouvelle expérience faite sur la même chienne, l'inhalation est commencée à deux heures douze minutes. L'insensibilité est constatée à deux heures seize minutes.

Injection sous-cutanée de 6 centigrammes 1/2 de chlorhydrate de morphine à deux heures dix-huit minutes.

(1) Dès l'année 1848, M. J. Guérin avait fait des expériences suivies, tendant à faire connaître les effets physiologiques résultant des injections sous-cutanées avec le chloroforme : témoin le passage suivant d'un de ses discours, prononcé devant l'Académie de médecine dans la discussion sur le chloroforme, séance du 14 novembre 1848 : « La chloroformisation est possible, mais avec des effets très-différents, quand on « l'emploie par la voie cutanée, pulmonaire et vasculaire. Par la voie « cutanée, sous la peau de l'abdomen par exemple, les animaux éprouvent une ébriété longtemps prolongée et une insensibilité plus marquée dans le train postérieur que dans les parties antérieures. Ils peuvent supporter des heures entières (quatre à cinq heures) cet état, et « meurent pour ainsi dire de toutes les parties avant de cesser de respirer. » (*Gaz. Méd.*, année 1848, p. 919.)

FEUILLETON.

ÉTUDE SUR LA CONTRACTION MUSCULAIRE A PROPOS DU JUGEMENT DE LA CROIX DES AFFECTIONS SIMULÉES ET DES LUXATIONS.

Il m'était resté de mes études classiques le souvenir des ordalies, épreuves judiciaires du moyen âge, lorsqu'en 1862 une affaire de cour d'assises m'offrit l'occasion d'appliquer un axiome physiologique mis en lumière par ces épreuves, et j'ose dire que les faits d'autrefois me donnèrent la solution de la difficulté qui m'embarrassait.

Les anciens racontent ainsi le jugement de la croix : l'accusé qui devait subir ce jugement était placé devant l'image de la croix, debout, les bras tendus horizontalement, *in crucis formam;* la durée de l'épreuve était limitée : c'était le temps de réciter les évangiles ou l'oraison dominicale; celui qui persistait immobile durant la cérémonie était considéré comme innocent; mais celui qui fléchissait les bras était considéré comme vraiment coupable. (*Glossarium domini Ducange*, v° CRUCIS JUDICIUM.)

La même épreuve était en honneur dans les affaires civiles. En 798, Zénon étant en procès avec le municipe de Vérone, on convint de part et d'autre de choisir des champions, *sine ullo crimine existimatos*, dit l'auteur, Arégaüs pour la ville et Pacificus pour Zénon. S'étant rendus à l'église, ils se placèrent tous les deux les bras étendus devant l'autel pendant qu'on célébrait l'office de la messe. Jusqu'au milieu de l'évangile, qui était celui de la Passion suivant saint Mathieu, ils firent tous les deux bonne contenance; mais, à ce moment, Arégaüs tomba par terre à moitié mort, *corruit quasi exanimis*. Pacificus, au contraire, persista jusqu'à la fin de l'évangile et gagna ainsi pour Zénon une certaine *quartam partem*, objet du litige. (*Ughellus*, page 610.)

Arégaüs était resté vingt minutes les bras étendus, et Pacificus quarante minutes.

Pour apprécier exactement la durée de cet effort musculaire, j'ai placé quatre jeunes gens les bras étendus en face d'un beau paquet de cigares qui devait être adjugé au vainqueur; ils ont cédé dans les intervalles suivants : 7 minutes, 8 minutes, 10 et 19 minutes.

Dans une autre expérience, deux jeunes gens ont pu rester pendant 33 minutes appuyés sur le pied droit sans que le pied gauche touchât la terre : c'est la constatation officielle de ce fait physiologique bien connu d'ailleurs.

La contraction musculaire volontaire est, de sa nature, momentanée. Aucun effort ne peut la prolonger au delà d'un temps très-limité. Il est donc facile de distinguer la contraction musculaire, état volontaire et passager, de la rétraction musculaire, état involontaire et permanent (1).

(1) Pour comprendre ces formes judiciaires, qui nous semblent issues

A deux heures quarante minutes, l'animal semble s'éveiller, soulève la tête et regarde vaguement autour de lui, puis la tête retombe et le sommeil reprend. L'insensibilité persiste.

A trois heures vingt-huit minutes, l'animal lève tont à conp la tête et cherche à marcher, mais ne peut se tenir debout. Il se traîne péniblement sans ressentir les piqûres qui lui sont faites aux places les plus sensibles. Le sommeil reprend bientôt, malgré les efforts que fait l'animal qui, de temps en temps semble s'éveiller pour retomher bientôt, et pendant cette lutte l'insensibilité absolue n'a pas cessé.

A trois heures cinquante minutes, émission d'excréments.

A quatre heures, même situatinn. Sommeil agité et insensibilité complète.

Cet état a duré jusqu'à cinq heures dix minutes. On a alors éveillé l'animal, qui a pu sortir de la chambre en chancelant, mais est bientôt retombé et a refusé toute nourriture à l'heure habituelle de son repas.

A huit heures, la sensibilité était encore complétement abolie : passé cette heure, on ne s'en est plus occupé, et le lendemain matin l'animal était dans son état normal.

Ainsi, la durée de l'insensibilité constatée a été, dans cette expérience, de cinq heures quarante-quatre minutes.

Quelques jours après, on soumit le même animal à l'action du chloroforme seul, afin d'établir ainsi un point de comparaison qui permît de juger de la valeur des expériences précédentes. L'inhalation fut commencée à huit heures vingt-cinq minutes, et l'insensibilité absolue obtenue à huit heures trente-cinq minutes.

A huit heures cinquante minutes, l'animal ouvre les yeux, et semble s'éveiller, mais reste insensible. A neuf heures, l'insensibilité continue, mais l'animal comprend ce qui se passe autour de lui; il entend l'appel, se lève et se promène. A neuf heures dix minutes, l'insensibilité est constatée de nouveau, quoique la chienne ait repris ses allures normales. A neuf heures treize minutes, la queue, pressée fortement dans une pince, ne donne lieu à aucune marque de douleur. La sensibilité reparaît à neuf heures un quart.

Ainsi, sous l'influence du chloroforme seul, il y a eu un sommeil de dix à douze minutes; l'insensibilité absolue n'a duré qu'une demi-heure, tandis qu'elle avait été de près de six heures la fois précédente. Il est donc impossible de méconnaître l'influence de l'injection narcotique sur la prolongation de l'anesthésie; maintenant il manque à ce fait la consécration pratique, et nous devons nous étonner que l'expérience n'en ait point encore été faite dans nos hôpitaux, où l'on a si fréquemment l'occasion de pratiquer des opérations qui exigent une anesthésie prolongée. Nous recommandons particulièrement cet essai aux accoucheurs d'outre-Manche qui font usage du chloroforme dans leur pratique obstétricale; il nous semble que c'est là, ou jamais, le cas d'appliquer la découverte de M. Nussbaum.

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DANS LA CHIRURGIE OCULAIRE.

En attendant le résultat de ce nouvel appel que nous adressous aux praticiens, enregistrons la deuxième espèce d'expériences dont nous avons parlé plus haut; cette fois c'est encore l'Allemagne qui nous envoie son tribut. Il s'agit d'une série de leçons cliniques faites par le professeur de Graefe sur l'emploi des injections sous-cutanées dans la chirurgie oculaire. Nous en empruntons le résumé au *Bulletin de thérapeutique*.

Le point d'élection pour ces injections est la partie moyenne de la tempe. La peau doit être bien soulevée des couches sous jacentes et appliquée bien exactement sur la canule, laquelle est poussée jusque dans le tissu cellulaire. C'est par centaines que M. de Graefe compte les cas dans lesquels il a en recours à ces injections qu'il répète à des intervalles d'un ou deux jours. Ses expériences ont porté seulement sur l'acétate de morphine et le sulfate d'atropine.

La quantité d'acétate de morphine employée dans les expériences de M. de Graefe a varié d'un dixième de grain à un demi-grain, soit en moyenne un cinquième ou un sixième. La solution était dans la proportion de 4 grains d'acétate pour 1 drachme (1 gr. 771) d'eau distillée; elle doit être neutre ou seulement très-faiblement acide.

L'action physiologique est la même que lorsque la morphine est ingérée dans l'estomac, mais elle est en général plus prononcée, et par conséquent la quantité injectée doit être moindre d'un tiers environ que celle qu'on administrerait à l'intérieur. L'action sur l'iris est intéressante. Souvent au bout d'une minute, quelquefois dans l'espace d'un quart d'heure, on observe la contraction spéciale de cette membrane, contraction dont le degré et la durée varient d'une manière extraordinaire; dans un grand nombre de cas, elle persiste bien marquée pendant plusieurs heures et disparaît lentement. Parfois, chez les personnes très-irritables, et lorsque la quantité de morphine a été relativement considérable, il se produit un spasme du muscle d'accommodation de l'iris; quand ce phénomène se présente, c'est à une période avancée, à la fin de la phase d'irritation.

Les indications thérapeutiques les plus importantes des injections sous-cutanées de morphine, d'après M. de Graefe, sont les suivantes: 1° dans les cas d'accidents traumatiques ayant intéressé le globe oculaire, peu après le début, lorsqu'il y a une douleur intense, par exemple à la suite de la pénétration de corps étrangers, de brûlure superficielle ou de plaies produites par un coup d'ongle, la douleur se calme plus rapidement par une injection sous-cutanée de morphine que par l'instillation d'une solution d'atropine entre les paupières et la compression; 2° après les opérations pratiquées sur l'œil, quand elles sont suivies à bref délai de douleurs intenses; 3° dans les névroses des nerfs ciliaires qui accompagnent l'iritis, la choroïte glaucomateuse et plusieurs formes d'inflammation de la cornée; 4° comme antidote dans l'empoisonnement par l'atropine; 5° dans les affections névralgiques des branches terminales du trijumeau à la région frontale, non dépendantes d'une affection oculaire; 6° dans diverses formes de spasmes réflexes, tels que le spasme des paupières dans la kératite traumatique et la contraction spasmodique sur le trajet du nerf facial.

Quant aux injections d'atropine, la plus grande prudence est nécessaire. Chez quelques individus, un soixantième de grain suffit pour donner lieu à des symptômes généraux. En général la première dose injectée ne doit pas excéder cette quantité; on peut ensuite l'augmenter graduellement jusqu'à un vingtième de grain. D'après M. de Graefe, l'emploi de l'atropine en injections est très-limité, et pour produire l'effet mydriatique la forme d'instillation est préférable. Même lorsqu'on en injecte une forte quantité, la dilatation des pupilles est modérée et le pouvoir d'accommodation de l'iris n'est pas suspendu, tandis que l'effet désiré s'obtient par de beaucoup plus faibles doses

---

Voici maintenant le fait judiciaire. A la cour d'assises de Saintes se présente une jeune fille de 15 ans qui avait été violemment frappée à la hanche plusieurs mois auparavant; le côté gauche du bassin est fortement soulevé, le talon gauche est de 25 millimètres plus élevé que le talon droit; ces effets sont dus à une contraction musculaire puissante, car la longueur réelle des deux membres est exactement la même. Un chirurgien soutient qu'il y a coxalgie, un deuxième opine pour la fracture, six autres affirment que la déformation est volontaire et l'infirmité simulée. Le jury, aussi sage que le roi Salomon, sans s'inquiéter de nos discussions scientifiques, déclare purement et simplement que cette fille a été battue.

J'avais pris part aux débats et après la bataille cherchant la solution pratique de cette question controversée entre des hommes d'égale valeur, j'eus l'idée d'appliquer le principe des ordalies. Si la contraction est volontaire, elle doit nécessairement avoir une durée très limitée; si au contraire elle est involontaire et occasionnée par une cause organique, la contraction doit être permanente.

J'institue une série d'expériences qui me donnent les résultats suivants : un jeune homme couché sur le dos peut volontairement, au moyen d'une contraction musculaire, élever un des côtés du bassin; le membre inférieur suit et le talon remonte à plus de 7 centimètres de hauteur jusqu'au-dessus de la malléole du côté opposé : le sujet peut ainsi simuler le raccourcissement qui dépendrait d'une coxalgie ou d'une fracture; mais au bout de 35 minutes les muscles se lassent et le talon revient à la place qu'il avait quittée. Je joins ici un tableau indiquant les périodes de l'ascension et celles de la descente. Quelques autres phénomènes accompagnaient cet effort : ascension de la rotule, relief et dureté des muscles de la cuisse, roideur de l'articulation coxofémorale.

de la barbarie, il faut se représenter les croyances fortes de ces populations, profondément empreintes de l'idée religieuse comme tous les anciens peuples. *Discite, justitiam moniti, non temnere divos.* Le dieu vengeur des parjures était là présent sur l'autel, le bon droit se sentait plus fort et le crime plus tremblant; puis, dans les affaires criminelles, l'épreuve n'était pas rigoureuse, il fallait tenir les bras étendus pendant un temps limité, *tempore certo*, la durée de l'Oraison dominicale. Beaucoup de gens ne seraient pas allés à Lambessa s'il avait suffi d'une pareille épreuve pour les absoudre. Au fond cette procédure n'était autre chose qu'un appel à la conscience de l'accusé, appel religieux, solennel, ayant Dieu pour témoin et pour juge. Ne lisons-nous pas dans l'art. 1366 du Code Napoléon :

« Le juge peut déférer à l'une des parties le serment, ou pour en faire dépendre la décision de la cause, ou seulement pour déterminer le montant de la condamnation? »

instillées entre les paupières. Dans la névralgie, les injections d'atropine n'amènent par de résultats, et n'en donnent que de très-douteux dans les affections spasmodiques, en sorte que leur emploi doit se borner aux cas où la conjonctive ne tolérerait pas la présence de l'atropine.

Tels sont jusqu'à présent les seuls documents nouveaux que nous ayons à porter à la connaissance de nos lecteurs. Espérons qu'avant peu nous pourrons les entretenir de nouveaux résultats, et tout en réclamant encore une fois leur concours, nous prenons de notre côté l'engagement de les tenir soigneusement au courant des différentes phases d'une question qui présente un si grand intérêt pratique.

E. SALVA.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

DEUX REMARQUES PHYSIOLOGIQUES PROPRES A FAIRE ÉVITER DANS L'EMPLOI DES AGENTS ANESTHÉSIQUES LA SIDÉRATION DES FONCTIONS CIRCULATOIRE ET RESPIRATOIRE ; par M. E. SIMONIN, professeur de clinique chirurgicale à Nancy.

La succession des éthérismes des diverses fonctions de l'économie a été indiquée d'après cette vue philosophique que les fonctions, dans l'acception la plus large de ce mot, sont d'autant plus rapidement atteintes et influencées qu'elles ont moins d'importance pour le sujet soumis à l'action de l'éther et du chloroforme ; que les fonctions indispensables à la vie du sujet s'éteignent les dernières, mais, toutefois, encore avant certaine autre fonction qui se rapporte à la perpétuation de l'espèce, telle que la contractilité de l'utérus, durant l'acte de la parturition.

Cette manière de voir est prouvée facilement, si l'intoxication de l'économie par les agents anesthésiques est ralentie, à dessein (1), et lorsque l'économie est à l'état de santé sur tous les points. Il faut ajouter cependant cette explication que la succession dont il s'agit se montre surtout dans le début de chacun des divers éthérismes, car ces divers éthérismes finissent par exister simultanément, mais avec des manifestations diverses.

Un démenti peut être donné à cette théorie, en dehors même des états organiques appréciables, lorsque certains points du système nerveux se trouvent dans une situation pathologique ou dans l'un de ces états non déterminés, mais définis par le mot d'idiosyncrasie.

Sans doute, dans ces dernières circonstances le praticien, malgré sa science, ne pourra toujours conjurer les effets toxiques des agents anesthésiques. Mais dans la presque universalité des faits normaux il saura ne pas laisser atteindre la vie qu'il veut défendre, et dans les circonstances exceptionnelles auxquelles il est fait allusion, il pourra être utile, encore, si des apparences de l'éthérisme il a su remonter aux causes et si en opérant l'analyse sérieuse des phénomènes il a pu établir des lois.

Je m'éloignerais du titre donné à ce mémoire si je voulais, ici, présenter les résultats de mes recherches relatives à l'action de l'éther et du chloroforme sur les sens, l'intelligence, la sensibilité, le système musculaire, la respiration, la circulation, les fonctions de l'utérus, les diverses sécrétions, la chaleur générale, etc. Pour la conclusion à laquelle je désire arriver dans ce travail, je ne veux des résultats de ces recherches retenir que ceux qui se rapportent à deux points :

1° Dans l'indication des manifestations de l'insensibilité périphérique, les résultats qui se rapportent à l'insensibilité des régions temporales ; 2° dans l'indication des manifestations de l'éthérisme du système musculaire, les résultats qui se rapportent à l'éthérisme des muscles masséters.

Des diverses propositions que j'ai pu formuler relativement à la perte de la sensibilité périphérique résultant de l'inhalation des agents anesthésiques ou de leur emploi *per anum*, je dois énoncer les suivantes :

« Les divers points de la périphérie du corps ne deviennent point insensibles au même moment. — La peau du front et des régions temporales ne devient insensible, le plus généralement, que plusieurs secondes et parfois plusieurs minutes après que l'anesthésie a été constatée à la peau des mains et à celle des pieds. Le temps qui s'écoule entre le moment où les extrémités des membres sont anesthésiées et celui où la peau des régions frontales et temporales cesse de réagir est un peu plus long lorsque, au lieu des vapeurs du chloroforme, les malades inspirent celles de l'éther. Ce temps a paru plus long encore, lorsque l'introduction de l'éther a eu lieu *per anum*.

« Pour reconnaître à temps l'anesthésie des diverses parties de la périphérie du corps, il faut, d'une part, ralentir l'action des agents anesthésiques et opérer des piqûres sur les diverses parties ci-dessus signalées, environ chaque dix secondes au début des recherches, et plus fréquemment vers la fin de l'anesthésiation.

« La disparition de ces phénomènes a lieu dans un ordre inverse à celui de leur apparition (1). »

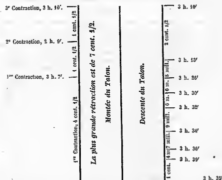
Des diverses propositions relatives à l'action des mêmes agents sur l'appareil musculaire, je n'indiquerai également que les suivantes :

« La contraction des muscles masséters apparaît en dernier lieu dans la période d'excitation du système musculaire, lorsque souvent déjà tout le reste de ce système est relâché. Cette rigidité locale est l'indice d'un collapsus très-prochain dans tous les appareils, surtout dans ceux de la circulation et de la respiration. »

L'anatomie donne la raison d'une partie de ces faits, et leur explication même révèle l'importance de leur recherche pendant l'anesthésiation.

(1) Méthode de l'auteur à la Clinique chirurgicale de Nancy.

(1) L'exposition de ces lois a été adressée à l'Académie impériale de médecine en 1848, et cette communication a été publiée dans le *Bulletin de la compagnie*, le 24 novembre de la même année. (V. tom. XIV, pag. 309 et 310.)



Ligne passant par les deux Talons.

Notre malade rochelaise fut couchée sur le dos pendant deux heures entières, mais le bassin resta dévié et le membre raccourci : la difformité était donc bien réelle, involontaire, et occasionnée par des lésions organiques.

Je dois ajouter que l'excellent procédé inventé par M. Larrey pour le diagnostic de ces simulations avait été mis en usage et qu'il avait également donné un résultat négatif. Voici ce procédé tel qu'il m'a été enseigné par votre honorable président : rapprochez les deux genoux, puis faites exécuter rapidement des mouvements d'extension et de flexion aux deux membres accouplés. Au bout de quelques minutes, si la difformité est simulée, le membre dévié retombera à sa position normale.

Depuis, une affaire différente a de nouveau appelé mon attention sur la même question.

Rose ***, âgée de 25 ans, passait, dans la commune de ***, pour complétement infirme, impotente, incapable de faire usage de ses membres; elle ne quittait pas son lit, les doigts étaient fléchis dans la paume de la main et fortement crispés, la main fléchie sur le poignet, l'avant-bras sur le bras, le bras lui-même roide et appliqué sur le côté de la poitrine. Rose était donc jour et nuit immobile, en outre aphone, presque aveugle et chlorotique. Un matin on trouve cette fille ensevelie et quasi étouffée sous des couvertures épaisses, elle se plaint de violences que deux individus du voisinage ont exécutées sur sa personne; l'affaire est portée à la cour d'assises, puis je suis chargé de dire si la plaignante avait pu elle-même s'introduire, dans le vagin, des clous de charrettes et autres ferrailles qu'on y avait rencontrés.

C'est la cinquième paire qui donne la sensibilité aux parties latérales du cuir chevelu, à la peau des tempes, de la joue, du menton, de la lèvre inférieure, au conduit auditif et au pavillon de l'oreille.

C'est la cinquième paire qui fournit des ramifications musculaires qui se distribuent aux muscles temporal, masséter, ptérygoïdien, mylo-hyoïdien, ventre antérieur du digastrique et au muscle lingual supérieur. Toutes ces ramifications dépendent de la petite racine du trijumeau; réunies, elles forment le nerf maxillaire inférieur moteur de M. Longet (le nerf masticateur de Bellingeri), et il tient sous sa dépendance spéciale les muscles élévateurs abaisseurs et diducteurs de la mâchoire.

Or le nerf maxillaire inférieur naît de la partie latérale et supérieure de la moelle allongée, et dès que les parties auxquelles il se distribue, soit comme organe de sentiment, soit comme organe de mouvement, offrent le commencement de l'éthérisme, celui de la respiration et de la circulation n'est pas loin de se manifester; car le nœud vital est près d'être influencé à son tour.

Il est toutefois une remarque importante à faire ici, c'est que l'action sensitive des filets nerveux qui se rendent à la peau s'éteint bien avant l'action motrice. Il résulte de cette absence normale du synchronisme qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter encore, lors de la disparition de la sensibilité aux tempes, fait bien important, puisqu'il résulte de mes recherches que l'anesthésie sous-cutanée n'existe nulle part tant que la sensibilité n'est pas éteinte à la tempe, au moins depuis quelques secondes. Je n'ai vu à cette loi qu'une seule exception en dix-sept années. Sans doute dans bien des circonstances on observe le collapsus des muscles masséters sans que la vie soit compromise; mais pour le praticien l'inquiétude doit commencer avec cette dernière période de l'éthérisme musculaire. La permanence de la rigidité musculaire qui amène le resserrement des mâchoires est donc une limite qu'il faut chercher à ne point dépasser chaque fois que l'ouverture de la bouche n'est pas une des conditions mêmes de l'opération à exécuter. Le trismus m'a toujours rassuré lorsque plusieurs autres symptômes d'intoxication profonde m'ont alarmé pendant les anesthésies régulières.

D'après ce qui vient d'être dit, on comprend combien il importe de constater la disparition de la sensibilité aux régions temporales, et de s'assurer de l'état des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, puisque l'observateur a ainsi sous les yeux, avec la plus grande facilité, la traduction des progrès de l'intoxication de la moelle allongée, et que, dans la presque généralité des faits, en cessant l'emploi de l'agent toxique, il a le pouvoir d'empêcher les phases ultimes et redoutables de l'anesthésiation, c'est-à-dire la sidération de la circulation et de la respiration, en un mot la mort.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Recherches sur la périnéoraphie; description du nouveau procédé mis en usage par M. Demarquay; par M. le docteur Launay, ancien interne des hôpitaux et médecin à Rueil.

(Suite et fin. — Voir les n[os] 10 et 12.)

Nous avons déjà dit que *Dieffenbach* avait été en Allemagne le propagateur de la périnéoraphie, qu'il avait largement contribué à remettre cette opération en honneur. Nous avons dit aussi qu'il opérait autant que possible peu de temps après l'accident.

Voici son procédé :

Procédé de Dieffenbach.

Ce chirurgien faisait une suture entrecoupée au centre de la division; de manière à comprendre de chaque côté une largeur de téguments d'environ 9 millimètres. Il plaçait ensuite deux points de suture entortillée au-dessus et en avant de la suture entrecoupée, puis deux autres en arrière près de l'anus. S'il y avait déchirure du rectum, il la réunissait d'abord par plusieurs points de suture simple ainsi que l'orifice vaginal.

Quand le rapprochement était terminé, Dieffenbach pratiquait à gauche une incision qui, commençant à 13 millimètres en dehors du bord postérieur de la grande lèvre gauche, était conduite de haut en bas en forme d'arc, d'abord en dehors puis en dedans, et se terminait sur le côté de l'anus à 1 centimètre environ de cette ouverture.

Une incision sémi-lunaire semblable était pratiquée sur le côté droit. La portion de peau comprise entre la fente du périnée et chaque incision devait avoir 2 centimètres de largeur environ au point correspondant à la plus grande convexité de l'incision. (Dieffenbach traduit par Philips, p. 78 et suivantes.)

Ces incisions de Dieffenbach ont l'avantage immense de soustraire la suture au tiraillement qu'exerceraient sur elle les tissus voisins; à peine sont-elles pratiquées qu'on voit un écartement considérable se produire, en même temps la partie moyenne qu'elles circonscrivent entre elles s'enfonce de 2 centimètres au moins au-dessous du niveau de la peau environnante. La malade peut même exécuter des mouvements sans que la suture subisse la moindre traction.

Au lieu de faire les incisions de Dieffenbach, M. Nélaton maintient la réunion à l'aide de longues bandes de diachylon qui vont d'une épine iliaque à l'autre en passant par-dessus les fesses. Dans le but de relâcher aussi les parties et de rendre plus facile la sortie des garde robes, M. Mercier a proposé de fendre en arrière le sphincter anal, conseil qui a été peu suivi. M. le professeur Jobert (de Lamballe) a aussi imaginé un procédé particulier de périnéoraphie qu'il a désigné sous le nom de périnéoplastie. Ce mode opératoire a seulement cela de particulier que les deux incisions latérales sont plus étendues que celles de Dieffenbach, elles sont aussi à convexité externe et dépassent en arrière l'onverture anale. Quant à la solution de continuité du périnée, ce chirurgien la réunit par quatre points de suture entre

---

C'était le principal chef d'accusation contre les frères N..... Le ministère public s'appuyait sur l'état d'infirmité et d'impotence absolue dans lequel se trouvait la fille Rose; les doigts, nous l'avons dit, étaient fortement crispés dans la paume de la main, on ne pouvait les relever sans employer une très-grande force, ils revenaient immédiatement dans leur position. Une ficelle mince est glissée dans la paume de la main, sous les doigts crispés; les deux bouts sont réunis et attachés à la partie inférieure d'une poulie mouflée, un poids d'un kilogramme est suspendu à la corde de traction pendant un quart d'heure, une forte contraction musculaire maintient d'abord les doigts crispés et le membre fléchi; puis les muscles se lassent, l'avant-bras s'étend, ainsi que le poignet. Les doigts, sous l'influence de cette traction faible mais continue, s'allongent malgré les efforts violents que fait évidemment la malade. Enfin, après 30 minutes, la ficelle s'échappe de la main parfaitement étendue et nous démontre ainsi que les extrémités supérieures ne sont point atteintes de rétraction comme on l'avait cru.

Nous ajouterons que les muscles extenseurs n'étaient point paralysés, mais très-sensibles à l'excitation galvanique : de plus, la cavité vaginale mesurait 67 centimètres cubes, et la masse de ferrailles qu'on soutenait y avoir logé était de 280 centimètres cubes.

A l'occasion de deux luxations anciennes et rebelles à tous les efforts de réduction, j'ai encore utilisé la même notion physiologique. Le premier obstacle à vaincre en pareil cas, disent les auteurs, c'est la contraction musculaire, et pour la surmonter, on conseille des tractions puissantes, et l'anesthésie, poussée jusqu'à la résolution complète, deux choses qui présentent, chacun le sait, de graves inconvénients; j'ai pu obtenir la résolution des muscles par un moyen moins dangereux.

Samson (de Parthenay), homme très-vigoureux, âgé de 38 ans, est atteint d'une luxation de l'humérus droit depuis 48 jours. Cette luxation, directement en bas (sous-glénoïdienne), est bien caractérisée par l'abduction de l'humérus qui forme un angle droit avec la paroi du thorax. Nous instituons le traitement suivant :

Le malade, déshabillé, est couché sur un matelas; une anse de corde de 50 centimètres est fixée à la partie inférieure et extérieure du bras par plusieurs tours d'une bande étroite, solide, serrée et nouée; l'autre extrémité de l'anse est placée dans le crochet d'une moufle verticale; deux aides saisissent les jambes et supportent la moitié inférieure du corps, de telle sorte qu'au moment où la traction exercée par la moufle sur le bras soulève le buste à un mètre de hauteur, le corps soit toujours maintenu dans la position horizontale, et que ni la main gauche, ni le genou ne gardent un point d'appui sur le sol; en même temps, un aide administre l'éther à petites doses, de manière à obtenir deux actions simultanées : fatigue des muscles de l'épaule par le poids du corps, affaiblissement de la contraction musculaire par l'intervention de l'éther.

Le malade étant ainsi suspendu par le bras, au bout d'une corde mobile, il flotte dans tous les sens; on peut le déplacer, l'incliner à droite et à gauche, exercer des tractions verticales, horizontales, obliques et rotatives. Au besoin, on augmente le poids du corps en pesant sur lui.

coupés placés à 1 centimètre environ de distance l'un de l'autre et exécutés avec des fils plats et cirés. (*Gazette des hôpitaux*, 1853, p. 140.)

En 1845, M. Jobert avait détaché la cloison recto-vaginale par deux profondes incisions verticales faites sur les côtés du vagin et du rectum.

En 1849, M. Maisonneuve opérant peu de temps après l'accouchement une déchirure du périnée, réunit par une suture en surjet les trois bords rectal, vaginal et périnéal de la plaie, puis il passa un fil double près de la commissure vulvaire et un autre près de l'anus, et avec ces deux fils il pratiqua une suture enchevillée. (*Gazette des hôpitaux* 1849, Société de chirurgie.)

Dans ces derniers temps, M. *Langenbeck* a inventé une méthode qu'il nomme périnéo-synthèse et qui a été appliquée quatre fois avec succès par M. Verhoeghen (d'Ostende). Ce procédé est long et assez difficile à mettre en pratique.

On peut le diviser en plusieurs temps : 1° avivement du bord libre en éperon de la cloison recto-vaginale; 2° dédoublement de cette cloison et formation d'un lambeau destiné à former dans le nouveau périnée le côté antérieur de l'espace triangulaire; 3° avivement des deux lèvres de la solution de continuité; 4° placement des sutures; 5° incisions de Dieffenbach.

PROCÉDÉ DE M. LANGENBECK.

On commence par aviver l'éperon avec des ciseaux, puis on pratique une incision semi-lunaire dont la convexité passe à 2 ou 3 lignes du bord inférieur de la cloison. L'incision ne doit intéresser que la muqueuse vaginale et le tissu cellulaire sous-muqueux et éviter de pénétrer dans le rectum.

On saisit la lèvre supérieure avec une pince et on la dissèque dans une hauteur de 6 lignes environ et dans toute la largeur de la cloison. On la dédouble ainsi en deux lames dont l'une postérieure est destinée à rester en arrière pour former le rectum, et dont l'antérieure est ramenée en avant pour être fixée de chaque côté par ses angles à la partie antérieure du nouveau périnée.

Dans un troisième temps on avive les deux côtés de la déchirure en circonscrivant un espace quadrilatère un peu allongé dans le sens antéro-postérieur (de la vulve vers l'anus), en évitant d'empiéter sur la muqueuse du vagin et sur la peau en bas. Cet espace quadrilatère doit avoir 1 pouce 1/2 de long sur 3/4 de pouce de large.

Le quatrième temps comprend la suture; on commence par celle du rectum ; on fait pénétrer dans la peau à gauche du bord antérieur de l'anus et à 4 ou 5 lignes du bord de la plaie une aiguille courbe qu'on dirige de manière à la faire sortir sur le bord avivé de l'éperon à la distance de 2 lignes environ à gauche du point du milieu ; puis on l'enfonce sur le même bord à la même distance à droite de la ligne médiane pour la faire ressortir à un point de la peau du côté opposé correspondant à celui par lequel on l'avait fait entrer. En tirant un peu sur les deux extrémités de ce fil, on voit l'éperon se relever en se pliant en deux parties égales qui se mettent aussitôt en contact par leur bord saignant sur la ligne médiane, le rectum est alors fermé. On procède ensuite à la réunion du périnée proprement dit; on doit placer quatre points de suture en commençant par l'inférieur et en ayant soin de laisser entre chaque point un intervalle de 4 lignes environ. Les aiguilles pénètrent à 4 ou 6 lignes du bord de la plaie et comprennent le fond de celle-ci sans empiéter sur la muqueuse du vagin. Elles ressortent après ce long trajet à un point correspondant exactement (quant à la distance du bord de la plaie) à celui par lequel elles étaient entrées.

La lame vaginale est alors fixée par deux à trois points de suture à la partie antérieure des deux lèvres de la division avivée. Cette lame forme un plan incliné en bas et en avant qui recouvre comme une voûte les parties essentielles de l'opération, et oblige en même temps tous les liquides sécrétés par le vagin à couler vers la vulve sans s'infiltrer dans l'interstice de la réunion. Elle reconstruit le côté antérieur de l'espace triangulaire qui constitue le périnée.

On serre alors tous les liens du périnée en commençant par l'inférieur, entre la deuxième et la première suture en allant d'avant en arrière, on met un point de suture entortillée. Enfin tout étant ainsi terminé, le chirurgien pratique les incisions semi-lunaires de Dieffenbach (1).

Des accidents nombreux peuvent survenir après la périnéoraphie, sans parler de ceux qui peuvent compliquer toute espèce de plaie, comme l'érysipèle, etc. Tantôt ce sont les fils trop serrés qui coupent les tissus et font échouer la suture; tantôt c'est une inflammation virulente qui, tuméfiant fortement les parties molles, amène la constriction des fils, des escarres se forment et l'opération ne réussit pas.

Un des accidents les plus fréquents, c'est la persistance d'une petite fistule recto-vaginale. La cautérisation paraît en avoir guéri quelques-unes, mais quelquefois ces fistules persistent; leur formation paraît due le plus souvent à l'infiltration dans la plaie, entre les surfaces réunies soit des liquides vaginaux, soit des matières fécales qui détruisent les adhérences et amènent dans un point plus ou moins étendu une solution de continuité.

Les procédés de Roux, de Dieffenbach, etc., avaient l'inconvénient de laisser les deux bords avivés réunis par un simple contact du côté du vagin et du côté du rectum, ce qui rendait facile l'infiltration des matières étrangères. M. Langenbeck a remédié à cet inconvénient du côté du vagin par la lame de muqueuse qu'il tend en avant des surfaces avivées et qui les protège assez exactement; mais du côté du rectum l'infiltration peut encore se faire et produire des désordres graves.

M. Demarquay a cherché en modifiant les divers procédés mis jusqu'ici en pratique, un moyen d'obvier aux inconvénients qui peuvent faire échouer la suture du périnée. Il s'est attaché surtout à mettre les surfaces réunies à l'abri des matières liquides qui pourraient s'infiltrer entre elles et en amener le décollement. Le procédé qu'a imaginé le chirurgien de la Maison de santé paraît remplir plus de conditions de succès que ceux jusqu'ici employés; nous allons essayer d'en donner une idée à nos lecteurs.

L'avivement est dans le mode opératoire mis en pratique par M. De-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1853, p. 38.

Ces manœuvres diverses sont des plus faciles. Avant d'avoir passé un quart d'heure, notre malade, qui n'a point perdu connaissance, s'affaisse sans résistance : on reconnaît en ce moment que la tête de l'os est trés-solide dans sa nouvelle position. Nous avons donc à détruire les adhérences fibreuses qui constituent réellement le plus grand obstacle à la réduction des luxations anciennes. Nous laissons descendre le malade sur son matelas, puis, nous mobilisons avec peine, mais complétement, la tête luxée par des mouvement d'adduction, d'abduction et de circumflexion; les brides celluло-fibreuses se rompent avec des craquements qui s'entendent à distance; quelques minutes après, la réduction se fait pendant une nouvelle suspension du malade.

Quinze jours après, nous recevons à l'Hôtel-Dieu le sieur Cartier, âgé de 34 ans, de la ville de Saint-Loup. Cette luxation sous-coracoïdienne date de quatre-vingt-dix-huit jours. Par la même méthode, nous obtenons le même succès : le malade entre le 13 juin 1863, sort le 25.

Le hasard produit parfois de bizarres coïncidences. Au milieu des chasses royales du duc de Beaufort, un jeune gentleman roule sur la lande avec son cheval; il gagne une luxation sous-épineuse remarquable par la mobilité du bras, qui s'appliquait très-bien au côté de la poitrine. Nous avons ainsi réuni une collection des principales luxations de l'épaule.

Par ces recherches, nous aurons, j'ose l'espérer, facilité le diagnostic de quelques affections, et simplifié le traitement des luxations.

Dr F. L. Gaillard (de Poitiers).

— La variole a Padoue. — Du rapport très-complet sur l'épidémie qui a régné dans cette ville en 1863, il appert que, du 1er janvier au 31 décembre, sur 365 personnes atteintes, 193 hommes et 172 femmes, 110 de variole, 210 de varioloïde, 45 de varicelle, il y a eu seulement 32 décès, 32 malades restant en traitement. Il y avait 344 vaccinés et 21 non vaccinés, et de ceux-ci 5 moururent. Quelle différence de proportion!

Tous les autres détails statistiques relatifs à l'âge et au traitement des malades, à la marche de l'épidémie, à l'extension de la contagion, sont relatés avec la même exactitude dans ce rapport remarquable. (*Gaz. med. Venete*, n° 8, 1864.)

— La Société d'agriculture, sciences, belles-lettres et arts d'Orléans a mis au concours le sujet suivant :

Dans toutes les affections intermittentes qui réclament l'emploi du quinquina, et surtout dans les fièvres pernicieuses, peut-on administrer avec un égal succès le sulfate de quinine ou le quinquina en substance?

Le prix sera une médaille de 400 fr.

Les auteurs mettront en tête de leur ouvrage une devise. Elle sera répétée sur un billet cacheté qui contiendra leur nom et leur adresse.

Les mémoires devront être remis à M. le docteur Pelletier-Sautelet, secrétaire général de la Société, avant le 1er mars 1865.

marquay la partie la plus importante; c'est sur lui que repose en quelque sorte le succès, puisque c'est du soin avec lequel on le fait que dépend l'application des points de suture et la réunion plus ou moins exacte des surfaces. Cette partie de l'opération peut se diviser en deux temps. Dans un premier temps, le chirurgien agit sur les surfaces cicatricielles, il enlève de chaque côté de la cloison deux lambeaux triangulaires dont la base est inférieure et regarde la fesse, et dont le sommet tronqué correspond à l'éperon de cette cloison déchirée. La grandeur de ces lambeaux est, comme on le comprend, subordonnée à l'étendue de la cicatrice; dans un second temps l'opérateur sépare l'une de l'autre la paroi vaginale et la paroi rectale; il dédouble ainsi la cloison dans une hauteur d'un centimètre environ, et dissèque de chaque côté avec le plus grand soin les muqueuses du vagin et du rectum. Après avoir ainsi pratiqué l'avivement, il procède à la suture qui peut se diviser en temps : 1° suture du vagin; 2° suture du rectum; 3° suture du périnée.

Du côté du vagin, il fait avec des fils cirés de cinq à neuf sutures simples en commençant par la plus profonde; l'aiguille courbe armée d'un fil est enfoncée à gauche dans la muqueuse vaginale; elle traverse la lame de la cloison dédoublée et apparaît sur la surface d'avivement, puis la pointe est enfoncée sur le point correspondant de l'autre côté pour aller sortir également sur la muqueuse vaginale. On a ainsi une anse de fil dans la plaie, et les deux bouts dans le vagin. On applique exactement de la même manière les autres fils cirés qu'on pourra nouer ensuite dans ce conduit. Grâce au dédoublement de la cloison, les deux lambeaux de la muqueuse vaginale se trouveront en contact quand on serrera les fils, non par leurs bords seulement, mais aussi par une surface saignante d'une étendue d'autant plus grande que les fils auront traversé une épaisseur plus grande de parties avivées.

L'opérateur réunit ensuite de la même manière du côté du rectum les lambeaux de la cloison dédoublée, en plaçant également les anses de fil dans la plaie et les bouts dans l'intestin. Il opère ensuite le rapprochement des surfaces en nouant les fils; ceux-ci sont moins nombreux dans le rectum, trois ou quatre suffisent d'ordinaire. Quand on est arrivé à cette partie de l'opération, la plaie a la forme d'un entonnoir dont la base regarde le chirurgien qui opère et dont le fond correspond à celui de la déchirure. Les parois de l'entonnoir sont latéralement les surfaces cicatricielles avivées; en avant et en arrière il est limité par les deux sutures qui, rapprochant séparément les muqueuses du vagin et du rectum, isolent complétement les deux conduits dont nous parlons.

Il ne reste plus alors qu'à rapprocher l'une de l'autre les parois latérales de cet entonnoir; c'est ce que fait M. Demarquay à l'aide de trois fils métalliques qui, enfoncés profondément à l'aide d'aiguilles courbes en allant toujours de gauche à droite, vont au fond de la plaie former trois anses. En nouant l'une avec l'autre les extrémités de ces fils, on met en contact les deux surfaces triangulaires avivées.

Enfin, pour compléter le tout, le chirurgien fait, à l'aide de fils cirés, une série de ligatures simples moins profondes qui établissent une liaison entre celles de la cloison vaginale et celles de la cloison rectale.

Le périnée est alors reconstitué complétement. Pour mieux faire comprendre la description du procédé de M. Demarquay, nous avons cru devoir recourir au dessin et montrer par quelques figures les temps principaux de l'opération. Dans la première figure, on voit les surfaces triangulaires avivées, et de plus les sutures du côté du vagin et du côté du rectum; il ne reste plus qu'à serrer les fils pour convertir la plaie en un entonnoir, ce que montre la seconde figure, dans laquelle on voit en outre les trois fils métalliques destinés à rapprocher l'une de l'autre les deux parois latérales; enfin une troisième figure fait voir le périnée reconstitué.

La suture étant ainsi terminée, le chirurgien pratique les deux incisions semi-lunaires de Diffenbach qui, comme nous l'avons dit, ont l'immense avantage de s'opposer à toute espèce de tiraillement.

Fig. I.

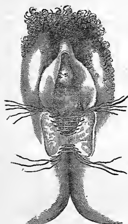
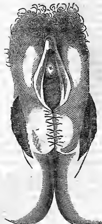


Fig. II.



Fig. III.



Tel fut le procédé qu'employa M. Demarquay dans deux opérations pratiquées en 1858, l'une en juin à la Maison de santé en présence de M. Monod, l'autre en septembre chez une malade de la ville, avec l'aide de M. Roche. Cette dernière eut un plein succès; mais il resta chez la première opérée une petite fistule recto-vaginale qui fut traitée plus tard par la cautérisation. Grâce à ce moyen, la fistule diminua un peu de diamètre; mais la malade ayant été obligée de quitter Paris, l'oblitération ne put être pratiquée.

Obs. I. — Consulté en 1859 par une jeune dame affectée d'une rupture complète du périnée, M. Demarquay résolut de mettre encore en pratique son procédé. Seulement, comme la cloison avait été déchirée dans une grande étendue, il crut devoir imiter la conduite tenue en 1856 par M. Laugier dans un cas analogue : il fit en deux fois son opération. Il pratiqua d'abord la suture de la cloison à l'aide de fils d'argent, ces fils ayant l'avantage de rester longtemps en place sans couper les tissus. Le succès fut parfait, les fils métalliques restèrent vingt-huit jours sans entamer les parties molles, sans déterminer autour d'eux aucune inflammation. La réunion étant alors complète, le chirurgien retira ses fils, puis il exécuta la suture du périnée comme il a été dit plus haut; le succès fut aussi beau que possible.

Obs. II. — En mai 1861, entra à la Maison de santé une femme qui, dix-huit mois auparavant, avait eu le périnée déchiré dans un accouchement; la rupture réunissait le rectum au vagin dans une étendue de

2 centimètres; mais une petite portion du sphincter anal était restée saine; l'opération fut faite rapidement. M. Demarquay employa des fils de soie pour la suture du côté du vagin et des fils d'argent pour celle du rectum et du périnée. Un mois après, la plaie périnéale était cicatrisée; on put enlever les fils d'argent quand la malade quitta la Maison de santé; son état était aussi satisfaisant que possible, ni les liquides ni les gaz ne passaient du rectum dans le vagin; le périnée était reconstitué complétement.

Obs. III. — Enfin, en novembre 1863, M. Demarquay opéra une jeune dame des environs de Paris affectée depuis dix-huit mois d'une déchirure complète du périnée (rupture du sphincter anal, incontinence de matières fécales, etc....). Cette pauvre malade vint à la Maison de santé pour se faire débarrasser de son infirmité. L'opération fut pratiquée d'après le procédé que nous avons décrit; tout semblait annoncer d'avance le succès, quand il se développa un érysipèle ambulant qui mit les jours de la malade en danger. Sous l'influence de cet accident redoutable, la réunion ne se fit que d'une manière incomplète, la suture du rectum et la moitié postérieure de celle du périnée échouèrent complétement; mais du côté du vagin, les fils tinrent solidement en place, les surfaces avivées restèrent parfaitement adhérentes, en sorte que lors de sa sortie de la Maison de santé, si la malade n'était pas aussi bien guérie qu'elle aurait pu l'être, si le périnée n'était pas refait dans toute son étendue, il ne restait du moins aucune communication entre le vagin et le rectum.

Les quelques faits que nous venons de passer en revue rapidement ne suffisent pas sans doute pour donner au procédé de M. Demarquay la sanction de l'expérience, mais ils font voir du moins les avantages qu'on peut retirer de ce mode opératoire, et font espérer que dans l'avenir de nouveaux succès démontreront son utilité d'une manière incontestable.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Faisceau musculaire anormal de la région sus-claviculaire; par MM. Rambaud et Carcassonne.

Sur un sujet fortement musclé et de haute stature, nous avons trouvé un petit muscle anormal, n'existant que du côté droit. Il s'insérait, dans l'étendue de 2 centimètres, à la partie moyenne du bord supérieur de la clavicule, derrière la portion claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien, très-développé sur ce sujet; il le débordait un peu en dehors. Cette insertion se faisait à l'aide de fibres aponévrotiques très-courtes. De là le corps charnu, presque cylindrique, un peu aplati d'avant en arrière, de 15 millimètres de large, se portait presque horizontalement un peu obliquement en haut et en dedans, croisait presque perpendiculairement la face postérieure du sterno-mastoïdien et la face antérieure des muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien. Arrivé sur la ligne médiane, il s'épanouissait en une lame aponévrotique très-mince, intimement confondue avec le feuillet superficiel de l'aponévrose sous-hyoïdienne.

Il n'est pas inutile de faire remarquer ici que les muscles omoplats hyoïdiens droit et gauche étaient ici tout à fait à l'état normal. Notre petit muscle n'a donc rien à faire avec les variétés relatives à l'omoplat hyoïdien.

Relativement à ses fonctions, d'après ce qui précède, on peut le regarder comme un tenseur de feuillet superficiel de l'aponévrose sous-hyoïdienne.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

Sur l'emploi médical et chirurgical de la glycerine; par M. le docteur J. Tilt, médecin consultant du Dispensaire général de Farringdon.

M. Tilt emploie fréquemment des emplâtres dont la composition est analogue à celle des glycérolés d'amidon, avec cette différence seulement que l'amidon y entre pour une plus faible proportion. On les obtient en faisant bouillir 100 à 150 grains d'amidon avec 1 once de glycérine. On incorpore à la masse ainsi obtenue toute substance que l'on se propose d'appliquer à l'extérieur. Ces emplâtres peuvent être préparés extemporanément avec la plus grande facilité. Quand la masse est trop consistante, on y remédie instantanément en y ajoutant un peu de glycérine.

Les emplâtres au glycérolé d'amidon ont sur les emplâtres ordinaires l'avantage de pouvoir être enlevés avec la plus grande facilité. Il suffit, pour nettoyer complétement l'endroit où ils ont séjourné, de le laver avec de l'eau tiède.

Parmi les emplâtres employés par l'auteur, nous citerons la formule suivante d'un emplâtre sédatif :

Sulfate d'atropine	3 grains.
— demorphine	8 —
Vératrine	3 —
Glycérole dur d'amidon	1 once.
Essence de roses	2 gouttes.

Sur une opération destinée a remédier a la retention d'urine dans certains cas de cancer de la vulve; par M. le docteur H. Moore, chirurgien de l'hôpital de Middlesex.

Chez une malade confiée aux soins de M. Moore, des productions cancéreuses de la vulve avaient pris un développement tel que le canal de l'urètre se trouvait complétement oblitéré, et que le méat même était devenu inaccessible. Le cathétérisme étant impossible et la miction étant complétement arrêtée, il fallait donner issue à l'urine par un procédé quelconque. M. Moore ne paraît pas s'être arrêté à l'idée de pénétrer dans la vessie à l'aide d'un trocart en suivant à peu près la direction de l'urètre. Il ne voulait pas créer une fistule vésico-vaginale, à cause des incommodités et des dangers de l'écoulement de l'urine par le vagin, qui n'était d'ailleurs guère accessible. La ponction sus-pubienne était dès lors le seul parti que l'on pût prendre en s'en tenant aux ressources ordinaires de l'art. Mais on connaît les inconvénients et les dangers de cette opération telle qu'elle est ordinairement exécutée, la situation défavorable de l'orifice artificiel, l'obliquité du trajet et le changement de ses rapports avec la vessie quand celle-ci revient sur elle-même, l'imminence des infiltrations urineuses, etc.

Pour parer à ces inconvénients, M. Moore imagina l'opération suivante :

Avec un long trocart courbe (trocart de M. Cook), il ponctionna d'abord la vessie sur le milieu de la ligne blanche à nu, distance de 1 pouce au-dessus du pubis, et retirant le trocart de sa canule, il laissa écouler environ la moitié de l'urine contenue dans la vessie.

Le trocart fut ensuite introduit de nouveau dans la canule, et en en relevant fortement le manche sur l'abdomen, on en fit sortir la pointe par la vulve, en suivant autant que possible la direction d'une ligne étendue du col vésical au méat urinaire.

Le trocart ayant été retiré, on passa à travers la canule un fil attaché à une sonde en caoutchouc de même diamètre que celle-ci. Il fut dès lors facile, en retirant la canule, de faire glisser la sonde à sa place. La sonde, traversant la vessie de part en part, ce viscère pouvait glisser sur elle, se distendre et se vider sans jamais la quitter.

Pour obtenir l'écoulement de l'urine à volonté, on eut recours à l'artifice suivant : la sonde fut percée d'une ouverture latérale vers son milieu, dans un point qui se trouvait au devant de la vulve.

Lorsqu'on voulait vider la vessie, il suffisait, après avoir graissé la sonde, de la pousser de bas en haut jusqu'à ce que l'ouverture latérale eût pénétré dans la vessie; puis on la ramenait et on la fixait dans la position qu'elle occupait d'abord, et l'on arrêtait ainsi la miction à volonté.

Le résultat immédiat de l'opération de M. Moore fut des plus heureux, et elle fut seulement suivie, au bout de huit jours, d'un peu de douleur et de gonflement de l'abdomen aux environs de la ponction. Cette légère complication disparut d'ailleurs rapidement.

Au bout de quinze jours, le trajet fistuleux s'était sensiblement élargi autour de la sonde, à côté de laquelle l'urine venait suinter assez abondamment, mêlée d'un peu de muco-pus. On renouvela alors la sonde et l'on fit de fréquentes injections d'eau tiède. La sécrétion musco-purulente s'arrêta rapidement, et, dès lors, la malade n'éprouva plus aucune gêne de la miction.

La relation de M. Moore se termine à peu près en ces termes. Elle ne nous apprend pas quel a été le sort définitif de l'opérée, mais il paraît en ressortir au moins que le résultat de l'opération était encore très-satisfaisant au bout de plusieurs semaines.

Occlusion spontanée de l'artère axillaire a la suite d'une plaie par arme a feu; par M. le docteur W. Calthrop, chirurgien des *Coast-guards*.

Obs. — Le 18 juin 1858, M. Calthrop fut appelé en toute hâte auprès d'un jeune homme qui venait de se blesser grièvement avec une arme de chasse. Le coup de feu était parti à une très-petite distance (moins de 1 pied) de l'aisselle qu'il avait traversée de bas en haut et d'avant en arrière. Le fusil était chargé de petit plomb, mais le coup avait fait balle.

L'accident fut suivi immédiatement d'une hémorrhagie épouvantable. Le blessé conserva assez de présence d'esprit pour essayer de se rendre à une maison qui se trouvait à une centaine de pas de là. Il y arriva avec beaucoup de peine, perdit connaissance et resta dans un état syncopal pendant près de deux heures.

En arrivant auprès de lui, M. Calthrop le trouva dans un état anémique effrayant. Les lèvres étaient complétement décolorées, blanches comme du papier. Le pouls était presque imperceptible à gauche, et à droite on ne le sentait pas du tout. On avait appliqué un pansement provisoire sur les plaies, et comme l'hémorrhagie ne continuait pas, M. Calthrop jugea prudent de ne pas le déranger. Il fit d'abord prendre au blessé de l'eau-de-vie étendue d'eau, après quoi les forces du jeune homme se ranimèrent un peu. On le laissa dans le repos le plus complet pendant quelque temps, puis on le transporta dans la maison de son père, qui n'était pas très-éloignée.

Après l'avoir installé dans les meilleures conditions possibles, et en se tenant prêt à toute éventualité, on enleva le pansement provisoire. On reconnut que l'aisselle n'était pas le siége d'une tuméfaction aussi considérable que cela est habituel à la suite d'accidents de ce genre. L'ouverture d'entrée se trouvait immédiatement au-dessous du bord antérieur de l'aisselle et l'ouverture de sortie un peu au-dessous de la cavité glénoïde. Le sang ne coulait plus, et l'on se décida à ne rien tenter pour lier l'artère, à moins que l'hémorrhagie reparût. Des instructions précises furent données en prévision de cet accident au père du blessé, homme très-intelligent et entièrement dévoué à son fils. On se contenta de faire des applications très-souvent renouvelées de compresses trempées dans l'eau froide, et le pansement fut fait jour et nuit avec la plus grande exactitude par le père du blessé.

La température de l'extrémité supérieure droite s'abaissa rapidement; on l'enveloppa soigneusement de coton et de flanelle, sans que toutefois elle revînt à la température normale. Le cinquième jour, on crut même à une imminence de gangrène, et l'on appela en consultation le docteur Hewson (de Lincoln). Ce chirurgien pensa, comme M. Calthrop, que l'artère axillaire avait été blessée et s'était oblitérée spontanément. On substitua la laine de mouton brute au coton, et ce moyen parut conserver plus avantageusement la température de l'extrémité que le moyen précédemment employé.

La suppuration s'établit le neuvième jour. Jusqu'alors on avait livré le blessé à une alimentation très-légère, et on lui avait administré plusieurs doses de laudanum. Quand la suppuration se fut bien établie, les douleurs, qui avaient été extrêmement vives, se calmèrent sensiblement. On remplaça alors les applications d'eau froide par des cataplasmes émollients, et l'on mit le blessé à un régime tonique et réparateur: ammoniaque et quinquina à l'intérieur, eau-de-vie, viandes rôties à discrétion, porter, etc.

La suppuration diminua graduellement. La plaie d'entrée se cicatrisa avec une grande facilité; l'autre se ferma plus tardivement, après l'expulsion de quelques esquilles.

Pendant le premier hiver qui suivit l'accident, les doigts de la main droite se flétrirent progressivement et devinrent complétement noirs. Des escarres superficielles se formèrent au niveau des dernières phalanges, puis, après qu'elles furent tombées, la cicatrisation se fit assez rapidement. Pendant toute la saison d'hiver, le malade fut mis à l'usage de l'huile de foie de morue à l'intérieur.

Avec le retour des beaux jours, les doigts présentèrent un aspect plus naturel et parurent moins atrophiés. Cette amélioration tenait probablement au rétablissement de la circulation collatérale, car dans les hivers suivants, qui ne furent pas plus cléments, le blessé souffrit beaucoup moins de sa main.

L'absence de battements dans les artères radiale et cubitale avait persisté jusqu'au vingt-neuvième jour après l'accident. Malgré le retour de la circulation, l'extrémité était encore extrêmement faible en janvier 1863 et elle était très-notablement amaigrie. Voici quelques mesures qui peuvent donner une idée de cet amaigrissement:

		Pouces.		Pouces
Circonférence de l'épaule..	A gauche..	16 1/2	A droite..	14 1/2
Id. du bras à son milieu.................	»	11 3/4	»	8 1/2
Circonférence de l'avant-bras à 2 pouces du coude.	»	11 1/4	»	6 3/4
Circonférence du poignet..	»	7 1/3	»	5 1/2

La cessation spontanée de l'hémorrhagie pouvait faire penser que le coup de feu n'avait pas blessé l'artère axillaire, mais l'une ou l'autre de ses branches. Mais une pareille supposition s'accorde très-mal avec les diverses circonstances du fait, et ne saurait être acceptée. Les principales raisons qui les réfutent sont les suivantes:

1° L'abondance extrême de l'hémorrhagie au moment de l'accident; 2° l'absence de battements dans les artères radiale et cubitale, alors que le pouls s'était rétabli à gauche; 3° la perte immédiate de la sensibilité et de la chaleur dans l'extrémité droite; 4° l'état languissant, ultérieur et persistant de la circulation, accompagné d'une diminution extrême, d'une perte presque complète de la sensibilité, de l'atrophie et d'une faiblesse excessive de presque tous les muscles.

Relativement aux muscles, il est à remarquer que le deltoïde, le brachial antérieur, le biceps et le coraco-brachial ont conservé ou repris une certaine énergie, tandis que le biceps brachial et les muscles situés plus bas sont complétement atrophiés et paralysés. Il est donc certain que le nerf médian et le radial ont été divisés, ce qui s'accorde parfaitement avec une plaie de l'axillaire à son tiers inférieur.

L'intégrité de la veine ne saurait être considérée comme un argument très-sérieux. Dans le tiers inférieur de l'aisselle, en effet, la veine et l'artère sont bien moins rapprochées que dans les deux tiers supérieurs. M. Calthrop rappelle d'ailleurs ce fait, cité par Guthrie, d'une balle qui avait passé entre la veine et l'artère fémorale sans blesser ni l'un ni l'autre de ces vaisseaux. (Guthrie, *On wounds and injuries of the arteries*, 1846, p. 22, obs. XXIV.)

Le résultat favorable qui a été obtenu dans ces cas par les seuls efforts de la nature, est dû sans doute en grande partie à la syncope prolongée dans laquelle le blessé resta après l'accident, et à l'immobilité complète qui en fut la conséquence.

Sur un cas de transposition du cœur et du foie; par M. le docteur W. C. Maclean, professeur de médecine militaire à l'Ecole de Londres.

Ce vice de conformation a été constaté chez un soldat âgé de 25 ans. Le cœur battait à droite, dans le sixième espace intercostal, et donnait une matité étendue de la quatrième côte à cet espace, et du milieu du sternum à une ligne abaissée à un pouce en dedans du mamelon. Le foie occupait l'épigastre et l'hypocondre gauche, la matité verticale s'étendant de la huitième côte au rebord costal. L'hypocondre droit donnait un son tympanique à la percussion, mais le son devenait mat par l'ingestion d'aliments.

Le testicule droit descendait plus bas que le gauche. Cet homme était d'ailleurs gaucher.

Quant à la rate, M. Maclean dit qu'elle ne paraissait pas déplacée.

E. Fritz

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DECAISNE.

— M. Flourens présente à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier et qui a pour titre: *Examen du livre de M. Darwin sur l'origine des espèces.*

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

— M. Serres (d'Uzès) lit une note sur une opération d'ovariotomie pratiquée à Alais le 9 janvier dernier, opération déjà connue de l'Académie par une note de M. Aupban, insérée au compte rendu de la séance du 25 du même mois (1). Au moment où était faite cette première communication (treize jours après l'opération), l'état de la malade promettait déjà un plein succès; cet espoir est aujourd'hui complétement réalisé. Aucun accident n'est survenu; le vingt-deuxième jour la malade se promenait; le vingt-neuvième elle a pu partir d'Alais.

Cette note est renvoyée à l'examen des commissaires déjà nommés: MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.

— M. Delore adresse de Lyon l'observation d'un rétrécissement du larynx incisé avec succès au moyen du laryngoscope.

(1) *Gaz. méd.* du 6 février, p. 83.

Il s'agissait d'un rétrécissement syphilitique datant de plusieurs années, et qui s'était aggravé au point de rendre l'asphyxie imminente. La laryngotomie, à laquelle on dut d'abord avoir recours, ne pouvait être qu'une opération préliminaire. Les brides, dont le laryngoscope avait permis de bien connaître la position et l'étendue, furent successivement incisées au moyen du lithotome caché du frère Côme. La dilatation de la glotte fut pratiquée, et, la canule enlevée, la respiration s'exécuta normalement; la malade recouvra le sommeil et l'appétit, et reprit des forces. « Avant l'invention du laryngoscope, dit M. Delore, il eût été impossible de reconnaître avec précision le siége et la forme du rétrécissement, et aucun chirurgien, je crois, n'aurait osé en pratiquer l'incision par la bouche, procédé qui m'a donné un résultat satisfaisant. (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet.)

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de l'auteur, M. Legrand du Saulle, un ouvrage ayant pour titre : *La folie devant les tribunaux*.

M. le Secrétaire perpétuel signale également, parmi les pièces imprimées de la correspondance, une note de M. P. Gaubert, intitulée : *Institution des expériences relatives aux alliances consanguines*;

Et une note écrite en italien par M. Gallo contre la doctrine des générations spontanées.

Ces deux notes pourront être renvoyées à titre de pièces à consulter, l'une à la commission chargée de l'examen des diverses pièces relatives aux résultats des mariages consanguins, l'autre à la commission chargée de faire répéter en sa présence les expériences de M. Pasteur, et celles de MM. Pouchet, Joly et Musset.

M. le Secrétaire perpétuel communique la lettre suivante, que lui ont adressée MM. Pouchet, Musset et Joly, en réponse à celle par laquelle il leur annonçait que la commission nommée par l'Académie dans la séance du 4 janvier, avait décidé que leurs expériences sur l'hétérogénie pourraient être répétées en sa présence dans la première quinzaine de mars :

« Lorsque nous avons reçu la lettre que vous nous avez fait l'honneur de nous écrire, notre premier sentiment a été un sentiment de gratitude pour la bienveillance particulière avec laquelle l'Académie a daigné accueillir le vœu que nous lui avons exprimé.

« Nous nous empresserions de nous rendre à son appel pour répéter nos expériences sur l'hétérogénie devant la commission nommée à cet effet, si le succès de ces expériences, essentiellement physiologiques, ne dépendait pas en grande partie des conditions naturelles dans lesquelles on doit se placer, et notamment de la température atmosphérique. Or la saison actuelle est, on le conçoit, des plus défavorables. Aussi, notre intention formelle était-elle de n'aller à Paris que vers le milieu de l'été, si toutefois ce projet, basé sur une nécessité scientifique, pouvait entrer dans les convenances de la commission appelée à juger entre nos adversaires et nous.

«L'Académie comprendra que dans une épreuve aussi décisive et aussi délicate que celle dont il s'agit, nous ayons à cœur de nous entourer de toutes les précautions qu'exige la prudence. Ce serait, selon nous, compromettre nos résultats, et peut-être n'en obtenir aucun, que d'opérer par une température qui, même au printemps, est souvent de plusieurs degrés au-dessous de zéro dans le midi de la France. Qui peut donc nous assurer que, de l'intervalle du 1er au 15 mars, il ne gèlera pas à Paris?

« Convaincue elle-même que la température extérieure a une très-grande influence sur les fermentations, et, par suite, sur la genèse des microphytes et des microzoaires, l'Académie voudra bien agréer, nous l'espérons de sa justice, les respectueuses observations que nous avons l'honneur de lui présenter, et nous la prions d'ajourner jusqu'à l'été prochain les expériences que nous devons répéter devant elle.

« En conséquence, dans l'impossibilité où nous sommes de nous rendre en ce moment à l'appel qui nous est adressé, nous vous prions, monsieur, d'être assez bon pour vous faire, auprès de vos illustres collègues, l'interprète de nos regrets, et pour les remercier, en notre nom, d'avoir aplani les difficultés matérielles d'un onéreux déplacement. »

REMARQUES DE M. PASTEUR A L'OCCASION DE CETTE COMMUNICATION.

Je suis bien surpris de ce retard apporté par MM. Pouchet, Musset et Joly aux opérations de la commission. A l'aide d'une étuve il eût été facile d'élever la température au degré désiré par ces messieurs. Quant à moi, je m'empresse de déclarer que je suis à la disposition de l'Académie, et qu'en été comme au printemps et en toute saison, je serai prêt à répéter mes expériences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 MARS 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. Lestage, chirurgien à Souston (Landes), sur quelques maladies observées dans cette contrée. (Comm. : MM. Barth, Roger et Blot.)

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Évaux (Creuse), par M. le docteur Tripier; de Vichy, par M. le docteur Amable Dubois; de Sail-sous-Couzan (Loire), par M. le docteur Souleyre. (Commission des eaux minérales.)

3° Des comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Dordogne, de la Marne et des Ardennes. (Commission des épidémies.)

— M. le ministre de la guerre envoie un exemplaire de la vingt-septième livraison de la *Carte de France*.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Deschamp (d'Avallon), pharmacien de Charenton, sur les capsules du *papaver somniferum*. (Commissaires : MM. Guibourt, Trousseau et Chatin.)

2° Une lettre de M. le docteur Goupil (des Paillières), qui rappelle, à l'occasion du travail de M. Gallard sur le développement spontané de la pustule maligne dans l'espèce humaine, qu'il a traité de la même question dans un mémoire envoyé pour le concours aux prix de l'Académie.

3° Un pli cacheté de M. Leplanquais, renfermant des recherches sur le meilleur mode de contention des hernies simples. (Accepté.)

4° M. J. Charrière présente à l'Académie un appareil à douches oculaires, muni d'un arrosoir, et auquel on peut adapter une œillère, comme dans l'appareil de M. Margoulies, pour le traitement des maladies des yeux et les lavages indiqués dans les cas d'ophthalmies purulentes.

Cet appareil est construit d'après les indications de M. Follin.

Il est très-peu coûteux.

Son volume réduit permet de l'employer très-avantageusement pour remplacer le clysopompe de voyage.

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le ministre du commerce demandant que désormais il ne soit apporté aucun retard à la présentation des rapports sur le service médical des établissements thermaux.

— M. Malgaigne, au nom de M. le docteur Liégard (de Plombières), fait hommage d'une brochure relative à l'exercice de la médecine chez les Indoux.

— M. Gosselin, au nom de M. le docteur Gallard, dépose sur le bureau deux exemplaires du mémoire de M. le docteur Devers (de Saint-Jean-d'Angély), concernant le développement spontané de la pustule maligne chez l'homme.

— M. Larrey offre à l'Académie :

1° Le manuscrit de M. Marcellin Duval, directeur du service de santé de la marine à Brest, sur les épiploceles traumatiques;

2° L'instruction imprimée concernant les observations météorologiques à recueillir dans les hôpitaux militaires;

3° Au nom de M. le docteur Corne, une étude sur les eaux thermales de Bourbon-l'Archambault.

— M. Robinet présente une brochure de M. Bardy, pharmacien de Saint-Dié, sur quelques eaux potables de cet arrondissement.

— M. le Président annonce à l'Académie que M. Martins, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, correspondant, assiste à la séance.

— M. de Kergaradec, frappé du reproche que l'Administration supérieure adresse aux rapporteurs des commissions permanentes, sur le retard qu'ils apportent à la lecture de leurs rapports, a demandé une audience à M. le ministre, afin de lui exposer les causes de retard involontaire. Il n'y a pas de limites pour l'envoi des rapports des médecins de province pour ce qui concerne les épidémies. Il en résulte qu'à la fin de novembre, il arrive encore, à la commission des rapports, et qu'il est impossible de faire le travail nécessaire, ici à Paris, pour que les résultats généraux de ces travaux partiels et la conclusion de la commission puissent être soumis à l'Académie le 15 décembre suivant. En conséquence, M. de Kergaradec a proposé à M. le ministre de limiter à la fin de juillet, au plus tard, le temps pendant lequel les rapports des médecins de province pourront utilement être adressés à l'Académie.

M. le Secrétaire perpétuel approuve la démarche de M. de Kergaradec. Quand les médecins de province sauront qu'il y a un terme de rigueur, ils seront sans doute plus pressés d'envoyer leurs travaux, et il fait des vœux pour que les administrations locales ne mettent aucune négligence dans l'envoi de ces documents.

M. Depaul appuie aussi la demande formulée par M. de Kergaradec. Toutefois, il y aurait peut-être à choisir une autre époque pour la limite d'envoi, afin que les résultats de l'année entière pussent être appréciés et consignés dans le rapport définitif des commissions permanentes.

LECTURES. — DE L'OPPORTUNITÉ EN THÉRAPEUTIQUE.

M. le docteur Durand-Fardel, correspondant, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique, donne lecture d'une note intitulée : *De l'opportunité en thérapeutique*.

« L'opportunité, dit l'auteur, représente l'action la plus décisive,

comme la part la plus personnelle de l'homme de l'art dans le traitement des maladies. C'est en vain que nous aurons, par un diagnostic comme par un pronostic perspicace, déterminé avec précision les indications qui devront poursuivre la maladie jusqu'au terme de sa guérison ; c'est en vain qu'une connaissance profonde des agents de la thérapeutique nous aura révélé les moyens les plus propres à enrayer une action morbide, à solliciter un organisme des réactions salutaires, si nous n'avons égard à l'opportunité qui fixe d'une manière absolue l'instant d'y recourir ou le moment de les abandonner. »

Pour mieux faire sentir l'importance de l'opportunité thérapeutique, M. Durand-Fardel prend pour exemple le traitement de la goutte et celui de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales. « Si l'emploi des eaux minérales, continue M. Durand-Fardel, est souvent stérile, et surtout s'il est quelquefois nuisible et même funeste, c'est uniquement par ignorance ou par oubli du moment où l'on doit y recourir.

« Les eaux de Vichy ne doivent être administrées que dans les intervalles des accès de goutte. Le moment le plus favorable est également le plus éloigné possible des accès passés et des accès futurs.

« Quant à l'opportunité du traitement de la phthisie par les eaux thermo-sulfureuses, elle peut se formuler ainsi : Ne recourir aux eaux sulfureuses que pendant les périodes stationnaires de la phthisie, que celle-ci se trouve au premier, au deuxième ou au troisième degré anatomique. »

« D'une manière plus générale, on peut dire : Dans les maladies à manifestations passagères et incidentes, attendez, pour recourir aux eaux minérales, les époques les plus éloignées de ces manifestations. Dans les maladies à marche continue, appliquez-vous à n'administrer les eaux minérales que dans leur période stationnaire, et tenez-les, autant que possible, écartées de leur période d'activité. »

M. Durand-Fardel étant correspondant, il ne peut être nommé de commission pour l'examen de son mémoire.

TRAITEMENT DE LA GALE.

M. Le docteur Hardy, candidat pour la même section, lit une note intitulée : *Mode de traitement établi à l'hôpital Saint-Louis pour la guérison de la gale.*

Le traitement de la gale, fondé sur ce fait que la gale est causée par la présence de l'*acarus scabici*, consiste dans les moyens suivants : On commence par frictionner tout le corps, excepté la tête, avec du savon noir. Cette friction a pour but de nettoyer la peau, de la débarrasser des substances étrangères. Elle dure une demi-heure. Immédiatement après, le malade est placé dans un bain tiède, pendant la durée duquel il continue à se frictionner avec le savon. Ce bain, d'une heure de durée, complète le nettoyage de la peau ; en produisant un gonflement et une macération de l'épiderme, il entr'ouvre les sillons qui contiennent les acares, et prépare ainsi le succès de la dernière friction, véritablement parasiticide, laquelle est pratiquée avec une pommade contenant pour 100 grammes :

64 grammes d'axonge.
20 — soufre.
8 — sous-carbonate de potasse.
8 — eau.

Cette friction est faite rapidement et doit être générale. Après cette friction sulfureuse, les malades se rhabillent sans essuyer la pommade dont le contact est nécessaire sur la peau pendant plusieurs heures, pour achever la destruction des acares et pour atteindre même ceux qui seraient restés dans les vêtements.

D'après un tableau de galeux traités pendant onze ans (de 1852 à 1862 inclusivement), 37,429 personnes ont été soumises à ce traitement (26,650 hommes, 10,779 femmes). Sur ce nombre, 535 ont eu besoin de subir un second traitement. Ce qui donne 69 guérisons sur 70 malades traités. Depuis l'application de cette nouvelle méthode la guérison de la gale, les personnes qui en sont atteintes ne séjournant plus à l'hôpital, l'Administration a pu disposer, en faveur de malades atteints d'autres affections plus graves, de 120 lits consacrés antérieurement au service spécial de la gale. (Com. MM. Delpech et Devergie.)

— M. Boudet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion par l'Académie.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Trousseau sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique, par suite du décès de M. Moquin-Tandon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1863; par M. le docteur Ordonez, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Pathologie.

Note sur un cas de pellagre sporadique ; par M. le docteur Vidal.

PELLAGRE SPORADIQUE; ÉRYTHÈME CARACTÉRISTIQUE DE LA FACE DORSALE DES MAINS ET DU TRONC; TROUBLES NERVEUX; LIENTÉRIE; MORT. HYPERÉMIE CHRONIQUE DES CENTRES NERVEUX ET DES PRINCIPAUX VISCÈRES; ULCÉRATIONS INTESTINALES; ALTÉRATIONS DU FOIE; ALTÉRATIONS DU SANG.

R... (Nicolas), âgé de 59 ans, né à Auserville (Meuse), est entré le 9 juillet 1862 à l'hôpital Lariboisière (salle Saint-Henri, n° 16).

Depuis vingt-cinq ans, cet homme habite les environs de Paris (Pantin), et se livre, en qualité de journalier, aux travaux des champs. Il prétend n'avoir jamais souffert de la misère ; cependant la viande n'entrait que pour une faible part dans son régime, le plus ordinairement composé de pain de froment et de substances végétales ; jamais à aucune époque de son existence le maïs n'a fait partie de son alimentation.

Les renseignements sur l'état de santé de ses ascendants sont assez vagues. Il était en bas âge quand il perdit son père, et la cause de sa mort lui est inconnue. Sa mère est morte à 48 ans d'une maladie de poitrine. Il n'a jamais ouï dire qu'aucun des membres de sa famille ait présenté des symptômes d'aliénation mentale.

Il y a à peu près onze mois que sa santé, jusqu'alors très-bonne, s'est altérée sans cause appréciable, il s'est progressivement affaibli ; il a été pris d'une diarrhée assez intense qui, après des alternatives de rémission et de recrudescence, a fini par céder au bout d'un mois de traitement.

Deux mois plus tard, sa tête se couvrait d'une éruption pour laquelle il fut traité pendant un mois ou six semaines à l'hôpital Saint-Louis. Les vagues renseignements qu'il donne à ce sujet ne permettent pas d'apprécier la nature de cette dermatose du cuir chevelu.

Depuis lors R... avait repris ses travaux, mais n'avait recouvré qu'incomplétement ses forces et était resté amaigri, lorsqu'il y a trois mois survint une diarrhée lientérique rebelle à tous les traitements, et pour laquelle il vient aujourd'hui réclamer les secours de l'hôpital.

Il est devenu très-pâle, de plus en plus faible, essoufflé au moindre effort, et depuis plus d'un mois il remarque le soir des gonflements autour des malléoles.

Depuis le début de la diarrhée, la vue et l'ouïe s'affaiblissent progressivement.

État actuel. En interrogeant ce malade, on est frappé de son hébétude, de l'affaiblissement de sa mémoire. Ses réponses sont vagues, et l'on ne peut même lui faire préciser à un mois près l'époque de son traitement à l'hôpital Saint-Louis ; il a du reste conscience de cette diminution de la mémoire. Il se plaint d'une extrême faiblesse, se tient à peine sur les jambes, et sa marche est chancelante. Il paraît triste, abattu, et reste assez indifférent à ce qui se passe autour de lui. Il n'a pas et n'a jamais eu de tendance au suicide.

La sensibilité est notablement modifiée; le tact a perdu sa délicatesse; l'analgésie assez marquée sur toute la surface cutanée est presque complète sur les avant-bras, à peine sent-il une épingle traversant un pli de la peau.

L'ouïe est très-dure et reste encore obtuse après que les conduits auditifs externes sont débarrassés des bouchons de cérumen noirâtres qui les obstruent.

Le tégument des conduits auditifs est épaissi, d'un rouge érythémateux, légèrement érodé en quelques points.

La vue est faible, les pupilles peu mobiles se resserrent lentement sous l'action d'une vive lumière. M. Folhier, qui a bien voulu faire l'examen des yeux de ce malade, constate que les troubles de la vision sont dus à une accommodation insuffisante par atonie du muscle ciliaire. Voici la note qui a été rédigée à ce sujet par M. Thomas, interne de M. Follin :

« Les premiers troubles de la vision remontent à trois mois. Jusqu'à cette époque, le malade avait été doué d'une bonne vue ; il voyait nettement les objets rapprochés et lisait à la distance normale de la vision distincte.

« Aujourd'hui, la vision éloignée est bonne. Le malade distingue nettement les numéros des lits d'une extrémité de la salle à l'autre. Il peut lire le n° 15 de Jaeger à 40 ou 50 centimètres, mais non le n° 10 à n'importe quelle distance.

« L'examen ophthalmoscopique montre l'intégrité des membranes et du milieu de l'œil.

« Ces troubles sont dus à un défaut d'accommodation. L'accommoda-

tion de l'œil se fait, puisque le malade peut lire le n°15 de Jaeger, mais elle est insuffisante pour la vision d'objets plus petits. On trouve la preuve de cette insuffisance d'accommodation dans le fait suivant : Si l'on interpose entre l'œil et le n° 10 de Jaeger un verre convexe du n° 10 le malade lit facilement à 30 centimètres.

« Cette insuffisance d'accommodation ne saurait être rapportée à la presbyopie à cause du début rapproché des troubles de la vision. L'action du muscle ciliaire insuffisante et la cause de ces troubles se rattachera d'autant plus facilement à cette idée, qu'on ne peut observer chez ce malade un état de faiblesse très-marqué et une atrophie musculaire considérable. »

Le malade est pâle ; son teint est un peu plombé ; ses chairs sont flasques ; les bras et le tronc sont très-notablement amaigris ; les jambes légèrement infiltrées.

La face dorsale des mains est d'une couleur rosée érythémateuse, sur ce fond uni se détachent de larges écailles d'épiderme mince, comme des pelures d'oignons d'une teinte légèrement brune, adhérentes par leur centre à bords soulevés, et paraissant se détacher progressivement de la circonférence au centre. Entre ces écailles, l'épiderme est fendillé. Sur le dos des mains, la peau semble avoir perdu son élasticité, et les plis qu'on y fait sont lents à s'effacer.

Sur les doigts, et surtout au niveau des replis interdigitaux, elle est épaissie, flétrie, ridée, d'une teinte grisâtre, et rappelle le type pittoresquement décrit par M. Landouzy sous le nom de peau ansérine.

Une éruption érythémateuse analogue à celle des mains s'observe sur la peau de l'abdomen et des parties latérales de la poitrine. L'épiderme est fendillé en divers sens ; ces solutions de continuité forment des lignes d'un rose vif entre-croisées, et limitent les espaces irréguliers recouverts d'écailles brunâtres de l'épiderme dont les bords se relèvent.

Les cheveux sont rares, le cuir chevelu ne porte pas trace de l'éruption ancienne.

La langue est profondément fendillée à sa face dorsale, et à sa face inférieure du côté gauche on voit une large ulcération aphtheuse ayant presque le diamètre d'une pièce d'un franc.

Les gencives violacées et boursouflées saignent facilement. L'haleine a une odeur un peu acide, l'appétit est conservé, ni gastralgie ni vomissements. Coliques rares et très modérées. évacuations alvines fréquentes et très-abondantes, huit à douze selles par jour composées de substances alimentaires à peine digérées, nageant dans un liquide aqueux abondant. Cette diarrhée lientérique dure depuis trois mois.

Souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux. Pas de signes d'altération du cœur et des poumons, pouls faible, dépressible 100 pulsations.

L'urine claire, assez abondante, ne contient ni sucre ni albumine.

Du 10 au 17 juillet, j'essaye en vain de rendre les digestions plus complètes en administrant la pepsine, de modérer la diarrhée par les préparations sulfureuses, et par le sous-nitrate de bismuth. La lientérie continue, l'affaiblissement augmente rapidement.

Le 17 juillet, la peau de la partie antérieure des jambes, principalement du côté droit et celle qui recouvre la rotule du même côté, devient d'un rouge erythémateux, l'épiderme se dessèche, devient luisant, brunâtre, et se fendille.

Le 19 juillet, cette éruption est tout à fait analogue à celle du tronc. Celle-ci est plus étendue qu'au moment de l'entrée du malade et occupe les fesses, presque toute la région dorsale, les régions latérales de la poitrine et de l'abdomen.

Les mains ont pâli, la peau est luisante, et les écailles épidermiques observées au moment de l'entrée sont tout à fait détachées.

Le 20 juillet, anorexie, vomissements alimentaires. L'œdème jusque-là limité aux malléoles, remonte jusqu'à la partie supérieure de la jambe.

Le 26 juillet, l'erythème du tronc et celui des jambes devient plus pâle, les sillons sont à peine rosés et l'épiderme s'exfolie. La faiblesse est excessive et à trois heures du matin, le malade s'éteint sans agonie.

Autopsie faite avec l'assistance de mon collègue le docteur Luys, le 28 juillet, trente heures après la mort.

Les parties de la peau du tronc et de la jambe droite qui pendant la vie étaient le siége de l'erythème sont d'un rose vineux, recouvertes par places d'une teinte d'un fauve grisâtre produite par l'épiderme en voie d'exfoliation.

La peau de la face dorsale des mains est lisse, luisante comme vernissée. Elle est pâle, d'une teinte jaune de vieille cire.

Le tissu cellulaire sous-jacent est congestionné, rougeâtre, le tissu adipeux est très-coloré, rouge, et les vaisseaux sont très-développés. Dans les parties envahies par l'erythème le derme est très-injecté. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on voit au microscope de nombreux cristaux d'hématoïdine.

Système nerveux. — A l'ouverture de la boîte cranienne, il s'écoule une abondante quantité de liquide encéphalo-rachidien. Le sinus et les veines sont gorgés de sang noir. La pie-mère est injectée, arborisée, et sur la face convexe des hémisphères on aperçoit plusieurs plaques rouges d'hyperhémie.

L'arachnoïde est soulevée par une sérosité contenue avec abondance dans les mailles de la pie-mère. Les méninges épaissies sont d'une teinte opaline très-marquée sur la convexité et plus apparente encore dans le voisinage des vaisseaux.

La pie-mère se détache facilement de la substance grise.

Le cerveau dépouillé est d'une coloration un peu plus rose qu'à l'état normal ; la substance cérébrale est injectée, elle ne présente pas d'altération de consistance appréciable.

Le cervelet est un peu ramolli et la substance corticale, au voisinage des pédoncules. se dissocie sous l'influence d'un filet d'eau.

La comparaison avec le cervelet d'un sujet soumis aux mêmes conditions de température, et dont la mort était plus ancienne de quelques heures, nous laisse penser que cet état de ramollissement est pathologique.

Ramollissement de la partie antérieure de la voûte à trois piliers. Le plancher du quatrième ventricule est ramolli, les origines des nerfs auditifs sont altérées.

Dans quelques points de la substance grise des circonvolutions cérébrales les cellules nerveuses sont plus foncées qu'à l'état normal, teintées par des granulations pigmentaires en grande quantité ; leurs contours sont moins nets.

Les méninges spinales, particulièrement la pie-mère, sont plus rouges qu'à l'état sain, et les vaisseaux qui les parcourent sont dilatés, gorgés de sang et plus apparents.

La moelle, examinée avec soin, n'est ramollie dans aucun point.

La substance grise semble un peu hyperhémiée.

Les racines antérieures et postérieures ont un volume normal.

Les ganglions spinaux sont injectés, très-rouges, les cellules nerveuses, plus colorées qu'à l'état normal, contiennent beaucoup de granulations pigmentaires. Les nerfs de la périphérie (cordon du plexus brachial, trace du pneumo-gastrique) ne paraissent pas altérés.

Le *tube digestif* est rouge, injecté dans toute sa longueur. L'estomac est contracté, sa muqueuse est plissée longitudinalement, à peine ramollie, sans ulcérations. Elle est d'une teinte grisâtre informe, sur laquelle se dessinent des plaques rouges formées par de fines arborisations et quelques petits points ecchymotiques.

Ces plaques se voient surtout à la petite courbure, sur le grand cul-de-sac et au pourtour des deux orifices. Très-intense au niveau du pylore, la rougeur se continue dans le duodénum, et dans le jéjunum la coloration de l'intestin est d'un gris assez foncé, teinté en rose par la coloration sous-jacente des capillaires hyperhémiés.

Cette coloration grise et cette injection, très-prononcée dans le jéjunum, sont moins accentuées dans l'iléon. Dans cette partie de l'intestin, les membranes semblent amincies, particulièrement la muqueuse.

Quoique moins colorées que dans les autres portions de l'intestin, elles sont plus vascularisées qu'à l'état normal.

Le gros intestin est notablement congestionné vers la fin de la cinquième iliaque et dans toute l'étendue du rectum jusqu'à l'anus, sur une longueur d'environ 30 centimètres. La muqueuse est érodée par de très-nombreuses ulcérations (une quarantaine environ), taillées à pic, de dimensions variant de celle d'un grain de millet au diamètre d'une pièce d'un franc. Elles occupent à peu près également tous les points du cylindre intestinal. La plupart ne dépassent pas l'épaisseur de la muqueuse ; trois ou quatre pénétrant plus profondément entourent les fibres circulaires de la tunique musculeuse. Les plus larges ont pour siége la partie supérieure du rectum. La plupart de ces ulcérations sont arrondies, quelques-unes elliptiques, sans que le plus grand diamètre affecte une direction spéciale.

La muqueuse n'est pas épaissie. quoique les couches profondes de l'intestin semblent légèrement hypertrophiées.

Le *foie*, d'un volume ordinaire, est moins consistant qu'à l'état normal d'une coloration jaune d'ocre foncé à peu près uniforme ; cependant le bord antérieur est d'un rouge violacé. Cette dernière teinte se retrouve sur plusieurs points de la face convexe, où elle correspond à plusieurs foyers hémorrhagiques.

Les plus volumineux ont à peu près la grosseur d'une noix. On en rencontre encore dans la profondeur du parenchyme hépatique. Quelques-uns ont à peine la grosseur d'un petit pois. Ils semblent d'âge variable, à en juger par l'état du sang coagulé. Tous cependant doivent être de formation assez récente.

En coupant le foie, on s'aperçoit qu'il graisse le couteau et que les lobules sont d'une teinte uniforme jaune d'ocre.

L'examen au microscope montre les cellules très-altérées et en voie de transformation graisseuse. Outre les globules de graisse, elles contiennent une quantité considérable de granulations pigmentaires d'un jaune brunâtre. Elles rappellent l'aspect que présentent les cellules hépatiques infiltrées de bile chez les individus qui succombent pendant l'ictère.

La vésicule du fiel est très-volumineuse, distendue par une bile foncée en couleur d'un vert brun. Les conduits biliaires sont libres.

Rate petite, ridée, couleur violet foncé, assez diffluente.

Capsules surrénales saines.

Reins volumineux, assez mous, renfermant beaucoup de granulations graisseuses, surtout au milieu des tubuli de la substance corticale.

Cœur volumineux, flasque, infiltré de graisse. Cette dégénérescence graisseuse envahit presque toute l'épaisseur du ventricule droit. Les cavités sont dilatées. Les valvules sont saines, à l'exception de la valvule mitrale, dans l'épaisseur de laquelle existent quelques points athéromateux, sans toutefois que le jeu de la valvule semble avoir pu en être troublé. Les valvules sigmoïdes sont normales. Quelques points athéromateux sont semés sur l'origine et sur la crosse de l'aorte.

Les cavités du cœur sont remplies d'un sang noir, coagulé, ayant l'aspect d'une gelée de groseille très-foncée en couleur et très-consistante. Ces caillots se prolongent à droite dans les veines caves; à gauche ils s'étendent sur une longueur de plus de 20 centimètres.

Les veines caves supérieures et inférieures sont remplies de sang coagulé.

L'examen du sang montre les globules blancs très-peu nombreux. Quant aux globules rouges, ils sont presque de moitié plus petits qu'à l'état normal.

Les *poumons* sont très-colorés, d'un violet foncé très-hyperhémié et leurs vaisseaux remplis de sang noir coagulé de même aspect que les caillots contenus dans le cœur.

En résumé, un homme de 59 ans, habitant les environs de Paris depuis vingt-cinq ans, ne s'étant jamais nourri de maïs, mais ayant un régime peu substantiel et se livrant à des travaux pénibles, est pris pendant l'été de 1861 d'un état d'affaiblissement et d'amaigrissement progressif, et d'une diarrhée qui ne cède qu'au bout de plusieurs semaines. L'année suivante, au commencement du printemps (avril 1862), se manifestent tous les symptômes de la pellagre la mieux dessinée : diarrhée lientérique, érythème caractéristique se développant non-seulement sur les mains, mais encore sur le tronc et sur les jambes; symptômes nerveux; affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, hébétude et tristesse, affaiblissement de la myotilité, diminution de la sensibilité; affaiblissement de la vue et de l'ouïe.

La cachexie pellagreuse fait des progrès rapides, et le malade succombe moins de quatre mois après le début de la récidive, un an environ après l'apparition des premiers symptômes qui pourraient être attribués à la pellagre.

L'autopsie montre de très-nombreuses altérations portant sur le tube digestif (hyperhémie et ulcérations), sur le système nerveux et sur presque tous les principaux viscères. Congestion presque générale des organes, taches ecchymotiques, noyaux d'apoplexie, phénomènes analogues à ceux qui s'observent sur les sujets en proie à une altération profonde du sang, et ici l'analogie est confirmée par l'aspect des caillots sanguins, par leur consistance qui rappelle assez l'état du sang des cholériques.

Enfin le foie présente une altération des cellules hépatiques qui nous a paru importante à constater. Dans plusieurs observations relatées par les auteurs qui ont écrit sur la pellagre, nous avons trouvé mentionnée dans plusieurs autopsies l'augmentation du volume du foie, sa coloration jaune, même l'état graisseux, mais dans aucune il n'est question de l'état de cellules hépatiques.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'HISTOLOGIE HUMAINE NORMALE ET PATHOLOGIQUE, précédé d'un exposé des moyens d'observer au microscope, par C. MOREL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, accompagné d'un atlas de 34 planches dessinées d'après nature, par J. A. VILLEMIN, D.-M. — Paris, J. B. Baillière, 1864.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Le plan de l'ouvrage est très-simple et n'a aucune prétention à une systématisation rigoureuse, impossible aujourd'hui. Le seul principe qui ait dirigé la classification est le soin de passer des tissus simples aux composés, et si ce plan peut paraître artificiel, il a du moins l'avantage de ne rien préjuger et de rassembler les organes et les tissus dans des groupes suffisamment naturels et commodes pour l'étude.

Après une courte introduction sur le maniement du microscope, l'emploi du micromètre, des réactifs et des instruments, M. Morel décrit dans dix chapitres successifs les cellules et les épithéliums, le tissu conjonctif, les cartilages, os et dents, le tissu musculaire, le tissu nerveux, les vaisseaux, le sang et la lymphe, les glandes, la peau et ses annexes, la muqueuse digestive et enfin les organes des sens. Pour chaque organe et chaque tissu, il étudie d'abord l'histologie normale, puis les altérations, et termine par une instruction détaillée sur le mode de préparation, instruction dans laquelle les débutants trouveront des indications précieuses qui faciliteront leurs premières tentatives. Un atlas de trente-quatre planches lithographiées contenant plus de deux cents dessins représente chacun des détails, soit normaux, soit pathologiques, décrits dans le courant de l'ouvrage. Nous aurons donc à passer successivement en revue ces trois principales divisions, histologie normale, histologie pathologique, atlas micrographique. Quelques mots d'abord de ce dernier.

Tous ceux qui regardent pour la première fois à l'oculaire d'un microscope, et qui comparent ce qu'ils voient aux dessins illustrant la plupart des traités d'histologie, ne peuvent s'empêcher d'être frappés du désaccord qui existe entre l'image et la réalité. Là, pas le moindre doute; les cellules présentent des contours arrêtés jusqu'à la dureté; les fibres s'entre-croisent, s'anastomosent, s'enchevêtrent avec une netteté indiscutable; le grain le plus délicat, les striations les plus fines ressortent avec éclat sur un fond d'une blancheur immaculée. Mais à travers le tube du microscope, tout se transforme en un clin d'œil : les contours pâlissent et se fondent dans un ensemble indécis; les extrémités des fibres s'effilent et se dérobent à l'œil sans qu'on puisse leur assigner de limites; des jeux de lumière inattendus changent à chaque instant l'aspect de la préparation, et le commençant, complétement dérouté, repousse au loin l'instrument en répétant pour l'acquit de sa conscience la phrase banale : on voit ce qu'on veut sous le microscope. C'est qu'en réalité la plupart des dessins sont purement schématiques, et que les auteurs voulant avant tout se faire comprendre sacrifient un peu d'exactitude pour arriver à plus de clarté. Le microscope ne montre que des surfaces, et tous ceux qui en ont la moindre habitude savent que la main de l'observateur est occupée à chaque instant à mettre au point les différents plans de la préparation, qui, même pour un grossissement assez modéré, ne peuvent se trouver en même temps au foyer. Il y a donc là pour le dessinateur un écueil presque impossible à surmonter, car il faudrait multiplier les figures d'une façon qui rendrait le prix des ouvrages inabordable si l'on voulait reproduire exactement l'aspect de la préparation à chaque tour de vis. Il faut donc que l'artiste, sans faire une figure schématique, arrive à indiquer dans son dessin, et à faire saisir d'un coup d'œil des plans qui sous le microscope ne se montrent que successivement, et l'on conçoit sans peine que pour atteindre ce résultat, il doit être non seulement très-habile dessinateur, mais encore très-versé dans les études histologiques, et il y a là une alliance difficile à réaliser. Aussi M. Morel a-t-il eu une véritable bonne fortune en rencontrant dans le docteur Villemin un dessinateur d'un talent remarquable et un médecin rompu de longue main à la manœuvre du microscope. Je ne ferai pas l'éloge de la valeur artistique de ces planches; mais pour qui a pu examiner comparativement les préparations de M. Morel et les figures de son atlas, il ne peut y avoir le moindre doute sur l'exactitude absolue de ces dernières, et si quelques unes d'entre elles paraissent difficiles à interpréter, on ne doit pas en faire un reproche aux auteurs mais se rappeler que pour toutes choses un apprentissage est nécessaire, et qu'il ne suffit pas de regarder, mais qu'il faut encore apprendre à voir. Une deuxième cause d'imperfection des planches d'histologie résulte du procédé de reproduction employé. La gravure sur bois ou sur cuivre usitée par la plupart des micrographes rend très-mal les contours fondus et un peu indécis des éléments de nos tissus; le crayon lithographique, au contraire, est très-favorable sous ce rapport, et je félicite M. Morel d'avoir fait choix d'un procédé qui identifie pour ainsi dire l'original et la reproduction. Cette ressemblance a l'avantage de permettre à chaque instant au débutant dépourvu de guide de comparer les dessins aux préparations qu'il obtient, et de lui fournir ainsi comme un modèle de ce qu'il doit trouver sous le microscope.

L'histologie normale dans l'ouvrage de M. Morel, sauf quelques observations personnelles que nous mentionnerons, s'accorde en général avec les descriptions données par la plupart des auteurs allemands, par exemple avec celles qu'on trouve dans le traité de Kolliker; aussi passerons-nous rapidement en revue les divers chapitres, nous arrêtant seulement aux points présentant une opinion particulière à l'auteur.

Dans le premier chapitre, consacré à l'étude des éléments cellulaires en général et des épithéliums, M. Morel, à propos du développement, expose, tout en les rejetant, la théorie du blastème de Schwann et celle de la substitution de M. Robin, et limite à trois les modes de formation des cellules : les deux premiers, admis par tous les micrographes, sont l'endogenèse et la fissiparité; quant au troisième, sur lequel le doute existe encore, ce serait la transformation du noyau en cellule. Pour admettre ce dernier mode de formation, l'auteur se fonde sur des observations personnelles portant principalement sur le déve-

loppement des cellules osseuses et que nous retrouverons tout à l'heure.

Le second chapitre, destiné au tissu conjonctif, est la reproduction abrégée des idées de Virchow à ce sujet. Non-seulement il admet l'existence des cellules plasmatiques comme corpuscules isolables et distincts, mais encore accepte leur fonction d'agents de transmission des sucs nutritifs, et leur attribue en outre comme probable la propriété de modifier la nature du liquide qu'ils contiennent, propriété dont sont dépourvus les vaisseaux sanguins.

Quant aux cellules osseuses, contraire en cela à la majorité des observateurs, il les fait dériver, non de la membrane d'enveloppe de la cellule cartilagineuse ou utricule primordiale, mais de son noyau. Ce dernier, d'après ses recherches reproduites dans une des planches de l'atlas, se déformerait et s'étoilerait de façon à se rapprocher de plus en plus de la cellule osseuse normale. Malgré les travaux récents et contradictoires de H. Muller, confirmés par Kolliker dans sa quatrième édition, M. Morel s'est cru autorisé à persister dans une opinion déjà émise par lui dans son *Précis d'histologie* en 1860. Je me garderai bien de décider entre de tels observateurs; mais ne se pourrait-il pas que le développement de la cellule osseuse aux dépens du cartilage fût assez complexe et ne s'opérât pas toujours d'une façon identique? En tout cas, ce qui reste acquis, c'est la possibilité constatée de la transformation d'un noyau en cellule, et le fait a par lui-même en histogénie une importance qui n'échappera à personne.

Dans le chapitre des tissus contractiles, l'auteur revenant en partie à l'opinion ancienne sur la structure du tissu musculaire lisse, croit qu'il se compose dans la plupart des cas, non d'éléments celluleux fusiformes, mais de véritables fibres offrant dans leur longueur une succession régulière de renflements et d'étranglements; c'est de leur brisure au niveau de ces derniers que résulterait l'aspect de fuseaux isolés et distincts. Dans les vaisseaux, il est vrai, les fibres-cellules sont incontestables; mais là il y aurait, suivant lui, une sorte d'arrêt de développement, et elles représenteraient alors un état intermédiaire qui dans les autres organes passerait à des formes plus parfaites résultant de la soudure bout à bout des fibres-cellules primitives. Le lecteur trouvera dans l'ouvrage même les raisons données à l'appui de cette assertion.

L'histologie du tissu nerveux qui suit celle du tissu musculaire est un résumé succinct des connaissances courantes dans lequel nous ne trouvons à signaler rien de spécial. On peut regretter que l'auteur ne se soit pas étendu un peu plus longuement sur le tissu conjonctif des centres nerveux, question bien obscure il est vrai, mais qui, à cause de son importance pathologique, méritait peut-être une mention particulière. M. Morel aurait pu, sans inconvénients, lui accorder les quelques lignes qu'il consacre à la classification plus qu'hypothétique des cellules nerveuses proposée dans ces derniers temps par Jacubowitsch.

Nous rencontrons dans le chapitre suivant une observation très-intéressante sur la formation des globules sanguins avant la naissance. Sur un embryon de lapin, M. Morel a vu très-distinctement le noyau de la cellule embryonnaire se transformer en globule sanguin; le doute ne serait pas possible, il en a la couleur, la forme, les dimensions; la cellule, au contraire, se gonfle; son contenu granuleux se liquéfie, et enfin elle disparaît en laissant échapper son noyau devenu disque sanguin. Le globule blanc aurait un mode de formation tout à fait analogue. Il est à désirer que de nouvelles recherches viennent fixer définitivement ce point important d'histogénie; car cette opinion, qui rappelle celle de Wharton Jones, est en désaccord formel avec celle de la majorité des micrographes qui admettent un développement précisément inverse, savoir la disparition du noyau et la transformation de la cellule en globule rouge.

Les pages consacrées dans les traités d'histologie à l'étude des glandes présentent toujours un vif intérêt; car si beaucoup d'entre elles sont à peu près complétement connues, il en est d'autres, par contre, qui malgré les explorations les plus minutieuses, n'ont pas encore livré leur secret, et il est intéressant d'avoir là-dessus l'opinion d'un observateur habile et exact. La terminaison des canalicules biliaires dans les lobules du foie est une de ces questions à l'ordre du jour résolues dans les sens les plus divers par les micrographes. M. Morel qui le premier a fait la distinction anatomique des deux glandes réunies pour constituer le foie, glande hépatique sécrétant la bile, représentée par les canalicules biliaires et l'artère hépatique, glande vasculaire sanguine sécrétant le sucre, représentée par les cellules hépatiques et la veine porte, avait dû chercher à s'assurer si la structure intime de l'organe confirmait cette distinction. L'auteur admet en effet la terminaison en cul-de-sac des canalicules, et par suite leur indépendance des cellules hépatiques; mais cette opinion ne peut être donnée comme certaine, car elle ne s'appuie jusqu'ici que sur deux faits, tous deux observés sur des foies malades, l'un par M. le professeur Küss dans un cas de syphilis, l'autre par l'auteur lui-même dans un cas de cirrhose.

La structure de la rate offre encore plus d'obscurité que celle du foie, surtout en ce qui concerne les rapports de la pulpe splénique avec les vaisseaux. M. Morel, sons le titre : ***Structure probable***, décrit une disposition particulière vue par lui dans un seul cas, et qui malheureusement n'a pu être conservée par le dessin; aussi renverrons-nous au texte même ceux que cette question intéresse, et nous contenterons-nous de dire qu'il a constaté ***de visu*** la communication directe des espaces contenant la pulpe splénique avec les capillaires sanguins.

Dans les autres chapitres destinés à la peau, à la muqueuse digestive et aux organes des sens (ce dernier un peu bref peut-être), nous signalerons une description très-nette du muscle ciliaire et de son action, et la négation des pores canaliculés des cellules épithéliales de l'intestin, admis théoriquement par beaucoup de physiologistes allemands, et grâce auxquels ils prétendent éclaircir le phénomène inexplicable de l'absorption de la graisse.

Tels sont les points principaux sur lesquels l'auteur, dans le cours de l'histologie normale, nous donne une opinion personnelle s'écartant des opinions reçues. Le reste se compose de descriptions parfaitement conformes aux progrès les plus récents de la science, et remarquables par leur clarté, leur concision et leur exactitude. Si la partie de l'ouvrage que nous venons de passer en revue, par sa forme élémentaire, s'adresse surtout aux étudiants, sauf pour quelques questions de détail, celle qu'il nous reste à apprécier, ou l'histologie pathologique, a une plus haute portée et s'adressera de préférence aux médecins désireux d'élargir le cadre de l'anatomie morbide, et qu'un nouveau moyen d'investigation n'effraye pas, quel que soit le nom qu'il porte.

M. Morel, nous le savons déjà, a été amené par l'observation à reconnaître l'exactitude de la plupart des points de la théorie de Virchow, et la partie pathologique de son livre est en réalité une exposition, non pas de la doctrine elle-même, mais des faits sur lesquels elle s'appuie. On pourrait, en rassemblant les pages consacrées par l'auteur aux altérations des tissus, et réparties dans son traité après chaque description d'histologie normale, reconstruire un véritable précis de pathologie cellulaire, mais plus net et plus clair que celui de Virchow, et dégagé de l'esprit de système et des aperçus théoriques, qui réunis aux défauts de la traduction, ont fait tant de tort en France à l'ouvrage du célèbre réformateur de Berlin.

Aussi, quoique cette doctrine soit certainement connue de nos lecteurs, peut-être ne sera-t-il pas hors de propos d'en condenser la substance, même en quelques lignes, et de résumer les résultats généraux auxquels est arrivé l'auteur.

Les cellules ne peuvent naître que des cellules préexistantes. Ce sont elles qui sont les véritables centres morbides réagissant à leur tour sur les parties qui les environnent. Leurs altérations constituent donc la base essentielle de l'histologie normale, et si on les étudie on voit qu'elles se réduisent en dernière analyse à quelques processus très-simples, hypertrophie et hyperplasie d'une part, rétrogradation de l'autre (soit par momification, soit par dégénérescence graisseuse). Ces altérations primordiales se retrouvent au fond de toutes les lésions organiques, de tous les produits morbides.

Le tissu conjonctif, par la susceptibilité spéciale qu'il doit aux cellules plasmatiques, occupe pour ainsi dire le premier rang, et pour employer les expressions de l'auteur, « résume l'histologie pathologique générale. » Aussi, dans toute lésion d'organe, faut-il soigneusement faire la part de l'élément propre et de la charpente conjonctive, et au point de vue de leur prédisposition morbide on pourrait classer les organes et les tissus en groupes correspondant à leur richesse en cellules plasmatiques.

Mais ces altérations primordiales des éléments cellulaires, soumises à des causes et régies par des lois qui nous sont encore peu connues, varient non de nature, mais de forme et de caractère. C'est à leurs différences d'intensité, au lieu de leur production, à la structure spéciale des organes qu'elles occupent, à l'influence qu'elles ont sur les parties voisines et les fonctions de ces parties, ou bien sur l'organisme entier, enfin aux modalités diverses de leur développement, que sont dues ces analogies ou ces dissemblances qui nous sont révélées par le scalpel et la clinique, et qui ont donné naissance à l'éta-

blissement de ces groupes traditionnels, inflammation, cancer, etc. Il résulte de ceci que l'hétéromorphisme dans le sens rigoureux du mot, n'existe pas, et que « quelle que soit la forme de l'élément cel« luleux qui entre dans la composition des tumeurs, il ne s'en trouve « aucun qui n'ait son analogue dans l'organisme sain ; » et pour s'en assurer, on n'a qu'à comparer les cellules cancéreuses prétendues typiques avec les cellules épithéliales de l'uretère et de la vessie.

Telle est, dans sa généralité la plus grande, la doctrine qui ressort des descriptions consignées dans le traité de M. Morel, descriptions qui ne sont que le calque de la réalité; et si le médecin, la prenant pour guide, veut descendre dans l'étude des faits particuliers sans arrière-pensée et sans parti pris, il sera frappé de la simplification qu'elle amène dans les questions les plus obscures et les plus complexes, dans ces écueils de l'écrivain, dans ces épouvantails de l'étudiant qu'on appelle inflammation, tubercule, carie, etc. Nous ne pouvons entrer dans l'analyse de chacun de ces chapitres; ni le temps ni la place ne le permettent; mais nous recommanderons spécialement au lecteur les passages dans lesquels l'auteur expose les altérations du tissu conjonctif, les maladies des os, l'athérome, les diverses sortes de pneumonie, etc. Il y a là quelques pages qui méritent d'être méditées, car il y trouvera d'abord, en s'aidant des planches, et plus tard s'il le peut de ses recherches personnelles, tous les éléments nécessaires pour apprécier la doctrine nouvelle et choisir ensuite en connaissance de cause.

La lecture de cette partie du livre, la plus intéressante et la plus originale, nous fait vivement désirer que M. Morel, réunissant les matériaux dont il dispose et complétant ces fragments épars, nous donne un jour un *Traité élémentaire d'histologie pathologique* qui jusqu'ici manque à la France, et qui serait accueilli avec faveur par tous les médecins. Les qualités d'exactitude, de concision et de clarté qui le distinguent le rendraient digne de cette mission. Enfin pour terminer, je remercierai l'auteur d'avoir livré à la publicité une œuvre utile, j'allais presque dire nécessaire, et j'émettrai le vœu que les étudiants et les praticiens adoptent, comme il le mérite, un livre écrit avec des faits et non avec des livres.

Dr H. BEAUNIS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté du 15 mars 1864, approuvé par Son Exc. M. le ministre de l'instruction publique, la commission de surveillance de l'École impériale ottomane a nommé M. le docteur P. Thevenet, médecin titulaire de ladite école.

— Par suite de la mort de M. Lafond, directeur de l'École de médecine de Nantes, M. Hélie, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, a été nommé titulaire de la chaire et directeur de l'École.

M. Laënnec, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, a été nommé professeur adjoint et en même temps secrétaire de l'École.

M. Calloch a remplacé M. Laënnec comme suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Les concours pour l'internat et pour l'externat dans les hôpitaux de Nantes se sont terminés par la nomination de MM. Barthélemy, Raingeard et Montfort en qualité d'internes, et par la nomination de MM. Bonamy, Lapeyre, David, Eonnet, Dupont, Cailleteau, Houery et Roch en qualité d'externes. (*Journal de médecine de Nantes*.)

— Le registre d'inscription du concours pour deux places de médecin au Bureau central a été clos le 19 de ce mois. Quarante-cinq candidats doivent prendre part aux luttes du concours. Ce sont, par ordre alphabétique :

MM. Ball, Barnier, Baudot, Blachez, Blain des Cormiers, Blondet, Bricheteau, Brongniart, Cadet de Gassicourt, Dally, Danjoy, Descroizilles, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier, Féréol, Ferrand, Frémineau, Genouville, Gérin-Roze, Géry, Gibert, Gombault, Guyot, Isambert, Labbé, Ladreit de Lacharrière, Lancereaux, Lécorché, Leven, Magnac, Maingault, Menjaud, Molland, Moynier, Paul, Peter, Pierreson, Pinel, Proust, Raymond, Simon, Siredey, Topinard, Wieland, Worms.

— M. le docteur Edmond Simon, chirurgien du Bureau central, vient de succomber à une courte maladie.

Nous ne saurions trop nous associer aux regrets qu'inspire la mort prématurée de ce jeune chirurgien laborieux, qui semblait appelé à un brillant avenir, et dont la perte est un véritable deuil pour ses collègues, qui avaient tous apprécié ses excellentes qualités et son amour sincère pour la science.

— M. le docteur Elie Thibaut, ancien interne des hôpitaux de Bruxelles, vient de mourir à l'âge de 27 ans.

— Nous annonçons avec regret la mort de M. Lhonneur, ancien interne des hôpitaux civils, médecin-major, qui a succombé au Mexique, victime du typhus.

ERRATA. — Dans le deuxième discours de M. J. Guérin, *Gazette médicale*, p. 167, deuxième colonne, ligne 11, au lieu de : « bel et *bon*; » lisez : bel et *bien*.—*Id.*, lignes 16 et 17, au lieu de : «*la vérité*; » lisez : la *sévérité*. — P. 170, deuxième colonne, ligne 6, au lieu de : « dit et *pensé*; » lisez : dit et *écrit*. — *Id.*, ligne 32, après : « Que conclure; » ajoutez : *ai-je dit*.—P. 171, deuxième colonne, premier alinéa, au lieu de : « Je n'ai pas besoin de rappeler ici les *propositions* qui caractérisent la vaccine; lisez : les *propriétés*. »

— Le cours d'histoire de la médecine confié à M. le docteur Daremberg aura lieu les mardis et jendis à deux heures, à partir du 14 avril.

APPEL A LA SYMPATHIE MÉDICALE. — Un médecin aussi intéressant par ses malheurs que par ses talents et son honorabilité, a fait appel à nos sentiments de mutualité et de solidarité pour chercher les moyens de publier un ouvrage dont il est l'auteur, et dont son défaut de fortune ne lui permet pas de faire les frais d'impression. Ce très-honorable médecin est M. le docteur Dumont (de Monteux), qui, dans un ouvrage intitulé *Testament médical*, a fait le récit de la névropathie cruelle dont il subit les atteintes depuis un grand nombre d'années, et qui prit son origine dans le dévouement professionnel de ce digne confrère pendant la terrible épidémie cholérique de 1832. Ce qu'est cet ouvrage, sa nature, son caractère, son but, nul ne pourra mieux le dire que l'auteur lui-même, dont nous devons citer les passages suivants de sa préface :

« J'ai cru qu'en racontant mes propres misères, je plaiderais pour « celles de mes analogues; et, saisi des ardeurs d'un apôtre, j'ai sué « sang et eau, pendant bien des années, pour élever le monument mé« dico-social que j'expose..... Ces vérités, je les ai mises sous la forme « du drame, afin de leur conserver, autant que possible, le caractère « et les allures qui lui sont propres. Je les ai déployées selon l'ordre « des temps, selon les lieux et d'après les circonstances qu'elles avaient « fait naître. Décors, costumes, acteurs, tout est photographié sur na« ture; les caprices de l'invention n'y interviennent jamais : c'est une « *pièce* qui n'a pas été composée, mais presque *décalquée* de mon appa« reil nerveux sur le papier qui constitue ces pages..... Chaque fois que « j'ai fait rencontre d'un malade de mon espèce, j'ai vu dans ce malade « un ami, un *client*, l'un de mes ménechmes, enfin, et je me suis dit : « Un moment viendra, peut-être, où je pourrai élever la voix pour sa « défense, et cet espoir a soulagé mon âme!... Ce moment est venu, « et j'en remercie la Providence... »

A cette exposition touchante nous n'ajouterons que quelques mots. Le manuscrit du *Testament médical*, adressé à l'Académie impériale de médecine, a été le sujet d'un rapport étendu et très-favorable, fait par M. le docteur Bally, le vénérable Nestor de cette Société savante. A l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, sous la présidence de M. Sauzet, M. le docteur Théodore Perrin a également fait un rapport remarquable qui se termine par le passage suivant:

« Nous nous associons, de tout cœur, à ces intermédiaires zélés qui « ont déterminé cette publication bien propre à fournir de nouvelles « lumières à la connaissance de l'homme, et qui enrichira, nous en « sommes assuré, la littérature médicale à l'égal de ce qu'elle contient « de précieux ou de plus remarquable. »

C'est donc sous les auspices de ces illustres compagnies savantes, et avec l'appui de ces documents académiques qui seront d'ailleurs publiés en tête du volume, que nous venons solliciter une souscription pour l'impression du *Testament médical* de M. le docteur Dumont (de Monteux), médecin de la Maison centrale de Rennes, antrefois au mont Saint-Michel.

L'ouvrage formera un volume in-8 de 450 à 500 pages, imprimé avec soin sur beau papier grand raisin.

Le prix de ce volume est de 5 fr., pris au bureau de souscription, et de 6 fr., rendu franco au domicile du souscripteur.

La liste des souscripteurs terminera le volume.

On souscrit à l'imprimerie Félix Malteste et compagnie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, n° 22, à Paris, où l'on est prié d'adresser, avec une grande exactitude de nom et de demeure, la somme de 5 ou de 6 francs, selon que l'on désirera retirer le volume ou le recevoir franco à domicile.

Au nom d'une commission composée de :

MM. DAVENNE, directeur honoraire de l'Assistance publique, président; Dr BLATIN, Dr BOURGUIGNON, Dr CABANELLAS, Dr CERISE, Dr FOISSAC, GODIN, ancien avocat à la Cour impériale; baron LARREY, Dr AMÉDÉE LATOUR, et Dr MOREAU (de Tours).

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

QUESTION HISTORIQUE DE L'AVORTEMENT. — LETTRE DE M. LE DOCTEUR ROUSSEAU.

Monsieur le rédacteur,

Après avoir rendu compte aux lecteurs de la *Gazette Médicale* (1) du livre de M. Tardieu sur l'avortement, vous exposez dans un court résumé l'histoire de cette pratique criminelle. Ce résumé vous fournit l'occasion de signaler les services rendus dans tous les temps par la médecine; mais vous vous attachez surtout à faire ressortir combien ses progrès modernes ont répandu de lumière sur les plus hautes questions de la morale. Médecin, je suis heureux d'applaudir à des choses si honorables pour notre profession. Oui, chaque progrès de la médecine est un nouveau bienfait pour l'humanité. Je ne saurais pourtant donner mon adhésion à toutes les parties de votre travail. Je ne crois pas que les moralistes chrétiens aient jamais professé, sur la question de l'avortement, la doctrine que vous leur prêtez. Comme votre opinion sur ce point est contraire à l'opinion commune, vous ne serez pas surpris de la voir contredire, et vous n'en serez point offensé, puisque vous donnez vous-même, à la fin de votre article, l'exemple du zèle à relever les erreurs historiques.

Il n'est que trop vrai, monsieur, l'avortement était passé dans les mœurs des anciens. Aux plus beaux jours de la civilisation grecque et romaine, au sein même d'Athènes et de Rome, des hommes dégradés faisaient profession publique de procurer l'avortement par des manœuvres coupables, et avec eux les vendeurs de philtres et des femmes abandonnées aux incantations se livraient impunément à leur infâme métier. Ces excès qui révoltent notre sens moral étaient autorisés alors par les plus grands philosophes. Platon permet l'avortement; Aristote va plus loin, il le conseille comme un moyen nécessaire pour modérer l'accroissement de la population, et limiter le nombre des enfants dans la famille. Il n'impose qu'une seule condition, c'est de faire avorter dans les premiers temps de la grossesse, parce qu'alors, selon lui, l'enfant n'est pas encore *animé*. Chose triste à dire: les médecins prêtaient la main à ces actes coupables, et *notre* Hippocrate, pour parler comme Zacchias, Hippocrate lui-même n'en est peut-être pas innocent. En effet, dans un des livres attribués à ce grand homme, l'auteur raconte le moyen qu'il prit pour faire avorter une esclave et comment il y réussit (2).

Voilà ce qui se pratiquait chez les peuples les plus éclairés de l'antiquité païenne.

Vous prétendez, monsieur, que le christianisme ne fit rien pour l'extirpation de cet abus monstreux. Vous assurez que les théologiens et les Pères de l'Église, d'accord avec Aristote, excusent l'avortement. Une si grave inculpation demanderait quelques preuves. On s'étonne que vous n'apportiez aucun texte, que vous ne citiez même pas un nom propre. Vous vous contentez de renvoyer le lecteur aux *Sommes de théologie* et aux *Questions* de Zacchias. Je suis de ceux qui ont eu la curiosité d'y recourir. Assurément je n'ai pas lu tous les Pères de l'Église et tous les théologiens, mais j'en ai consulté un bon nombre, et des plus renommés. J'ignore, monsieur, ceux que vous avez consultés vous-même, puisque vous omettez de le dire, mais ce que je puis affirmer, c'est que de tous ceux que j'ai lus, il n'y en a pas un seul qui soit de l'avis d'Aristote. Tous, d'une voix unanime, condamnent l'avortement comme un attentat contre Dieu, contre la société, contre les droits de l'enfant.

Ensuite j'ai recouru à Zacchias. J'ai lu avec attention ce qu'il a écrit sur l'avortement. Vous l'avouerai-je encore? je n'ai rien trouvé dans le livre du célèbre médecin-légiste qui permette de supposer aux Pères de l'Église une morale si contraire aux principes de la loi naturelle. Tout ce que dit l'auteur démontre visiblement qu'une telle imputation est loin de sa pensée. Il expose l'opinion des anciens philosophes, avoue de bonne foi la complicité des médecins; puis il ajoute: « Mais à présent cela nous est défendu par les lois divines « et humaines. Celui qui procure un avortement est tenu pour homi- « cide (1). » Ainsi lorsque Zacchias considère l'avortement au point de vue des anciens philosophes, ce n'est que pour prononcer au nom de la morale chrétienne une défense absolue: *divinis et humanis legibus nobis est interdictum*. Il est vrai qu'il se demande un peu plus loin si l'on peut permettre l'expulsion du fœtus pour sauver la mère dangereusement malade, et sur ce point il rapporte divers sentiments des casuistes. Mais c'est ici une tout autre question. Il ne s'agit plus de savoir s'il est permis de chercher dans l'avortement une entrave à l'accroissement de la population ou à l'agrandissement de la famille, il s'agit d'un conflit entre la vie de la mère et celle de l'enfant. Au milieu des complications qui surgissent alors, il peut être difficile de déterminer sûrement quels sont les droits qui l'emportent, et l'on peut différer d'opinion sur ces cas particuliers sans porter aucune atteinte à la règle générale qui défend l'avortement.

Après cela, que depuis Aristote et jusqu'au milieu du siècle dernier on ait soutenu dans les écoles que l'avortement *avant l'animation* du fœtus n'est pas un homicide proprement dit, je suis loin de le nier, et les scolastiques étaient conséquents avec eux-mêmes en professant cette opinion. En effet, depuis Aristote l'homme a toujours été défini: « un animal raisonnable, » ce qui signifie qu'il est de l'essence de l'homme d'être composé d'un corps et d'une âme. Donc le corps seul ne constitue pas l'homme; et dans l'hypothèse, autrefois universellement admise, que l'âme n'est pas unie au corps dès le premier moment de la conception, le fœtus avant d'être *animé* n'est qu'une masse informe, et l'avortement dans ces conditions ne peut être un homicide proprement dit. Raisonner ainsi, c'est parfaitement raisonner.

Je regrette, monsieur, de ne pouvoir donner les mêmes éloges à

(1) Voir le numéro du 13 février.

(2) Hippocrates noster, vir quantùm dicere de ethnico homine licet pissimus, ab hoc opere sese non abstinuit. Procuravit enim abortum in ancilla quadam ut ipse refert in libro de Nat. puer., n° 4. — Zacchias, lib. VI, tit. I, quæst. 7.

(1) Quod tamen de præsenti et divinis et humanis legibus nobis est interdictum. Pro homicida enim habetur qui procurat abortum. (*Ibid.*)

FEUILLETON.

LA PROSTITUTION EN ESPAGNE.

La médecine politique n'existe que de nom, et la plupart des médecins ne semblent pas même se douter des étroites connexions qui rapprochent jusqu'au point de les confondre, la morale et l'hygiène. Sous ce rapport nous sommes inférieurs aux anciens, et particulièrement aux Grecs qui considéraient la médecine comme un des éléments de la science sociale. Si nous avions le loisir de montrer quel a été et quel doit être le rôle du médecin dans la civilisation, il nous serait aisé de prouver que le passé l'emporte sur le présent. Mais une telle démonstration serait une revue de toute l'histoire de notre art. Il vaut mieux signaler les efforts des médecins qui, de nos jours, osent s'élever jusqu'aux problèmes de l'avenir, sincèrement, savamment, sans lieux communs ni déclamations intempestives.

Le docteur Manuel Pizarro y Gimenez est de ceux-là. Nous avons de lui deux ouvrages très-recommandables, qui attestent son savoir, sa capacité et le zèle actif qu'il déploie dans l'accomplissement des fonctions qu'il tient du conseil municipal de Séville. Cette grande cité est un lieu propice aux études générales et pratiques d'hygiène publique, et le docteur Pizarro a été dignement choisi pour veiller à la salubrité d'un centre de population aussi considérable. Disciple du professeur Monlau, savant médecin et littérateur distingué, le docteur Pizarro n'est point un hygiéniste vulgaire; il pense sensément, il est presque philosophe, chose rare partout et plus particulièrement en Espagne, et il ne dédaigne pas les enseignements de l'histoire; ce qui ne l'empêche pas de se tenir parfaitement au courant des choses présentes. Son *Annuaire d'hygiène publique* est véritablement, suivant le sous-titre, une exposition des progrès de cette science et des principaux travaux dont elle a été l'objet en 1862 (1). Dans cette compilation utile, le docteur Pizarro n'a rien négligé d'essentiel; et son esprit de discernement s'est montré à côté d'un savoir solide. Mais où il a mis toute son originalité, c'est dans ce mémoire adressé à la municipalité de Séville sur l'organisation du service de salubrité (2).

Restituons à ce mémoire substantiel son titre vrai, et ne craignons

(1) *Anuario de higiene pública. Exposicion de los principales tareas y progresos de esta ciencia en el año de 1862.* — Sevilla, 1863, 1 vol. in-8° de XVI-304 pag.

(2) *Bases para la organizacion del servicio sanitario municipal de Sevilla: memoria escrita y presentada al Excmo. Ayuntamiento Hispalense.*— Sevilla, 1861, in-8°, 134 pages.

votre logique. Parce que les scolastiques ne voient pas dans l'avortement avant l'animation du fœtus un acte formellement homicide, vous vous estimez fondé à conclure qu'ils autorisent l'avortement. A ce compte ils auront pareillement autorisé l'onanisme, parce que l'onanisme n'est pas un homicide. On a disputé sur le nom dont il fallait marquer le crime, de là vous inférez l'approbation du crime lui-même, quelle singulière conséquence!

Je le sais, après les belles découvertes faites de notre temps sur la génération, il est difficile d'admettre l'animation tardive du fœtus. Mais autrefois sur l'autorité d'Hippocrate et d'Aristote, corroborée de celle de Pline et de Galien, tous, médecins, naturalistes, philosophes, jurisconsultes, théologiens l'admettaient comme un fait incontestable. Il n'appartenait pas à ces derniers de juger la valeur des raisons sur lesquelles cette croyance était fondée. Ils acceptaient le fait purement et simplement sur la foi des médecins et des philosophes. S'ils ont fait valoir, à l'appui de l'opinion commune, un passage de l'Exode suivant la version des Septante, ce n'était là qu'un argument accessoire. Il y aurait beaucoup à dire sur cette version des Septante, contre laquelle vous vous montrez si sévère. Mais je ne veux pas entrer dans des détails qui nous éloigneraient de notre question, et qui seraient trop étrangers à un journal de médecine.

L'erreur relative à l'animation du fœtus ne peut donc avec justice être rejetée sur le compte des théologiens. Au surplus cette erreur, si déplorable dans ses conséquences pratiques chez les philosophes, n'entraîna jamais les Pères de l'Église à lâcher le frein aux passions, ni à permettre aucune violation de la loi naturelle ou divine. Loin de conseiller, ou seulement d'excuser l'avortement, ils n'ont jamais cessé de protester avec indignation contre un acte si détestable. Qu'importe à Tertullien qu'avant l'animation ce ne soit pas un véritable homicide? dans son énergique langage il l'appelle un homicide anticipé, *festinatio homicidii!*

Ainsi quoi que vous en disiez, c'est à bon droit, monsieur, que les chrétiens s'élèvent contre la dépravation des mœurs païennes. Les auteurs que vous invoquez en rendent eux-mêmes un éclatant témoignage; mais les faits parlent plus haut encore. N'est-il pas incontestable que l'avortement si commun chez les Grecs et les Romains, et de nos jours encore chez les Orientaux, est un crime proportionnellement rare chez les peuples chrétiens? La, flétri par l'opinion, sévèrement réprimé par les lois, il est réduit à se cacher dans l'ombre. En faut-il d'avantage pour prouver l'heureuse influence de la religion chrétienne? Mieux que tous les textes et mieux que tous les raisonnements, ce résultat démontre ce que peut le christianisme pour purifier les mœurs et élever le niveau de la conscience publique.

Agréez, etc.

ROUSSEAU D. P.

NOTE DU RÉDACTEUR. — Ayant établi d'après des textes et par une sérieuse discussion l'origine et les développements de la doctrine de l'animation du fœtus et de son influence sur la morale, il nous paraît inutile de recommencer notre démonstration. Nous ne pouvons que répéter ici ce qui a été dit à la fin de notre essai historique, à savoir que dans ces hautes questions, il n'est point de théories qui vaillent les décisions du bon sens et de l'expérience, c'est-à-dire de la science, l'unique objet de notre culte.

Nous persistons d'ailleurs à rendre à l'antique civilisation la justice que lui refusent ceux qui pensent et croient autrement que nous.

J. M. G.

PATHOLOGIE INTERNE.

NÉO-MEMBRANES ET EXTRAVASATIONS SANGUINES PRODUITES PAR L'INFLAMMATION DE L'ARACHNOÏDE CRANIENNE PARIÉTALE; par le docteur DANIEL BRUNET, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Niort, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la Société médico-psychologique et de la Société d'anthropologie.

(Suite. — Voir les n°s 3, 4, 8, 9, 10 et 12.)

D. Le sang s'est épanché dans l'épaisseur d'une néo-membrane.

On concevra facilement la possibilité de ce fait si l'on se rappelle que les productions membraneuses de la cavité de l'arachnoïde sont souvent composées de plusieurs feuillets qui peuvent contenir des vaisseaux. Cependant cela est très-rare, et lors de l'impression de ma thèse, je ne connaissais aucun fait dans lequel il fût nettement établi que l'organisation vasculaire des deux parois avait précédé l'hémorrhagie.

M. Calmeil a publié depuis une observation qui lui paraît prouver ce mode de formation, et la cinquième observation de M. Lancereaux est aussi, sous ce rapport, assez probante.

A droite, l'arachnoïde pariétale est recouverte par une concrétion couenneuse qui s'étend d'avant en arrière, depuis la région sus-orbitaire jusqu'à la tente du cervelet, et transversalement depuis la faux du cerveau jusqu'à la base du crâne. Cette production peut être séparée de l'arachnoïde sans difficulté; on remarque dans son épaisseur des arborisations vasculaires nombreuses dont le calibre est considérable. Une dissection attentive permet de constater que la trame de cette sorte de couenne est composée de fibres résistantes et solides, et constituées vis-à-vis la face supérieure de l'hémisphère cérébral correspondant par deux lames superposées, dans l'intervalle desquelles des restes de sang et des caillots sanguins fraîchement extravasés se sont accumulés. Dans le reste de leur étendue, les parois de cette poche sont représentées par un feuillet membraneux unique, et il semble évident que le produit de l'hémorrhagie s'est logé dans l'interstice des deux productions membraneuses (1).

Après avoir enlevé le crâne, on aperçoit à droite une coloration violacée de la dure-mère qui est saillante en ce point. Cette membrane incisée on constate à sa face interne, vers son tiers antérieur, tout près de la faux du cerveau, une tumeur qui a presque le volume du poing. Livide et aplatie, cette tumeur liquide répond d'une part à

(1) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.*

pas de dire que l'auteur a voulu faire un essai sur la prostitution publique en Espagne. Ce sujet est encore neuf, et nous savons par expérience qu'il offre des difficultés presque insurmontables (1). Les documents font défaut, et il faudrait fouiller dans les archives et bibliothèques de la Péninsule pour dissiper en pareille matière la confusion et le désordre. Ce n'est point d'après les coutumes autrefois en vigueur à Tolède, à Madrid, à Séville, à Grenade, à Saragosse et ailleurs, que l'on peut se faire une juste idée des vicissitudes de la débauche publique en Espagne. Dans ce pays de droit municipal, chaque commune avait ses lois et ses us, de sorte qu'on ne peut se représenter l'ensemble qu'en connaissant le droit coutumier de chaque ville.

Il y a là un immense travail d'analyse encore à faire, et sans lequel l'histoire des mœurs en Espagne n'est pas possible; car le droit écrit dans les vieux codes, et qui constitue proprement la législation espagnole, représente plutôt une théorie qu'une civilisation. Qui ne sait, par exemple, que les fameuses lois d'Alphonse le Sage restèrent durant des siècles à l'état d'utopie, de même que les traités de haute jurisprudence de Cicéron et de Platon? Et qui ne sait aussi que là où l'Orient avait laissé son empreinte profonde, encore perceptible aujourd'hui, les mœurs et les coutumes étaient autres que dans les provinces où la domination sarrazine n'avait fait que passer?

M. le docteur Pizarro a senti la difficulté, et il s'est restreint. Il ne parle que de Séville, dont l'histoire lui est familière. Il est vrai que par son importance, cette ville, la seconde d'Espagne, était la vraie capitale de l'Andalousie, et l'Andalousie représentait autrefois l'Espagne arabe. Le docteur Pizarro ne s'est pas précisément proposé de faire une étude historique, mais il s'est servi de l'histoire et des documents qu'il a eus entre les mains pour soutenir une thèse que nous ne pouvons admettre telle qu'il l'a présentée, et que nous sommes obligé de discuter dans ses principes aussi bien que dans ses conclusions; car M. le docteur Pizarro est un logicien et ses arguments s'enchaînent très-bien. Il s'agit de savoir si l'argumentation est irréprochable, et si le désir de démontrer la vérité de sa thèse ne l'a pas induit à des interprétations fautives.

Et d'abord est-il bien démontré que la syphilis naisse surtout des excès vénériens? M. le docteur Pizarro croit très-fermement qu'elle n'a point d'autre source, et il affirme que les maladies vénériennes ont pour principe, pour cause initiale l'abus des plaisirs sexuels et les désordres des fonctions génitales. C'est se montrer bien affirmatif et surtout bien absolu. Ces questions de haute pathogénie sont autant de problèmes insolubles, et jusqu'ici nous n'avons rien appris de certain sur la véritable origine de ces maladies virulentes et transmissibles, soit par contagion,

(1) V. notre travail sur la prostitution en Espagne, dans le 2e volume de l'ouvrage de Parent-Duchâtelet, 4e édition, chez J. B. Baillière et fils.

la dure-mère, et y adhère d'autre part à la face externe et supérieure de l'hémisphère qu'elle déprime assez fortement et avec laquelle elle est en simple contact et sans la moindre adhérence. Elle renferme un coagulum récent, noir, mi-partie fibrineux et du sang liquide. Il est facile de reconnaître que ce caillot se trouve contenu dans l'épaisseur d'une néo-membrane très-épaisse et dédoublée vers sa partie centrale, mais simple vers sa périphérie. En effet, on peut voir les limites de cette néo-membrane; son décollement de la surface interne de la dure-mère s'opère avec la plus grande facilité, et laisse à cette dernière une surface parfaitement lisse. L'épaisseur, la résistance, la coloration un peu jaunâtre de cette membrane, indiquent suffisamment son ancienneté. A l'examen microscopique, elle est constituée par une substance fibroïde, avec noyaux allongés, elliptiques ou ovoïdes, des faisceaux de tissu conjonctif et de tissu élastique, de nombreux vaisseaux capillaires très-gros et remplis de sang, des granulations moléculaires, des grains d'hématosine et des cristaux d'hématoïdine très-petits.

La surface interne de la dure-mère, du côté opposé, est tapissée d'une néo-membrane également facile à décoller, mais ne renfermant pas de sang épanché (1).

Rien n'est d'ailleurs plus difficile à constater d'une manière certaine que l'antériorité des parois vasculaires sur l'épanchement sanguin, à cause de la rapidité avec laquelle paraît quelquefois s'organiser l'exsudation plastique.

Chez un individu qui avait succombé à des accidents aigus dont la durée n'avait été que de quarante heures, j'ai trouvé, comme je l'ai dit plus haut, sur l'arachnoïde pariétale une pellicule membraneuse déjà assez résistante, et qui se continuait avec une couche noirâtre de sang coagulé dont les altérations étaient peu marquées.

Les auteurs allemands, M. Cruveilhier, MM. Charcot et Vulpian, et M. Lancereaux, prétendent au contraire que l'épanchement sanguin est constamment dû à la rupture des vaisseaux de la néo-membrane.

L'épanchement produit par cette rupture peut se faire dans la cavité de l'arachnoïde, dans l'épaisseur de la néo-membrane ou entre celle-ci et l'arachnoïde pariétale.

Cette dernière hypothèse doit se réaliser plus fréquemment que les deux autres, puisque les vaisseaux de la néo-membrane qui communiquent avec ceux de la dure-mère doivent se trouver rompus lorsque l'arachnoïde pariétale enflammée donne lieu à un épanchement quelconque; elle n'est cependant pas mentionnée par les auteurs que je viens de nommer, et nous n'y reviendrons pas.

MM. Charcot et Vulpian pensent que le siége de l'extravasation sanguine est contraire à l'opinion que nous défendons. Si les extravasations sanguines sont peu abondantes, on les trouve en général dans l'intervalle des feuillets de la néo-membrane; si elles sont considérables, elles siégent le plus souvent dans la cavité même de l'arachnoïde, où elles sont séparées de la dure-mère par une lame plus ou moins épaisse de néo-membranes.

Pourquoi supposer dans ces cas que le sang a été fourni par les vaisseaux de la partie la plus interne de la dure-mère, et se créer ainsi des difficultés inutiles?

Il faudrait, en effet, dans cette hypothèse, supposer d'abord qu'il y a eu rupture des vaisseaux de la dure-mère et même déchirure des lames les plus internes de cette membrane, lesquelles se trouvent cependant parfaitement intactes dans la plupart des autopsies; il faudrait, en outre, imaginer pour les cas où l'épanchement est complétement enkysté, qu'une rupture, après s'être produite dans les lames les plus externes de la néo-membrane, de manière à permettre l'issue d'une grande quantité de sang, se serait consécutivement effacée pour ne plus laisser de traces. Enfin, dans le cas où le sang épanché siége dans la cavité même de l'arachnoïde, ce n'est plus seulement une mince lamelle de la néo-membrane, mais bien la néo-membrane tout entière, qui aurait dû se décoller, se distendre et enfin se rompre dans un point de son étendue. tontes choses fort difficiles à admettre, et en contradiction avec les faits.

Ces auteurs supposent à tort qu'il faut admettre une rupture des lames les plus externes de la néo-membrane pour expliquer la présence du sang contenu dans son épaisseur, puisque nous avons démontré qu'il était extravasé en même temps que le blastème, ou que s'il l'était plus tard il décollait un feuillet néo-membraneux, et qu'il s'en formait ensuite un second au niveau de l'épanchement.

Ils supposent, en outre, qu'il est fréquent de rencontrer dans la grande cavité de l'arachnoïde un épanchement sanguin considérable, séparé de la face interne de la dure-mère par des feuillets néo-membraneux; nous croyons, au contraire, ces faits très-rares, et dans ceux que nous connaissons la néo-membrane est très-mince, trés-molle, constituée seulement par des éléments embryoplastiques, et des fibres lamineuses empâtées dans de la matière amorphe, ce qui prouve que le moment de sa formation a coïncidé, s'il n'a suivi celui de l'extravasation sanguine.

En admettant la fréquence de ces cas, comment le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde s'enkystera-t-il, puisqu'il repose alors sur le feuillet viscéral de cette séreuse, qui ne donne presque jamais naissance à des lames néo-membraneuses?

Les partisans de l'organisation du sang épanché ne seraient pas embarrassés, mais MM. Charcot et Vulpian sont contraires à cette théorie, puisqu'ils admettent que les néo-membranes se forment par la prolifération des éléments de la dure-mère, prolifération qui évidemment ne peut se faire qu'au contact de cette membrane fibreuse.

M. Cruveilhier paraît regarder comme ordinaire la formation de la paroi supérieure avant l'inférieure, qui ne s'organiserait qu'après l'épanchement sanguin dans l'intérieur de la cavité de l'arachnoïde : « Les hémorrhagies arachnoïdiennes ont pour point de départ une phlegmasie pseudo-membraneuse hémorrhagique de l'arachnoïde pariétale, et voici ce qui se passe : En vertu d'une cause difficile à déterminer, il se produit une pseudo-membrane adhérente à la face profonde de la dure-mère, et par conséquent au feuillet pariétal de l'arachnoïde, fausse membrane qu'on ne rencontre jamais sur le feuillet viscéral correspondant; cette fausse membrane, tantôt est maculée de sang, tantôt contient de petits foyers sanguins dans son épaisseur. Quelquefois elle se lacère pour verser dans la cavité arachnoïdienne une quantité plus ou moins considérable de sang.

(1) *Archives de médecine*, novembro 1862, p. 547, M. Lancereaux.

---

soit par hérédité, non plus que sur le point de départ et le développement primitif des diathèses. C'est par analogie et par expérience que nous concluons de l'abus au désordre, du vice à la maladie. Mais en bonne métaphysique, la cause occasionnelle n'explique rien, et nous sommes tout à fait ignorants des causes premières et réellement efficientes, en autres termes, de ce premier principe qui échappe à toutes les investigations les plus subtiles, et qu'on appelle cause prochaine en langage scolastique.

J'ai entendu, quand j'étais sur les bancs, un professeur qui suppléait aux idées par une nomenclature des plus riches et des plus prétentieuses, définir la pathologie générale la science de la cause prochaine, en invoquant hors de propos le témoignage de Zimmermann, ce médecin philosophe qui ne se perdait point dans l'inintelligible. Or il est aussi téméraire de rechercher la cause prochaine que la quadrature du cercle. Je crains que le docteur Pizarro ne ressemble un peu trop à ce professeur de pathologie générale qui donnait par sa définition ambitieuse la vraie mesure de son enseignement. Et ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que le docte médecin de Séville invoque l'histoire à l'appui de sa démonstration. Si je l'ai bien compris, car son exposition est un peu bien embrouillée, voici comme il raisonne :

La syphilis a pour origine les excès des plaisirs vénériens, l'abus des fonctions génératrices; et la prostitution est par conséquent le moyen le plus efficace de propager et d'entretenir la syphilis. Donc, la prostitution doit être supprimée, abolie, extirpée radicalement.

Tout le monde ne s'accommoderait pas de ce raisonnement, qui vaut surtout par les bonnes intentions de ce philanthrope. Mais ce n'est pas tout; ce raisonnement a pour base un échafaudage de témoignages historiques, péniblement dressé, mais que nous ne pouvons laisser debout.

Rivé à son syllogisme comme à une chaîne, le docteur Pizarro est obligé de persuader au lecteur que les ravages de la syphilis ont toujours été en proportion du désordre des mœurs, en autres termes, qu'il y a corrélation inévitable entre la prostitution et les maladies vénériennes. La proposition n'a par elle-même rien de bien extraordinaire; elle est raisonnable et plausible. Mais ce qui la rend invraisemblable, c'est la démonstration de l'auteur.

Il se déchaîne contre le paganisme; il accable de son dédain, ce n'est point assez dire, de son dégoût, cette société païenne, d'une immoralité effrayante et rongée par ses propres vices jusqu'à tomber en pourriture. Dans cette civilisation gréco-latine, le dévergondage des mœurs était général; la prostitution régnait sans partage, et le mal vénérien était comme un ulcère sur la société. M. le docteur Pizarro charge le tableau en abusant un peu des diatribes qui abondent dans les écrits des Pères de l'Eglise, et il ne s'aperçoit pas que les textes anciens qu'il allègue à l'appui de ses assertions ne prouvent rien absolument, car ils n'ont point le sens qu'il leur donne pour les besoins de sa cause. J'admets avec lui, et j'incline à croire que la grosse vérole n'est point de provenance américaine : nos lecteurs se souviennent peut-être des documents que

C'est à cette fausse membrane, source de l'hémorrhagie, qu'est dû l'enkystement du sang, et cet enkystement se fait aux dépens de la fausse membrane, qui s'organise sans contracter d'adhérences avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde, tandis que le sang subit toutes les altérations qu'il présente dans les cavités closes.

Il suit de là que les kystes hématiques de la face interne de la dure-mère ont pour paroi externe trois couches de parties, qui sont, en procédant du dehors en dedans : 1° la dure-mère; 2° l'arachnoïde pariétale; 3° une couche pseudo-membraneuse organisée, avec concrétions sanguines adhérentes, et pour paroi interne une seule couche, une pseudo-membrane organisée, libre et lisse, par celle de ses surfaces qui correspond à l'arachnoïde viscérale, et tapissée du côté du foyer par des concrétions sanguines plus ou moins adhérentes.

Nous le répétons, il est à regretter que ces auteurs n'aient pas décrit le mode de formation de cette paroi inférieure, qui nous semble impossible à comprendre dès qu'on rejette l'organisation de la fibrine, puisque le liquide plastique exsudé par la néo-membrane devrait traverser une couche de sang plus ou moins épaisse pour aller s'organiser au-dessous d'elle, supposition difficile à admettre; si l'on se rappelle que tous les blastèmes s'altèrent promptement quand ils sont séparés des parties qui les produisent.

Les kystes sont-ils formés constamment par un épanchement de sang dans l'épaisseur des néo-membranes? Pour cela, il faudrait admettre que les parois du kyste présentassent toujours une vascularité en rapport avec la quantité de liquide épanché, tandis que l'on remarque souvent des kystes très-volumineux qui ne contiennent que quelques rares vaisseaux, suffisant à peine à leur nutrition, et que les capillaires eux-mêmes peuvent manquer. Ceux-ci, en effet, ne sont pas mentionnés dans plusieurs observations de M. Calmeil, et dans l'observation suivante. M. Laborde insiste sur ce fait :

« Le kyste sanguin, assez adhérent par sa portion ou face supérieure à la dure-mère pour suivre l'enlèvement de celle-ci, n'a qu'un rapport de simple contact avec la surface du lobe cérébral sur lequel il est couché et qu'il comprime. Toutefois l'adhérence à la face interne de la dure-mère est facilement vaincue par une traction modérée, et l'on peut alors contempler à l'aise l'enveloppe dont nous parlions tout à l'heure. Elle est, nous le répétons à dessein, partout continue à elle-même, parfaitement lisse du côté qui correspond à la face interne de la dure-mère; elle présente au contraire, du côté cérébral, où elle est, du reste, complétement libre, quelques inégalités par plaques et d'aspect gaufré que nous verrons bientôt n'être autre chose que des pseudo-organisations commençantes.

« Suffisamment épaisse et résistante pour ne pas se déchirer sans d'assez fortes tractions, cette enveloppe en impose tellement par ses apparences, pour une production membraneuse normale, et par exemple pour l'arachnoïde elle-même, que l'examen microscopique à pu seul dissiper cette illusion. Elle est constituée essentiellement par des fibres tassées, caractéristiques de la fibrine en voie d'organisation, ou à l'état fibrillaire, mais donnant lieu à un tissu membraniforme, quelle qu'en soit d'ailleurs l'imperfection, car toute espèce de vascularisation y est absente; c'est en un mot une pseudo-membrane à son premier terme (1). »

On comprendra très-facilement pourquoi les néo-membranes de la dure-mère sont peu vasculaires à leur première période, si l'on se rappelle qu'elles sont produites successivement par lames très-minces, qui ne peuvent se mettre en communication avec les vaisseaux de la dure-mère tant que l'exsudation plastique de l'arachnoïde pariétale continue.

Ainsi, en résumé, le mode de formation kystique par décollement de la néo-membrane est basé sur l'analyse de faits très-nombreux, parfaitement clairs, et jusqu'à présent aucune objection sérieuse ne lui a été adressée.

La rupture des vaisseaux de la néo-membrane n'a au contraire lieu que dans quelques cas exceptionnels, où même elle est difficile à prouver.

E. Le sang épanché dans la grande cavité de l'arachnoïde, par suite de la rupture des sinus de la dure-mère ou des vaisseaux de la pie-mère et de l'encéphale peut-il s'enkyster, en déterminant autour de lui une irritation plastique, comme cela a lieu dans les autres cavités séreuses et dans l'épaisseur de la substance nerveuse?

Au premier abord, il semble qu'il en doit être fréquemment ainsi, et cependant quand nous avons voulu appuyer ce mode de formation kystique sur des faits bien observés, nous n'en avons trouvé que trois ou quatre dans lesquels il avait peut-être eu lieu.

Pour admettre que l'extravasation sanguine ait eu lieu préalablement à toute formation néo-membraneuse, il faut, en effet, que les kystes soient moulés exactement sur le liquide qu'ils contiennent, ou que, du moins, s'ils se continuent avec une néo-membrane, il soit prouvé qu'elle résulte de l'accolement de deux lames primitivement écartées; que la paroi supérieure adhère à l'arachnoïde pariétale et l'inférieure à l'arachnoïde viscérale. Or, dans presque toutes les observations, il n'y a pas d'adhérences avec l'arachnoïde viscérale, ou elles sont si légères qu'on peut supposer qu'elles n'ont eu lieu qu'après la formation kystique, et si l'on trouve quelquefois sur les limites du kyste l'accolement des deux parois, plus loin on n'observe qu'une néo-membrane très-fine qui va se perdre insensiblement vers la base du crâne, et dont les caractères ne permettent pas d'admettre que la cavité kystique s'est prolongée jusque-là.

La rareté de l'enkystement du sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde, à la suite de rupture des gros troncs vasculaires, me paraît devoir être expliquée par la promptitude de la mort que cet épanchement détermine. Dans ce cas, en effet, il s'accumule par suite des lois de la pesanteur, vers la base du crâne, où sont réunies les parties de l'appareil nerveux les plus indispensables à l'entretien de la vie, et leur compression entraîne très-vite une terminaison funeste.

(1) *Compte rendu des séances de la Société de biologie*, année 1860.

(La fin au prochain numéro.)

---

nous avons produits à l'appui de cette thèse, dans notre analyse du poëme de Villalobos sur la syphilis. M. le docteur Pizarro connaît aussi ces documents, et il en allègue d'autres qui sont loin d'avoir autant de poids. Mais il s'obstine à faire de la syphilis une maladie du temps passé, et il va jusqu'à regarder comme atteints de syphilis ces Scythes dont l'impuissance a été décrite en termes énergiques par Hippocrate, et expliquée comme un châtiment de la Divinité par Hérodote.

C'est soulever une bien grosse question d'histoire, ou mieux, poser de nouveau d'insolubles problèmes. Les syphilographes les plus érudits et les plus judicieux ont fait de vains efforts pour éclairer ce point obscur de l'histoire médicale. Astruc, si savant pourtant, tient pour l'origine américaine, et les révélations et démonstrations de Swédiaur n'ont convaincu personne. Nous ne pensons pas que l'originalité de l'argumentation du médecin de Séville soit plus efficace. Ce n'est point avec des paradoxes qu'on peut convaincre les esprits sensés ni par cette éternelle antithèse de l'abjection du paganisme et de la dignité du christianisme. En histoire, aussi bien qu'en politique et en médecine, ce n'est point des principes qu'il faut partir pour juger un système, mais des conséquences.

On a bientôt fait de dire que le paganisme croupissait dans la débauche et pourrissait dans la corruption. Mais l'histoire ne fait pas mention d'une seule épidémie de syphilis dans l'antiquité, et les anciens auteurs, qui nous ont pourtant transmis le souvenir et la description de tant de pestes meurtrières, ne donnent pas la moindre indication ayant trait à ce terrible fléau qui s'abattit sur le monde vers la fin du quinzième siècle. Le moyen âge l'emporte incontestablement sur l'antiquité par le nombre des épidémies et par les affections contagieuses et héréditaires qui ravageaient les peuples et infectaient les germes de l'humanité. C'est là, quoi qu'on ait dit, en faveur de la théorie du progrès et de je ne sais quelle loi empirique de l'histoire, le seul, l'unique point de supériorité de la période intermédiaire sur la période ancienne. Or il n'est pas besoin de dire sous quelles influences se forma et se développa la société du moyen âge. Et M. le docteur Pizarro, qui est Espagnol et dont l'instruction n'est pas commune, a oublié sous quelles institutions s'est développé en Espagne cet esprit de corruption effrayante qui a conduit la race ibérique jusqu'au fond de l'abîme, entre le mysticisme et la casuistique.

Qui ne sait que les mystiques et les casuistes prétendaient arriver par des voies différentes au but suprême, à la sainteté? et qui ne sait aussi que ces guides et conducteurs d'aveugles, précipitèrent l'Espagne dans un gouffre de déraison et d'immoralité?

M. le docteur Pizarro nous parle de l'amour socratique, et de cette singulière aberration du sens génésique chez les anciens; et il ne nous dit pas qu'en Espagne, dans les couvents d'hommes, la pédérastie était un vice habituel. Cela s'appelait l'ordinaire du cloître, *lo de la órden*, dit un ancien religieux du célèbre monastère de Saint-Augustin de Burgos; celui-là même qui, racontant dans l'âge mûr les faits qui avaient

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC : OXYDE DE MANGANÈSE. — AFFECTIONS CHRONIQUES DES BRONCHES : ÉCORCE DE MÉLÈZE. — MALADES ATTEINTS DE MALADIES INFECTIEUSES : SÉQUESTRATION. — CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX : EXTRACTION PAR LES VOIES NATURELLES A L'AIDE DU LARYNGOSCOPE. — TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE DE LA JOUE : INJECTION SOUS-CUTANÉE DE PERCHLORURE DE FER.

SUR L'EMPLOI DE L'OXYDE DE MANGANÈSE DANS CERTAINES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC; par le docteur ARTHUR LEARED.

En appelant l'attention sur l'emploi de l'oxyde de manganèse dans le traitement de certaines affections de l'estomac, M. Leared est très-éloigné de donner ce médicament comme une panacée. Il s'applique, au contraire, à spécifier bien nettement les conditions particulières dans lesquelles il a pu s'assurer de son utilité, et qui se rapportent toutes à une forme assez bien caractérisée de dyspepsie douloureuse. Nous lui devons de résumer au moins les principaux traits de sa description, afin que les résultats qu'il annonce puissent être contrôlés dans les meilleures conditions possibles.

Le trait le plus saillant de cette forme de dyspepsie, qui est surtout commune chez les femmes, se trouve dans des phénomènes douloureux, et notamment dans des douleurs siégeant dans la région de l'estomac.

La douleur est habituellement ressentie immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, mais on l'observe également dans divers autres points de la région épigastrique, et elle règne parfois dans une étendue considérable. On la voit exceptionnellement s'irradier de bas en haut derrière le sternum, de haut en bas vers l'ombilic et même plus bas, de gauche à droite dans la direction du duodénum, vers la région cardiaque, ou encore dans des directions diverses, à travers le thorax, vers la partie supérieure du dos, etc.

Lorsque ces douleurs se sont fait sentir pendant quelque temps, on trouve souvent, au niveau du point où elles paraissent siéger, une sensibilité très-vive à la pression, une hyperesthésie manifeste des téguments.

La nature de la douleur est variable : elle est sourde et continue chez un certain nombre de malades; d'autres la comparent à une sensation de déchirement, de grattement douloureux, à celle que produirait un lien fortement serré, etc.

Quelle que soit la forme qu'elle revêt, la douleur apparaît ordinairement un quart d'heure, une demi-heure, une heure après les repas. Il suffit quelquefois d'une quantité minime d'aliments pour la provoquer. Jamais la douleur ne se fait ressentir immédiatement après l'ingestion des aliments, comme on l'observe souvent dans les cas d'ulcère simple de l'estomac.

La constipation et la flatulence ne sont pas rares dans cette forme de dyspepsie, mais elles sont loin d'être constantes.

La douleur est beaucoup moins intense à la suite de l'ingestion d'aliments féculents que dans les cas où le repas s'est composé principalement de substances albuminoïdes, ce qui porte à penser qu'elle est en rapport avec la sécrétion du suc gastrique. Peut-être pourrait-on la rattacher à une formation incomplète de l'épithélium stomacal. Ce qui porte M. Leared à faire cette hypothèse, c'est l'état de la langue chez la généralité des malades : l'épithélium de cet organe est très-mince; sa pointe est très-rouge et les papilles sont fortement saillantes. Ce qui est certain, c'est qu'il ne s'agit en aucune façon d'une gastrite.

Il importe de tenir compte de ces divers renseignements pour ne pas employer l'oxyde de manganèse dans des cas où ses effets seraient nuls, ou à peu près : tels sont les gastralgies goutteuses, dues à un excès d'acide; les douleurs névralgiques de l'estomac, qui surviennent principalement dans l'état de vacuité de cet organe; celles qui accompagnent les affections organiques de l'estomac, etc.

Dans le traitement de cette affection, les moyens généralement employés réussissent mal, ou bien leur emploi a pour conséquence des inconvénients qu'il est fort désirable d'éviter. L'acide prussique, associé ou non à des préparations alcalines, est complétement inerte. L'opium, le sous-nitrate et le carbonate de bismuth ont le très-grand désavantage de constiper les malades. Le carbonate de fer, expérimenté par M. Leared avec beaucoup d'attention, ne lui a rendu aucun service. Il essaya ensuite l'oxyde de fer magnétique sans plus de succès.

C'est après avoir échoué dans cette série d'expériences que M. Leared tenta l'emploi de l'oxyde noir de manganèse, et il obtint, dit-il, des résultats aussi satisfaisants qu'imprévus. Depuis lors, il a employé cette médication pendant une longue série d'années chez plusieurs centaines de malades, soit à l'hôpital, soit en ville, et il n'hésite pas à la considérer comme un des compléments les plus utiles de la thérapeutique des affections de l'estomac.

L'oxyde de manganèse, d'après son expérience, calme bien plus efficacement la sensibilité exagérée de la muqueuse stomacale que le sous-nitrate de bismuth, et il n'a pas, comme celui-ci, l'inconvénient de produire la constipation. Le prix de l'oxyde de manganèse est, en outre, beaucoup moins élevé que celui des préparations de bismuth.

Comme exemple des résultats qu'il a obtenus à l'aide de ce traitement, M. Leared donne le relevé suivant relatif à une série de 40 malades qu'il a traités à sa consultation. L'affection remontait au minimum à trois semaines, et chez beaucoup de malades elle persistait depuis plusieurs mois ou plusieurs années. L'oxyde de manganèse leur a été administré généralement à la dose de 60 centigrammes trois fois par jour, avant les repas.

Au bout d'une semaine de traitement, la douleur avait complétement disparu chez 12 malades; elle était très-notablement calmée chez 15, moins amendée chez 10, et persistait au même degré chez 3.

Chez les 20 ou 28 malades qui n'étaient pas guéris au bout d'un traitement d'une semaine, les résultats étaient les suivants : après quinze jours de traitement les 8 autres n'ont pas été revus, 4 ne conservaient aucune trace de douleur, 15 étaient très-notablement soulagés, et 1 seul se trouvait moins bien que dans la première semaine. Chez la plupart de ces malades, la guérison parait avoir été complète quelques semaines plus tard.

---

scandalisé sa jeunesse, dit sévèrement que ces couvents dont il décrit les mœurs ressemblent à l'arche de Noë : *peu d'hommes et beaucoup de brutes.*

Et les couvents de femmes? Nous avons les témoignages de sainte Thérèse qui sont irréeusables; et nous savons les dangers que courut cette religieuse d'un si grand zèle, lorsqu'elle tenta de rendre les congrégations de femmes à l'austérité primitive.

La littérature espagnole, si naïvement dévergondée, est remplie des plus tristes révélations sur les mœurs monastiques des deux sexes. Et le clergé séculier, qu'en dirons-nous? Faut-il rappeler les anciennes lois qui déterminent le nombre de concubines qu'un prêtre peut avoir? Est-il besoin de citer les décrets des conciles et la tolérance de l'Église pour les péchés de concupiscence, et ces évêques qui distribuaient les canonicats à leurs bâtards, et ce terrible scandale qui éclata tout à coup en Andalousie, vers 1560, comme une épidémie monstrueuse?

Abusant de leurs fonctions délicates, des confesseurs, en grand nombre du clergé régulier et même du clergé séculier conviaient leurs pénitentes au péché de luxure, associant la religion à la débauche. Les souverains pontifes, Paul IV en 1556 et Pie IV en 1564, firent de vains efforts pour déraciner le mal; leurs bulles à ce sujet ne furent pas rendues publiques par l'Inquisition. Après une enquête qui ne dura pas moins de cent vingt jours, le conseil suprême du Saint-Office reconnut qu'en s'obstinant à la poursuite des coupables on en viendrait forcément à l'abolition de la confession auriculaire. Llorente, dans son *Histoire de l'Inquisition d'Espagne*, prétend, il est vrai, que le pseudonyme (Gonzalo-Reynaldo de Montes) qui a le premier dévoilé les mystères du Saint-Office, a exagéré le mal et le chiffre des coupables. Mais on ne peut douter de la réalité de ces scandales, lorsqu'on a lu dans le grand ouvrage de l'inquisiteur Paramo, sur les origines et les progrès de l'institution du Saint-Office, le dernier chapitre, qui traite de la subornation au tribunal de la pénitence. Loin de nier le crime, Paramo cherche à l'atténuer, ne pouvant le passer sous silence, et il prend le parti d'accabler ces pauvres femmes en s'attachant à mettre en évidence les imperfections de leur nature et leur fragilité.

Pourquoi M. le docteur Pizarro n'a-t-il rien dit de tout cela dans le très-curieux opuscule qu'il a écrit sur les mœurs publiques de la capitale de l'Andalousie? Ne sait-il pas que la corruption la plus effrénée régnait dans son pays à côté de la foi la plus fervente? Ignore-t-il que dès les premiers temps du moyen âge la superstition et la débauche prospéraient côte à côte sous le manteau de la religion? A-t-il oublié le triste et vivant tableau que l'archiprêtre de Hita a tracé de ces turpitudes qui n'épargnaient alors ni les palais des rois, ni les maisons des grands, ni les couvents, ni les églises? Ne se souvient-il pas des choses hideuses contenues dans la Célestine, ce bréviaire de la prostitution au quinzième siècle? Tout le personnel de la luxure la plus honteuse figure et s'agite dans cet immortel ouvrage qui est comme la grande source

L'oxyde noir de manganèse ne doit pas être employé tel qu'il est fourni par le commerce à cause de ses nombreuses impuretés. On le donne à des doses variant de 30 centigrammes à 2 grammes, suivant la violence de la douleur.

M. Leared a essayé comparativement le carbonate et le sulfate de manganèse, mais ces préparations ne lui ont pas donné des résultats aussi avantageux que l'oxyde noir. (*Medical circular*, et *Dublin medical Press*, 20 janvier 1864.)

Traitement des affections chroniques des bronches par la teinture d'écorce de mélèze; par le docteur Headlam Greenhow, médecin de l'hôpital de Middlesex, à Londres.

La teinture d'écorce de mélèze est recommandée par M. Greenhow contre l'hypersécrétion bronchique, soit qu'elle persiste à la suite d'une bronchite chronique, alors que les expectorants ont cessé d'être indiqués, soit qu'elle se soit établie d'emblée à l'état chronique. On l'observe souvent dans ces dernières conditions, suivant M. Greenhow, chez les individus goutteux, chez les personnes sujettes à respirer l'air trop desséché de pièces mal ventilées ou chauffées par un procédé vicieux ou une atmosphère contenant des matières irritantes, gazeuses ou autres.

Dans les cas de ce genre, qui ne sont jamais compatibles avec une intégrité complète de la santé générale, et dans lesquels les malades sont toujours sous l'imminence de recrudescences catarrhales aiguës, les diverses préparations balsamiques ont trouvé de tout temps de nombreuses applications, et l'efficacité de plusieurs d'entre elles ne saurait, en effet, être contestée. M. Greenbow reconnaît surtout une grande efficacité au baume de copahu. Mais les ennuis qui sont inséparables de l'emploi de cette substance sont tels, qu'on ne peut le plus souvent le poursuivre pendant un laps de temps suffisant. Au reste, chez la plupart des malades dont il s'agit, les fonctions digestives sont habituellement languissantes, et s'accommodent mal de l'emploi de la plupart des balsamiques. L'état général d'atonie de l'économie appelle en outre l'emploi des toniques.

La préparation la plus apte à remplir toutes les indications dans de pareilles conditions est, suivant M. Greenbow, la teinture de l'écorce de mélèze.

Le médecin de l'hôpital de Middlesex l'emploie depuis cinq ou six ans. On la prépare avec les couches internes de l'écorce de mélèze. La saveur en est bien moins désagréable que celle de la plupart des balsamiques. L'estomac s'en accommode presque toujours très-bien, et l'on peut les associer facilement aux préparations toniques et aux autres remèdes qui peuvent paraître indiqués.

M. Greenhow prescrit ordinairement cette teinture à la dose de 20 à 30 gouttes dans une potion composée de teinture de gentiane, d'acide chlorhydrique et d'eau; il y ajoute, suivant les indications, du vin d'ipécacuanha, de la teinture de jusquiame ou de la teinture de camphre composée. Pour la rendre plus agréable au goût, on peut substituer le sirop d'écorces d'oranges amères à la teinture de gentiane. M. Greenhow a essayé de substituer à la teinture d'écorce de mélèze un extrait de la même substance; mais il n'a pas eu à se louer de cette substitution, à laquelle il a complétement renoncé. Quant à la teinture, elle lui a paru douée d'une efficacité supérieure à celle des autres balsamiques, et il l'a vue souvent réussir complétement là où les autres médications usitées avaient complétement échoué: elle diminue graduellement l'expectoration, ainsi que la toux et l'oppression, et met, au moins dans une large mesure, les malades à l'abri du retour des exacerbations catarrhales aiguës.

M. Greenbow recommande spécialement de supprimer la médication lors de ces recrudescences et de ne pas l'employer dans les bronchites aiguës primitives.

Sur la séquestration des malades atteints de maladies infectieuses; par M. le docteur Murchison, médecin du London Fever Hospital.

La question à la solution de laquelle M. Murchison apporte quelques documents intéressants est une des plus importantes parmi celles qui afférent à l'organisation des hôpitaux. Elle est loin d'être résolue, on peut même dire qu'elle a été étudiée très-incomplétement, bien qu'elle soit posée depuis un temps fort long. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que c'est véritablement une question de thérapeutique par une de ses faces. Il nous a paru utile dans tous les cas de prendre acte des principales données recueillies par M. Murchison à l'hôpital spécial des maladies infectieuses (*Fever hospital*) et dans quelques hôpitaux généraux de Londres (*Sainte-Marie, Saint-Barthélemy, Saint-Thomas, Guy's, Middlesex, German*). Elles sont relatives exclusivement aux cas de typhus qui se sont présentés pendant les six premiers mois de l'année 1862.

Les cas de typhus traités pendant ce laps de temps au *London Fever hospital* ont été au nombre de 1,107. Il y a eu 232 décès, soit 20,95 pour 100.

Dans les six hôpitaux généraux, on a soigné 343 cas de typhus. Les décès ont été au nombre de 80, soit 23,32 pour 100.

On voit par ces chiffres que la réunion des malades atteints de typhus dans des salles spéciales ne peut être considérée comme ayant aggravé la maladie ou multiplié les décès; or on sait que c'est là l'objection qui a été opposée le plus communément à la création des hôpitaux spéciaux. C'est tout le contraire qui s'est produit. Il est probable même que la différence serait plus prononcée si les malades du *Fever hospital* et ceux des hôpitaux généraux s'étaient trouvés placés dans des conditions identiques, ce qui n'est pas le cas, suivant M. Murchison. Les malades très-avancés en âge étaient proportionnellement beaucoup plus nombreux au *Fever hospital* que dans les autres, de même que les malades agonisants, ou à peu près, au moment de leur admission, etc.

Sur ce premier chef donc, l'avantage reste incontestablement à l'hôpital spécial. Mais la différence est bien autrement grande quand on s'enquiert de la mesure dans laquelle la contagion s'est opérée suivant que les malades étaient séquestrés ou disséminés. Voici ce qu'on trouve en effet:

Sur les 1,107 cas traités à l'hôpital spécial, il y 1,080 malades qui sont entrés à l'hôpital pour le typhus et 27 cas de typhus contractés à l'hôpital, dont 8 suivis de mort. En d'autres termes, il y a eu un cas de

---

de la littérature espagnole: le ruffian, l'entremetteuse, le séducteur, la victime, tous les suppôts des mauvais lieux. Et l'auteur se donne pour un moraliste! Il peignait en effet, et de main de maître, les mœurs de son temps, qui furent les mœurs du siècle suivant et celles du dix-huitième, et dont la tradition se perpétue encore de nos jours.

Il y a trois plaies qui depuis des siècles rongent la société espagnole: la superstition, la misère et la débauche; et ces trois choses se retrouvent au fond des meilleurs ouvrages de la littérature nationale; car c'est de ces trois éléments que se composent surtout les mœurs de la nation.

M. le docteur Pizarro a signalé lui-même, d'après ces documents, la singulière coutume qu'avaient les prêtres et les moines de pénétrer dans les maisons de prostitution, sous le prétexte de catéchiser les courtisanes et les habitués. Il nous apprend qu'un alguazil était chargé de les conduire aux offices les jours de grande fête, et qu'elles accomplissaient sous le regard de la police municipale le précepte pascal. Les prostituées avaient aussi leur patronne, sainte Magdeleine, et elles célébraient la fête de cette pécheresse sanctifiée en s'abstenant ce jour-là de toute fornication. Toutes ces cérémonies, toutes ces prédications contrariaient beaucoup les entrepreneurs et les fermiers de la prostitution. Le zèle des bonnes âmes ne laissait aucun repos à ces chefs des maisons de tolérance. Il en résultait de graves inconvénients; la luxure, surveillée et troublée dans ses jouissances, se réfugiait dans d'autres maisons que l'on appelait ironiquement des monastères, et qui étaient sous la direction d'une matrone ou abbesse. Là venaient des femmes de tous les rangs se livrer aux plaisirs impurs de la prostitution clandestine.

M. le docteur Pizarro conclut de cela que la débauche s'accroît en proportion des règlements et de la surveillance, et c'est par cet argument qu'il prétend démontrer la nécessité d'abolir la prostitution. Encore une fois, le savant médecin de Séville est animé des plus saines intentions; mais il raisonne peut-être à côté de la question, et ne voit pas que les réformes qu'il demande avec instance, et qui sont en effet très-salutaires et urgentes, ne peuvent se réaliser que par un changement radical des mœurs publiques et non par de nouvelles lois. Que la morale se modifie en Espagne, en se dégageant des entraves d'une tradition détestable, et la législation consacrera inévitablement ces préceptes de l'hygiène qui s'imposent comme des lois souveraines aux sociétés éclairées.

M. le docteur Pizarro, si bien pénétré de sa mission et des devoirs qu'elle lui impose, peut efficacement contribuer pour sa part à préparer et même à hâter ces réformes qu'il désire de toute son âme. Mais qu'il se défie des préjugés qui pèsent sur les esprits les plus émancipés en Espagne, et qu'il se garde surtout de mêler aux questions d'hygiène publique des théories que la science médicale et la vraie philosophie rejettent également comme intempestives.

Si M. le docteur Pizarro prenait la peine d'étudier dans ses origines et dans tous ses développements la corruption des mœurs qui a durant des

contagion sur 40 malades admis, et un cas de mort suite de la contagion sur 135 malades admis.

Dans les hôpitaux généraux, 272 malades admis ont communiqué le typhus à 71 personnes, dont 21 sont mortes, c'est-à-dire qu'il y a eu un cas de contagion sur 3,8 malades admis et un cas de mortsuite de contagion sur 12,9 malades admis.

Ici la différence est énorme, et pourtant le Fever hospital se trouvait pendant les six mois auxquels se rapporte la statistique dans les conditions les plus favorables à la contagion, les gens de service étant en grande partie entrés tout récemment à l'hôpital.

De quelque manière que l'on envisage des faits pareils, il est impossible de ne pas avouer que la création d'hôpitaux spéciaux, ou faute de mieux, de salles spéciales, sauverait la vie à un grand nombre de malades. Au reste, en dehors même de toute statistique régulière, il suffit de passer quelque temps dans un de nos hôpitaux d'enfants pour en être bien convaincu, et nous savons que la création de salles spéciales est vivement souhaitée, au moins par la grande majorité des médecins et des chirurgiens de ces hôpitaux.

Nous espérons donc que cette question sera soumise à un nouvel examen et qu'elle est de celles que l'administration va faire étudier prochainement dans les hôpitaux étrangers. (*Medical Times and Gazette*, 20 février 1864.)

CORPS ÉTRANGER DU LARYNX; EXTRACTION PAR LES VOIES NATURELLES A L'AIDE DU LARYNGOSCOPE.

Obs. — Un gentleman âgé de 64 ans avala par mégarde une épingle en buvant un verre d'eau. Au moment où il la sentit pénétrer dans la bouche, il essaya de la rejeter, mais un mouvement d'inspiration l'entraîna vers le larynx, où elle s'arrêta. L'accident fut suivi immédiatement des acces de suffocation les plus violents et très-rapprochés. M. Gibb arriva auprès du malade deux heures plus tard, et il parvint, à force de patience, et malgré un gooflement considérable de la langue, à pratiquer l'exploration laryngoscopique.

L'épingle était dirigée d'avant en arrière. L'une de ses extrémités avait traversé le cartilage aryténoïde droit, l'autre était implantée entre les insertions des deux cordes vocales, près de la racine de l'épiglotte. Le larynx entier était le siége d'une injection violente, sa muqueuse avait une teinte écarlate, même au niveau des cordes vocales, dont l'une seulement, la droite, était le siége de contractions spasmodiques violentes. Un commencement d'infiltration œdémateuse de la muqueuse démontrait enfin que les dangers les plus graves menaçaient le malade si l'on ne parvenait à retirer immédiatement le corps étranger. M. Gibb fit fixer la langue par un ami du malade, puis, après avoir introduit de nouveau le laryngoscope, il réussit à saisir l'épingle avec de fortes pinces et à la retirer. Les accidents se calmèrent immédiatement, et la guérison complete ne se fit pas attendre.

M. Gibb, en communiquant ce fait à la Société médicale de Londres, a reçu les cordiales félicitations de ses collègues, et nous y joignons de grand cœur les nôtres. L'emploi habile, et, on peut le dire, courageux, du laryngoscope, a pu seul dans ce fait rendre inutile la trachéotomie, qui serait devenue indispensable si le corps étranger était resté en place, et l'âge avancé du malade rendait au moins l'issue de cette opération fort douteuse. (*The Lancet*, 9 janvier 1864.)

TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE DE LA JOUE GUÉRIE PAR L'INJECTION SOUS-CUTANÉE DE PERCHLORURE DE FER; par M. le docteur MAISONNEUVE.

Obs. — Alexandrine Bruand, âgée de 18 ans, se présente, le 16 janvier 1864, à l'Hôtel-Dieu, pour y être traitée d'une tumeur érectile veineuse de la joue droite.

Cette tumeur, dont l'origine remonte à la première enfance, était restée longtemps stationnaire; mais depuis deux ans, époque où la puberté s'est manifestée, elle a pris un développement notable. Aujourd'hui, son volume est celui d'une noix; elle occupe la face interne de la joue, près la commissure de la lèvre, et produit une déformation très-disgracieuse du visage.

A l'extérieur, la peau a conservé sa coloration normale; mais à l'intérieur de la bouche, la couleur bleue du sang veineux tranche sur la coloration rosée de la muqueuse.

Il y a peu d'années encore, dit M. Maisonneuve, la chirurgie ne possédait contre ces affections que des ressources incertaines, et parfois même dangereuses : c'était par l'incision, par l'excision, par la ligature, par la cautérisation, par l'acupuncture que l'on essayait de la faire disparaître; mais ces moyens, dont l'application n'était pas toujours facile, ne produisaient pas toujours le résultat désiré, et surtout ne laissaient pas que d'exposer parfois à des accidents graves, notamment l'infection purulente.

Depuis les travaux de Pravaz sur les injections sous-cutanées de perchlorure de fer, le traitement de ces affections est devenu beaucoup plus simple, beaucoup plus efficace, et surtout parfaitement exempt de dangers. Ce traitement consiste à ponctionner la tumeur avec un trocart très-fin, et à injecter dans les veines dilatées de cette tumeur quelques gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés.

Le 27 janvier, la malade étant assise sur une chaise, la tête légèrement renversée en arrière, M. Maisonneuve fit d'abord saillir la tumeur en renversant la face interne de la joue; puis, à l'aide du trocart de Pravaz, il fit au centre de la tumeur une ponction qui pénétra dans la cavité d'une de ses lacunes principales; il retire ensuite le mandrin, ce qui permit à quelques gouttes de sang de s'écouler par la canule. Dans un deuxième temps, il introduisit dans la canule du trocart le tube beaucoup plus grêle de la petite seringue, laquelle était remplie de perchlorure de fer; puis il tourna la vis du piston de manière à injecter quatre gouttes de liquide coagulant.

Cette opération produisit immédiatement la coagulation du sang dans une grande partie de la tumeur. Cependant il restait encore quelques points fluctuants. Après quelques jours, il devint évident qu'une portion de la tumeur persistait encore. M. Maisonneuve fit alors le 29 janvier une deuxième injection semblable à la première. Celle-ci détermina la coagulation complète du sang contenu dans les mailles de la tumeur, ce qu'il fut facile de constater par le toucher. A dater de ce moment, le gonflement diminua d'une manière rapide; la joue reprit sa forme et son volume, et le 19 février la jeune malade sortit de l'hôpital entièrement guérie, sans avoir éprouvé le moindre accident, inflammatoire ou autre. (*France médicale* du 2 mars.)

---

siécles miné les forces vitales de l'Espagne, il renoncerait apparemment et à ses arguments et à sa thèse, que je ne crois pas soutenable.

L'histoire veut être abordée sans préoccupations, et ne souffre point les sophismes. Le docteur Pizarro qui fait le procès à la civilisation gréco-latine, et qui se montre à son endroit d'une rigueur inflexible, oublie que cette civilisation qu'il dédaigne contenait en germe tout ce qu'il y a de bon et de vraiment vital dans la nôtre. Il est bien vrai qu'en matière de débauche nos sociétés modernes ont des raffinements inconnus aux anciens; il est encore vrai que nous avons tout perfectionné, et qu'en toutes choses notre prééminence est incontestable; mais il est certain que les anciens n'avaient pas comme nous cette morale accommodante, indulgente, débonnaire et profondément immorale qui, tout en reconnaissant les fautes ou les péchés, leur donne absolution et encouragement. Les anciens n'avaient point de casuistes, et le docteur Pizarro a oublié que, dans l'histoire des mœurs espagnoles, ces moralistes à deux visages tiennent le premier rang.

J. M. GUARDIA.

— La liste des membres formant le jury du concours pour deux places de médecin au Bureau central vient d'être arrêtée de la manière suivante :

Juges titulaires : MM. Barth, Bouley, Hillairet, Piorry et Follin.

Juges suppléants : MM. Bouchut et Laugier.

— La Société médicale des Alpes-Maritimes, dans sa séance du 22 janvier dernier, a décerné une médaille d'or de la valeur de 300 fr. à M. le docteur Henri Merlaud de Chaillé (de Luçon) (Vendée), prix du concours ouvert en 1862 sur l'action physiologique de l'eau de mer à l'intérieur et à l'extérieur, et les indications thérapeutiques qui en découlent, ainsi qu'une mention honorable à M. le docteur Jules Le Cœur, professeur de thérapeutique et de matière médicale à Caen (Calvados).

— La Société des sciences médicales de la Moselle propose pour sujet de prix à décerner en 1865 la question suivante : « Faire l'histoire des maladies des ouvriers de l'industrie métallurgique. »

Envoyer les mémoires au secrétariat de la Société dans les formes académiques avant le 31 mars 1865. Le prix consistera en une médaille d'or.

— M. le docteur Marcé, agrégé à la Faculté, médecin de Bicêtre, commencera son cours public sur les maladies mentales, le lundi 4 avril, de trois à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— HÔPITAL DES ENFANTS. — M. Henri Roger, agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'été) le mercredi 6 avril, et continuera les mercredis suivants. Visite des malades tous les jours à huit heures; leçon à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DECAISNE.

CAS DE LONGÉVITÉ. Note de M. FLOURENS.

Le savant M. Volpicelli me communique de Rome un exemple de longévité fort remarquable : il s'agit d'une *centenaire*, morte à l'âge de 122 ans.

Des *centenaires*, morts à l'âge de 100 et même de 110 ans, ne sont pas des cas rares; mais des *centenaires* morts à 122 ans commencent à l'être. Ils sont en même temps, pour la physiologie, d'une grande importance. Pourquoi? C'est que tant qu'on ne dépasse guère 100 ou 110 ans, on reste dans les limites de ce que je nomme la *vie normale*, et que, dès qu'on arrive à 122 ans, on commence à compter dans les limites de ce que je nomme la *vie extrême*. Or la limite de cette *vie extrême* est très-difficile à fixer, vu la pénurie des faits.

TRANSFORMATIONS DE L'HOMME A NOTRE ÉPOQUE PAR L'ACTION DES MILIEUX. Mémoire de M. TRÉMAUX.

(Commissaires: MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

Nous reproduisons de ce mémoire les premiers paragraphes qui donneront une idée suffisante des observations de l'auteur, et de la manière dont il en fait usage pour soutenir la thèse qu'il défend:

« Dans les régions septentrionales du continent africain, je fus frappé de la différence des types indigènes avec ceux des Soudaniens et surtout ceux des nègres qu'on y rencontre. Me rappelant les opinions des naturalistes, je pensai simplement qu'il s'agissait, selon les uns, de différentes espèces d'hommes, ou bien, selon les autres, de races qui auraient été diversifiées d'abord par des causes primordiales, inhérentes au premier état de notre planète, et ensuite modifiées par des croisements et autres causes. Mais en partant de l'Égypte pour remonter vers la Nigritie, je remarquai que, malgré toutes les migrations, les invasions, les bouleversements qui ont porté les plus grandes perturbations dans les populations de ces contrées, on reconnaît néanmoins une progression régulière dans la modification des peuples. Il me sembla qu'il y avait dans ce fait une cause grande et puissante qui posait là son empreinte et harmonisait cette succession de peuples, selon une loi naturelle, indépendante de leurs mélanges, supérieure au croisement.

« La traversée du grand désert de Korosko vint faire une interruption dans les populations avec lesquelles nous étions en contact. Des Barabra ou Berbères occupent les deux côtés de ce désert, et ce qui me surprit le plus, ce fut de voir que la fraction de ce même peuple qui habite le côté sud du désert est beaucoup plus noire que celle qui occupe le côté nord. La chevelure est aussi plus frisée. Ces habitants sont tellement noirs, que si l'on en voyait des individus dans notre pays, on les prendrait volontiers pour des nègres. Ensuite nous vîmes des peuples arabes dont le teint est également très-foncé, et, les comparant à d'autres Arabes blancs ou très-peu colorés que j'avais vus dans l'Afrique septentrionale, je n'en fus pas moins surpris.

« En continuant notre marche vers le sud, nous trouvâmes dans le Sennâr des peuples Foun ou Foungi (ancien Fout) dont le teint était entièrement noir, les cheveux fortement crépés, et les traits en grande partie transformés dans le sens de ceux des nègres. A côté de ceux-ci et même plus au sud, joignant les peuples nègres, nous trouvâmes des Arabes qui ne continuaient pas la progression. Ils étaient moins noirs, avaient les cheveux peu crépés et les traits presque intacts; mais aussi il y a peu de siècles qu'ils habitent ces régions reculées.

« Cet ensemble de faits frappa vivement mon attention. Je cherchai à reconnaître si la cause de ces transformations venait du croisement de ces différents peuples avec les nègres ou bien de l'influence du milieu; car il ne pouvait être question d'hommes ainsi créés, puisque leur origine et leurs migrations sont connues et que des fractions de ces mêmes peuples sont répandues au sud et au nord des déserts, comme pour attester les différences actuellement survenues entre eux.

« Dans nulle autre contrée du globe, on ne peut suivre d'aussi loin la marche des peuples; nulle part aussi les contrastes n'étant plus frappants, cette étude nous semble mériter une sérieuse attention. Toutefois, dans cet examen, nous négligeons les faits de détail sur lesquels on ne possède pas de documents suffisants, et nous ne nous attachons qu'aux grands traits généraux, les plus propres d'ailleurs à donner une bonne base d'appréciation.

« Des raisons nombreuses et puissantes tendent à montrer que cette transformation des peuples est due à l'action des milieux. D'abord il résulte de nos observations, comme de celles des autres voyageurs, que les peuples d'origine asiatique répandus au Soudan, loin de fraterniser avec les nègres, vivent avec eux dans un état de guerre acharnée et presque continuelle. Ensuite les esclaves qui proviennent de ces guerres ne sont pas conservés au Soudan, d'où il leur serait trop facile de regagner leur pays et où d'ailleurs les besoins sont très-restreints. Ils sont envoyés dans l'Afrique septentrionale, où, comme chacun le sait, les jeunes femmes esclaves sont d'un prix qui atteste assez pour quel usage elles sont recherchées de leurs maîtres. Il y a donc là des croisements plus fréquents qu'au Soudan; et pourtant que voyons-nous? Au nord des déserts, l'homme noir passe au blanc, le peuple conserve son type, tandis que le blanc passe au noir dans le sud. Le croisement ne serait ainsi qu'un accident temporaire dont le résultat se perd peu à peu sous l'action des milieux, et ce n'est pas à lui qu'il faudrait attribuer le résultat définitif du changement.

« D'autres raisons viennent à l'appui de celles-ci. D'abord l'action des milieux et le croisement ont une manière distincte d'agir. Par le croisement, les traits se modifient de suite très-fortement et individuellement, mais surtout dans le sens propre au milieu sous lequel il se produit. Ainsi, en Europe, le métis passe plus fortement au type blanc; dans le Soudan, au type noir. Toutefois, dans ce dernier pays, cet effet est moins constant, moins prononcé, ce qui, appuyé d'autres raisons que nous donnons ailleurs, semblerait indiquer que l'homme se modifie plus facilement dans le sens du perfectionnement que dans le sens contraire. Bien que les individus croisés se fondent de plus en plus dans le type général par une suite de générations, ce n'en est pas moins la marche du croisement que l'on observerait, quoique à un moindre degré, s'il était le principal agent. L'action des milieux, d'après ce que nous voyons, agit non en détail, mais d'une manière générale, en commençant par modifier le teint de plus en plus à chaque génération; elle agit moins vite sur la chevelure et plus lentement encore sur les traits. Cette dernière marche est celle que l'on reconnaît en général.

« Une autre raison encore, c'est que s'il s'agissait d'un effet du croisement, au lieu de voir les peuples d'origine asiatique du Scudan complétement noircis, ils auraient nécessairement conservé sur le résultat du mélange une part d'influence proportionnelle à la part considérable qu'ils y ont apportée. Il est donc facile de voir que c'est en somme l'action des milieux qui a transformé ces peuples au Soudan. Le croisement n'est considéré comme le principal agent que parce que ses effets sont tout d'abord très-saisissables; mais il ne saurait expliquer que partiellement et incomplétement les faits que nous signalons. »

MÉMOIRE SUR L'ACTION DU BULBE RACHIDIEN, DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DU NERF GRAND SYMPATHIQUE SUR LES MOUVEMENTS DE LA VESSIE (deuxième partie); par M. J. BUDGE.

(Commission du prix de physiologie expérimentale.)

Dans mon premier mémoire, j'ai prouvé que sous l'influence de l'irritation des pédoncules du cerveau la vessie urinaire se contracte. En raison de l'importance de la question, il serait à désirer que l'expérience pût être répétée par les physiologistes; mais c'est une opération très-délicate que de mettre à nu le cerveau, de pénétrer jusqu'au fond et de chercher un passage entre tant de parties différentes que l'on rencontre avant d'arriver à l'endroit qu'on doit examiner. On est gêné par le sang qui coule avec plus ou moins d'abondance, souvent même d'une manière très-forte; la respiration et les battements de cœur sont arrêtés avant même qu'on ait commencé à irriter les pédoncules, et l'animal destiné pour l'expérience ne reste pas longtemps en vie. C'est pour cette raison que j'ai cherché un autre procédé opératoire, et j'en ai trouvé un qui m'a parfaitement réussi. Il consiste à introduire à travers le crâne une aiguille de cuivre qu'on met en relation avec l'appareil d'induction. La blessure est ainsi très-petite et le sang qui s'en écoule très-peu abondant. Par cette méthode l'expérience est tellement simplifiée, que l'on peut très-facilement la faire en présence d'un grand auditoire. Aussitôt que la chaîne est fermée, la vessie, au bout de peu de secondes, se contracte fortement, et en mettant un tuyau rempli d'eau en rapport avec la vessie, on voit l'eau monter peu à peu. Je vais raconter en détail quelques expériences qui ont été faites.

Après que le chien sur lequel on devait opérer fut placé sur la planche d'opération, couché sur le dos et fortement lié, on ouvrit l'abdomen, et l'on entama la vessie dans sa partie supérieure, à laquelle on attacha un tube, puis on fit l'incision de la peau sur la ligne médiane du crâne jusqu'à l'os, on perça avec un poinçon la partie de l'os située à 3 millimètres environ de la ligne bi-pariétale et correspondant à la plus large partie du crâne, à peu près à 16 millimètres en arrière de la suture fronto-pariétale, et à 3 millimètres en avant de l'os interpariétal. Dans cette ouverture, on poussa perpendiculairement une longue aiguille de cuivre, jusqu'à ce que la pointe atteignît la base du crâne. On peut très-bien reconnaître par le toucher quand on y est arrivé; toutefois il est très-avantageux d'avoir examiné auparavant attentivement cette partie dans la tête d'un chien mort. On peut surtout y voir l'endroit d'où l'on peut atteindre le pédoncule du cerveau. La blessure passe à peu près à 2 millimètres en avant du bord antérieur de la tente du cervelet, à travers les tubercules quadrijumeaux antérieurs.

Chaque aiguille de cuivre, avant d'être introduite, avait été liée par une électrode à l'appareil d'induction. Dès que la chaîne fut fermée, il se fit dans toute le corps une commotion, à la suite de laquelle l'eau s'éleva dans le tuyau de 3 à 4 millimètres, puis elle baissa et resta parfaitement tranquille; cela dura environ de 2 à 4 secondes, puis alors l'eau

commença à monter peu à peu et elle atteignit la hauteur de 70 millimètres. Dans bien des cas elle va jusqu'à 120 millimètres et même davantage. Après l'irritation, l'eau resta encore quelques secondes à la même hauteur, puis elle tomba peu à peu; 85 secondes se passèrent avant qu'elle eût atteint son niveau. MM. les professeurs Bardeleben, Grobe, Ruble, et les agrégés MM. Landois et Sommer ont été témoins de cette expérience. Après cela, on coupa la moelle épinière dans la région de la dixième vertèbre dorsale, puis on referma la chaîne sans qu'on vît le moindre mouvement de l'eau. Mais ensuite la moelle épinière ayant été galvanisée au-dessous de la partie coupée, la contraction de la vessie se montra comme auparavant.

Dans une autre expérience, les aiguilles de cuivre furent introduites dans les pédoncules, puis on mit à nu les deux nerfs pneumo-gastriques et sympathiques; au cou, et les nerfs sacrés; alors on ferma la chaîne. La vessie se contracta fortement. Puis les nerfs pneumo-gastriques et sympathiques ayant été coupés au cou, il n'en résultat aucun changement pendant la galvanisation; mais dès que les nerfs sacrés furent coupés, l'eau placée dans le tube ne se mut plus, lorsque la chaîne fut fermée. J'ai fait aussi cette expérience sur des lapins avec le même succès.

Outre les mouvements de la vessie on voit encore se produire, sous l'influence de l'irritation des pédoncules du cerveau et de la moelle épinière, des mouvements du rectum et des canaux déférents. Dans une expérience faite sur un lapin, on a vu sortir de l'urètre, à chaque irritation des pédoncules, un liquide blanc et un peu épais qui contenait une quantité prodigieuse de fils spermatiques, pendant que les canaux déférents se contractaient fortement.

Déjà, dans mon premier mémoire, j'ai démontré que le cordon de la portion lombaire du nerf grand sympathique ne contient que des nerfs sensitifs de la vessie et point de nerfs moteurs de cet organe; d'autres expériences l'ont parfaitement bien prouvé. Pour savoir quelle route suivent les mouvements réflexes produits par l'irritation du nerf grand sympathique; j'ai coupé sur un chien les racines antérieures du troisième et du quatrième nerf sacré, puis le nerf grand sympathique lombaire. Il ne s'est produit aucun mouvement de la vessie, d'où il s'ensuit que les racines motrices des nerfs sacrés susnommés produisent les mouvements réflexes de la vessie qui surviennent après l'irritation du nerf grand sympathique lombaire. Une irritation des fibres motrices de la vessie, qui proviennent des nerfs sacrés, peut alors venir de deux endroits : 1° des pédoncules du cerveau; 2° des fibres sensibles de la vessie même. J'ai trouvé que les mouvements de la vessie, qui sont produits par le nerf grand sympathique lombaire, sont beaucoup plus petits, et que la colonne d'eau monte souvent quatre fois moins haut que lorsqu'on galvanise les nerfs sacrés.

Je n'ai fait aucune expérience sur l'action de la portion thoracique du nerf grand sympathique sur les mouvements de la vessie, mais j'ai vu que la portion cervicale ne produit plus aucun effet sur cet organe. J'ai observé que sur les lapins l'effet du nerf grand sympathique lombaire cesse déjà près de la cinquième vertèbre lombaire, tandis que sur les chiens, il s'étend jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire; j'ai noté aussi que sur un jeune chien il n'est pas si fort que sur un vieux. Quant à ce qui concerne les autres nerfs sensibles, surtout le nerf trijumeau et le nerf grand splanchnique, je ne leur ai reconnu aucune influence sur la vessie.

Jusqu'à présent il n'a été question que du cordon du nerf grand sympathique, et nous n'avons rien dit du plexus hypogastrique. M. Gianuzzi a déjà noté que l'irritation du plexus était douloureuse, ce que je puis parfaitement attester aussi. Il contient ainsi des nerfs sensibles; si on le coupe et qu'on irrite le bout supérieur, il survient de même des mouvements de la vessie qui cessent dès que l'on coupe les racines motrices des troisième et quatrième nerfs sacrés. De même, lorsqu'on a coupé les *rami communicantes* du nerf grand sympathique lombaire, et qu'on excite le bout supérieur du plexus hypogastrique, chaque effet produit sur la vessie cesse immédiatement. Mais au contraire il se trouve qu'en excitant la partie inférieure du plexus qui communique avec la vessie, il survient encore des mouvements; d'où il s'ensuit que le plexus hypogastrique n'est pas seulement sensible, mais aussi qu'il contient des nerfs moteurs de la vessie. Pour trouver l'origine de ces nerfs, j'ai sur quatre chiens enlevé complétement la portion de la moelle épinière enfermée dans la partie lombaire du canal rachidien. Dans ce canal il ne restait plus que les racines des nerfs. Alors on mit sur tous les trous de conjugaison (*foramina intervertebralia*), les uns après les autres, l'électrode de l'appareil d'induction, d'abord entre la treizième vertèbre thoracique et la première vertèbre lombaire, l'un à droite et l'autre à gauche, et l'on continua ainsi jusqu'au canal sacré. Il n'y eut d'effet produit sur la vessie que quand on opéra entre les deuxième et troisième, entre les troisième et quatrième, enfin entre les quatrième et cinquième vertèbres lombaires. Ainsi il n'y a qu'une très-petite place de la moelle épinière dans laquelle les nerfs moteurs du plexus hypogastrique, appartenant à la vessie, aient leur origine. Je ne suis pas parvenu à exciter des mouvements de la vessie par la voie réflexe.

Il y a ainsi deux différentes routes pour les fibres nerveuses motrices de la vessie. L'une est dans les racines antérieures du troisième et quatrième nerf sacré, l'autre est dans le plexus hypogastrique. Celle-là peut être excitée de deux côtés : 1° du côté du cerveau; 2° du côté des nerfs sensibles de la vessie. Du cerveau jusqu'aux nerfs sacrés, la jonction a lieu par le cordon antérieur de la moelle épinière; les nerfs sensibles de la vessie ont leur cours par le plexus hypogastrique, les rameaux anastomotiques entre ce plexus et le nerf grand sympathique lombaire, par les *rami communicantes*, et enfin par les racines postérieures des nerfs lombaires, pour aller à la moelle épinière.

Mémoire sur la pathogénie et le traitement des dartres; par M. F. Rochard.

(Commissaires : MM. Rayer, J. Cloquet.)

L'auteur en terminant son mémoire le résume dans les propositions suivantes :

1° Dans l'étude histologique de la peau, il faut séparer le derme des éléments superposés. La pathogénie des dartres est alors nettement saisie, et l'observateur peut s'expliquer les différences que présentent ces lésions cutanées suivant le siége qu'elles occupent.

2° Il existe huit espèces de dartres correspondant à cinq siéges anatomiques; leur caractère commun est d'attaquer les parties les plus superficielles de la peau.

3° La congestion, cause efficiente, est toujours, quel que soit son point de départ, unique pour toutes les formes.

4° Les manifestations dartreuses sont purement locales; il importe de les combattre par des agents thérapeutiques locaux, exerçant sur les éléments malades une action élective et puissante.

5° L'iodure de chlorure mercureux est dans ce cas d'une grande efficacité : il détermine un moment expulsif qui aboutit nécessairement à l'élimination des produits morbides.

— M. Tripier présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un travail qu'il a publié dans les *Annales de l'électrothérapie*, et qui a pour titre : *Engorgements et déviations de l'utérus; leur traitement par la faradisation*.

L'auteur, se rappelant la condition imposée aux concurrents d'indiquer les parties qu'ils considèrent comme neuves dans leur travail, présente comme telle toute la partie thérapeutique, n'ayant eu, dit-il, à demander aux travaux antérieurs que les données anatomo-pathologiques qui lui ont servi de point de départ. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Lemattre adresse, pour le même concours, un travail très-développé ayant pour titre : *Des propriétés de la belladone, du datura, de la jusquiame et des alcaloïdes atropine et daturine*.

L'auteur, qui s'était cru à tort dans l'obligation de placer son nom sous pli cacheté, a joint à son travail un extrait destiné à faire ressortir ce qui s'y trouve de neuf. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. A. Ollivier demande que deux mémoires présentés en son nom par M. Rayer dans l'avant-dernière séance soient admis au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 MARS 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Rebory (de Digne), sur le service médical gratuit de cette circonscription pour l'année 1863. (Comm. des épidémies.)

— L'Académie reçoit un mémoire sur le traitement des épiplocèles, par M. le docteur Marcelin Duval, directeur du service de santé de la marine à Brest. (Comm. : MM. Jobert, Larrey, Michon.)

— M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, fait hommage à l'Académie de deux volumes qu'il vient de publier et qui contiennent les *Éloges* académiques qu'il a prononcés depuis 1825. Ils sont au nombre de vingt.

— M. le Président, en son nom et au nom de l'Académie, remercie M. le Secrétaire perpétuel, et lui offre ses félicitations pour le monument qu'il a élevé aux illustrations du corps médical.

M. le président annonce que MM. Filhol (de Toulouse), membre associé, et Leudet (de Rouen), correspondant, assistent à la séance.

— M. Larrey, au nom de M. le docteur Armand, dépose sur le bureau des *Lettres sur l'expédition de Chine et de Cochinchine*, extraites de la *Gazette médicale*.

Action thérapeutique de l'ipécacuanha à haute dose; par M. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le travail dont je viens soumettre un résumé à l'Académie est le com-

plément nécessaire de mes recherches sur *l'action physiologique de l'ipécacuanha*. J'ai dû demander à la clinique, seul juge souverain dans les questions de thérapeutique, la confirmation des données que m'avaient fournies mes expériences sur les animaux. Les observations sur lesquelles je m'appuie aujourd'hui ont été prises, soit à l'hôpital Saint-Eloi (de Montpellier), dans le service militaire du médecin principal dont j'ai été chargé par intérim, soit dans ma pratique particulière.

Je répète d'abord en quelques mots les principales conclusions de mes expériences physiologiques. Après l'administration de doses variables d'ipécacuanha à des animaux bien portants, j'ai observé :

Une diminution dans le nombre et l'énergie des battements du cœur, dans la chaleur animale, dans le nombre des respirations, dans la quantité de sang affluant au poumon, et enfin dans l'action nerveuse (les nerfs sensitifs étant plutôt paralysés que les nerfs moteurs).

Cette hyposthénisation a pour cachet particulier qu'elle apparaît très-promptement après l'ingestion de l'ipécacuanha et qu'elle disparaît promptement après la suspension de celui-ci.

Mes expériences cliniques ont porté principalement sur des malades atteints de pneumonie, de bronchite aiguë avec fièvre, de bronchite capillaire et d'engouement pulmonaire subordonné à la fièvre typhoïde. Or sur ces malades j'ai constaté d'une manière générale, après l'administration de l'écorce du Brésil :

1° Des envies de vomir et des vomissements qui parfois ont manqué, parfois ne se sont montrés qu'au début; d'autres fois ont persisté de manière à obliger de suspendre le remède; et, enfin, dans la plupart des cas où l'ipécacuanha a été administré pendant plus de sept jours, ont apparu ou reparu avec tous les signes d'une intolérance définitive;

2° Une diminution prompte et plus ou moins considérable dans le nombre des pulsations et des respirations par minute, et dans la température animale;

3° Une augmentation et une facilité plus grandes de l'expectoration, les crachats devenant dans la pneumonie moins colorés, moins séreux et plus homogènes;

4° Un amendement des signes sthétoscopiques variables suivant l'espèce de maladie;

5° L'intégrité à peu près complète des forces radicales pendant que les forces agissantes et la réaction morbide étaient si vivement bridées. C'est ce dont ont témoigné surtout la promptitude et la sûreté de la convalescence.

D'expériences comparatives, soit physiologiques, soit cliniques faites avec le tartre stibié, j'ai conclu que la contro-stimulation était plus prompte, moins profonde et plus fugace au moyen de l'écorce du Brésil qu'au moyen du sel d'antimoine.

Du reste les effets, que je ne puis que résumer ici très-brièvement, ont éprouvé d'importantes variations, suivant la maladie dans laquelle l'ipécacuanha a été prescrit.

C'est dans les pneumonies que j'ai obtenu les plus remarquables résultats, et surtout dans les pneumonies justement distinguées sous le nom de *catarrhales*, mot que certaines théories aujourd'hui ridicules ont bien pu compromettre, mais qui n'en demeure pas moins le terme distinctif d'une espèce de pneumonie caractérisée par les signes suivants :

Apparition, non dans les grands froids de l'hiver, mais au printemps, époque des transitions brusques de température; frissons erratiques entremêlés de bouffées de chaleur au lieu du frisson intense de la pneumonie inflammatoire; douleur de côté diffuse et souvent superficielle et non vive, poignante et profonde; matité moins prononcée; râle crépitant entouré de râles sous-crépitants et sibilants; souffle tubaire moins métallique; pouls serré ou large, mais dépressible, etc.

Contre les pneumonies caractérisées par la totalité ou la majeure partie de ces signes, les émissions sanguines et le tartre stibié ne m'ont pas réussi. Je les ai vus trop débiliter les forces. L'ipécacuanha, au contraire, m'a donné de grands succès: résolution prompte survenue deux fois le troisième jour, presque toujours avant ou vers le septième: guérison chaque fois que j'ai été appelé dans la première période.

L'écorce du Brésil m'a également réussi dans les pneumonies bâtardes de la fièvre typhoïde, quoique d'une manière moins constante et moins éclatante.

Ce médicament est insuffisant, au contraire, contre la pneumonie inflammatoire. Il doit être en ce cas précédé de saignées générales et ne vaut pas d'ailleurs alors le tartre stibié.

L'analyse clinique que j'esquisse ici est indispensable. Toutes les pneumonies ne doivent pas être soumises au même traitement. Si aujourd'hui les remèdes les plus efficaces contre ces maladies, voire même la saignée, sont tombés en discrédit, c'est qu'on en a abusé, qu'on les a prescrits dans les cas où ils n'étaient point indiqués, et que les circonstances où ils ont nui ont fait oublier celles où ils ont été utiles. L'analyse clinique est le grand adversaire du scepticisme thérapeutique et de l'expectation proposée comme méthode générale.

Je crois donc pouvoir le répéter, l'ipécacuanha à haute dose est le grand remède des pneumonies catarrhales, et en général de toutes les pneumonies où les forces, sans être complétement en défaut, ne sont pas cependant en grand excès.

Dans la bronchite aiguë avec fièvre, maladie bénigne, l'ipécacuanha hâte la cessation de la fièvre et de la toux, et avance l'époque de la convalescence.

La bronchite capillaire est moins heureusement modifiée par lui que la pneumonie. Cependant si les avantages de notre médicament sont ici moins grands, ils sont réels; ordinairement il diminue la fièvre, facilite l'expectoration et réduit l'intensité des symptômes sthétoscopiques.

Je dois insister sur le mode de préparation et d'administration et sur la dose de l'ipécacuanha. Ce sont là les circonstances fondamentales du succès.

La moindre dose employée par moi depuis mes expériences physiologiques, a été de 4 grammes par jour pour un adulte; ma dose ordinaire est de 6 grammes. Je me suis élevé parfois jusqu'à 8 et même 10 grammes dans les vingt-quatre heures.

L'ipécacuanha n'a pas été prescrit en poudre, mais en infusion dans 120 ou 150 grammes d'eau. J'ajoute d'ordinaire comme adjuvant et édulcorant le sirop de digitale, et comme correctif pour empêcher ou diminuer les vomissements, le laudanum de Sydenham.

Voici d'ailleurs quelle est ma formule la plus usuelle :

Ipécacuanha concassé....... 6 grammes.

Faites infuser pendant vingt minutes dans 150 grammes d'eau bouillante.

Passez et ajoutez :

Laudanum de Sydenham ..... 12 gouttes.
Sirop de digitale............ 30 grammes.

A prendre par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

Si la potion précédente n'est point tolérée, comme cela se voit quelquefois, je pense, sans l'avoir encore essayé, que les injections hypodermiques avec le chlorure d'émétine pourraient être rationnellement tentées.

Avant de finir, je tiens à dire que je n'ai pas la moindre prétention d'avoir découvert les bons effets de l'ipécacuanha contre les maladies aiguës de la poitrine; hons effets qui sont consacrés à Montpellier par une expérience déjà séculaire. Mon rôle a consisté à essayer de préciser d'une manière plus nette l'action physiologique et l'action thérapeutique de l'ipécacuanha, et surtout à avoir été amené par mes expériences à prescrire — circonstance que je considère comme très-importante, — une dose trois ou quatre fois plus forte que celle dont on se contentait ordinairement.

LA SULFHYDROMÉTRIE.

M. le professeur Filhol lit une note sur ce sujet.

Le procédé si utile et si remarquable de Dupasquier donne des résultats d'une exactitude merveilleuse quand on l'emploie pour analyser des eaux qui contiennent de l'acide sulfhydrique libre ou un monosulfure alcalin; mais il est en défaut quand les eaux renferment un polysulfure, ce qui a lieu très-souvent quand on les prend au robinet des baignoires ou des buvettes; il est encore en défaut quand l'eau minérale tient en dissolution du carbonate, du silicate ou de l'hyposulfite de soude, ce qui est le cas le plus fréquent.

M. Filhol signale une cause d'erreur qui paraît avoir échappé jusqu'à ce jour aux observateurs, et qu'il a reconnue dernièrement en examinant, avec M. Bouis père, les eaux minérales des Graves-d'Olette. « Je fus surpris, dit l'auteur, de voir que la solution alcoolique d'iode dénotait toujours une richesse en sulfure très-supérieure à celle qu'indiquait la solution aqueuse; mais je ne tardai pas à m'apercevoir que l'eau dont l'analyse avait été faite au moyen de la liqueur alcoolique exhalait une odeur manifeste d'iodoforme. Il fut dès lors évident pour moi qu'il fallait renoncer à l'emploi des liqueurs alcooliques, surtout lorsqu'on devait analyser des eaux très-chaudes; car l'action de l'iode sur l'alcool, en présence du carbonate, du silicate de soude, et même du sulfure de sodium pur, détermine la production d'une certaine quantité d'iodoforme et fausse complétement les résultats de l'analyse. Les mêmes résultats s'observent en agissant sur des eaux artificielles préparées avec du sulfure de sodium pur.

— M. Leudet donne lecture d'une note intitulée : *Des causes de mort par suite de maladies médicales à Rouen*, d'après le résumé statistique de neuf années (1855 à 1864), d'une des divisions médicales de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Ce travail, qui s'appuie sur des statistiques partielles dont il est impossible de faire l'analyse, se résume par la proposition suivante :

« L'étude des causes de mort dans la pratique hospitalière de la ville de Rouen y démontre la prédominance de la phthisie, des maladies organiques du cœur, de la néphrite albumineuse, des cancers, et surtout du cancer de l'estomac. »

ÉLECTION.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Moquin-Tandon.

La commission présentait la liste suivante :

En première ligne........	M. Pidoux.
En deuxième ligne........	M. Gubler.
En troisième ligne........	M. Davaine.
En quatrième ligne........	M. Hardy.
En cinquième ligne........	M. Durand-Fardel.
En sixième ligne..........	M. Béhier.

Sur 79 votants, M. Pidoux obtient......	44 suffrages.
M. Béhier.............	14 —
M. Gubler.............	12 —
M. Hardy.............	5 —
M. Davaine...........	3 —
M. Durand-Fardel......	1 —

En conséquence, M. Pidoux est nommé membre de l'Académie de médecine.

— M. Blache donne lecture d'un supplément de rapport, à l'occasion d'un mémoire de M. le docteur Castex, sur les applications thérapeutiques du permanganate de potasse, rapport qui a donné lieu à une réclamation de priorité faite au nom de M. Henri Bollmann-Condy, par M. le docteur Mitchell.

L'auteur de cette réclamation raconte que, en 1862, se trouvant à Tanger, il logea dans la même maison que M. Castex, à qui il fit connaître les propriétés purifiantes des permanganates, découvertes par M. Condy, l'engageant à répéter les expériences hygiéniques et thérapeutiques de l'inventeur. M. Mitchell s'indigne que M. Castex se pose en observateur original, quand ce n'est pas lui qui a eu la première idée des applications thérapeutiques, base de ce travail.

M. Blache fait remarquer que ce n'est pas l'idée seule qui constitue le mérite d'un travail, surtout d'un travail qui a un but pratique. C'est la poursuite de cette idée dans les faits. Or le champ de l'observation est un terrain neutre où chacun a droit de culture. M. Castex a expérimenté par lui-même; il nous fait connaître des faits puisés dans sa propre pratique. Ces faits sont bien à lui. S'ils confirment ceux de Condy, tant mieux; la vérité n'en sera que plus solidement établie.

Il résulte, en résumé, des explications que donne M. Blache, que la réclamation de priorité du docteur Mitchell, en faveur de M. Condy, n'est réellement pas fondée, et qu'elle a été inspirée par une susceptibilité trop ombrageuse, et un amour-propre national trop impatient. « Il faut qu'on sache bien, une fois pour toutes, que l'Académie de médecine n'est aux ordres de personne; qu'elle ne se fait la trompette d'aucune renommée, et qu'on ne dispose point d'elle comme de la quatrième page d'un journal. »

— M. Depaul donne lecture dn rapport officiel sur les vaccinations pendant l'année 1862.

— M. H. Roger, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion par l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1863; par M. le docteur Ordonez, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie pathologique.

Cancroïde utérin; phlegmon de la fosse iliaque; névrite chronique du nerf crural du même coté; par V. Cornil.

La nommée L... âgée de 33 ans, brune, de tempérament bilioso-nerveux, entre à la Salpêtrière, salle Sainte-Marthe, n° 17, dans le service de M. Charcot, le 21 février 1863. Pas d'hérédité dans les ascendants ni les collatéraux. Réglée à 13 ans, elle a eu une suppression de ses règles jusqu'à l'âge de 18 ans. Elle a eu sept enfants, dont deux seulement sont vivants et bien portants. L'avant-dernier de ces enfants est venu au monde le 7 mars 1861, et elle l'a nourri dix-huit mois; le dernier est né le 1er janvier 1863. Elle n'avait jamais souffert du côté de l'utérus, lorsqu'au quatrième mois de sa dernière grossesse elle a été prise de métrorrhagie qui s'est continuée jusqu'à la délivrance sous forme de pertes sanguinolentes peu abondantes. L'accouchement a eu lieu quinze jours avant terme, a été précédé pendant huit jours de douleurs intolérables dans le ventre et les jambes. Le travail a duré quatre jours et la délivrance s'est faite naturellement, bien que suivie d'une hémorrhagie abondante. Cinq jours après sa délivrance elle a pris un lavement qui a repassé par le vagin.

Depuis les derniers jours de sa grossesse elle a éprouvé des douleurs dans la cuisse, la fesse, l'aine et la région iliaque du côté gauche, sous forme d'élancements qui offraient le soir un redoublement d'acuité, et étaient si vives la nuit qu'elles rendaient le sommeil impossible. Elles étaient néanmoins calmées par l'opium, mais incomplétement. La malade ne peut, depuis ce temps, ni se lever ni rester assise. La seule position que lui permettent ses douleurs est le décubitus sur le côté droit. Depuis trois semaines la douleur descend jusqu'au pied, et elle s'accompagne d'une sensation subjective de froid dans tout le membre inférieur gauche, surtout dans le genou.

Etat actuel le 10 *mars* 1863. — Aspect cachectique de la face: les yeux sont enfoncés et les paupières brunes. Maigreur assez prononcée; langue bonne; pas de fièvre; perte de l'appétit. Le membre inférieur gauche n'a jamais présenté d'œdème pendant la grossesse, et il est de même grosseur que le droit. La main appliquée sur la cuisse gauche perçoit une température moindre qu'à droite. La sensibilité y est parfaitement intacte. La motilité y est presque complétement abolie; c'est à peine si elle peut élever d'un pouce le talon au-dessus de ses draps. Les ganglions inguinaux sont nombreux et tuméfiés des deux côtés.

La palpation révèle, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur assez considérable, ovoïde, douloureuse à la pression.

Toucher vaginal. — La paroi postérieure du vagin présente une ulcération à bords durs qui le fait communiquer avec le rectum. Le col utérin est ulcéré et couvert, ainsi que les culs-de-sac, de tumeurs dures et grosses (du volume d'un noyau de cerise environ). La paroi antérieure du vagin laisse sentir la vessie qui est pleine, et cette paroi est molle, sans une arête dure antéro-postérieure.

16 mars. La malade éprouve généralement dans le membre gauche une sensatien de froid, mais quelquefois aussi une sensation de brûlure. Mêmes douleurs.

2 avril. Engourdissement et fourmillements dans le pied gauche. Même température objective dans les deux membres, mais sensation glaciale subjective dans le genou gauche. Il n'y a jamais eu de douleur spécialement fixée à un trajet nerveux. Sensibilité intacte; mouvements des orteils conservés. On fait lever et marcher la malade, ce qu'elle ne peut faire sans être soutenue; la jambe est alors fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le hassin.

24 avril. La jambe se fléchit sur la cuisse et celle-ci sur le hassin. La température prise avec le thermomètre donne 33° 1/10 entre les orteils gauches et 33° 1/5 à droite. La température centrale prise au rectum est de 37° 2/5.

6 juin. Depuis huit jours environ, le pied et la jambe gauche sont devenus œdémateux ; les douleurs sont aussi fortes que par le passé.

9 juin. L'œdème n'a fait qu'augmenter et s'est étendu à la cuisse. Elle ne souffre aujourd'hui que sur le devant du tibia en avant jusqu'au pied; il n'y a plus de douleurs dans la cuisse. Les douleurs sont prononcées, surtout le soir et la nuit. Elle accuse un sentiment de froid, de fourmillement, d'arrachement de nerfs (expressions de la malade). Il n'y a, du reste, aucune modification de la sensibilité.

30 juin. Les veines de la moitié gauche de la paroi antérieure de l'abdomen sont turgides, grosses et sinueuses. Le courant sanguin, quand on a rendu une portion de 5 centimètres environ exsangue par la pression sur une des plus grosses de ces veines, marche à peu près aussi vite de bas en haut que de haut en bas. Les plus grosses de ces veines ont le volume d'une plume de corbeau à celui d'une plume d'oie. En outre des sinuosités variqueuses, il y a des arborisations capillaires, surtout à la partie supérieure.

Mort le 30 juillet 1863.

Autopsie faite le 1er août, à dix heures du matin.

Nous passons l'ouverture des organes splanchniques pour ne rapporter que les détails relatifs à la névrite.

Dans la fosse iliaque gauche se trouve une tumeur formée aux dépens du psoas iliaque soulevé et détruit en grande partie. C'est un vaste abcès reposant sur l'os iliaque et descendant dans le petit bassin où il s'est largement ouvert dans le vagin. La surface interne du foyer est formée par un détritus pulpeux de couleur noirâtre comme gangréneuse. Au milieu de cet abcès se trouvent les faisceaux du nerf crural. Ce nerf est à l'œil nu plus gros dans la partie qui baigne dans le pus qu'à sa portion inférieure ; il est rouge et vascularisé à sa surface. Le nerf iliaque est sain; les veines crurale et iliaque n'ont pas de caillots. Des faisceaux nerveux, examinés à l'état frais par M. Charcot, lui ont présenté des altérations granuleuses très-avancées des tubes primitifs, du moins en certains points. J'examinai un mois après le même nerf conservé et durci dans l'acide chromique. En faisant des coupes perpendiculaires à la direction du nerf dans la partie qui était en rapport avec l'abcès et au-dessous, on voit à l'œil nu que les interstices de tissu cellulaire qui séparent les faisceaux primitifs sont beaucoup plus épais dans la première partie que dans la seconde. Examinées au microscope, ces coupes montrent que cet épaississement est dû à un très-riche réseau de corpuscules du tissu conjonctif étoilées et anastomosées. A un grossissement de 90 diamètres, ces corpuscules sont de coloration brune, presque noirs, particularité qui donne à la préparation une grande ressemblance à une coupe du tissu osseux. A un grossissement de 300 à 400 diamètres, on reconnaît que ces corpuscules sont remplis de granulations graisseuses fixes. Quant au tissu nerveux lui-même, on

voit à 90 diamètres, sur les mêmes coupes transversales, de gros corpuscules noirs qui n'existent pas dans tous les faisceaux primitifs, mais bien dans la plupart d'entre eux. Vues à un grossissement de 300 diamètres, ces masses noires sont formées par des amas de granulations, au milieu desquelles on peut reconnaître la coupe du *cylinder axis* des tubes nerveux. Ce n'est que dans les tubes dont la dégénérescence graisseuse est très-avancée qu'on ne peut pas distinguer le cylindre d'axe. La plus grande partie des tubes nerveux étaient conservés sains. A la partie inférieure du nerf, le tissu cellulaire était sain, mais les tubes nerveux étaient altérés. Ainsi, dans ce cas, la névrite limitée, qui vraisemblablement durait depuis six mois, et qui avait causé pendant la vie de vives douleurs, était caractérisée anatomiquement par la multiplication et la dégénération graisseuse des corpuscules de tissu conjonctif du névrilème et du périmèvre et la dégénération granuleuse d'un certain nombre de tubes nerveux. Les coupes transversales comprenant toute l'épaisseur du nerf sont indispensables dans ce cas pour apprécier exactement l'étendue de la lésion et son siége dans les divers éléments qui composent le nerf.

II. — Pathologie comparée.

Kyste de l'ovaire chez une truie; par M. Rayer.

Les maladies des ovaires ne sont probablement pas rares chez les femelles des animaux; mais leur histoire est encore entourée de beaucoup d'obscurité, et le plus souvent on n'en constate l'existence que sur le cadavre. D'Arboval, dans son *Dictionnaire de médecine vétérinaire*, n'en rapporte que onze cas, dont huit ont été observés chez la jument, deux chez la vache, et un chez l'ânesse.

Le kyste mis sous les yeux de la Société provient d'une truie: il est extrêmement volumineux, et divisé en deux poches indépendantes. Entre ces deux poches, et comme enfoui au milieu d'un tissu graisseux, on trouve un rein hypertrophié, mais qui a conservé son aspect normal, et dont l'urètre dilaté contourne un des côtés de la tumeur.

La plus petite des cavités du kyste, incisée devant la Société, contient environ trois litres d'un liquide très-fortement coloré en rouge, et qui doit cette coloration à ce qu'elle tient en suspension des globules sanguins plus ou moins altérés, comme le démontre l'examen microscopique. De nombreux tractus blancs, composés de fibrine, s'étendent d'une paroi à l'autre de la poche et dans tous les sens.

L'autre poche était vide quand la pièce a été apportée au laboratoire de M. Rayer; mais on estime qu'elle a pu contenir environ 6 litres de liquide. Si on l'examine à l'intérieur, on y remarque un grand nombre de diverticulums capables de loger depuis une noix jusqu'à un œuf de poule. On remarque en outre sur la paroi interne de cette poche, un dépôt d'une matière jaunâtre, formée de globules sanguins altérés et de carbonate de chaux. En effet, traitée sous le microscope par l'acide sulfurique, cette matière donne lieu à un dégagement d'acide carbonique évident, et l'on obtient en quelques minutes du sulfate de chaux cristallisé en pinceaux.

Séances de septembre.

I. — Physiologie.

Sur les causes du tournis chez le mouton; par M. Leven.

Nous avons eu déjà, à plusieurs reprises, l'occasion d'entretenir la Société des accidents qui résultent des lésions du cervelet, et nous en avons fait l'application à la théorie physiologique du tournis.

L'observation que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui est de nature à confirmer les idées que nous avons précédemment émises à cet égard.

Chez un mouton depuis longtemps affecté de cette maladie, l'autopsie a révélé l'existence d'un kyste énorme dans le lobe gauche du cerveau, dont une grande partie est détruite. Cette tumeur a envahi le ventricule gauche. Le corps strié et la couche optique, de ce côté, sont en grande partie atrophiés; les autres portions de l'encéphale sont saines: autour du kyste il n'existe aucune trace d'inflammation.

Les symptômes observés pendant la vie ont été les suivants:

Tournis du côté gauche; impossibilité de tourner vers la droite; le mouvement rotatoire est à peine sensible, et l'on ne constate que de l'entraînement vers la gauche. Les membres antérieurs et postérieurs du côté droit, après avoir subi un affaiblissement progressif, sont devenus presque complétement paralysés. La sensibilité, de ce même côté, est restée intacte; rien d'anormal sous le rapport de la vue, qui paraît bien conservée. Vers la fin de la maladie, l'animal se laisse tomber sur le flanc droit, et reste couché dans cette position: lorsqu'on essaye de le soulever, on éprouve une résistance qui prouve que la force d'entraînement latéral subsiste encore malgré l'état de marasme et d'épuisement dans lequel cet animal a succombé.

En résumé, le tournis, comme dans tous les faits que nous avons déjà étudiés, s'est développé à la suite d'une lésion de la couche optique et du corps strié, et a coïncidé avec une hémiplégie. Ce sont là deux phénomènes en quelque sorte parallèles, mais qui résultent d'une lésion essentiellement différente. La paralysie dérive de l'atrophie de la couche optique et du corps strié; l'influence de ces deux portions de l'encéphale sur les mouvements des membres du côté opposé est un fait désormais acquis à la physiologie; mais le tournis est resté jusqu'à présent un mystère inexplicable, malgré toutes les hypothèses mises en avant pour le résoudre. Quel est son mode de production? A quelle altération encéphalique se rattache-t-il?

Il est certain que les altérations du cervelet ont seules le privilége d'engendrer le tournis; les physiologistes ont sans doute amené la manifestation de ce phénomène en agissant sur les couches optiques, et il est aisé de répéter ces expériences; mais le cervelet envoie des prolongements dans les couches optiques; ce sont les pédoncules cérébelleux supérieurs.

L'expérimentation fournit la démonstration évidente de cette manière de voir.

Le tournis est donc, selon nous, la conséquence d'une lésion cérébelleuse, et la maladie se divise en deux périodes: 1° période de tournis; 2° période de paralysie. Le tournis se produit dans le sens du siége de la lésion, l'hémiplégie se produit du côté opposé.

C'est ainsi que la physiologie vient éclairer l'un des points jusqu'ici les plus obscurs de la pathologie comparée.

BIBLIOGRAPHIE.

Die menschlichen Parasiten. — Les parasites de l'homme et les maladies qu'ils occasionnent; par le docteur Rodolphe Leuckart, professeur de zoologie et d'anatomie comparée à Giessen; tome premier in-8°, avec figures intercalées dans le texte. Leipzig et Heidelberg, à la librairie C. F. Winter; 1862 et 1863.

Nous avons attendu, pour rendre compte de cet important ouvrage, la publication de la troisième livraison qui a paru à la fin de 1863 et qui complète le tome premier. Après les nombreuses recherches entreprises de toutes parts sur le mode de production, les migrations, les métamorphoses et l'organisation des vers intestinaux, il devenait utile de réunir tous ces documents en un corps de doctrine et de tracer d'une manière méthodique l'histoire naturelle et médicale de ces êtres et particulièrement de ceux qui habitent le corps de l'homme. Cette tâche a été entreprise et accomplie avec succès par un zoologiste éminent, M. le professeur Leuckart de Giessen connu du monde savant par d'excellents travaux d'anatomie comparée sur les animaux inférieurs et par des découvertes précieuses relatives à l'histoire naturelle des entozoaires.

L'auteur a composé cet ouvrage autant pour le médecin que pour le zoologiste. Il importe au médecin de connaître l'organisation et la manière de vivre des parasites, s'il veut se rendre compte de la nature des maladies qu'ils produisent et trouver les moyens les plus propres à les éviter ou à les combattre, comme il importe au zoologiste d'avoir des notions précises sur la vie des animaux qu'il étudie, s'il veut connaître l'ensemble des rapports des parasites avec les êtres qu'ils habitent.

Cette manière d'envisager la science est la seule profitable, et elle fait du livre de M. Leuckart un ouvrage à la fois scientifique et pratique. Le zoologiste, qui cherche à distinguer les espèces les unes des autres, y trouve des descriptions détaillées et précises, par le soin qu'a pris l'auteur de faire ressortir les caractères différentiels; l'anatomiste est complétement satisfait, non-seulement par l'exposé de la structure du corps, mais aussi par l'histologie et l'embryologie des principales espèces; enfin le médecin apprend à connaître le séjour, le genre de vie et le rôle médical des parasites. L'auteur n'étant pas lui-même médecin, a jugé à propos de laisser de côté la thérapeutique pour laquelle il se serait vu réduit au rôle de compilateur, et il renvoie, pour les maladies vermineuses, à l'excellent ouvrage de M. Davaine.

Avant d'exposer l'histoire particulière des parasites de l'homme, M. Leuckart trace d'abord leur histoire naturelle générale. Cette première partie comprend la nature et l'organisation des parasites, leur séjour, leur mode de production, leur manière de vivre et enfin le rôle qu'ils jouent dans les maladies.

L'auteur donne au mot parasites son extension la plus large; il comprend sous cette dénomination, non-seulement les vrais parasites végétaux et animaux, mais aussi les êtres qui ne sont parasites que pendant une certaine période de leur existence, les larves d'insectes, par exemple. Ainsi envisagés, on comprend les nombreuses différences qu'ils présentent non-seulement par leur organisation, mais aussi par le mode et le degré de parasitisme; suivant que ce dernier sera

temporaire ou permanent, l'organisme offrira des modifications en rapport avec l'un ou l'autre de ces modes. Après avoir examiné les conditions d'existence des parasites dans ces diverses circonstances, l'auteur s'occupe de leur présence plus ou moins fréquente dans les animaux. On sait qu'il n'existe, pour ainsi dire, pas un seul être qui ne loge un ou plusieurs hôtes vivants à ses dépens, et, assez souvent, le parasite sert lui-même de nourriture à d'autres parasites; mais leur fréquence est extrêmement variable, car tandis que certains groupes d'animaux en renferment presque constamment, ils sont au contraire très-rares dans d'autres groupes. Les vertébrés sont ceux qui en ont le plus et qui nourrissent le plus d'espèces; nous en connaissons, par exemple, 45 à 50 pour l'homme, 24 pour le chien et pour les bêtes à cornes, 20 pour la grenouille, etc., qui vivent soit sur la peau, soit dans l'intestin, dans les viscères ou dans divers tissus. Quelques parasites ont leur lieu d'élection, comme la trichine, le strongle géant, le pou du pubis; d'autres fois c'est le contraire qui s'observe, comme le cysticerque et l'échinocoque, qu'on trouve partout. Il en est de même pour les hôtes qu'ils habitent; tantôt c'est une seule espèce qui nourrit un parasite déterminé, tantôt le même parasite se rencontre dans des espèces diverses, soit dans les différentes périodes de son existence, soit dans l'une de ces périodes; telle est la trichine qu'on trouve dans l'homme, dans la plupart des mammifères et même dans les oiseaux. Cependant, malgré ces faits incontestables, il est vrai de dire qu'en général les espèces animales appartenant à des groupes zoologiques différents ont leurs parasites particuliers. L'auteur s'arrête encore quelque temps au mode de répartition de ces derniers et analyse les conditions organiques qui peuvent en donner l'explication.

Arrivant au mode de production des parasites, M. Leuckart rappelle qu'il était assez naturel de regarder comme un fait étrange la présence de parasites dans des organes où il semble qu'ils n'ont jamais pu pénétrer; d'où l'idée d'admettre une génération spontanée pour expliquer ce phénomène, idée qui prévalut jusqu'à ce que Swammerdam et Redi eurent démontré la génération sexuelle de certains animaux qu'on croyait aussi se développer spontanément. Le monde de petits êtres révélé par le microscope donna de nouveau plus de force à l'hypothèse des générations spontanées et, plus tard, sous l'influence des idées régnantes, on alla jusqu'à supposer que la force vitale organisait le mucus ou des fragments de tissus et les transformait en vers intestinaux. C'est au microscope et aux nombreuses recherches qui se sont multipliées depuis trente ans qu'on doit la découverte des métamorphoses et des migrations des entozoaires, ainsi que des idées plus exactes sur leur organisation à tous les âges de leur vie. M. Leuckart expose avec beaucoup de lucidité les conquêtes successives de la science et montre comment une découverte en amena une autre et comment la lumière se fit peu à peu. Aujourd'hui on en est arrivé à suivre, dans ses transformations successives, la larve sortie de l'œuf d'un entozoaire et à déterminer ses migrations et son séjour dans divers animaux jusqu'à son changement final en un être semblable à celui qui avait fourni l'œuf primitif.

Ce chapitre, plein d'intérêt sur l'évolution de la science au sujet des entozoaires, est suivi de considérations sur la manière de vivre des parasites.

Pour connaître l'histoire d'un parasite, il faut le suivre dans toutes les phases de son existence, et prendre pour point de départ l'époque de la maturité sexuelle. Les œufs se développent généralement hors du corps de l'animal habité par le parasite; c'est, du moins, la règle pour les entozoaires, à l'exception, peut-être des oxyures; ou bien, si les œufs éclosent dans l'animal lui-même, les vers qui en sortent changent de place pour s'installer ailleurs: témoin les trichines qui atteignent leur complet développement dans l'intestin où ils produisent des petits vivants qui vont aussitôt gagner les muscles pour s'y loger.

Les œufs une fois pondus et rejetés au dehors ont besoin, pour se conserver, d'un certain degré d'humidité; la dessiccation tue la plupart d'entre eux. Les œufs des nématoïdes font exception. L'auteur s'est assuré par des expériences que ceux des ascarides supportent la dessiccation pendant un temps assez long sans périr. L'air humide ou la terre humide valent mieux que l'eau pour leur développement. L'auteur mentionne les autres circonstances qui peuvent influer sur la conservation des œufs, et rappelle la résistance remarquable de quelques-uns d'entre eux, ceux des ascarides par exemple, qui peuvent rester des mois entiers dans l'alcool, l'huile de térébenthine et l'acide chromique, sans perdre leur faculté germinative.

Après avoir relaté les conditions au milieu desquelles les œufs se conservent ou qui sont de nature à les détruire, l'auteur s'occupe des états ultérieurs de ces œufs.

La durée du développement varie suivant les espèces; tandis que quelques semaines suffisent à l'*ascaris mystax*, il faut trois à quatre mois à l'*ascaris lumbricoides* et huit à neuf mois au trichocéphale. Il est rare que les embryons ressemblent à leurs parents; on rencontre cette particularité dans les nématoïdes, mais non dans toutes les espèces.

Beaucoup de parasites sont libres dans le jeune âge; la plupart passent ce temps dans l'eau ou dans la terre humide; mais leur vie sous cette forme est de courte durée; dès qu'elles ont trouvé l'animal qui leur convient, ces larves l'envahissent et perdent leur liberté pour commencer la vie parasitaire. Ces migrations ont été observées directement dans certains cas, expérimentalement dans d'autres.

Assez souvent les œufs ou les larves sont introduits par les aliments ou par les boissons. C'est ainsi, par exemple, que les ruminants au pâturage peuvent avaler des œufs de ténias provenant de proglottis détachés des carnivores. Mais on ne sait pas exactement quelle est la durée de la vitalité des œufs, et il n'est pas prouvé expérimentalement que ceux-ci, introduits dans les voies digestives, produisent des embryons. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces derniers peuvent voyager dans le corps de l'animal qu'ils ont envahi, et se porter dans les régions les plus diverses: témoin un lézard, observé par M. Leuckart, dont les embryons logeaient des ascarides dans le péricarde, le cerveau, la moelle épinière, le liquide amniotique et entre les feuillets du blastoderme, tandis que la mère en était tout à fait exempte. Ces voyages, qui se font très-souvent par les vaisseaux sanguins, ont une durée limitée; au bout d'un certain temps l'animal reste en repos pour s'accroître et se préparer à des métamorphoses ultérieures. Il peut mourir dans cet état s'il n'est pas transporté dans un hôte différent. D'autres fois ce n'est pas lui même qui change de place, ce sont ses descendants; c'est ce qui arrive dans les générations alternantes dont les distomes offrent des exemples si curieux. La forme que M. Steenstrup appelle *nourrice* représente le second degré de développement; les petits êtres qui en dérivent, ou les cercaires, vont habiter un autre animal. Les migrations sont passives ou actives: dans le premier cas l'animal est dévoré par un autre; dans le second, ce sont les produits de la nourrice qui vont eux-mêmes se frayer passage dans le corps d'un nouvel hôte. C'est ainsi que les cercaires se logent dans les insectes aquatiques, s'y enkystent et y séjournent jusqu'à ce que l'animal qui leur sert d'habitation soit avalé par un autre; alors le kyste arrivé dans l'intestin se déchire, et l'animal qu'il contenait atteint sa maturité sexuelle.

Après avoir exposé le mode de migrations de différents helminthes, entre autres des pantastomes, l'auteur résume ce qui a trait au développement de ces parasites; il admet trois états: l'état embryonnaire, l'état parfait ou de maturité sexuelle et un état intermédiaire qu'il appellerait de chrysalide, s'il ne craignait une confusion avec le même état chez les insectes. La première forme introduit le parasitisme, la forme intermédiaire assure le développement de l'animal et prépare la maturité sexuelle qui caractérise l'état parfait. On peut établir comme règle que la vie des parasites se partage entre deux hôtes dont l'un sert d'habitation au jeune parasite et l'autre au même animal à l'état de maturité. Souvent ces deux hôtes appartiennent à des familles et même à des ordres zoologiques très-différents, comme, par exemple, le *tænia crassicollis* qui vit dans le chat et qui, pendant son jeune âge, habite la souris; le *T. marginata* du chien et du loup qu'on trouve dans la brebis et dans la vache; le *T. solium* de l'homme qui habite le porc, etc. En général le jeune âge des entozoaires se passe surtout dans les animaux qui servent de pâture à ceux dans lesquels séjournera l'adulte. L'auteur fait ressortir l'intérêt que présente cette circonstance au point de vue physiologique; dès qu'un animal convient à un autre pour sa nourriture, c'est qu'il existe un certain rapport de nutrition entre les deux animaux, et alors le parasite trouve dans chacun d'eux ses conditions d'existence. Toutefois cette règle n'est pas absolue et toujours il faut que les embryons, dans leurs migrations, aillent occuper des organes qui conviennent à leur développement ultérieur; tels sont, par exemple, les embryons du *tænia cœnurus* qui ne se développent que dans le cerveau, quoiqu'ils aillent souvent se loger dans d'autres organes.

Dans le chapitre relatif au rôle médical des parasites, l'auteur examine ce qui a trait à la pathologie, au diagnostic, à la thérapeutique, à l'étiologie et à la prophylactique.

Les anciens exagéraient l'influence des vers en leur attribuant une foule de maladies, ce qui s'explique par leur ignorance en diag-

nostic et en anatomie pathologique et parce qu'on voulait ramener les formes morbides à des unités étiologiques.

Dans la seconde moitié du dix-huitième siècle, une réaction s'opéra; on abandonna la doctrine d'un contagium vivant pour tomber dans un excès contraire, et l'on alla jusqu'à regarder les vers comme utiles en facilitant le mouvement péristaltique et par suite le travail digestif. On doit admettre comme vérité incontestable aujourd'hui que la présence des parasites peut provoquer des maladies, et même, quelquefois, des affections très-graves. Ainsi les observations faites sur le *tænia cœnurus* et sur le *trichina spiralis* prouvent que la reproduction excessive de ces espèces tue comme le ferait un poison.

Les parasites agissent d'une manière très-variée, d'après leur taille, leur manière de vivre et les organes qu'ils habitent. Tantôt ils nuisent en vivant aux dépens de leur hôte, tantôt en exerçant une pression sur les tissus ou en bouchant des canaux, tantôt encore par leurs mouvements qui peuvent provoquer des inflammations, des ulcères et des perforations. L'auteur examine chacun de ces modes d'actions. Le premier est généralement assez insignifiant, à l'exception, toutefois, de l'anchylostome duodénal (*strongylus quadridentatus*), qui adhère à la muqueuse intestinale des Egyptiens et des peuples de l'Orient, et qui se multiplie en telle quantité qu'à l'autopsie on croirait voir l'intestin couvert de sangsues. Il en résulte un état anémique qui fait un grand nombre de victimes.

Des effets plus dangereux que ceux qui résultent de la soustraction de la nourriture sont ceux qui sont produits par l'accroissement et l'accumulation des belminthes. C'est ce qu'on voit pour les gros parasites, surtout pour ceux qui habitent des canaux étroits ou le parenchyme des organes : échinocoques, strongles, trichines. Enfin les mouvements qu'exercent les helminthes dans le corps qu'ils habitent sont aussi une source de troubles considérables. Ici l'auteur étudie les effets des migrations des vers dans le corps d'un animal. Il lui est arrivé, dans ses expériences, de voir des animaux auxquels on avait fait avaler de grandes quantités d'œufs de ténias mourir dans les vingt-quatre heures. La même chose a eu lieu pour les trichines. Un jeune porc, auquel on avait fait manger plusieurs milliers de trichines femelles pleines d'œufs, fut pris le lendemain d'une violente péritonite dont il ne se remit qu'au bout de huit jours. Les migrations des cénures, des cysticerques, des pentastomes, donnent lieu aussi à des accidents variés.

Outre ces migrations constantes et régulières des jeunes parasites, il faut envisager aussi celles des adultes, qui, à la vérité, sont presque toujours accidentelles. Ainsi des ascarides perforent quelquefois les parois intestinales et tombent dans la cavité de l'abdomen ; mais ce passage est facilité, on peut même dire déterminé par des ulcères intestinaux.

Au nombre des accidents produits par les parasites, il faut ranger aussi l'irritation des muqueuses. L'auteur cite en note une gastro-entérite mortelle produite sur un chien par une infection vermineuse de ténia.

Le diagnostic des affections vermineuses est lié nécessairement à la preuve de l'existence des parasites. Ici il est indispensable d'examiner avec soin, et à l'aide du microscope, les matières fécales, pour tâcher de découvrir les œufs.

La présence des parasites une fois constatée, il faut les détruire par les anthelmintiques. L'auteur indique les points les plus généraux du traitement; puis, arrivant à l'étiologie, il montre la nécessité d'étudier le genre de vie des parasites pour s'en préserver plus sûrement. La plupart nous viennent des animaux de boucherie ou des animaux domestiques qui nous les fournissent à l'état de jeunes : le ténia sous forme de cysticerque, la trichine comme ver musculaire enkysté ; tous deux proviennent surtout du porc, tandis que les animaux de maison nous donnent les œufs et les embryons de leurs vers. Le chien, par exemple, produit des pentastomes, des cysticerques, des échinocoques et quelquefois des trichines.

En relatant les divers modes d'infection, l'auteur fait surtout ressortir les dangers qui peuvent résulter de l'usage de la viande crue. La fumure, quoique plus efficace que la salaison, ne tue pas toutes les trichines. M. Leuckart fit saler pendant deux jours et fumer trois jours de la viande d'un lapin infecté de trichine, qu'il fit avaler à deux lapins bien portants. Au bout de deux mois, la chair de ces animaux renfermait des vers enkystés. Les trichines, du reste, sont les entozoaires qui résistent le plus aux actions extérieures. De la chair trichinisée fut exposée pendant trois jours et trois nuits à un froid de — 16 à — 20° R., puis dégelée, et donnée à un lapin qui mourut au bout d'un mois farci de trichines. Les cysticerques persistent beaucoup moins longtemps; ils périssent par la fumure. Un mode d'introduction auquel on songe peu est celui des douves qui peuvent se trouver à l'état embryonnaire dans l'eau ou dans le corps de petites limaces imperceptibles sur des feuilles de cresson de fontaine ou sur des fruits.

Quant à une prétendue disposition individuelle, pour les enfants et pour les femmes elle peut tenir à ce que les premiers s'exposent davantage à avaler des germes d'entozoaires, tandis que les femmes, par les soins du ménage, sont aussi beaucoup plus exposées que les hommes. L'auteur croit donc que la fréquence des vers est déterminée par l'occasion de l'importation et que les habitudes, la manière de vivre, les occupations exercent une plus grande influence que l'âge, le sexe et la nationalité. Ces considérations expliquent pourquoi il y a un certain rapport de temps et de lieu avec certaines formes de vers. On a observé, par exemple, que le ténia est plus commun en été ; or les germes ont dû être introduits en hiver, saison où l'on consomme plus de viande. Le filaire de Médine est plus commun pendant la saison des pluies. Quant à la fréquence des vers dans certains pays, en Abyssinie par exemple, il est facile de s'en rendre compte par la malpropreté et le genre de vie des habitants.

On comprend facilement, par ce qui précède, en quoi doivent consister les moyens préservatifs : propreté dans les cuisines et dans les appartements ; ne pas faire usage de viandes crues ; éviter que les viandes de boucherie soient en contact avec le pain ou avec les vases qui doivent être servis sur la table; boire de l'eau claire et pure; éloigner de la cuisine et de la salle à manger les chiens et autres animaux domestiques ; ne donner à ces animaux que des aliments cuits, etc.

(La fin au prochain numéro.)

A. Lereboullet.

VARIÉTÉS.

Concours. — La Société de médecine de Bordeaux maintient, pour 1864, la question de prix ainsi posée, et ressortant à la chirurgie :

« Faire la pathologie du col utérin, préciser les cas qui réclament un « traitement chirurgical, en ayant plus principalement en vue les divers « modes de cautérisation et l'amputation de cette portion de l'utérus. »

Cette rédaction, assez précise, dispense de tout exposé de motifs; mais la Société désirerait voir ressortir de ce travail les cas bien nuancés qui nécessitent la cautérisation ou l'amputation dont on abuse peut-être; et, dans le chapitre du diagnostic, les avantages et les inconvénients réels qui résultent, sous tous les rapports, de l'usage du *speculum*.

Une médaille d'or de 300 francs sera décernée lors de la distribution des récompenses obtenues dans le concours de 1864.

Appelée cette année à choisir sa question de prix dans le domaine de l'hygiène, la Société a porté de suite son attention sur l'*avenir prochain* qui se prépare pour la ville de Bordeaux.

Saisissant cette occasion de montrer sa fidélité aux engagements sur lesquels repose son institution, elle pense que la science doit communiquer à l'autorité administrative les résultats de son observation et de ses études.

Et, par conséquent, un prompt appel est fait par elle au moyen le plus large de manifestation pour la pensée et le savoir au concours académique.

Les deux *questions* suivantes d'hygiène publique pour 1864 et 1865 sont donc posées, et elle espère, comptant sur la sagesse des magistrats, que les fruits de ces *recherches* arriveront à temps pour être utilisés.

I. « Étude sur la nature des émanations provenant, au sein des villes, des *grandes tranchées*, surtout quand celles-ci aboutissent à des conduits souterrains et à des égouts.

« Effets de ces émanations sur la santé publique.

« Moyens de prévenir ces effets ou de les combattre. »

Le prix est une médaille d'or grand module, qui sera distribuée à la fin de 1864.

II. « Déterminer les conditions qui doivent présider à l'édification d'hospices et d'hôpitaux, surtout dans l'intérêt des personnes que l'humanité y reçoit;

« Exprimer si l'*agglomération* de plusieurs de ces établissements dans un même local plus ou moins étendu, pourrait présenter des inconvénients, des dangers, ou bien avoir des avantages quelconques. »

Le prix est une médaille d'or grand module, qui sera décernée publiquement en 1865.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. E. Dégranges, secrétaire général de la Société, rue Sainte-Catherine, 25, jusqu'au 1er novembre 1864-1865, limite de rigueur.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE; CLÔTURE DE LA DISCUSSION SUR L'ORIGINE DE LA VACCINE : MM. DEVERGIE, BRIQUET ET BOUSQUET.

La discussion sur l'origine de la vaccine est close. Cette discussion, nous ne craignons pas de l'affirmer, marquera parmi celles qui ont le plus contribué au progrès de la science et qui honoreront le plus l'Académie. S'il fallait en croire les trois derniers orateurs entendus, tels ne seraient pas les résultats qu'elle a produits. Pour eux, en effet, on n'aurait fait guère qu'agiter des idées bien des fois controversées, que ressusciter des questions toujours reprises et jamais résolues; on ne saurait rien encore sur la véritable origine de la vaccine, sur l'existence et les caractères de la variole des animaux, sur les rapports de cette dernière avec la vaccine, sur la véritable constitution de la vaccine; enfin nous en serions à peu de chose près où l'on en était avant le commencement du débat. Heureusement qu'il n'en est rien, et que ces juges immobiles, qui sont placés sur la voie du progrès comme les Termes antiques, n'en font que mieux marquer les étapes. Sans leur négation obstinée on ne distinguerait pas bien ce qu'on connaît aujourd'hui de ce qu'on ne connaissait pas, et leur opposition rend au moins le service de montrer la distance qu'on a parcourue. En présence de ces dénégations et de la confusion qu'elles paraissent avoir ramenée dans les esprits aussi bien au dehors de l'Académie que dans l'Académie elle-même, nos lecteurs ne seront sans doute pas fâchés de nous voir dégager une dernière fois les vérités que nous croyons acquises de celles qui attendent encore des éclaircissements.

La première solution obtenue est celle de l'origine équine de la vaccine. Mais cette origine, contestée naguère par M. Depaul, en présence des données historiques antérieures à cette discussion, en présence des faits observés par MM. Pichot et Maunoury, en présence du fait communiqué par M. Lafosse (de Toulouse), a été enfin reconnue par M. Depaul lui-même, à la faveur du fait d'Alfort, du cas de prétendue affection aphtheuse du cheval, qui lui a été mis sous les yeux par M. Bouley. Ce n'est pas une chose médiocrement merveilleuse que ce progrès résultant d'une erreur de diagnostic et accepté par un esprit jusque-là réfractaire à la vérité, dont il s'est toujours obstiné à méconnaître, à nier les enseignements, parce qu'il n'en avait pas compris la portée. Quoi qu'il en soit, l'origine équine de la vaccine a donc été proclamée et l'on peut dire acclamée, puisqu'elle ne rencontre plus de contradicteurs. Mais qu'est-ce que cette solution, jusqu'où va-t-elle, où s'arrête-t-elle, que signifie-t-elle? « Que la vache, pour « me servir des expressions de M. Bousquet, regardée jusqu'ici « comme l'unique source de la vaccine, partage cet avantage avec le « cheval. » Rien de plus, aux dires de MM. Magne, Raynal, Devergie, Briquet; rien de plus, au dire de M. Bousquet, qui s'est fait le principal et dernier avocat de cette thèse rétrograde. Qu'est-ce que cela en effet? Une pure solution empirique, une constatation curieuse, si l'on veut, mais insignifiante, d'histoire naturelle, dont il faudrait reporter presque tout l'honneur à nos prédécesseurs, à Loy, par exemple, qui le premier a signalé le caractère pustuleux et constitutionnel de la maladie vaccinogène du cheval. Car, qu'on le remarque bien, nos dieux Termes, représentés par M. Bousquet, ne veulent pas aller au delà de cette constatation nosographique; leur conclusion se formule comme il suit : « que la maladie vaccino- « gène du cheval est une éruption générale pustuleuse et fébrile. » La différence entre l'auteur anglais et l'opinion représentée par M. Bousquet, c'est que l'un, en affirmant et démontrant l'origine équine de la vaccine, l'a étiquetée *grease pustuleux constitutionnel*, et que l'autre et les autres l'appellent *cow-pox* ou *horse-pox*, ou ne l'appellent pas du tout, se bornant à la désigner empiriquement par son caractère symptomatique. Tel serait le produit net de la discussion. Le beau résultat vraiment de tant de labeurs, de tant de discours, de tant d'efforts! Ces messieurs sont véritablement d'une prudence désespérante, et ils ont bien peur de se compromettre. Mais ils ne s'aperçoivent pas qu'ils ne peuvent se retrancher dans cette négation de la vérité, si claire, si évidente pour d'autres, qu'en tombant dans les plus flagrantes contradictions, qu'en niant les vérités les plus fondamentales de la science, qu'en fermant les yeux à la plus éclatante lumière, qu'en justifiant enfin cette parole de l'Évangile : *Oculos habent et non vident*. Cette fois encore il est permis de leur montrer ce que peuvent les idées, les démonstrations tirées de l'esprit après l'impuissance des démonstrations fournies par l'expérience : non que nous attendions davantage de satisfaction et de reconnaissance de ceux dont nous venons secourir l'insuffisance ou corriger les erreurs, car il est bien entendu qu'une classe d'esprits tout entière, au dedans comme au dehors de l'Académie, prétend que la discussion n'a rien produit au delà du résultat empirique de l'origine équine de la vaccine. Or, tout le monde le sait maintenant, nous avons, M. Depaul et nous, affirmé une autre doctrine; nous avons dit que la maladie vaccinogène du cheval comme celle de la vache c'est la variole. Mais ici nous devons établir une distinction capitale entre les idées de notre collègue et les nôtres, qui fera cesser une confusion que quelques personnes cherchent encore à entretenir. Cette confusion, la voici :

M. Depaul prétend, et il a toujours prétendu que la maladie vaccinogène n'est que la variole de l'*homme transmise* aux animaux, lesquels rendent la variole à l'homme sous la forme de cow-pox, d'où l'identité de la variole et de la vaccine.

Nous soutenons au contraire :

Que la maladie vaccinogène du cheval et de la vache c'est la variole spontanée de ces animaux, différente à beaucoup d'égards de la variole humaine, mais bien la variole et non une maladie quelconque, laquelle, en passant de ces animaux à l'homme, donne naissance à un nouveau produit, la vaccine.

Ce sur quoi nous sommes entièrement d'accord, M. Depaul et moi, mais ce que nous avons affirmé et établi avant lui, c'est la réduction de toutes les maladies du cheval réputées vaccinogènes, le javart, le grease, les eaux aux jambes, etc., à une seule et même maladie : la variole. Reconnaissons cependant que nos autres contradicteurs se plaisent à proclamer avec nous la première moitié de cette proposition et non la seconde. Ils consentent à dire ce que la maladie vaccinogène n'est pas, mais ils ne consentent à aucun prix à dire ce qu'elle est, si ce n'est ceux qui persistent à dire que c'est le cow-

FEUILLETON.

DE LA MODE EN THÉRAPEUTIQUE.

Dans une bonne histoire de la médecine en France, les médecins de campagne devraient occuper une grande place. C'est Bordeu qui a fait cette remarque aussi juste que fine, pour rappeler apparemment à ces archiâtres des villes populeuses, qu'on décore volontiers du titre de princes de la médecine, que l'art médical n'est pas uniquement renfermé dans le domaine où ils règnent en maîtres. La capacité, le savoir et la sagesse, qui vont si rarement ensemble, se rencontrent parfois au village, et il est tel petit médecin dont les visites sont payées 15 sous par le paysan avare, qui en remontrerait sur nombre de points à ces sommités, comme on dit ridiculement, dont la sottise nobiliaire et la vanité bourgeoise entretiennent l'ostentation et le faste.

Bordeu, qui connaissait si bien la cour et la ville, et qui, dans la médecine parisienne, était le premier entre ses pairs, Bordeu n'était point dupe des apparences; il savait au juste la valeur de ces docteurs régents qui arrivaient à la fortune par la vogue, et dont l'opinion publique absolvait l'ignorance et le charlatanisme. Dans cette revue critique des meilleurs auteurs de médecine et des universités ou écoles médicales, où se retrouve un souvenir du célèbre inventaire de la bibliothèque de Don Quichotte, dans cette revue critique, ce n'est point un professeur qui parle en maître, ni un académicien, ni un archiâtre; mais un campagnard, un praticien de village, sain de corps et d'intelligence, agissant et raisonnant librement, en homme habitué à la rude et vive atmosphère des montagnes.

Bordeu, qui a écrit tant de pages ingénieuses et fines, n'en a point de meilleure que son chapitre du médecin des Pyrénées. Si parmi tous ceux que l'on qualifie aujourd'hui d'éminents ou d'illustres, il s'en trouvait un seul de cette force, il ne serait pas indispensable de rappeler que l'avertissement de Bordeu à ses confrères des grandes villes renferme une leçon plus que jamais opportune.

Tout n'est pas pour le mieux, il s'en faut, dans la pratique ordinaire de ceux qui régentent présentement la médecine, et les praticiens des villes, s'ils sont sages, ne dédaigneront point les réflexions d'un médecin de campagne, qui vient d'exprimer sa façon de penser dans un livre de modestes apparences, mais d'un rare bon sens et d'une franchise peu commune, en ces temps de dissimulation et de complaisantes faiblesses (1). De ce livre il n'y a que du bien à dire. Mais il faut reprocher à l'auteur de ne s'être pas nommé.

Cacher son nom, lorsqu'on fait une bonne action et preuve d'indé-

(1) *Quelques réflexions médicales*, par un médecin de campagne. Paris, P. Asselin, librairie de la Faculté de médecine. 1864, 1 vol. in-12, VII-102 p., avec cette épigraphe :

Amicus Plato, magis amica veritas.

pox, que c'est la vaccine, c'est-à-dire ce qu'on savait, ce qu'on disait avant la discussion, au moins en ce qui concerne la vache.

Les termes ainsi posés et la part de chacnn ainsi faite, voyons comment du conflit de ces opinions il est vraiment possible de dégager la vérité.

Commençons par l'opinion de M. Depaul.

Nous disons que la maladie vaccinogène du cheval et de la vacbe n'est pas, comme le prétend notre collègue, la variole de l'homme transmise aux animaux, parce que ni l'observation directe, ni l'expérimentation, ni l'aualyse comparative des faits n'autorisent à soutenir qu'il en soit ainsi. Malgré les expériences de Sacco et autres, expériences trop beureuses, comme l'a dit M. Bousquet, on ne peut admettre la doctrine générale qu'on en déduit, par la raison qu'il n'a pas été possible jnsqu'ici de reproduire le résultat annoncé comme presque constant par Saccn, c'est-à-dire l'innculation de la variole bumaine à ces animanx: tonjours, depuis Sacco, ils se sont moutrés réfractaires à cette inoculation, et les dernières tentatives de M. Depaul n'ont pas mieux réussi que celles de ses prédécesseurs. Les analogies qu'il a tirées des autres maladies virulentes communes à l'homme et aux animaux ne prouvent pas que toutes ces maladies soient inoculables de l'espèce bumaiue aux espèces inférieures; elles ne font qu'établir quelques présomptinns qui ne peuvent se changer en certitudes que quand l'ohservation et l'expérimentation directes établissent qu'il en est ainsi. Certes si ce résultat était produit, nous n'aurions aucune raison de ne pas le reconnaitre; mais il n'en est pas encore à cet état de démonstration. La preuve directe manquant, à quoi bon suivre M. Depaul dans les variations, les atténuations à l'aide desquelles il a cru pouvoir modifier l'ahsolu de sa première proposition : « la vaccine n'existe pas, la variole et la vaccine sont identiques. » Qu'importe que ces propositions aient été changées depuis en celle-ci : « La vaccine n'est que la variole mitigée, modifiée « par son passage dans l'organisme des animaux. » C'est moins absolu dans les termes, mais aussi peu exact dans l'idée. Si le virus varioleux des animaux leur venait de l'homme, et si ce virus ne lni revenait que modifié, comme le prétend M. Depanl, par le terrain où il serait transporté, il devrait, en retournant au terrain d'où il est parti, y retrouver les qualités qu'il avait perdues, c'est-à-dire parti variole, revenir variole. Or, ainsi qu'on ne saurait trop le rappeler, toutes les inoculations pratiquées chez l'homme avec la variole des animaux, même à l'état épizootique, n'ont jamais reproduit la variole : donc ce n'était pas la variole humaine mitigée.

De compte fait, il ne reste donc à M. Depaul dans le prodnit net de la discussion qu'uue part au redressement de l'erreur diagnostique commise par M. Bouley et à la généralisation de ce redressement en ce qui concerne les maladies réputées vaccinogènes. les *eaux aux jambes*, le *javart*, etc., etc. Mais il lui reste en propre l'idée que la variole des animaux, dn cheval, de la vacbe, du mouton, du porc, n'est que la variole de l'homme, trausmise à ces animaux et modifiée par leur orgauisme. Tel est le bilan de M. Depaul.

Passons à ceux de nos collègues qui n'osent pas donner un nom à la maladie vaccinogène, ou qui prétendent que cette maladie est le cow-pox, est la vaccine, c'est-à-dire une maladie essentiellement différente, spécifiquement différente de la variole. Ces deux classes d'esprits se confondent : avec cette senle différence que les uns ne font que penser tnut bas ce que les autres affirment tout haut, mais tous professant implicitement et explicitement la diversité spécifique des deux virus.

M. Devergie qui. au dire d'un de nos collègues mieux avisés, a perdu une bonne occasion de se taire, a prétendu que la maladie pustuleuse du cheval n'est pas la variole du cheval. parce que les prodromes, le siége de l'éruption, l'éruption et la gravité de la maladie ne sont pas les mêmes chez le cheval que chez l'homme. Pour des esprits moins forts en dermatologie que l'honorable médecin de l'hôpital Saint-Louis, il eût été surprenant que le contraire eût lieu. La peau du cheval, sa constitution organique, sa vitalité, son intelligeuce seraient-elles par basard comme celles de l'homme? Comme le disait notre spirituel collègue M. Ricord, « cela ne serait pas si bête. » Au fait, M. Devergie ne parait pas éloigné de le penser. A propos des différences anatomiques de la pustule de la vaccine du cheval et de celle de l'homme n'a-t-il pas fait remarquer que les poils de l'un (cenx du cheval) ne devraient pas plus modifier la forme de l'éruption que les poils de la harbe chez l'homme? Qu'un dermatologiste s'arrête, comme c'est assez l'usage, à la bagatelle de la porte, encore pourrait-il à la riguenr y comprendre l'épiderme. Or l'épiderme du cheval n'est pas absolument identique à l'épiderme de l'bomme. Que vous en semble, monsieur Devergie? Mais passons. Outre cette superficialité un peu trop grande du raisonnement dermatologique, rétablissons la vérité du fait général de la différence des maladies subordonnées à la différence des organismes dans l'écbelle animale, et reconnaissons avec un des nrganes les plus sensés de la presse médicale, M. Sales-Girons, que dans cette discussion on u'a pas tenu assez compte — quoique nous y aynns, pour notre part, beaucnup iusisté — de cet ordre de cousidérations pour expliquer la diversité des formes avec l'identité du fond dans l'appréciation des mêmes maladies chez l'homme et les animaux.

Nous en dirons autant de la découverte de notre excellent collègue M. Briquet, qui prétend qu'il existe au fond de la pustule varioleuse un *disque* qui *pourrait* ne pas exister dans la vaccine, auquel il a donné le nom de *disque varioleux*. Nous ne sommes pas éloigné de croire que cette découverte de M. Briquet ne doive lui assurer une place dans l'histoire de la vacciue. Mais à prétendre que ce disque varioleux, qu'il n'a pas encore cberché (c'est lui qui en fait l'aveu), ni dans les pustules du cheval, ni dans celles de la vache, ni même dans celles de la vaccine, — mais qu'il soupçonne y manquer, qu'il suppose devoir y manquer, — aller, dis-je, jusqu'à prétendre que cette ahsence *présumée*, *soupçonnée*, soit une raison suffisante pour dire que la vaccine et la variole sont deux espèces différentes, voilà ce qui nous parait d'une grande hardiesse d'induction. Nous n'avons jamais osé allé jusque-là.

Mais abordons l'opposition sérieuse qu'on a faite à l'idée que l'affection vaccinogène dn cheval et de la vache c'est la variole de ces animaux ; et examinons ensuite l'idée subséquente que cette maladie est le cow-pox, c'est-à-dire une maladie essentiellement distincte de la variole.

M. Bousquet, dont le style est tout l'homme, a beaucoup compté, nous le pensons, sur l'effet de son éloquence pour dissimuler la

---

pendance, est d'un manvais exemple. Il y a parfois du mérite à n'être point modeste : un anonyme est toujours suspect surtout dans ses hardiesses, et un inconnu ne peut avoir toute l'autorité que mérite, quand il dit de bonnes vérités, celui qui parle à visage découvert. P. L. Courier, qui savait bien comment il faut se présenter au public, commençait ainsi : « Je suis Tourangeau, j'habite Luynes, » déclinant son nom et sa profession. Notre médecin, qui a lâché nn excellent pamphlet, nous apprend tout bonnement qn'il exerce à la campagne, et c'est tout. Le lecteur voudrait en savoir davautage, et il est vraiment étonnant qu'un homme qui préfère la vérité à toute chose, craigne à ce point de se compromettre ou de faire dn bruit, ou de n'en faire pas.

Ces précautions sont bonnes tout au plus pour les citadins; car dans les villes, la grande divinité dn jour est le snccès, et bien des gens qui veulent parvenir attendent qu'ils aient réussi pour se nommer. Pour nous qui n'avons jamais compris qu'on attende qu'un homme soit connu ponr reconnaître et proclamer son mérite, nous regrettons vivement que les compliments et les remercîments que nous devons à notre anonyme ne puissent lui être directement adressés. Il saura du moins, en les recevant, qu'ils sont très-sincères, et que la *Gazette Médicale* n'est point indifférente aux efforts d'un médecin qui a le courage de tourner le dos à la mode. Par le temps qui court, rien n'est plns original, et il faut posséder un bon sens très-solide pour résister au courant et manifester sa pensée en se mettant en contradiction avec l'immense majorité des médecins.

Notre campagnard, sans en avoir l'air ni peut-être la prétention, donne une excellente leçon aux praticiens des villes, en leur prouvant par un résumé substantiel de sa pratique, — ses observations sont bien choisies et simplement présentées, — que la vraie tradition thérapeutique se conserve encore dans les campagnes, loin de ces influences doctrinales ou charlatanesques qui règnent comme des épidémies dans les grands centres de population. Et en développant ses vues qu'il autorise de son expérience, il nous aide à mieux pénétrer la pensée de Bordeu; car il nous démontre, sans grands efforts, que c'est dans les villes qu'il faudrait recueillir les éléments d'une histoire des variations de la médecine pratique.

Sa démonstration n'est peut-être pas irréprochable, toute réaction entraînant forcément quelques excès; mais les exagérations de notre anonyme n'ôtent rien à la valeur intrinsèque de sa thèse. Il est très-certain, en effet, que les bonnes, les vraies méthodes thérapeutiques n'ont pas de pires ennemis que les médecins à la mode; car il faut innover à toute force pour attirer la foule, et il est plus facile de modifier un traitement reçu et consacré par la tradition, que d'ajouter une méthode nouvelle à toutes celles qui sont connues.

C'est la matière médicale qui défraye le plus souvent les novateurs, et qui fournit, selon les besoins, toutes sortes de remèdes dont l'efficacité ne dure qu'un certain temps. Mais ce n'est point de ces remèdes éphémères qu'il s'agit. Prenons les méthodes thérapeutiques, c'est-à-dire ces principes d'application qui ne passent point, et montrons que ce

vétusté de ses arguments. Sans vouloir dire que les uns aient déteint sur l'autre, nous ne saurions dissimuler que nous n'avons pas été plus ébloui par la forme que par le fond de l'argumentation de notre bien-aimé collègue. Notre savant et très-respectable contradicteur a cru qu'il lui suffisait de fulminer, dans son langage alexandrin, contre toutes les exagérations de M. Depaul pour faire triompher sa doctrine; il se trompe; et s'il a intentionnellement ou par distraction esquivé, comme M. Depaul, la vraie difficulté, le nœud de la discussion, nous espérons lui prouver que ce n'est qu'en abjurant ses principes, en ajoutant de nouvelles variations et contradictions à toutes celles qu'on lui a justement reprochées.

Commençons par préciser les termes.

Il ne s'agit plus, nous l'avons dit, de prouver, comme M. Bousquet a cherché à le faire avec nos propres arguments, que la variole des animaux n'est pas et ne peut pas être la variole de l'homme venue de l'homme, mais de rechercher si la maladie vaccinogène du cheval et de la vache est bien la variole de ces animaux, leur variole propre, spontanée, et pas autre chose. Or sur quoi MM. Bousquet et autres se fondent-ils pour le nier et pour maintenir leur détermination empirique, ou conclure avec MM. Devergie et Briquet que c'est une espèce nouvelle et distincte de la variole : le cow-pox? Nous sommes véritablement embarrassés de le dire. Il fait peu de cas, comme de raison, des caractères anatomiques invoqués par ses deux collègues : il ajoute même excellemment « qu'en fait de maladies contagieuses, les causes dominent les symptômes et l'anatomie pathologique elle-même. » Quelle raison donne donc M. Bousquet pour méconnaître la variole du cheval et de la vache dans la maladie vaccinogène de ces animaux? Celles qu'il donne pour affirmer la spécificité absolue de la vaccine. Il passe ainsi à pieds joints sur la difficulté sans s'apercevoir qu'elle précède et domine celle qu'il aborde d'une manière détournée. Or ce que notre collègue et tous ceux qui ont applaudi à ses doutes, à ses réserves, n'ont pas fait pour prouver la non-existence de la variole des animaux, nous allons le faire pour l'établir une bonne et dernière fois.

Et d'abord, ainsi que cela s'est vu dans l'épizootie de Toulouse, — et ainsi que l'a rappelé M. Depaul pour prouver ce que cela ne prouvait pas, — on a fréquemment observé la variole de l'homme régnant simultanément avec celle des animaux : témoins les épidémies et les épizooties varioleuses décrites par Ramazzini. Pourquoi, dans ces grandes expériences de la nature, méconnaître ce qui est enseigné par la logique de tous les temps, à savoir, l'ideotité des effets liée à l'identité des causes? Dire que c'est la variole des animaux qui règne en même temps que la variole de l'homme, n'est-ce pas énoncer simplement un fait commun et général, reconnaissable à certains caractères? Mais, qu'on le remarque bien, ce n'est pas affirmer l'hypothèse de M. Depaul, qui prétend y trouver la preuve que c'est l'homme qui a donné la variole aux animaux. Nous ne faisons que constater le fait de coïncidence, rien de plus, et cette coïncidence de la variole de l'homme et des animaux, nous le répétons, n'est pas rare, ainsi qu'on en a rapporté de nombreux exemples dans la discussion.

Mais à quels caractères reconnaît-on chez l'homme la variole, qui ne soient pas ceux de la variole chez les animaux? Les uns sont négatifs, les autres positifs. On affirme la variole chez l'homme quand elle existe, parce qu'on n'y reconnaît aucune autre maladie : on l'affirme par voie d'exclusion. Et chez le cheval et la vache? On veut bien admettre aujourd'hui que ce n'est ni le javart, ni les eaux aux jambes, ni le mal du talon, ni quoi que ce soit de ce qu'on avait dit. Mais qu'est-ce donc? Les uns ne le disent pas, les autres disent que c'est le cow-pox. Pour les premiers, nous suppléerons à leur silence en disant que la maladie éruptive générale, qui se conduit chez les animaux comme elle se conduit chez l'homme, c'est la variole des animaux. Chez les uns comme chez l'autre n'est-elle pas générale, n'est-elle pas contagieuse, ne s'inocule-t-elle pas ; et dans les deux cas, une première atteinte, soit provoquée, soit spontanée, ne prémunit-elle pas contre une seconde? Dans les deux cas, c'est donc la variole, mais la variole de l'homme et la variole des animaux; on n'affirme rien de plus, et l'on n'est en droit d'affirmer rien de plus. Cependant, qu'on mette l'opinion contraire en présence des mêmes faits; qu'on affirme qu'en même temps que règne la variole chez l'homme, c'est une autre maladie qui règne chez les animaux : le cow-pox; qu'il y règne épidémiquement, avec le caractère infectieux, mais alors on attribue arbitrairement au cow-pox, à cette autre maladie, les propriétés dont l'absence a servi à le caractériser et à le différencier de la variole chez l'homme. Qu'est-ce que cela, si ce n'est l'obstination de tous ceux qui ont refusé de reconnaître à toutes les époques les maladies méconnues jusqu'à eux ; si ce n'est l'oubli de tout principe et l'opposition la plus obstinée, la contradiction la plus flagrante avec les lois les mieux établies de la science? Quoi! les prodromes, les pustules, les symptômes généraux, la préservation, sont les mêmes dans les deux maladies avec les différences qu'impliquent les différences d'organisation! La préservation surtout, consacre une fois de plus cette grande loi de l'immunité d'une maladie par une première atteinte de la même maladie : et vous voulez que cette immunité tienne cette fois, par un miracle tout exceptionnel, à un élément occulte, à un produit mystérieux complétement étranger à la variole! Vous n'y songez pas, monsieur Bousquet; oh! si fait, vous y avez songé, et vous avez cru échapper aux conséquences de votre inconséquence en créant je ne sais quelle parenté, quel degré de cousinage entre deux espèces parallèles ayant les mêmes allures et les mêmes propriétés. Cela s'est vu et dit de tout temps; mais cela s'est dit en parlant des choses qui ont une même origine.

...Diversa tamen, qualis decet esse sororum.

C'est ainsi, en effet, qu'il faut expliquer la génération de la vaccine et ses rapports avec la variole des animaux d'où elle procède; et c'est ainsi que, toute différente qu'elle est de la variole, la vaccine conserve néanmoins cette grande et précieuse propriété de préserver d'une seconde atteinte de la maladie. A ce point de vue, quoi de plus facile à concevoir que cette différence; de préservation qu'on reconnaît à la variole et à la vaccine par la différence d'intensité et de pureté du principe inoculé? Quoi de plus grand et de plus fécond pour l'avenir que cette doctrine générale de l'immunité par l'inoculation des semblables, mais des semblables modifiés, dilués, atténués en vue d'une diminution des accidents à provoquer? Voilà pourquoi et comment nous aimons à soutenir et à faire triompher des embarras qu'on lui crée cette doctrine de la vaccination générale, qui, grâce

---

médecin de campagne, qui proteste contre les pratiques et les tendances de la médecine contemporaine, est parfaitement dans le vrai. Son petit livre, dans ses simples allures, est un excellent traité sur la certitude médicale, si compromise par l'empirisme routinier et les imaginations de la fantaisie. Notre auteur ne s'est point arrêté à chaque chapitre de la pathologie; mais il a pris dans l'encyclopédie pathologique quelques points qu'il a examinés, moins en théoricien habitué aux inductions générales, qu'en praticien sensé, qui juge les systèmes en présence d'après les résultats.

C'est en comparant la pratique adoptée par lui avec celle qu'il rejette, que ce médecin de campagne fait sentir la différence qu'il y a entre les méthodes thérapeutiques solidement établies et les procédés qui se succèdent sans laisser aucune acquisition utile à l'art de guérir.

Deux états pathologiques forment la matière de ses réflexions : la pléthore et la dyspepsie. Prêchant sur ces deux textes, notre auteur a touché deux points essentiels de l'étiologie et de la thérapeutique. La saignée est un moyen héroïque, et la diète une des plus précieuses ressources de l'hygiène. Nombre de gens meurent par excès de sang ou par suite de mauvaises digestions, par leur faute sans aucun doute, mais aussi parce que de notre temps la plupart des médecins détestent l'effusion du sang autant pour le moins que le jeûne et la frugalité dans les repas.

Mais, nous dira-t-on, votre médecin de village veut nous ramener à la saignée et à l'eau de gomme? — Point du tout. Cet anonyme est plus sensé qu'on ne pense dans ses réflexions, et il n'envie point la gloire de ce docteur Sangrado, qui fit en si peu de temps l'éducation médicale de Gil Blas. — C'est donc un sectateur de l'école de Broussais? — Sectateur n'est point le mot juste. Il faudrait dire partisan, sinon disciple; car cet anonyme, qui admire Broussais et rend justice à sa mémoire, ne veut jurer sur la parole d'aucun maître, et paraît très-décidé à rester disciple de cette éternelle école du sens commun, si peu fréquentée de nos jours, et par laquelle se perpétue à travers les siècles la saine tradition médicale.

Il dirait volontiers, comme ces judicieux empiriques dont Celse nous a transmis le symbole de foi, que l'art étant en possession de remèdes éprouvés et au courant des maladies les plus usuelles, il est superflu d'innover dans la pratique et de créer une médecine nouvelle : *Primo tamen remedia exploranda summa cura fuisse, nunc vero jam explorata esse; neque aut nova genera morborum reperiri, aut novam desiderari medicinam.*

Sans craindre de nous enfoncer dans la routine, nous pensons exactement de même, et c'est notre conviction profonde que ces variations de la thérapeutique discréditent l'art médical et en ébranlent la certitude. Tel est au fond et implicitement l'avis de notre auteur. Mais il va plus loin, et il prétend que les deux états morbides sur lesquels son attention se concentre sont du fait des médecins encore plus que du fait des malades, et c'est en cela surtout que sa thèse nous semble extrêmement originale.

au premier jalon planté par le génie de Jenner, nous parait devoir être une des conquêtes les plus bienfaisantes de l'esprit humain.

Laissons donc ces esprits, affligés d'un scepticisme antipathique au progrès, soutenir le contraire de l'évidence; ils perpétuent et ils perpétueront à jamais cette race dont on a dit que chez eux la logique a été créée pour soutenir l'erreur et empêcher la vérité.

Oui la vaccine nous vient de la variole des animaux, et c'est en se greffant, en se mariant et se combinant avec les éléments physiologiques et pathologiques de l'organisme humain que ce principe morbide acquiert les caractères et les propriétés d'un produit nouveau, auquel il convient de conserver à jamais le nom de VACCINE.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

NÉO-MEMBRANES ET EXTRAVASATIONS SANGUINES PRODUITES PAR L'INFLAMMATION DE L'ARACHNOÏDE CRANIENNE PARIÉTALE; par le docteur DANIEL BRUNET, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Niort, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la Société médico-psychologique et de la Société d'anthropologie.

(Suite et fin. — Voir les nos 3, 4, 8, 9, 10, 12 et 14.)

ESSAI DE SYMPTOMATOLOGIE.

Quelques médecins ont cru être plus heureux que nous, et être parvenus à jeter les bases du diagnostic de la méningite pariétale.

M. Gendrin (1) pense que lorsque la céphalalgie ne s'accompagne d'aucun mouvement fébrile contenu, qu'elle ne coexiste ni avec le délire ni avec des mouvements spasmodiques ou convulsifs, qu'elle reste fixe et circonscrite dans une partie limitée du crâne, on est fondé à la regarder comme indiquant une inflammation de la dure-mère.

M. Shuberg (2) divise les symptômes en trois périodes. Dans la première, qui correspond à la formation de la fausse membrane, et qui dure plusieurs mois, on observe de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, des vertiges, de la céphalalgie continue ou rémittente, de l'insomnie, de la constipation; dans une seconde période, qui correspond à l'extravasation sanguine, néo-membraneuse, à laquelle elle est subordonnée, l'affaiblissement intellectuel augmente, la parole s'embarrasse, les membres, en général les inférieurs, s'affaiblissent, et il se produit des paralysies partielles, souvent hémiplégiques, qui souvent augmentent et diminuent avec une grande rapidité. Enfin, dans la troisième période, produite par une hémorrhagie considérable dans les anciens foyers, il survient une attaque apoplectique, quelquefois accompagnée de délire et de convulsions.

Griesinger (1) après avoir analysé neuf observations, dont huit sont empruntées à différents auteurs, admet comme caractère principal des hématomes de la dure-mère, un état prononcé de torpeur, coexistant avec des symptômes d'excitation tels qu'il en résulte au moins la contraction des pupilles.

La stupeur, la somnolence, la perte de mémoire, la titubation, des hémiplégies fugaces, accompagnées ou non de convulsions et de contractures, la miction involontaire, la constipation, l'immobilité, et surtout la contraction des pupilles, habituellement un peu plus prononcée du côté même de l'extravasation sanguine que du côté opposé, tels sont les symptômes le plus fréquemment observés, et qui, suivant M. Griesinger, semblent se rapporter en partie à une lésion diffuse, en partie à une lésion circonscrite au foyer.

M. Aug. Voisin admet comme phénomènes caractéristiques des néo-membranes de l'arachnoïde une forme spéciale de convulsions caractéristiques par des accès d'une durée remarquablement courte, d'une succession rapide, par la prédominance de la contracture sur les convulsions cloniques, l'absence de convulsions de globes oculaires, et la localisation des phénomènes dans un membre, ou dans un côté du corps (2).

D'après M. Lancereaux, on peut diagnostiquer assez sûrement cette affection, toutes les fois que chez un individu adonné à l'usage des boissons alcooliques, une céphalalgie, ordinairement de longue durée, accompagnée d'étourdissements ou de vertiges, est suivi d'un état de somnolence ou de torpeur profonde, avec contraction des pupilles, sans strabisme, et souvent avec miction involontaire, ou bien encore, lorsque apparaissent après les douleurs de tête de longue durée, des attaques apoplectiques ou convulsives, laissant après elles de la contracture, de la paralysie et souvent du coma.

Il compare ensuite ces symptômes avec ceux de la syphilis, de l'anémie, de la dyspepsie, de la dégénérescence athéromateuse des artères de l'encéphale, des tumeurs craniennes, de l'épilepsie, de l'hémorrhagie, du ramollissement du cerveau, des épanchements ventriculaires et de la folie paralytique, et il trouve dans ces affections des caractères qui les différencient des néo-membranes hémorrhagiques de la face interne de la dure-mère.

Rien ne prouve que les troubles fonctionnels décrits par ces auteurs soient dus à la présence des néo-membranes; en effet, dans toutes les observations analysées par MM. Aug. Voisin et E. Lancereaux (et l'analogie porte à penser qu'il en est de même dans celles de MM. Shuberg et Griesinger, que nous regrettons de ne pas connaître), ces productions accidentelles coexistent avec les lésions de la périencéphalite chronique, auxquelles les symptômes observés me paraissent devoir être rattachés, puisqu'ils s'observent tous les jours dans cette

(1) Abercrombie, *Traité des maladies de l'encéphale*, traduction Gendrin, 2e édition, 1835.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 109; *Gaz. hebd.* p. 621.

(1) Fortges, *Beobachtung, über Hivenkrankh, Ven W. Griesinger*, (*Archiv der heilkunde*, 1862, p. 33; *Archives de médecine*, 1863, p. 44.)
(2) *Archives de médecine*, 1862, p. 691.

Les gens de l'art ne manqueront point de crier au paradoxe. Mais, à le bien considérer, l'assertion de notre docteur de village n'est pas aussi paradoxale qu'on pourrait le croire. Dans la plupart des grandes villes, et notamment dans les capitales, où il se fait une si prodigieuse dépense d'activité, c'est-à-dire de vitalité, les médecins partent volontiers de ce principe général, qu'il importe avant tout de réparer, de restaurer les forces, de refaire le tempérament appauvri. Bien des gens, qui ont consulté maintes fois la Faculté pour des faiblesses de tête ou d'estomac, finissent par se persuader qu'on achète la santé au marché, et se soumettent, en conséquence, à un régime succulent.

Et quoi de mieux pour guérir cet état mal défini, mais intolérable, qu'on appelle débilité? Ce mot, qui ne signifie par le fait absolument rien, est d'un usage habituel : on dit souvent c'est de la débilité, comme on dit c'est nerveux. On sait qu'un médecin, toujours en quête de nouveautés, a forgé un mot barbare, qui n'a pas heureusement été reçu, pour désigner un de ces états indéterminés ou mal définis, que l'on attribue, on ne sait pourquoi, à une disposition particulière des nerfs. Mais les nerfs n'expliquent rien en pathologie, pas plus qu'autrefois les quatre humeurs et les qualités premières qui ont pourtant maintenu debout durant quinze siècles le système galénique.

La débilité non plus ne signifie rien absolument, et prétendre guérir cette débilité prétendue par une alimentation substantielle et abondante, c'est se mettre à la remorque de cette fameuse *médecine naturelle*, dont le système si simple restera comme un monument du moderne charlatanisme. Ce système a laissé trace de son passage dans la pratique médicale; sous le prétexte de remplacer les drogues de la pharmacie par les agents de l'hygiène, et de régler l'alimentation des malades contre les vrais principes de la diététique, nombre de médecins ont pris le parti de nourrir leurs malades lorsqu'ils devraient faire diète, et de les laisser suffoquer plutôt que de leur tirer une goutte de sang.

Les mêmes principes sont appliqués aux valétudinaires, aux personnes d'une santé délicate et sujettes à des malaises ou à des indispositions fréquentes. La nourriture trop abondante a le double inconvénient d'altérer les fonctions digestives, et d'activer outre mesure la circulation. De là tant de congestions pulmonaires ou cérébrales, et ces dyspepsies qui font le désespoir des médecins et de leurs clients. Notre siècle mange trop et il digère mal, et c'est pourquoi il a des maux d'estomac et des vertiges, suivant la manière de voir de notre campagnard. Il y a du vrai, beaucoup de vrai dans tout cela.

Broussais a versé bien du sang; mais il faut convenir qu'il se préoccupait avec le plus grand soin de tenir l'estomac libre et la tête dégagée. Aujourd'hui, tout au rebours, comme si les malaises, indispositions et maladies tenaient à une sorte d'anémie, on ne néglige rien pour enrichir le sang : le fer, les viandes succulentes, les vins généreux, sont à la mode avec les amers et les toniques. Ce régime analeptique vaut il mieux que le régime contraire? et Guy-Patin, dans son aveugle fanatisme, n'avait-il pas un peu raison de crier si fort contre l'antimoine?

affection, sans que l'on trouve la moindre pellicule néo-membraneuse à la face interne de la dore-mère.

La céphalalgie, à laquelle on attache beaucoup d'importance, est loin d'être constante, il est vrai, dans la périencéphalite ; mais elle est aussi moins fréquente qu'on ne le pense dans la méningite pariétale, puisqu'elle n'a pas été notée une seule fois dans nos observations.

M. Joire a publié en 1857 un mémoire sur l'hémorrhagie des méninges des aliénés, dans lequel, d'après l'analyse qu'en a donnée la *Gazette Médicale*, 1863, p. 39, il atribue la néo-membrane à l'organisation du sang extravasé, et la paralysie générale à la compression déterminée par l'épanchement sanguin; mais c'est là une double conclusion en contradiction avec les données actuelles de la science.

MM. Bayle et Calmeil, Baillarger, Aubanel, admettent, comme nous, qu'on ne saurait constater pendant la vie la présence des néo-membranes des kystes de la cavité de l'arachnoïde.

M. Legendre a cherché à établir le diagnostic de la méningite hémorrhagique chez les enfants; mais ce diagnostic est aussi impossible que chez les adultes, d'après MM. Rilliet et Barthez. On n'observe pas, disent-ils, de symptômes, ou bien ils se confondent avec ceux d'autres affections cérébrales, et quand il existe en même temps une autre lésion encéphalique, il est difficile de décider à laquelle appartiennent les phénomènes morbides.

CONCLUSIONS.

L'arachnoïde pariétale est susceptible de s'enflammer, surtout chez les enfants, les vieillards, et les aliénés atteints de démence paralytique.

Cette inflammation, à laquelle on peut donner le nom de méningite pariétale, coïncide presque toujours avec des lésions de même nature des membranes viscérales et de la substance corticale encéphalique.

Elle commence par l'injection de la face interne de la dure-mère, qui présente alors des stries nombreuses, de riches arborisations vasculaires, et des plaques d'un rouge vif, qui ne se décolorent pas par le lavage.

L'injection est suivie d'extravasation sanguine, et d'exsudation plastique, qui se font ordinairement en même temps, quoique l'une puisse précéder l'autre.

Dans quelques cas, la méningite pariétale donne lieu seulement à une exsudation de liquide plastique incolore, ou à une extravasation sanguine, sans blastème.

Quand le blastème est incolore, il faut gratter légèrement la face interne de l'arachnoïde pariétale, avec le manche ou le dos d'un scalpel, pour constater sa présence.

Le blastème seul est organisable.

Il donne naissance à de la matière amorphe, à des noyaux embryoplastiques, et à des corps fusiformes, qui sont le premier degré de formation des fibres et des vaisseaux.

Les fibres dartoïques n'apparaissent qu'après les fibres lamineuses, et ne deviennent insolubles dans l'acide acétique qu'au bout de quelque temps.

Les vaisseaux se forment par la réunion de plusieurs corps fusiformes, dont la traînée granuleuse se creuse, tandis que les noyaux sont rejetés sur la paroi.

Dans le cas de formation des fibres lamineuses, cette traînée se fendille, et les noyaux disparaissent.

Les hématies mêlées au blastème se décolorent par la dissolution de leur matière colorante dans le liquide plastique, puis se résorbent.

L'hématosine se précipite presque toujours sous forme de granules irrégulières, qui donnent à la néo-membrane une teinte histrée.

Ces granules persistent pendant un très-long temps.

La matière colorante du sang produit très-rarement des cristaux d'hématoïdine, tandis que ceux-ci se rencontrent souvent dans les anciennes extravasations sanguines de la substance encéphalique.

L'épanchement sanguin et le blastème sont produits par l'arachnoïde pariétale enflammée.

C'est une erreur de croire que la face interne de la dure-mère, n'est pas assez vasculaire pour donner lieu à une extravasation sanguine abondante.

La rupture des vaisseaux de la néo-membrane ne saurait expliquer dans la plupart des cas, l'extravasation sanguine, puisque celle-ci existe, alors même qu'ils ne sont pas encore formés.

Les néo-membranes sont toujours adhérentes à l'arachnoïde pariétale, et se présentent sous deux formes : la forme lamelleuse et la forme kystique.

Le diagnostic de ces productions membraneuses est impossible chez les adultes et chez les vieillards.

Tout au plus pourra-t-on soupçonner leur présence quand des individus atteints de démence paralytique offriront vers les centres nerveux des fluxions sanguines, fréquentes et considérables.

Les symptômes rattachés par les auteurs à la méningite pariétale ne sont autres que ceux de la périencéphalite, avec laquelle elle coexiste ordinairement.

Les kystes intraarachnoïdiens produisent chez les enfants, des troubles cérébraux assez semblables à ceux de l'hydrocéphale ventriculaire, et peuvent en être distingués dans un grand nombre de cas.

Ces kystes contiennent le plus souvent du sang, quelquefois de la sérosité, et très-rarement du pus.

Ils se forment ordinairement de la manière suivante :

Le feuillet pariétal de l'arachnoïde donne lieu à un épanchement sanguin ou séreux, qui décolle dans une étendue plus ou moins considérable une néo-membrane, qui lui était appliquée. Puis, une nouvelle lame membraneuse se forme sur la séreuse arachnoïdienne pour constituer la paroi supérieure du kyste.

Dans quelques cas, ces kystes paraissaient pouvoir être formés par un épanchement sanguin, entre les feuillets d'une néo-membrane, dû à la rupture des vaisseaux de celle-ci.

Le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde par suite de la rupture des sinus de la dure-mère, des vaisseaux de la pie-mère et de la substance cérébrale s'enkyste très-rarement.

Si l'épanchement est abondant, il détermine la mort rapidement, en s'accumulant à la base du crâne, tandis que, dans le cas contraire, il est résorbé.

Depuis que l'école de Vienne a mis en crédit le tartre stibié, il semble qu'on ait trouvé un moyen infaillible de faire avorter les maladies inflammatoires. Mais quand l'inflammation est franche et nettement déclarée, les antiphlogistiques peuvent seuls quelque chose. Ceci est un axiome en bonne thérapeutique, et les médecins qui l'ignorent ou le méconnaissent accordent implicitement que l'*Organon* de Hahnemann doit prévaloir sur le *Traité des phlegmasies*.

Les homœopathes font aussi profession de détester l'effusion du sang. Est-ce pour se rendre agréables au public au même titre que les médecins qui se vantent d'être dans la same tradition médicale, qu'ils renoncent à la saignée? Que ces médecins y prennent garde, c'est par leur incurie que la médecine expectante, qui est le fond même de la doctrine et de la pratique des naturistes, a fait la fortune des homœopathes, qui proclament aujourd'hui comme une nouveauté une méthode vieille de plus de deux mille ans. Si pour rivaliser avec ces novateurs ils sacrifient encore les plus précieuses ressources de la médecine agissante, que leur restera-t-il? La diététique et les agents de l'hygiène offrent, il est vrai, des ressources infinies à la thérapeutique; mais il ne faut attendre la guérison que des remèdes : *Sola remedia sanant*, dit Baglivi.

Je sais bien, pour dire comme Celse, que la médecine reconnaît à peine quelques préceptes immuables, *vix ulla perpetua præcepta medicinalis ars recipit*. Mais enfin, il y a un certain nombre de ces préceptes immuables qui n'émanent point d'une théorie éphémère ou d'un système passager. L'expérience a consacré ces préceptes, et c'est parce qu'ils sont nés de l'expérience qu'il faut les observer dans la pratique, *a certis potius et exploratis petendum esse præsidium; id est iis, quæ experientia in ipsis curationibus docuerit; sicut in ceteris omnibus artibus*. Bien plus encore que dans les autres arts, comme dit Celse, cela est surtout vrai de la médecine; car de même que la nature du mal, suivant la profonde remarque d'Hippocrate, est indiquée par le traitement, de même le traitement est prescrit par les résultats antérieurs, de sorte que la thérapeutique, qui est la partie essentiellement vitale de l'art médical, n'est point livrée aux conjectures, et que rien n'est plus triste et plus honteux que de la voir soumise aux caprices de la mode.

Avec de tels principes, nous ne pouvons qu'approuver les *Réflexions d'un médecin de campagne* sur l'usage, l'efficacité et la nécessité de la saignée dans la plupart des cas et circonstances qu'il indique. Hufeland, qui marche au premier rang des grands praticiens, a écrit ceci : « La saignée a incontestablement le pas sur tous les autres moyens thérapeutiques, en ce sens qu'elle est le seul à l'aide duquel nous puissions soustraire une partie de la vie elle-même, et diminuer la somme de la vitalité en attaquant celle-ci à sa source. »

C'est ainsi qu'il s'exprime au début de ses *Considérations sur la saignée*, considérations qu'il fortifie par les résultats de sa vaste expérience, en développant comme une idée originale et personnelle la définition de Bordeu : « Le sang n'est, aux yeux d'un médecin, qu'une

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION CURATIVE DES EAUX DU MONT DORE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur JULES MASCAREL. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

Avant d'abandonner une maladie rebelle et de livrer un malade au désespoir en le déclarant incurable, je voudrais tenter tous les moyens connus pour le guérir.

(De Briende, *Observ. sur les eaux thermales de Bourbon-l'Archambault, de Vichy et du mont Dore*, 1787.)

S'il est un fait aujourd'hui accepté par la plus grande partie des praticiens, c'est que la guérison de la phthisie pulmonaire n'est pas absolument impossible. Cette idée, déjà émise il y a plus de vingt ans par le professeur Cruveilhier dans ses leçons publiques à la Faculté de médecine de Paris, n'était en quelque sorte que le corollaire de cette assertion plus ancienne de Morton : « Ils seraient (les tubercules) la perte du genre humain, s'ils conduisaient inévitablement à la mort. » (Morton, *Phthisiologia seu exercitationes de phthisi*, Londres, 1689.)

L'illustre Sydenham tenait à peu près le même langage. Mais les opinions de ces deux grands praticiens anglais perdirent la plus grande partie de leur valeur, lorsqu'au commencement de ce siècle Laennec, en venant révéler au monde médical l'auscultation médiate, établit d'une manière péremptoire la ligne de démarcation entre le catarrhe pulmonaire simple et le catarrhe tuberculeux.

Constatons dès à présent avec plaisir que chaque jour voit augmenter le nombre des médecins qui croient à la curabilité de la phthisie, et M. Andrieux (de Brioude) a rassemblé avec soin les noms des autorités scientifiques qui sont à la tête de ce grand mouvement, qui ne pourra que tourner au profit de l'humanité. (Voyez *Annales des maladies chroniques*, juillet, n° 2, 1860.)

Nous ne nous étendrons pas sur les deux modes de guérison des tubercules pulmonaires, généralement reconnus aujourd'hui. Tout le monde sait que dans l'un ce corps amorphe se densifie, se concrète et s'imprègne de dépôts calcaires : c'est le tubercule crétacé; dans l'autre il se ramollit, se désagrège et est expulsé par les efforts de toux, mélangé avec les produits de sécrétion plus ou moins abondants des bronches. Dans ce dernier cas, il reste à sa place une cavité ou caverne dont les parois peuvent se rapprocher, se souder et donner naissance à des brides cicatricielles si la solution de continuité est petite; dans le cas contraire, la poche creusée au sein même du parenchyme pulmonaire peut rester fistuleuse et se recouvrir d'une fausse membrane muqueuse dont les produits s'identifient avec ceux des bronches et de la trachée. Aussi pouvons-nous dire, avec Carswel, que l'anatomie pathologique n'a jamais démontré avec une évidence plus concluante la curabilité d'une maladie que celle de la phthisie pulmonaire.

Enfin, un troisième mode se présente naturellement à l'esprit, quoiqu'il soit bien loin encore d'être démontré : c'est la terminaison par résolution ou absorption.

Quiconque cependant se livre avec quelque attention à l'étude des grands phénomènes de physiologie pathologique touchant ce que nous appelons l'*absorption*, ne tarde pas à être frappé autant d'étonnement que d'admiration s'il veut chercher à se rendre compte de phénomènes physiques appréciables dans leur forme, mais vitaux, intangibles dans leur fond. Ainsi, voilà un homme qui en quelques jours, en quelques heures, soit pendant l'état de santé, soit plus souvent pendant le cours ou à la fin d'une maladie aiguë, qui, dis-je, est pris tout à coup d'un énorme gonflement de la glande parotide; eh bien! en moins de quelques jours aussi, quelquefois même du soir au lendemain matin, cette tuméfaction qui mesurait plusieurs centimètres de circonférence, a disparu et est remplacée soit par une orchite, soit par un état morbide nouveau qui trop souvent menace rapidement la vie du malade. Nous disons alors qu'il y a eu métastase; mais par quel mécanisme s'est effectuée cette soudaine disparition d'un engorgement alors qu'il eût fallu à l'art bien des semaines pour en opérer la résolution. Or si nous ne pouvons surprendre ce merveilleux mécanisme de l'absorption s'effectuant sous nos doigts étonnés et en présence, pour ainsi dire, de tous nos sens attentifs, que sera-ce donc lorsque nous voudrons assister à ces mêmes phénomènes dans des cavités obscures et profondes, comme le sont les trois cavités splanchniques?

Si, passant à un autre ordre de phénomènes, nous nous arrêtons aux états organopathiques connus sous les noms de goutte, de rhumatisme articulaire aigu, d'hydropisie active aiguë des synoviales et celles de la plupart des cavités closes de l'économie, partout nous voyons la force d'absorption s'exercer en conservant le secret de ses mystères.

Et si, poursuivant notre étude, nous passons des diverses collections séreuses ou synoviales aux collections purulentes qui, sous l'influence des causes les plus diverses, se creusent dans la trame intime de nos organes, ici sous forme de petits foyers isolés, circonscrits, avec ou sans kystes, n'ayant d'autre support que le tissu cellulaire, là au centre même des glandes sécrétantes comme les mamelles, la parotide, etc., ou non sécrétantes comme les ganglions lymphatiques, personne ne conteste aujourd'hui la possibilité de la résorption, pas plus que n'a jamais été niée celle du sang épanché, extravasé dans la trame des tissus, qu'il soit cellulaire, musculaire, parenchymateux ou même osseux.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux matières minérales, jusqu'aux calculs formés de toute pièce dans les réserves de l'économie animale qui, sous l'influence de certains agents immédiats et plus souvent médiats, ne se dissocient, ne se désagrègent et ne se laissent aller à une dissolution, par suite de laquelle ils sont éliminés avec les produits de sécrétion, au milieu desquels ils ont pris naissance. Pour être exceptionnels, ces faits n'en existent pas moins. Or qu'est-ce donc que cette granulation grise, que ce tubercule, toujours et partout réfractaire, auquel nous nous obstinons à refuser tout travail de résolution ou de résorption? Et cependant qui n'a pas rencontré dans le cours de sa pratique au moins une fois un ganglion tuberculeux situé sous le maxillaire inférieur d'un jeune sujet, ne dépassant pas le volume d'une amande, rester indolent, dur, résister longtemps, très-longtemps à divers traitements, mais enfin finir par se fondre

---

masse de chair fondue ou coulante, une sorte de gelée, un amas de suc nourricier, » et le reste qui se trouve dans un des plus curieux paragraphes de l'*Analyse médicinale du sang*. Mais qui lit aujourd'hui Bordeu? *Vel duo, vel nemo*, pour emprunter quatre mots incisifs à un vieil auteur satirique. Citons donc sans crainte un autre passage de Bordeu :

« Izès, dit-il, fit à Paris une fortune immense, il y a quelques années, par le grand nombre de saignées qu'il faisait journellement; et en ce même temps où l'on saignait à toute outrance, Jussieu ne faisait presque jamais saigner. Aujourd'hui les plus déterminés amateurs de la saignée en ordonnent trois fois moins que du temps d'Izès, et Jussieu a encore des partisans, comme il avait eu autrefois des précurseurs. » Ce passage est tiré de ses *Recherches sur l'histoire de la médecine*, et pourrait servir de commentaire pour les sceptiques à cette réflexion désespérante de Celse : *Est enim hæc ars conjecturalis, neque respondet ei plerumque non solum conjectura, sed etiam experientia*; « c'est un art conjectural, traduit le docteur des Etangs, qui, dans bien des cas, est trahi non-seulement par la théorie, mais encore par la pratique. »

Cela n'est pas consolant. « Mais, remarque excellemment Bordeu dans ses *Recherches sur le pouls*, il faut avouer, à l'honneur de la médecine et de ceux qui l'ont cultivée avec soin, qu'il y a eu toujours des médecins judicieux qui, sans donner dans aucune sorte de secte, ont rejeté les idées outrées des amateurs de la saignée et de ses ennemis; il y a toujours eu et il y aura toujours des praticiens de cette espèce. » Notre médecin de campagne est évidemment de ceux-là, et il était juste de rendre hommage à la solidité de son bon sens médical et à l'excellence de sa pratique, car ses considérations sur la pléthore sanguine et sur les excès d'alimentation n'ont pas moins de valeur que ses réflexions sur la saignée et sur le traitement de la dyspepsie. Le petit livre du *Médecin de campagne* contient les germes d'une urgente réforme. Nous souhaitons que cette réforme s'opère prochainement, et que la thérapeutique, échappant aux tyrannies de la mode, rentre sans retard dans la vraie méthode médicale. Notre art, de même que les religions positives, tire toute sa force de la tradition.

J. M. GUARDIA.

— Sous ce titre : *La première femme exerçant la profession médicale*, le *Globe* du 4 avril publie la nouvelle suivante :

« Une femme vient de passer la thèse régulière pour l'exercice de la profession médicale à la salle des pharmaciens, jeudi dernier. Cette femme médecin qui a satisfait aux règlements de l'acte des pharmaciens, se nomme Élisabeth Garrett. »

et disparaître sans s'abcéder et sans laisser traces de son passage? Le grand chef de l'école physiologiste, Broussais, n'a-t-il pas écrit : « Je ne puis m'empêcher de croire que les tubercules se résolvent? » Laissons d'ailleurs la parole à M. le docteur Mandl; les recherches de ce savant médecin tendent de plus en plus à apporter la lumière sur un problème qu'il appartient à la science moderne de résoudre. « Les recherches que je poursuis depuis quelque temps, dit-il (*Académie des sciences*, avril 1860), sur l'histologie des tubercules, tendent de plus en plus à établir que ces corps sont autant de produits d'*exsudation plastique*; or personne n'ignore que les exsudations peuvent être résorbées.

Ainsi donc, avec Broussais, avec nos distingués collègues MM. Mandl, Herard, Cazenave, Sandras, Sales-Girons et tant d'autres, nous croyons à la résolution possible des tubercules en général et des tubercules pulmonaires en particulier. « La Providence, dit ce dernier auteur, luttant contre l'aveuglement des savants, démontre matériellement la réduction des tubercules à tous les degrés de développement. » Nous ne nous dissimulons pas toute la gravité de la tâche que nous entreprenons; longtemps encyclopédiste, il nous a été donné plus d'une fois de voir nos confrères les spécialistes trop circonscrits dans leur domaine s'engager dans des voies ténébreuses et parfois erronées. Nous ferons tous nos efforts pour éviter de nous égarer dans de pures conceptions de l'esprit, et surtout dans la discussion à laquelle nous allons nous livrer ne sorte pas du terrain des faits et des faits recueillis dans toute leur simplicité sans préméditation comme sans arrière-pensée et avec toute l'autorité et l'authenticité désirables, notre but à tous devant être de marcher à la découverte de la vérité.

Prenant la phthisie pulmonaire à tous les degrés, nous nous proposons de la soumettre, sous les yeux du lecteur incertain et douteux, au grand creuset du célèbre établissement hydrothermothérapique du mont Dore, et nous nous estimerons heureux, non pas de le convaincre à l'évidence et à la vérité de nos assertions, — notre ambition est plus bornée,—mais de pouvoir seulement ébranler ses doutes au point de vue de la curabilité de cette maladie et provoquer de sa part un examen critique impartial et consciencieux. La vérité n'est qu'à ce prix.

Afin de laisser le moins de doute sur le diagnostic et sur la nature de la maladie, nous diviserons ce travail en deux grandes parties. Dans l'une nous comprendrons tous les cas de phthisie au premier degré (phthisie douteuse), dans l'autre tous ceux du second et du troisième degré (phthisie confirmée).

Chaque partie comprendra deux classes :

Première classe : Phthisie héréditaire.
Deuxième classe : Phthisie acquise.

Et chaque classe deux genres : le genre masculin et le genre féminin.

PREMIÈRE PARTIE. — PHTHISIE DOUTEUSE NON CONFIRMÉE.

Pour les maîtres de l'art, pour ceux qui auscultent chaque jour un plus ou moins grand nombre de malades, le diagnostic de la maladie au premier degré s'établit avec la plus grande facilité, grâce aux précieuses recherches en ce genre que nous ont léguées les hommes de notre époque. Et cependant, malgré la précision des signes stéthoscopiques et plessimétriques, quel est le praticien qui n'a pas plus d'une fois voulu attendre avant d'être affirmatif, avant de jeter sur le papier une expression dont les échos retentissants vont jeter, je ne dirai pas le deuil, mais le chagrin dans toute une famille? Le bruit du craquement sec, que quelques auteurs considèrent comme ayant une valeur pathognomonique, ne jouit pas pour nous de ce grand privilége, et nous avouons humblement n'établir le diagnostic de la maladie à son début qu'avec un ensemble de signes admis par la majorité des praticiens.

Ayant un certain nombre de faits à citer dans ce mémoire, nous ne présenterons que d'une manière succincte et abrégée l'histoire de chaque malade, en donnant un peu plus ou un peu moins de développement suivant l'importance des faits. Mais aussi nous apporterons tous nos soins à mettre bien en relief, quoique d'une manière concise, les caractères les plus saillants et les plus propres à bien fixer l'esprit du lecteur.

Première classe. — Première partie.

PHTHISIE HÉRÉDITAIRE.

Deuxième genre : genre féminin.

SYMPTÔME DE PHTHISIE AU PREMIER DEGRÉ; GUÉRISON COMPLÈTE PAR DEUX SAISONS AUX THERMES DE MONT DORE. (Docteur GUÉRINEAU, médecin traitant.)

OBS. I. — Madame A... a perdu son père et sa mère, ainsi que deux tantes du côté paternel, tous de la phthisie pulmonaire; elle est très-brune, d'un tempérament lymphatico-sanguin, bien réglée, mais sujette aux flueurs blanches, et fut traitée, il y a douze ans, pour une affection de l'utérus. Elle a eu trois enfants qui ont succombé avant l'âge de 2 ans; elle-même est âgée de 35 ans.

Madame A... s'enrhume avec la plus grande facilité pendant la saison froide, et ne se porte jamais mieux que durant les chaleurs de l'été.

Au mois de novembre 1858 elle reçut une lettre de l'île Bourbon, lui annonçant que son cousin germain venait de succomber à la phthisie pulmonaire. C'est de cette époque que date l'invasion de sa maladie, qui s'est caractérisée par de la douleur au larynx, un chatouillement désagréable le long de la trachée-artère, une toux tout à fait sèche et quotidienne sans être trop fréquente, des douleurs vagues dans le dos et dans l'épaule droite, de l'affaiblissement de la voix le soir, de la dyspnée pour monter l'escalier, beaucoup d'amaigrissement et de diminution des forces par suite de la perte d'appétit.

D'après les conseils de M. le docteur Guérineau, cette dame se rendit au mont Dore le 23 juillet 1859.

Il n'y a matité ni bronchophonie dans aucun point de la poitrine; mais sous l'aisselle droite et sous le tiers moyen de la clavicule de ce côté, les deux temps de la respiration, qui est saccadée, sont prolongés et s'accompagnent de craquements humides avec un bruit de taffetas plus prononcé pendant la toux. A gauche on ne trouve rien de semblable. Il y a en deux fois de très-petites hémoptysies, et la menstruation ne dura que deux jours au lieu de cinq.

Les premiers jours du traitement furent mal supportés; le sommeil, l'appétit ne revinrent qu'après sept ou huit jours, et la malade prenait beaucoup d'ennui, persuadée qu'elle était atteinte d'un mal de famille dont elle ne guérirait pas. Elle quitta les eaux le 13 août dans un état beaucoup plus satisfaisant, et de petites bouffées de râle crépitant fin se faisaient entendre du côté lésé.

Madame A... revint aux eaux le 4 juillet 1860; l'hiver s'est bien passé, sans accidents; cependant, au mois de février, la toux et l'affection catarrhale sont revenues, mais sans fièvre; les eaux transportées furent prises alors, et depuis cette époque la toux a cessé. Aussi aujourd'hui la malade a pris de l'embonpoint, elle n'est plus triste, bien plus abondamment réglée, toutes les fonctions se font bien.

A l'auscultation on n'entend plus que de très-légers craquements secs dans la fosse sus-épineuse. La saison est parfaitement bien supportée, l'appétit et le sommeil excellents, et au départ qui eut lieu le 4 juillet, on constate une respiration douce et moelleuse partout; seulement le bruit respiratoire est un peu renforcé dans la fossé sus-épineuse droite.

PHTHISIE AU PREMIER DEGRÉ; GUÉRISON APRÈS DEUX SAISONS. (Docteur GUÉRINEAU.)

OBS. II. — Madame la comtesse de E... est âgée de 27 ans, très-brune, lymphatico-nerveuse, bien réglée et mère de deux enfants qu'elle n'a pu nourrir. Sa mère est morte à 28 ans, son frère et sa sœur avant cet âge, tous les trois de la phthisie. Elle tousse depuis cinq ans et a eu plusieurs fois de très-petites hémoptysies.

Matité et bronchophonie intense dans toute la fosse sus-épineuse droite, avec râles humides rares, puis craquements: expiration prolongée sous la clavicule droite sans matité prononcée. Toux peu intense, mais plus forte le matin que le soir; expectoration d'une petite quantité de grumeaux de mucosités; voix voilée le soir en parlant et en s'exposant au froid; sens et voies digestives en bon état.

Le traitement thermal est commencé le 18 juillet, du dixième au dix neuvième jour qui fut celui du départ; le sommet droit du poumon devint le siége de râle crépitant fin, mais sans expectoration et presque sans toux; il y eut augmentation de l'embonpoint et plus d'animation dans les traits. L'hiver s'est bien passé; les eaux transportées furent prises au commencement de la saison froide, et la malade, cette année 1859, se trouvait si bien qu'elle a voulu se soustraire aux exigences d'une nouvelle saison.

Mais en 1860, le docteur Guérineau, médecin ordinaire de madame de E..., fut si émerveillé du résultat du premier traitement, qu'il conseilla de nouveau les eaux du mont Dore. Cette dame y arrive le 3 juillet; il n'y a plus ni toux ni expectoration, pas de matité à la poitrine, mais dans le sommet du poumon droit le bruit respiratoire est très-faible. Un nouveau traitement est suivi bien exactement pendant vingt et un jours, et madame retourne en Poitou après avoir repris une fraîcheur et un embonpoint remarquables. Il faut la plus grande attention pour retrouver une différence dans le jeu de la respiration, différence qui existe peut-être encore à droite.

PHTHISIE AU PREMIER ET AU SECOND DEGRÉ; AMÉLIORATION TRÈS-NOTABLE MALGRÉ DEUX SAISONS INCOMPLÉTEMENT SUIVIES. (Docteur GUÉRINEAU.)

OBS. III. — Madame la vicomtesse de L.., est âgée de 38 ans, bien réglée, brune et d'une bonne constitution lymphatico-nerveuse. Deux de ses parents du côté paternel sont morts de la phthisie; elle tousse depuis quatre ans, à la suite d'une grippe dont elle ne put jamais se débarrasser entièrement, et pour laquelle elle a suivi le traitement thermal dans les Pyrénées pendant trois années consécutives sans aucune amélioration.

A son arrivée au mont Dore, 5 août 1858, nous constatons :

1° Toux sèche extrêmement fréquente et fatigante pour tout le monde, augmentant par l'action de passer d'un appartement dans un autre; mais nulle la nuit;

2° Expectoration, seulement le matin, de petites mucosités concrètes sphéroïdales ou inégales;

3° Bon état des voies digestives, constipation habituelle;

4° Au sommet du poumon droit, la respiration est rude, râpeuse; tuboïde, entrecoupée, et s'accompagne de craquements humides; toute la fosse sus-épineuse est mate à la percussion, avec grand retentissement de la voix et de la toux; râle sous-crépitant humide aux deux temps de la respiration.

Rien de particulier dans les autres fonctions. Cette dame, entraînée par le plaisir des excursions à cheval dans la montagne, ne suit le traitement que d'une manière incomplète et quitte les eaux sans soulagement notable; cependant, six semaines après, elle tousse moins, crache peu et reprend de l'embonpoint. L'hiver se passe sans rhume; et satisfaite de ce premier résultat, elle retourne l'année suivante au mont Dore (1859), où elle y arrive le 15 juillet.

L'état local est à peu près le même que celui constaté l'année dernière; la malade a repris de l'embonpoint, et la toux a perdu beaucoup de sa fréquence et de son intensité; l'expectoration est la même.

Après quinze jours de traitement, madame la vicomtesse de L... est rappelée précipitamment chez elle pour des besoins de famille. La toux a encore diminué, ainsi que l'expectoration qui est presque nulle, et dans la fosse sus-épineuse, l'oreille constate le râle crépitant fin dit de retour qui ne s'était pas produit durant la première saison.

PHTHISIE AU PREMIER ET AU SECOND DEGRÉ; MODIFICATION TRÈS-AVANTAGEUSE APRÈS UNE SEULE SAISON.

OBS. IV. — Mademoiselle O..., âgée de 25 ans, a perdu sa mère à 39 ans et sa sœur à 19 ans, toutes les deux de la phthisie. Réglée à 17 ans, mais peu régulièrement, mademoiselle O..., qui est blonde, a toujours été pâle et lymphatique; elle tousse depuis novembre 1857, et en janvier 1858 elle a eu une hémoptysie qui a duré huit jours. Depuis cette époque elle a toujours été souffrante; les règles viennent régulièrement, mais très-peu; il y a toux sèche, oppression surtout en marchant. Elle arrive au mont Dore le 29 juin 1859, présentant à l'auscultation les symptômes suivants :

Pas de matité appréciable, craquements secs dans la fosse sus-épineuse droite et sous la clavicule du même côté; bruit inspiratoire, rude, tuboïque et sec, non moellenx, comme on le rencontre du côté opposé; expiration prolongée, saccadée; toux sèche très-fatigante, fonctions digestives languissantes; constipation et amaigrissement.

Au dixième jour du traitement, les craquements secs s'accompagnent de quelques bulles de râle crépitant, et à la toux sèche, le matin, a succédé une toux un peu plus humide; il y a un peu d'expectoration blanche. Au dix-huitième jour, il n'y a plus de râle humide, mais encore quelques craquements secs et la respiration plus vésiculaire; l'appétit et le sommeil sont revenus; ainsi que les règles. J'ai eu des nouvelles de cette malade cette année 1860; la santé n'a pas été dérangée depuis le départ des eaux, mais il y a toujours un peu de toux le matin.

TUBERCULES AU PREMIER DEGRÉ; PHARYNGITE GRANULEUSE; UNE SAISON A EMS SANS RÉSULTAT POUR LES DEUX AFFECTIONS; GUÉRISON DE LA PREMIÈRE PAR LES EAUX DU MONT DORE. (Docteur OULMONT.)

OBS. V. — Madame U..., âgée de 35 ans, constitution délicate, lymphatico-nerveuse. Mère morte à 60 ans phthisique; deux sœurs, dont une à poitrine délicate, bien réglée jusqu'à il y a trois ans. Depuis ce moment, irrégularité en quantité, et pour le retour des périodes, le sang est devenu moins rouge, violacé pâle en petits caillots; cinq enfants; grossesses mauvaises; le dernier accouchement a eu des suites qui ont duré cinq mois.

Depuis trois ans, phénomènes inflammatoires du côté du larynx et du pharynx; raucité de la voix, avec sécheresse de la gorge augmentant surtout depuis neuf mois et par l'action de parler; voix voilée le matin et surtout le soir; toux quelquefois sèche, quelquefois accompagnée de mucosités striées de sang. Depuis quelques mois, sueurs nocturnes peu abondantes, quelquefois diarrhée, légère, perte d'appétit, amaigrissement.

L'inspection du pharynx présente çà et là quelques granulations agglomérées par places, et recouvertes de mucosités verdâtres et concrètes, avec sensation d'un obstacle à l'arrière-gorge. Diminution de sonorité sous la clavicule droite, avec faiblesse du bruit respiratoire; craquements secs pendant et immédiatement après la toux. Rien d'anormal dans les autres parties de la poitrine. Cœur normal; léger bruit de souffle dans les vaisseaux carotidiens. Tels sont les symptômes que nous avons constatés le 29 juin 1860, tandis que M. le docteur Oulmont avait inscrit sur une première feuille de diagnostic, le 24 mars 1859 : « Tubercules possibles. »

Madame U... a parfaitement supporté le traitement thermal du mont Dore; la raucité de la voix a disparu, et le bruit anormal subclaviculaire a cessé; l'appétit et les forces sont revenues, mais la pharyngite granuleuse n'a pas été sensiblement modifiée.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

RECHERCHES SUR LA DIGESTION STOMACALE; par le docteur FREDERICK PAVY, professeur de physiologie à l'hôpital de Guy.

M. Pavy s'occupe depuis longtemps, et comme on sait avec succès, de recherches sur diverses questions de physiologie, et celles qui ont trait à l'assimilation et à la nutrition ont surtout attiré son attention. Dans l'article que nous avons sous les yeux, nous avons trouvé quelques remarques qui valent la peine d'être signalées.

La première n'a aucun rapport avec la physiologie, mais on peut la recommander peut-être à l'attention des médecins et des pharmaciens, encore qu'elle ne s'applique directement qu'à des pharmaciens de Londres. Voici de quoi il s'agit. M. Pavy, ayant à faire des recherches sur la digestion stomacale, s'aperçut qu'un échantillon de pepsines qui lui avait été fourni par le commerce était complétement inerte. Il se procura alors un échantillon dans les maisons les plus renommées de Londres, et il en examina comparativement les propriétés digestives. De cette enquête, il résulte qu'un seul de ces échantillons présentait les propriétés au degré voulu, qu'un autre n'en offrait que des traces et que les quatre autres en étaient complétement dépourvus. Comme les maisons auxquelles M. Pavy s'était adressé sont toutes des maisons de confiance, on pouvait être certain qu'il ne s'agissait là en aucune façon d'une fraude. Il n'en est pas moins certain qu'il importe au plus haut degré aux médecins et aux pharmaciens d'être informés des faits de ce genre. La pepsine s'altère évidemment avec une extrême facilité sous l'influence de causes souvent insaisissables, et le médecin ne devrait pas être exposé à éprouver des échecs parce que la pharmacie lui livre des produits inertes; d'autre part, il y a tout intérêt pour les pharmaciens à s'assurer des propriétés digestives de la pepsine qu'ils fabriquent ou qu'ils achètent, et ils auraient tort de ne pas la soumettre de temps en temps à quelques essais.

Pour rendre facilement saisissables à ses élèves les effets différents de la pepsine bien conservée et de la pepsine avariée, M. Pavy en montrait les résultats comparatifs dans des flacons munis chacun d'une cuisse de grenouille, et contenant une solution de 2 ou 3 grammes de pepsine dans 30 grammes d'eau avec addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Ces flacons avaient été chauffés au bain-marie a une température de 40 degrés pendant quatre ou huit heures. Lorsque la pepsine est de bonne qualité, la digestion des muscles de la grenouille est très-prononcée.

M. Pavy s'est, du reste, assuré que la pepsine est assez souvent mélangée d'amidon par des pharmaciens très-honorables qui modifient leur prix en conséquence.

On peut, du reste, facilement se dispenser d'acheter de la pepsine chez les pharmaciens; il suffit de prendre l'estomac d'un animal, de le nettoyer et d'en faire une infusion acidulée. Lorsque la muqueuse a une grande épaisseur, comme dans l'estomac de cochon, on peut la séparer des autres tuniques et l'employer isolément. On peut aussi dessécher l'estomac et le conserver ainsi assez longtemps sans que la muqueuse perde ses propriétés digestives.

M. Pavy a étudié, entre autres, la question de savoir pourquoi l'estomac échappe à l'action digestive des sucs qu'il sécrète.

On sait que chez les individus qui meurent subitement quelques heures après un repas, on trouve assez souvent l'estomac perforé, et il est bien démontré aujourd'hui que dans ces cas il s'agit simplement

d'un phénomène cadavérique. Il ne se produit cependant pas toujours, et la raison en est que souvent le corps se refroidit trop vite. Chez les animaux, on produit le phénomène de l'autodigestion à volonté. Il suffit pour cela de maintenir le cadavre, ou l'estomac seul, à une température convenable.

On s'était basé sur ces faits pour admettre que c'est le *principe vital* qui, pendant la vie, empêche l'estomac de se digérer lui-même. Hunter, qui avait émis cette manière de voir, ajoutait que, s'il était possible à un homme d'introduire sa main dans un estomac en pleine digestion, cette main ne serait pas attaquée, tandis qu'elle le serait du moment qu'elle aurait été séparée du corps vivant.

On connaît l'expérience très-simple de M. Cl. Bernard, qui a porté le coup fatal à cette théorie. A travers une fistule gastrique, M. Bernard introduisit dans l'estomac d'un chien en digestion les pattes de derrière d'une grenouille vivante; elles furent parfaitement digérées, sans que la grenouille eût cessé de vivre.

M. Pavy a répété plusieurs fois cette expérience avec le même résultat. Pour rendre l'expérience plus concluante, il l'a faite sur un animal à sang chaud : ce furent les oreilles d'un lapin qui furent introduites à travers la fistule gastrique, et leur extrémité en sortit dans un état de digestion avancée.

M. Bernard expliquait, comme on voit, l'immunité de la muqueuse stomacale par la présence de l'épithélium et du mucus, qui cessent d'être renouvelés après la mort.

Pour examiner la valeur de cette hypothèse, M. Pavy a enlevé sur des chiens vivants, après leur avoir ouvert le ventre et l'estomac, des lambeaux de muqueuse stomacale. Puis, ayant appliqué des sutures, il leur a fait manger des aliments azotés. Or jamais, dans ces circonstances, il ne s'est produit de perforation, et les parties dénudées de l'estomac n'ont jamais présenté de traces de digestion. Au reste, ajoute-t-il, l'ulcération de l'estomac est loin d'être rare, et, si la théorie de M. Bernard était vraie, l'ulcération devrait presque toujours se terminer rapidement par une perforation.

M. Pavy, de son côté, s'est demandé si l'explication ne se trouve pas dans la circulation sanguine, qui imprègne sans cesse les parois stomacales d'un liquide alcalin, tandis que la pepsine ne manifeste ses propriétés digestives que dans un milieu acide.

M. Pavy a institué les expériences suivantes dans le but de résoudre cette question. Il lia tous les vaisseaux de l'estomac chez des animaux vivants et examina les viscères après la digestion. Chez un chien, il trouva deux points érodés vers le grand cul-de-sac. Chez les autres chiens mis en expérience, rien de semblable ne fut observé. Chez un lapin, par contre, toute la moitié cardiaque de l'estomac avait disparu. D'autres expériences ont donné des résultats négatifs.

Ces résultats négatifs pouvaient être attribués à la persistance de la circulation tout autour de l'estomac, qui était encore ainsi, bien qu'incomplétement, imprégné d'un liquide alcalin. Dans cette hypothèse, la perforation devait arriver, si l'on ajoutait une solution acide aux aliments ingérés. C'est ce qui arriva en effet.

M. Pavy ajoute qu'une nouvelle série d'expériences, dont il a publié ailleurs les résultats, l'ont définitivement convaincu de l'exactitude de la théorie qu'il a proposée.

Quant à l'objection qu'on pourrait tirer de l'expérience de la grenouille et de l'oreille du lapin, il est facile de faire voir qu'elle n'est pas solide : il ne s'agit pas, en effet, d'autre chose que de deux forces opposées luttant l'une contre l'autre, et dont la plus puissante finit par l'emporter.

Opération autoplastique faite pour remédier a une extrophie congénitale de la vessie; par le docteur T. Holmes, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades à Londres.

Les opérations autoplastiques destinées à remédier à l'extrophie de la vessie se font dans des conditions si désavantageuses que peu de chirurgiens osent les entreprendre, et les succès, même partiels, sont jusqu'à ce jour fort rares. Il ne paraît pas qu'en Angleterre on en ait obtenu un seul avant l'année 1863, et M. Holmes n'en cite que deux, publiés par des chirurgiens américains, M. Ayres (de New-York), et M. Pancoast (de Philadelphie). Encore dans ces cas l'opération était-elle loin d'avoir donné tout ce qu'on en avait attendu.

L'occlusion complète de la division des parois abdominales étant extrêmement difficile à obtenir, est-ce une raison pour que l'on renonce à toute espèce de tentative? Telle n'est pas l'opinion de M. Holmes, qui pense qu'on peut toujours remédier à la hernie de la muqueuse vésicale et faciliter ou rendre possible l'application d'un appareil destiné à recevoir les urines. Le principe auquel il est indispensable de se conformer pour arriver à ce résultat est celui qui a trouvé récemment des applications heureuses dans les opérations d'épispadias : il faut mettre en contact avec l'urine la face épidermique d'un lambeau autoplastique et fixer ce lambeau de manière que l'urine ne puisse pas compromettre la réunion.

Sous ce dernier rapport, il est évident que, dans les conditions dont il s'agit, il ne faut pas songer à fixer des lambeaux par leurs bords, les surfaces apposées devant être aussi étendues que possible.

M. Holmes, opérant d'après ces principes chez un jeune garçon, se servit de deux lambeaux pris sur les côtés de l'abdomen et jusqu'à l'aine, et ayant tous les deux leur base sur les côtés de la division des parois abdominales.

Le lambeau de gauche fut renversé de gauche à droite, de façon à présenter sa face épidermique à la paroi postérieure de la vessie. L'autre lambeau, par contre, fut simplement déplacé par glissement, et vint recouvrir le premier, les deux surfaces sanglantes apposées l'une contre l'autre. Une fois cette juxtaposition opérée, on l'assura en appliquant des sutures tout le long des bords des lambeaux.

M. Holmes se proposait en même temps de fixer le bord supérieur des lambeaux contre la paroi abdominale; il aviva à cet effet le bord supérieur de la fente et réunit les lambeaux avec la ligne d'avivement. Sous ce rapport, M. Holmes n'eut pas à se louer de sa tentative; la réunion désirée ne se fit nullement à ce niveau. Par contre, les deux lambeaux s'agglutinèrent rapidement, ne tardèrent pas à former un coussinet résistant au devant de l'hypogastre, et aucun accident ne vint compromettre ultérieurement ce résultat.

La hernie de la muqueuse vésicale se trouvait ainsi parfaitement réduite. L'urine s'échappait très-peu au niveau du bord supérieur des lambeaux, et il était assez facile de la recueillir exactement dans un appareil approprié.

Ainsi, M. Holmes avait obtenu dans ce cas le double résultat qu'il recherchait. Il n'a pas été au delà, et il n'a pas essayé de réunir ultérieurement à la paroi abdominale le bord supérieur du pont cutané qu'il avait réussi à constituer au devant de la vessie. C'est pourtant là un résultat qu'il ne serait sans doute pas impossible d'obtenir, surtout si l'on prenait, pour recouvrir le lambeau renversé, à la fois un lambeau supérieur et un lambeau latéral.

Avant d'avoir fait l'opération dont nous venons de parler, M. Holmes avait fait une autre tentative dans le but de remédier à l'écoulement incessant de l'urine. Il avait essayé d'établir deux fistules vésico-rectales, s'ouvrant dans la vessie au niveau de l'embouchure des deux uretères. Il avait à cet effet passé un trocart courbe de la vessie dans le rectum; des tubes métalliques flexibles furent ensuite substitués à la canule du trocart; l'une des extrémités de ces tubes sortait par l'anus; l'autre fut introduite dans les uretères. On maintint les fistules pendant deux mois par ce moyen, sans arriver à aucun résultat utile. L'urine s'écoulait sur la paroi abdominale quoi que l'on fît, et la présence des canules dans les uretères déterminait une irritation tellement vive qu'il fallut y renoncer définitivement.

Sur un cas de hernie obturatrice; par le docteur Walter Coulson.

Le fait dont il s'agit est un de ces cas où le diagnostic est impossible. L'intestin était engagé et étranglé dans le trou obturateur sans former une tumeur apparente au dehors. Les accidents étaient par conséquent ceux de l'étranglement interne. On s'assura d'abord que l'obstacle ne portait pas sur le gros intestin, puis on fit la gastrotomie, et après avoir examiné plusieurs anses intestinales, on en trouva une dont l'extrémité était engagée dans le trou obturateur. L'étranglement n'était pas très-serré, et l'on put assez facilement, en tirant sur l'anse herniée, la faire rentrer dans l'abdomen. Le cours des matières se rétablit alors, mais l'opéré mourut d'épuisement.

Il est évident que le parti auquel M. Coulson s'est arrêté dans ce cas était parfaitement légitime. Nous ferons cependant remarquer que ce cas était un de ceux dans lesquels le massage de l'abdomen dans l'attitude renversée, la tête en bas, peut réussir à la rigueur. C'est une ressource que dans l'étranglement interne on pourrait presque toujours tenter et qui pourrait réussir dans un certain nombre de circonstances.

Recherches sur les aliments et leurs usages; par le docteur W.-S. Savory, professeur d'anatomie et de physiologie générale à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres.

M. Savory s'est proposé de résoudre expérimentalement les questions suivantes :

Y a-t-il des aliments qui, étant brûlés directement dans le sang, servent à la calorification sans avoir concouru à la réparation des tissus? Les choses se passent-elles ainsi pour une partie des aliments azotés?

Cette dernière question comprend les suivantes : Quelle est la source de l'urée? Provient-elle exclusivement de la métamorphose des tissus, ou bien tire-t-elle en partie son origine directement du sang? En d'autres termes, les aliments azotés se transforment-ils en partie directement en urée, acide carbonique et eau?

Pour élucider ces questions, M. Savory a institué une série d'expériences fort bien dirigées sur des rats. On trouvera dans l'article original des détails circonstanciés sur ces expériences. Nous reproduisons seulement ici les principales conclusions que M. Savory en déduit.

Les expériences dans lesquelles les rats ont été mis à un régime exclusivement azoté, prouvent d'une manière certaine, non-seulement que les aliments azotés sont une source de chaleur, mais encore que, dans de certaines circonstances au moins, ils le sont suffisamment pour maintenir à eux seuls la température voulue. Il résulte même de deux expériences que des rats, nourris exclusivement avec des aliments azotés produisaient plus de chaleur, même en l'absence de tout exercice actif, que les rats nourris exclusivement avec des aliments non azotés.

D'après les mêmes expériences, il est au moins extrêmement probable que, dans des conditions données, les aliments azotés peuvent servir directement à la calorification sans avoir concouru à la constitution des tissus.

Liebig, Lebmann et d'autres physiologistes affirment que la vie ne saurait être maintenue par une alimentation azotée exclusive. Il résulte, au contraire, des expériences de M. Savory, que dans de certaines conditions, cette alimentation peut suffire à tous les besoins, entretenir la vie, la santé, la température normale pendant un temps très-long. Dans ces expériences, les animaux étaient nourris exclusivement avec de la viande que l'on avait débarrassée de toute graisse apparente, et qui, à l'analyse chimique, n'en renfermait que des traces.

D'autre part, les expériences faites avec les aliments non azotés démontrent que ces aliments peuvent servir également d'une manière directe à la calorification sans avoir concouru à la constitution des tissus. Les animaux qui mouraient après avoir été mis à un régime non azoté exclusif succombaient dans un état d'émaciation extrême, et à l'autopsie on trouvait que la graisse avait complétement disparu de leurs tissus. M. Savory regarde dans ces conditions les pertes éprouvées par l'organisme (persistance de la formation d'urée, etc.) comme la cause de la mort. Il avait eu soin de placer ses rats dans un milieu dont la température était maintenue à un degré moyen, de manière à éviter le refroidissement qui, comme on sait, était considéré par Chossat comme la cause de la mort par inanition. En se plaçant dans ces conditions, on n'observe pas le refroidissement signalé par Chossat, et il évident que telle n'est pas la cause de la mort. L'auteur fait remarquer d'ailleurs que la température des animaux mis en expérience était invariablement la même, quel que fût leur état général et à quelque alimentation qu'ils fussent soumis.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DECAISNE.

M. Flourens présente à l'Académie un ouvrage dont il est l'éditeur. Cet ouvrage a pour titre : *Chefs-d'œuvre littéraires de Buffon*. En tête de l'ouvrage, M. Flourens a mis une *Introduction*.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de neuf membres chargée d'examiner les pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

MM. Andral, Bernard, Rayer, Cloquet, Jobert, Velpeau, Flourens, Longet et Serres réunissent la majorité des suffrages.

Nouvelles recherches sur la formation des premières cellules embryonnaires; par M. Lereboullet.

Quelques embryologistes, et parmi eux M. Reichert (de Berlin), persistent à regarder la segmentation vitelline comme un travail cellulaire. Pour eux, les sphères qui résultent du fractionnement vitellin sont des cellules, et les cellules embryonnaires ne sont autre chose que les derniers termes de ce fractionnement.

Dans deux mémoires précédents, M. Lereboullet a consigné plusieurs faits contraires à cette manière de voir, et il est arrivé à regarder, avec la plupart des embryologistes actuels, le travail de segmentation comme une préparation au travail cellulaire. Désirant éclairer cette importante question d'embryogénie, il a fait de nouvelles recherches dont il résume les résultats dans les propositions suivantes :

1° Le travail de fractionnement du germe comprend deux phases, la segmentation vitelline proprement dite, et la division ultérieure des sphères qui résultent de cette segmentation.

2° Je conserve le noms de globes de segmentation aux sphères provenant des premières divisions du germe, et celui de globes générateurs à celles qui se produisent après que le germe est redevenu lisse.

3° Il n'existe pas de membrane propre autour des globes de segmentation ni autour des globes générateurs. Les granules qui composent les uns et les autres sont unis entre eux par une matière cohérente.

Ces sphères ne sauraient donc être considérées comme des cellules.

4° Les globes générateurs suivent, dans leur fractionnement, la même marche que les globes de segmentation.

5° Ce fractionnement paraît toujours déterminé par l'apparition, au centre de la sphère, d'une vésicule autour de laquelle sont groupés les éléments de cette sphère.

6° Cette vésicule, tantôt transparente, tantôt granuleuse, se divise en deux autres, et chacune de celles-ci devient à son tour un centre d'attraction pour la formation de nouvelles sphères.

7° Les sphères qui résultent de la division des globes générateurs deviennent de moins en moins granuleuses, et leurs granules sont plus fins et plus pâles.

8° Ces granules finissent par disparaître complétement.

9° Les globes générateurs sont alors remplacés par de véritables cellules.

10° Les cellules embryonnaires sont donc positivement des formations nouvelles.

11° Elles paraissent commencer par la formation d'un noyau vésiculeux central autour duquel viennent se grouper des granules qui n'existaient pas auparavant.

12° La question de savoir si la membrane cellulaire précède ou suit la formation du noyau vésiculeux et le dépôt de granules autour de ce noyau reste indécise.

(Commissaires : MM. Milne-Edwards, Velpeau et Coste.)

— M. Lereboullet lit une *Note sur l'origine et la formation des corpuscules sanguins chez les poissons*. (Mêmes commissaires.)

— MM. Pécholier et Saintpierre adressent de Montpellier une note contenant les résultats d'un travail qu'ils ont fait en commun *sur l'hygiène des ouvriers peaussiers du département de l'Hérault*. (Renvoi à l'examen de MM. Andral et Bernard.)

— L'Académie reçoit diverses pièces adressées au concours pour divers prix à décerner en 1864, savoir :

Prix de physiologie expérimentale. — 1° « Recherches sur la structure de l'ovaire, » par M. Sappey.

Ce travail, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, a pour but de démontrer que l'ovaire de la femme et des mammifères ne diffère pas de celui des oiseaux, des reptiles et des poissons, et que sa structure est complétement identique dans les quatre classes de vertébrés.

2° « Recherches sur l'anatomie et la physiologie du mésencéphale, » par M. Philippe Lussana.

A ce mémoire, qui est écrit en italien et accompagné d'un atlas, l'auteur a joint cinq opuscules imprimés et également destinés à être mis sous les yeux de la commission.

3° Analyse d'un « Traité sur la contraction tonique des vaisseaux sanguins et sur l'influence de cette contraction relativement à la circulation, » par M. Goltz (de Kœnigsberg).

Prix de médecine et de chirurgie. — 1° « Etudes sur l'ivraie enivrante, *lollium temulentum*, et sur quelques autres espèces du genre *lollium*, » par MM. Ballet et Filhol, deuxième partie.

La première partie de ce travail a été publiée et présentée à la séance du 21 décembre 1863.

2° « De la coxalgie, de sa nature et de son traitement, » par MM. Martin et Collineau, avec un atlas in-4°.

3° Analyse manuscrite d'un mémoire imprimé de M. Courty, « sur les substitutions organiques, » mémoire mentionné au compte rendu de la séance du 14 décembre 1863.

4° « Observations de médecine pratique pouvant servir à élucider certaines questions sur lesquelles la science n'est pas fixée encore. »

Ce travail, qui se compose de quatre parties, porte le nom de l'auteur sous pli cacheté.

La commission des prix de médecine et de chirurgie jugera si elle doit accepter dans l'état où il est envoyé le présent manuscrit.

Prix relatif à la pellagre. — 1° « Des effets de l'insolation chez les aliénés (pellagre), » par M. Brunner, médecin en chef de l'hospice des aliénés, à Dijon.

2° « Histoire de la pellagre, » par M. Costallat.

A ce mémoire sont joints comme pièces à l'appui cinq opuscules et un morceau de pain pris à Acered (Aragon), le 2 avril 1863.

3° « Mémoire sur la pellagre. » Ce manuscrit, qui porte le nom de l'auteur sous pli cacheté, donne lieu à la même remarque que celui dont il a été fait mention ci-dessus à l'occasion du concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Prix du legs Bréant. — 1° Note de M. Bonjean donnant la composition d'un remède employé avec succès contre le choléra et annonçant l'envoi de trente flacons de ce médicament.

2° et 3° Deux autres pièces destinées au même concours portent le nom des auteurs sous pli cacheté.

Un des mémoires, qui est écrit en français, sera envoyé à la section de médecine et de chirurgie, qui jugera si elle doit l'accepter avant que l'auteur se soit fait connaître.

L'autre mémoire, qui est en allemand, ne peut être reçu, les pièces adressées au concours devant être écrites en français ou en latin.

Sur la constitution du germe dans l'œuf animal avant la fécondation. Note par M. Balbiani, présentée par M. Bernard.

Dans la théorie cellulaire de l'œuf telle qu'elle est généralement acceptée de nos jours depuis les travaux de Schwann, le vitellus ne représente autre chose qu'un contenu de cellule. Cependant des faits nombreux ont montré que ce corps n'avait pas toujours une composition aussi élémentaire. Ainsi, dans tous les œufs qui ne subissent qu'une segmentation partielle, le vitellus est formé de deux parties bien distinctes par leur structure et leur destination physiologique, c'est-à-dire du jaune ou vitellus proprement dit, et du germe qui seul est le siége de cette segmentation. De plus, on a constaté que chez un grand nombre de Vertébrés ovipares, le jaune est constitué par un assemblage de grandes cellules ou vésicules renfermant la matière destinée à l'alimentation de l'embryon. Quant à l'élément germinatif, on n'y a pas encore signalé la même structure celluleuse, et l'on se contente de le décrire comme formé par un amas de fines granulations réunies par une substance visqueuse homogène.

Les observations que j'ai faites sur l'organisation de l'œuf ovarien chez un certain nombre de Vertébrés et d'Invertébrés m'ont conduit à cette conclusion que le germe se constitue dans l'intérieur de cet organe sous la forme d'une cellule qui y prend spontanément naissance, et qui tend à se substituer peu à peu à la cellule ovulaire ou cellule mère primitive. Cette substitution est plus ou moins complète suivant les conditions dans lesquelles l'embryon est destiné à se développer. Pendant sa formation, cette cellule embryonnaire primordiale produit, par génération endogène, d'autres cellules ou cellules filles, lesquelles renferment la matière germinative, de même que les cellules vitellines contiennent celles destinée à la nutrition du nouvel être en voie de développement.

J'ai constaté ce mode de formation du germe chez un assez grand nombre d'espèces différentes pour le considérer dès ce moment comme un fait très-répandu, et probablement même général dans toute l'animalité. Malgré les différences d'organisation considérables présentées par ces espèces, les phénomènes m'ont offert, chez toutes, un caractère de fixité remarquable dans ce qu'ils ont d'essentiel. Ne pouvant entrer ici dans tous les détails de la constitution de cet élément fondamental de l'œuf et de ses variations dans les espèces diverses soumises à mon observation, je me bornerai, dans cette note, à en décrire les principales phases chez une de celles où elles peuvent être étudiées avec le plus de suite et de précision. Sous ce rapport, il faut placer en première ligne les Myriapodes et les Arachnides, dont plusieurs espèces sont particulièrement propres à cet examen. Je baserai ma description sur les observations que j'ai faites chez un Myriapode des plus communs aux environs de Paris et dans presque tous les pays de l'Europe, afin de fournir aux naturalistes une occasion facile de vérifier les résultats consignés dans ce travail. Cet animal est le *Geophilus longicornis.* J'interpréterai ensuite les faits en les comparant à ceux que l'on observe pendant le développement de l'ovule végétal, et je montrerai l'analogie complète qui existe dans la constitution primordiale du germe dans les deux règnes. Je me propose d'examiner, dans une communication ultérieure à l'Académie, les faits du même genre que l'on constate chez d'autres Invertébrés, chez un grand nombre de Vertébrés de toutes les classes, et jusque dans l'espèce humaine elle-même.

Lorsqu'on examine les ovules renfermés dans l'ovaire du *Geophilus longicornis*, on les trouve presque toujours fort inégalement développés. Outre la vésicule germinative, qui est relativement grande, très-évidente, et munie d'un gros corpuscule central arrondi, les plus jeunes ne renferment qu'une masse protoplasmatique homogène et transparente. A la surface de cette masse, encore dépourvue de membrane propre, et qui n'a d'autre enveloppe que celle que lui fournit la capsule ovarique, existe une petite vésicule située immédiatement au-dessous de cette capsule et beaucoup plus petite que la vésicule germinative. Sa délicatesse extrême, sa transparence et sa limpidité parfaites, l'absence de tout corps solide dans son intérieur sont cause qu'elle est très-difficilement reconnaissable dans les jeunes ovules ; mais elle devient plus évidente lorsque ceux-ci ont atteint un développement plus avancé. Cependant il suffit presque toujours de l'addition d'une petite quantité d'acide acétique très-dilué pour la faire apparaître avec plus de netteté, car elle tranche alors par sa transparence restée entière ou à peine troublée par le réactif sur la coloration brune que prend le protoplasma environnant. Cette vésicule n'offre aucune relation apparente avec celle de Purkinje, placée comme elle dans la région superficielle de l'œuf. On trouve, d'ailleurs, les deux vésicules tantôt plus ou moins rapprochées dans le même hémisphère de l'œuf, tantôt reléguées dans deux hémisphères opposés. Dans les ovules plus gros, l'organe que nous décrivons s'est agrandi, mais sans acquérir jamais les dimensions de la vésicule germinative. Son intérieur est plein d'une substance claire et limpide, mais moins transparente que celle renfermée dans cette dernière vésicule. Les réactifs acides coagulent cette substance sous la forme d'un petit globule demi-solide et réfringent, un peu jaunâtre, qui ne s'isole que rarement des parois qui le renferment. A ce degré de développement, la vésicule montre fréquemment dans son intérieur un noyau central assez large, pâle et granuleux, entouré quelquefois d'un cercle de petits granules brillants. Ces mêmes granules sont répandus parfois en grand nombre dans toute la cavité de la vésicule, où ils sont fréquemment mêlés à des globules plus gros ayant toutes les apparences de corpuscules graisseux. D'autre fois enfin ceux-ci existent seuls et font ressembler la vésicule à une cellule adipeuse renfermant de nombreuses gouttelettes huileuses. Vers la même époque, le protoplasma environnant s'est condensé autour de cet organe, et la couche immédiatement en contact avec sa surface semble surtout présenter une densité plus considérable, car elle prend fréquemment un aspect vitré homogène sous l'influence des réactifs que l'on met en contact avec elle (1). Bientôt de petits globules apparaissent au sein de cette masse, globules pâles, ovoïdes ou arrondis, se distinguant à peine de la substance dans laquelle ils ont pris naissance, mais devenant bien visibles après l'addition de la solution acétique, par le limbe clair qui se dessine autour de chacun d'eux et l'isole de la substance environnante. Cette formation a d'abord lieu au contact même de la vésicule, puis s'étend dans un rayon plus ou moins large autour de celle-ci. Ces globules une fois nés grossissent, leur centre s'éclaircit, de fines et pâles granulations apparaissent d'abord autour de cette partie centrale claire, puis le globule tout entier se résout en un petit amas de granulations entouré d'une enveloppe extrêmement mince qui devient alors visible. Cette première génération de globules, dont chacun représente vraisemblablement une petite portion du protoplasma commun qui s'est isolée du reste de la masse pour entourer un petit noyau central né spontanément au sein de celle-ci, se trouve ainsi transformée en autant de cellules granuleuses qui sont les premières cellules germinatives.

Pendant que cette transformation s'opère, d'autres globules naissent de la même manière dans les intervalles des premiers et subissent la même métamorphose. Cette multiplication des globules et des cellules se continue de la sorte jusqu'à ce que la vésicule se trouve entièrement enveloppée d'une couche plus ou moins épaisse de cellules granuleuses auxquelles viennent toujours se mêler, à une époque qui varie d'un œuf à l'autre, de nombreuses granulations libres, plus grossières et plus obscures que celles qui remplissent les cellules germinatives. La manière dont ces granulations se comportent vis-à-vis des réactifs ne peut laisser de doute sur leur nature graisseuse, tandis que celles renfermées dans les cellules présentent manifestement les réactions des matières albuminoïdes. Tous ces éléments mêlés et confondus forment des masses arrondies ou irrégulières, brunâtres, opaques, enveloppant complétement la vésicule autour de laquelle elles se sont produites. Puis ces masses se détachent successivement de la surface de celle-ci et se répandent en se désagrégeant à la périphérie de l'œuf où elles s'accumulent sous la capsule ovarique, sans pénétrer dans la cavité du vitellus (2). A mesure que ces masses abandonnent la vésicule, de nouvelles accumulations de protoplasma se font autour de celle-ci et donnent naissance, par le mécanisme qui vient d'être décrit, à de nouveaux amas de cellules et de granules, lesquels se comportent comme les précédents. Il résulte de ces formations successives que l'œuf se trouve finalement entouré sur toute sa surface d'une couche granuleuse plus ou moins épaisse, tandis qu'à son centre le vitellus est encore transparent et homogène. La vésicule germinative, en raison de sa situation superficielle, se trouve graduellement envahie par les granulations de plus en plus nombreuses de cette couche dont elle finit par être entiè-

(1) Cette tendance du protoplasma à se condenser autour de la vésicule et dans d'autres parties de l'œuf s'observe d'une manière plus marquée et plus régulière chez d'autres animaux, où elle donne lieu à des formations particulières et caractéristiques de leurs œufs.

(2) Il est probable qu'il existe ici, comme chez d'autres animaux où je l'ai observée, une membrane très-fine qui sépare cette couche granuleuse du vitellus sous-jacent.

rement enveloppée. A partir de ce moment jusqu'à celui de sa disparition peu de temps avant la fécondation, elle devient une partie constituante de cette couche granuleuse qui n'est autre que le germe. Je dirai, dans une autre communication qui suivra de près celle-ci, la fonction très-importante qu'elle remplit par rapport à cette partie fondamentale de l'œuf (1). Cette détermination physiologique de la couche périphérique est confirmée par les phénomènes dont elle est le siége postérieurement à la fécondation. On sait, en effet, que l'œuf des Myriapodes, comme celui de tous les Articulés, ne subit qu'une segmentation partielle exclusivement localisée à la périphérie du vitellus où se forme un blastoderme qui l'entoure de toutes parts. A mesure que l'œuf approche du terme de sa maturatien, sa partie centrale se remplit de globules volumineux, dont les uns sont formés par de la graisse et les autres par une substances albuminoïde. Cette masse centrale est le vitellus proprement dit ; elle ne se trouve jamais atteinte par la segmentation et ne prend conséquemment aucune part à la formation de l'embryon.

Lorsque l'œuf est parvenu à sa maturité complète, le gros volume et l'opacité qu'il a acquis à ce moment ne permettent plus de reconnaître la vésicule délicate placée dans la couche germinative et qui a été le centre de formation de cette couche. Cependant tout me porte à croire qu'elle ne disparaît pas lors de la fécondation, comme fait la vésicule germinative, mais qu'elle persiste dans l'œuf fécondé pour continuer à jouer un rôle important dans les développements ultérieurs dont celui-ci est le siége.

Après cet exposé rapide des phénomènes qui accompaguent la formation du germe dans l'œuf des Myriapodes, il me reste à montrer la relation étroite qui existe entre les phénomènes précédents et ceux observés dans l'ovule végétal : c'est ce que je me propose de faire dans une prochaine communication.

NOUVELLE PREUVE DE LA CONSTRUCTION VERTÉBRALE DE LA TÊTE; note de M. LAVOCAT, présentée par M. MILNE EDWARDS.

Les recherches que l'auteur a publiées l'an dernier avaient pour but de confirmer la construction vertébrale de la tête, et de prouver que chacune des quatre vertèbres céphaliques est le siége d'un appareil de sens.

A l'aide de plusieurs observations tératologiques, il a pu montrer qu'il y a toujours concordance de développement entre tel ou tel organe de sens et le segment vertébral qui lui est approprié.

Il communique à l'Académie un nouveau fait qui est remarquable en ce qu'il fait voir, chez un même animal, les résultats produits par la suppression d'un organe de sens sur un côté de la tête et par la persistance de cet organe snr le côté opposé.

De ces faits il se croit autorisé à conclure :

1° Que chacune des quatre vertèbres céphaliques protége un appareil de sens;

2° Que chacune est exactement composée des éléments qu'il a indiqués;

3° Et qu'il a donné à chaque pièce constitutive de la tête sa véritable signification.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Brigandat (de Lille), Dijon (de Villar-Léger), et Couzinier (d'Aramon).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1862 ou en 1863, dans les départements des Alpes-Maritimes, de la Haute-Garonne, des Côtes-du-Nord et de la Moselle. (Comm. des épidémies.)

3° Les rapports pour le service médical des eaux minérales de Lamalou-le-Bas (Hérault), par M. le docteur Privat, et de Luxeuil (Haute-Saône), par M. le docteur Chapelain. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Neucourt (de Verdun), qui sollicite le titre de membre correspondant, et adresse, à l'appui de sa candidature, un mémoire sur l'entorse et la luxation du poignet, comparées à la luxation de l'extrémité inférieure du radius.

2° Une lettre de M. le docteur L. Orfila, accompagnant l'envoi de deux exemplaires du compte rendu des actes de l'Association des médecins de la Seine pour l'année 1863.

— M. DEPAUL, au nom de M. le docteur Galligo (de Turin), fait hommage à l'Académie de la troisième édition du *Traité des maladies syphilitiques.*

M. LARREY, au nom de M. le docteur Cazalas, dépose snr le bureau la relation des maladies de l'armée d'Italie, de 1859 à 1860, époque à laquelle M. le docteur Cazalas était médecin en chef des hôpitaux militaires d'Alexandrie.

— M. LE PRÉSIDENT, au nom du conseil d'administration, propose à l'Académie de déclarer une vacance dans la section des associés libres. (Adopté.)

— M. H. BOULEY, au nom de M. Goubaux, professeur d'anatomie à l'École d'Alfort, dépose sur le bureau un volumineux mémoire, en quinze cahiers, sur les *déviations de la colonne vertébrale chez les animaux domestiques.* (Comm. : MM. Guérin, Reynal et Bouley.)

ANÉVRISME TRAUMATIQUE.

M. le docteur LEGOUEST, médecin principal et professeur de clinique chirurgicale à l'École militaire du Val-de-Grâce, donne lecture d'un travail intitulé : *Sur un anévrisme traumatique de l'artère ophthalmique gauche; insuccès de la compression indirecte; ligature du tronc carotidien et de la carotide externe; guérison.*

M. Legouest fait suivre la relation de ce fait, et la discussion des divers procédés employés en pareil cas, de considérations dont nous extrayons les passages ci-après :

« M. Broca considère qu'il est extrêmement avantageux, pour un malade qui subit la ligature, d'avoir été soumis préalablement à une compression méthodique, bien dirigée et continuée, même sans résultat immédiat, pendant deux ou plusieurs semaines; et le judicieux chirurgien appuie son opinion sur des relevés statistiques démontrant que la léthalité de la ligature qui, dans les cas ordinaires, flotte entre le tiers et le quart de la totalité des opérés, descend au-dessous d'un huitième lorsqu'une compression indirecte préalable a été exercée pendant un certain temps.....

« ...... Chez notre malade, la ligature de la carotide primitive n'a été ni accompagnée ni suivie des accidents cérébraux qu'elle détermine fréquemment. N'est-il pas permis de se demander si la compression n'a point exercé sur l'encéphale une influence salutaire en l'accoutumant, en le préparant peu à peu à l'interruption du cours du sang dans un des gros vaisseaux qui l'alimentent?

« Nous n'insistons pas sur la valeur de cette présomption, non plus que sur le démenti nouveau donné par notre opération, aux craintes conçues, *à priori*, du danger de mort immédiate que peut faire courir la ligature de la carotide primitive aux sujets anesthésiés par le chloroforme; craintes que l'expérience a déjà fait évanouir. Nous n'avons d'autre but que d'appeler l'attention et la discussion sur le lieu où il convient de placer la ligature, dans le traitement des anévrismes de l'artère ophthalmique, à savoir : sur la carotide primitive simplement; sur la carotide interne seule; sur la carotide primitive et sur l'une ou l'autre de ses branches. Il ressort de notre travail que, contrairement à l'opinion de chirurgiens distingués qui tend à prévaloir, c'est à ce dernier procédé que nous donnons la préférence, surtout lorsque la compression médiate a été préalablement mise en usage. » (Comm. : MM. Nélaton, Larrey et Gosselin.)

ABSORPTION CUTANÉE.

M. le docteur WILLEMIN, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, lit une note résumant de *Nouvelles recherches expérimentales sur l'absorption cutanée.*

Les expériences de M. Willemin ont été de deux sortes : physiques et chimiques. Les premières ont consisté en des pesées du corps faites avant et après des bains simples ou diversement minéralisés. La difficulté inhérente à ce genre de recherches a été résolue par l'emploi d'une nouvelle balance, qu'on peut regarder comme un instrument de précision ; c'est l'hydrostat du professeur Kœppelin, de Colmar, qui permet d'évaluer, à 1 ou 2 grammes près, un poids de 80 kilogrammes. Pour les secondes, M. Willemin a eu, comme pour ses expériences de l'an passé, le concours d'un chimiste habile, M. Hepp, chargé des analyses des cliniques de la Faculté de Strasbourg.

M. Willemin, aidé de neuf étudiants en médecine, qui se sont prêtés à ses expériences, a pris ou fait prendre des bains d'eau douce, des bains alcalins, salins, glycérinés et iodurés. Pour chaque expérience, il a noté non-seulement les observations barométriques, thermométriques et hygrométriques faites à l'air extérieur, mais les conditions atmosphériques du local des bains. L'urine était recueillie immédiatement avant et après les pesées qui précédaient et suivaient le bain ; on en constatait la réaction et la densité.

Pour chaque sujet, une expérience préliminaire consistait à déterminer ce qu'il perdait de son poids pendant une séance, assise à l'air,

(1) Je veux seulement indiquer ici la nature de cette fonction : c'est un organe de circulation pré-embryonnaire, un véritable *cœur du germe*, comme je le démontrerai dans un travail spécial sur l'organisation et le rôle de la vésicule germinative.

dans le même local, dans les mêmes conditions physiologiques que celles où il prenait le bain.

Une expérience d'un haut intérêt a consisté en un bain d'eau distillée pris par M. Willemin après qu'il se fut lavé, frictionné le corps, puis lavé de nouveau à l'eau distillée. L'analyse de l'eau après le bain a montré qu'il avait été éliminé par la peau près d'un gramme de chlorure de sodium.

Pour lever toute objection relative à la pénétration de l'eau du bain par l'orifice des muqueuses, M. Willemin a pris un bain de jambes dans 50 litres d'eau tenant en dissolution 100 grammes d'iodure de potassium. Les urines, les vingt-quatre heures suivantes, additionnées de perchlorure de fer et d'acide chlorhydrique, furent distillées à siccité; le produit de la distillation, saturé de potasse caustique, fut évaporé à son tour, redissous dans l'eau distillée, et traité par l'amidon, l'acide nitrique pur et quelques gouttes d'acide hypeazotique; il se manifesta aussitôt la coloration violette caractéristique de la présence de l'iode.

L'auteur résume son travail par les conclusions suivantes :

L'absorption de l'eau dans les bains simples, ou diversement minéralisés, est mise hors de doute par les pesées exactes faites avant et après le bain.

Ces pesées ont montré qu'à la sortie d'un bain tiède de 30 à 45 minutes de durée, le poids du corps reste le plus souvent stationnaire; dans le tiers environ des cas, il subit une faible diminution qui est généralement très-inférieure au poids que le sujet perd dans un même temps à l'air libre. L'augmentation absolue de poids à la suite d'un bain est plus rare et faible aussi.

L'analyse chimique démontre que, dans un bain tiède, l'exhalation cutanée continue à se faire.

L'absorption de l'eau s'exerce dans des limites très-restreintes; elle ne semble influencée ni par la composition ni par la densité du liquide employé. Elle varie surtout avec les conditions physiologiques.

L'absorption de sels dissous dans le bain, tels que l'iodure de potassium, est démontrée par l'analyse chimique des urines rendues à la suite de bains où l'on a introduit 100 grammes de ce sel. Avec une moindre proportion d'iodure (30 grammes par bain), on ne retrouve point d'iode dans l'urine.

A la suite de bains simples, d'acide qu'elle était, l'urine devient généralement alcaline.

Après un bain alcalin, elle conserve le plus souvent sa réaction acide. A la suite de bains simples ou minéralisés, la densité de ce liquide est presque constamment diminuée. (Comm. : MM. Béclard, Guérard et Gavarret.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccine.

CLÔTURE DE LA DISCUSSION SUR L'INOCULATION.

M. DEVERGIE : Messieurs, si j'interviens si tardivement dans cette discussion, c'est que je voulais laisser élaborer par ceux de nos collègues plus compétents que moi en matière de vaccine les faits qui se rattachent à cette question et les inductions qu'on pouvait en tirer. Il est cependant un point de fait qui ne me paraît pas avoir été assez élucidé, un point très-important et qui pour moi domine cette discussion : ce point de fait, c'est la similitude de la maladie observée chez les chevaux avec la variole de l'homme. Pour les uns, il y aurait similitude complète, pour d'autres il y aurait des différences tranchées; on le voit, cette question est encore à résoudre, et il serait à désirer de savoir à quoi s'en tenir. M. Bouley est venu dire d'abord que la maladie observée chez les chevaux était un herpès phlycténoïde, c'est-à-dire une éruption vésiculeuse ou bulleuse; mais cela ne veut pas dire pustuleuse. Plus tard, il est vrai, M. Bouley revenant sur son premier diagnostic a dit que c'était une maladie aphtheuse; mais ce n'est pas encore là l'affection pustuleuse. Puis vient M. Depaul, qui arrive avec des idées préconçues (je me méfie toujours des idées préconçues), et qui voit tout de suite une variole. Je sais bien qu'il n'a pas été seul de cette opinion, et qu'il a pour lui l'autorité d'un homme très-compétent; en effet, M. Rayer a vu comme lui une variole. Certes j'aurais cru moi aussi à ce diagnostic, j'aurais affirmé la même chose les yeux fermés, si je n'avais rien vu. Mais, à tort ou à raison, j'ai constaté des différences considérables entre les formes éruptives de la maladie observée chez le cheval et chez l'homme. Ce sont ces caractères cliniques que je voudrais faire ressortir, parce qu'on ne l'a pas encore fait jusqu'à présent. On nous a bien dit qu'en 1798, on avait reconnu la variole du cheval; mais à cette époque, où Willan publiait à peine ses premiers travaux, où Bateman et Biett n'avaient pas encore donné les résultats de leurs recherches, le diagnostic des affections cutanées n'était pas assez avancé pour qu'on pût établir la question de similitude sur des bases solides. Et si nous en restions là, cette question ne serait pas plus avancée qu'à la fin du dernier siècle, et dans soixante ans, on pourrait dire de nous ce qu'on a dit de Loy : qu'il avait pressenti la similitude ou l'identité de la variole chez les animaux, mais qu'il n'avait pas su la décrire de façon à rendre toute discussion ultérieure impossible.

Aujourd'hui, on veut et on a le droit d'exiger des preuves cliniques très-nettes. Aussi laissant de côté les personnes pour ne considérer que les faits, je vous demanderai la permission, messieurs, d'examiner à quels caractères on reconnaît la variole. Ces caractères, on les trouve : 1° dans les prodromes; 2° dans le lieu d'élection; 3° dans la description graphique des pustules; 4° dans la gravité de l'affection; c'est en passant en revue ces quatre points principaux qu'on peut séparer la variole d'avec les affections cutanées et autres, qui peuvent lui ressembler, telles que la gale pustuleuse, l'ecthyma, la varicelle, etc. Eh bien, dès maintenant je puis avancer que la variole de l'homme n'est pas du tout celle du cheval.

1° Les prodromes dans la variole sont des plus accusés et des plus significatifs; leur intensité est en rapport avec l'intensité que doit avoir la maladie : leur bénignité est une garantie pour celle de la maladie; leur gravité, au contraire, annonce qu'elle sera confluente. Et ne sait-on pas en effet qu'il y a des prodromes qui tuent, d'où les *variolæ sine variolis*.

Trouvons-nous quelque chose d'analogue chez les chevaux? J'ai interrogé séparément sur ce sujet, M. Leblanc et M. Bouley, et tous les deux m'ont dit que les chevaux atteints de la maladie en question ne paraissaient pas malades, pendant la période prodromique, qu'ils continuaient à manger et à faire leur service; on a pu parfois constater un peu de fièvre, mais nullement comparable à celle qu'on observe chez l'homme. Ainsi, il n'y a point d'identité à établir entre les prodromes de la variole et ceux de l'éruption équine.

Passons au lieu d'élection. On sait que chez l'homme c'est d'abord sur la face que l'éruption se développe, puis sur les membres et le tronc, et qu'elle n'apparaît sur les muqueuses que secondairement. Eh bien, chez le cheval, c'est le contraire : l'éruption débute par la bouche et le plus souvent elle se borne là, si bien qu'il a fallu l'assistance de M. Depaul pour la trouver sur la face. On voit donc que pour le lieu d'élection l'ordre de progression est inverse.

L'état graphique présente aussi de grandes différences. Et d'abord comment se produit une pustule? on voit une élevure, puis a lieu un engorgement inflammatoire, et ensuite se forme la vésicule. Il y a des pustules dans lesquelles l'engorgement prédomine, d'autres sont surtout vésiculeuses, mais enfin ces éléments divers sont toujours plus ou moins accusés.

Chez le cheval l'engorgement inflammatoire est très-peu marqué en général, la forme vésiculaire est au contraire très-accusée, et c'est pourquoi M. Bouley avait donné à cette éruption le nom d'herpès phlycténoïde. La pustule du cheval présente bien une certaine dépression ressemblant à l'ombilication de la pustule chez l'homme, mais on n'y remarque pas de point noir central; en outre, autour de cette dépression, sur la surface de la vésicule, on trouve comme des sillons qui circonscrivent une foule de petites loges que l'on peut vider séparément, ce qui la rend assez semblable à la pustule vaccinale de l'homme, et nullement à la pustule variolique qui se vide en entier avec une seule piqûre.

Quant à la gravité de l'affection, nous avons fait ressortir à propos des prodromes qu'elle était insignifiante chez les chevaux, qu'il n'y avait nul péril pour leur vie, et qu'il en était bien autrement chez l'homme : il y a toujours péril pour lui.

On le voit, les différences sont frappantes. Mais alors, qu'est-ce que la maladie du cheval? — C'est la vaccine. Elle est spontanée chez les chevaux comme chez les vaches.

De cette façon, je crois qu'il n'est plus nécessaire d'admettre ces transformations de maladies en d'autres, dont on vous a parlé, transformations qui me paraissent difficiles à démontrer, et que pour ma part je ne puis accepter.

M. BOUSQUET : Messieurs, l'hypothèse que la vaccine pourrait bien être d'origine varioleuse est venue dans tant d'esprits qu'elle aurait prévalu si elle avait quelque consistance. Curmer l'a proposée en 1799, c'est-à-dire l'année qui suivit la publication de la découverte de Jenner.

M. Depaul l'a reçue des mains de ses prédécesseurs et la défend comme son bien propre : en réalité, il n'a fait que la rajeunir par la crudité des termes : « Il n'existe pas, dit-il, de virus-vaccin ; » et par conséquent il n'existe pas de vaccine.

Depuis soixante ans, la science est dupe d'une pure illusion ; ce qu'elle appelle de ce nom n'est autre chose que le virus varioleux adouci et la variole déguisée.

Encore si, à l'appui d'une vieille thèse, on apportait de nouvelles preuves; mais point : on se borne à dire que le cheval, de même que la vache, est sujet à la variole, et que, par la variole il produit la vaccine.

Du reste, M. Depaul reconnaît la variole du cheval aux mêmes signes qui marquent la variole de l'homme. Je copie : « Phénomènes généraux, « apparence extérieure, structure intime des pustules, tout est pareil; « comme la variole, l'éruption chevaline se communique par infection « et par inoculation; du cheval on la transporte sur la vache; on la « reporte de la vache sur le cheval, enfin, de la vache on l'inocule à « l'espèce humaine. »

Tout cela est vrai, et cependant on dispute encore sur l'identité.

Parmi les caractères de l'éruption chevaline, M. Depaul met un prix particulier à prouver qu'elle est *générale*, afin, sans doute, d'éloigner du même coup toute idée de *juvart* et d'*eaux aux jambes*....

Nous admettons avec M. Depaul que la variole est, à bon droit, une affection générale ; mais, à coup sûr, ce n'est pas par les pustules, sans quoi la variole inoculée serait tantôt générale et tantôt locale : générale, quand il vient des boutons sur tout le corps; locale, quand l'éruption ne dépasse pas les piqûres.

La variole de la vache, ou *cowpox*, serait toujours locale ; car je ne sache pas que jamais observateur ait surpris des pustules hors du pis ou des mamelles.

La vaccine serait toujours locale, car je compte pour rien les vaccines avec boutons surnuméraires, tant elles sont rares.

Et cependant je reconnais que toutes ces éruptions sont générales; mais, pour les élever à cette hauteur, il faut les considérer dans la révolution qu'elles portent dans le sang; c'est par là qu'elles se révèlent à nous avec leur caractère de généralité; car personne ne pensera que ce soit deux ou trois boutons produits artificiellement sur les bras qui libèrent l'économie tout entière du tribut qu'elle doit à la petite vérole.

Je veux prouver par là que ce n'est ni du nombre ni de la diffusion de l'éruption chevaline qu'on peut conclure de son identité avec la variole humaine. Et, en effet, il ne viendrait qu'un ou deux boutons aux paturons, aux naseaux ou ailleurs, que ce serait absolument la même chose.

En fait de maladies contagieuses, de maladies nées de semence, j'ai dit et je répète que la cause domine les symptômes et l'anatomie pathologique elle-même; mais, quelque clair qu'on parle, il est des hommes qui détournent l'oreille, ils font semblant de ne pas entendre, comme s'ils craignaient d'approfondir la matière.

Si M. Lafosse n'eût pas inoculé l'éruption de Toulouse (je parle par contraction); si M. Bouley n'eût pas inoculé l'éruption d'Alfort, l'observation de M. Depaul était perdue pour lui et pour nous; M. Bouley nous l'a conservée par l'inoculation en même temps qu'il nous en a dévoilé la nature.

Or cette inoculation montre clairement deux choses : l'une, que l'éruption du cheval n'était pas la variole de l'homme, puisqu'elle n'a pas reproduit la variole de l'homme; l'autre, que cette éruption était de même nature que le cow-pox de la vache, puisqu'elle a reproduit le cow-pox, ou, ce qui est la même chose, la vaccine.

Je ne comprends pas comment cette expérience ne dessille pas tous les yeux.

M. Depaul dit, à ce propos, que l'éruption du cheval et celle de la vache, reproduisant toutes deux le cow-pox, il est à présumer qu'elles sont identiques.

Ici, je le trouve beaucoup trop réservé; il n'y a pas seulement présomption, il y a certitude; mais, de ce qu'elles sont identiques entre elles, cela ne prouve pas qu'elles soient identiques à la variole; et ce n'est pas le cas d'appliquer le fameux axiome, que deux choses égales à une troisième sont égales entre elles. Que M. Depaul me permette de le lui dire, il tourne toujours autour de la question, mais il n'y entre jamais.

Entre la variole et la vaccine, il y a donc un vide, une lacune à combler, des différences à expliquer.

Elles s'expliquent naturellement en admettant deux virus, l'un pour la variole, l'autre pour la vaccine. M. Depaul n'en veut qu'un pour les deux éruptions, mais voici la finesse avec laquelle il espère se sauver : il accorde à ce virus unique la faculté de se modifier, de se déguiser, de se transformer suivant les milieux qu'il traverse; et en même temps, par une contradiction flagrante, il assure que cette modification est la même dans le cheval, dans la vache, l'âne, le mouton, le chien, le porc, comme si tous ces animaux si divers avaient exactement la même organisation...

M. Bousquet revient sur les expériences de Sacco, et montre combien ses succès constants et faciles, où tous les autres expérimentateurs ont échoué, c'est-à-dire dans l'inoculation de la variole aux animaux, doivent mettre en défiance contre ses affirmations. Il adjure de nouveau M. Depaul de recommencer lui-même ces expériences.

M. Bousquet rappelle qu'il y a trente ans, dans son *Traité de la vaccine*, il a établi les analogies qui rapprochent le virus-vaccin du virus variolique, et il demande la permission de présenter l'historique suivant qui constitue, dit-il, le produit net de la discussion :

C'est, comme chacun sait, Jenner qui, en prenant le *cowpox* sur la vache, a dit le premier qu'elle lui venait du cheval; en cela il s'est peut-être trompé, la vaccine naissant indistinctement sur la vache et le cheval; mais il a pressenti son origine sur le cheval, moitié par observation, moitié par intuition. Vous savez avec quelle irrévérence M. Depaul en a parlé.

De la fin du dernier siècle, il faut aller jusqu'en 1811 pour retrouver le souvenir de l'origine *équine*. Alors il se répandit qu'un cocher de Paris, en pansant un cheval atteint de *javart*, s'en était inoculé la matière sur les mains et y avait fait naître des boutons de vaccine. Husson rendit compte de ce fait au Comité de vaccine, qui y donna peu d'attention, et on n'en parla plus.

Quarante-cinq ans après, en 1856, deux médecins également recommandables, MM. Pichot et Manoury, de Chartres, signalent un nouveau fait d'inoculation fortuite de la maladie du cheval à l'homme; mais ce fait, quoique mieux vu, mieux observé, plus suivi, était encore incomplet; M. Depaul profite de ce qui lui manque pour nier tout le reste, et déclare que ces prétendues pustules de *cowpox* n'étaient en réalité que des pustules de *varioloïde* nées par hasard.

Enfin, vient le fait de Toulouse (1860). Aux faits précédents il manquait quelque chose : il ne s'était pas trouvé un homme de l'art pour prendre le virus sur le cheval et l'inoculer à la vache; cette inoculation s'était faite fortuitement, sans témoins et à l'insu de tous, même de l'inoculé.

Au contraire, à Toulouse, tout s'est fait au grand jour, publiquement. Un des hommes les plus estimés, et qui méritent le mieux de l'être de la médecine vétérinaire, M. Lafosse, professeur de clinique à l'école de Toulouse, a pris le virus sur le cheval et l'a inoculé à la vache avec un plein succès. Après une expérience si concluante, il n'y avait, ce me semble, rien à faire qu'à se soumettre. M. Depaul se débat encore contre l'évidence, et, chose à peine croyable! il dit que la vache inoculée était probablement à la veille d'avoir naturellement le *cowpox*, de sorte que les pustules qu'elle portait lui venaient, non pas de l'inoculation, mais de la fortune, mais du hasard.

Enfin, tout ce qu'il est possible de faire pour arrêter la marche de la science et la détourner de ses voies, M. Depaul l'a fait; il doute quand il faut croire, il croit quand il faut douter.

D'un autre côté, il a eu le bonheur de mettre la main sur la maladie du cheval qui contient la vaccine; s'il l'a trouvée sans la chercher, je ne veux pas le savoir, le service est trop grand pour lui marchander notre reconnaissance; je dis seulement à sa gloire qu'il nous a fait connaître la maladie d'où M. Boulet a tiré la vaccine par inoculation.

L'observateur et l'expérimentateur se complètent.

Ils sont, à l'égard l'un de l'autre, exactement dans la position où je me suis trouvé vis-à-vis de M. Perdrau, en 1836, à l'occasion de la rencontre du *cowpox* de Passy. La femme qui se l'était inoculée se fit voir à M. Perdrau, qui me l'adressa avec un billet où il me faisait part de ses doutes; il n'y avait évidemment qu'un moyen d'en sortir et de changer les présomptions en certitude : c'était d'inoculer les pustules de cette femme; je les inoculai, et, dès la seconde génération, elles me donnèrent des boutons de vaccine supérieurs à tout ce que j'ai vu depuis.

Ce n'est pas la première fois que l'honneur d'une découverte se partage entre plusieurs auteurs. Rien, au contraire, n'est plus commun dans les sciences. Képler avait trouvé les grandes lois selon lesquelles se meuvent les corps célestes avant que Newton se fût avisé qu'ils pèsent tous les uns sur les autres; et que serait le système de la *gravitation* sans les lois de Képler? Harvey passe à bon droit pour l'auteur de la découverte de la circulation; il n'en est pas moins vrai qu'il a profité des travaux du malheureux Servet, de Colombo et de Césalpin. Jenner lui-même n'a fait que recueillir la tradition populaire.

La Fable raconte que Minerve sortit tout armée du cerveau de Jupiter; sur la terre, les choses se passent autrement; les mortels ne font pas si bien, ni si vite que les dieux! Lorsque de Candolle, mon illustre maître, publia son *Essai sur les propriétés des plantes*, d'après la méthode naturelle, il voulut la dédier à tous les botanistes qui avaient concouru à fonder cette belle méthode. Généralement, on en fait honneur à Bernard de Jussieu; cependant, avant ou après ce grand nom, de Candolle en place dix autres : Bauhin, Magnol, Ray, Morisson, Adanson, Laurent de Jussieu, Desfontaines, Richard et Brown.

Mais il est convenu que la vérité appartient à celui qui la démontre, et le nom de Bernard de Jussieu a couvert tous les autres.

Que si de ces hauteurs nous descendons à l'humble question de l'origine de la vaccine sur le cheval, nous trouvons d'abord Jenner qui l'a pressentie; MM. Pichot et Manoury, qui l'ont accréditée; M. Lafosse qui l'a démontrée; MM. Depaul et Bouley qui en ont marqué la source.

Et moi, messieurs, n'ai-je rien fait? Ne craignez pas que l'amour-propre m'égare ou me fasse illusion. Désigné par votre choix à l'honneur de vous rendre compte des travaux sur la matière qui vous ont été transmis, je ne réclame que le faible avantage d'en avoir apprécié le mérite et de vous avoir fait partager le jugement dont je mettais les éléments sous vos yeux; c'est peu, je le sais, j'y tiens cependant en songeant à ce qui aurait pu arriver; si ma raison trompée eût égaré la vôtre, je ne vous proposerais pas aujourd'hui d'inscrire sur les tables de la science :

1° Que la vache, regardée jusqu'ici comme l'unique source de la vaccine, partage cet avantage avec le cheval;

2° Que la maladie du cheval où s'élabore le virus-vaccin n'est ni le *javart*, ni les *eaux aux jambes*, mais une éruption générale, pustuleuse et fébrile;

3° Et, par une conséquence nécessaire, qu'au lieu d'une source, il en est deux où l'art peut aller puiser pour renouveler le vaccin :

Trois vérités désormais acquises et qui composent comme le produit net de cette longue, mais utile discussion.

M. Briquet : M. Devergie vous a parfaitement démontré les différences qui existent entre l'éruption équine ou la vaccine et la variole au double point de vue des apparences extérieures et des phénomènes généraux.

Je veux essayer, après mon collègue, de compléter sa démonstratinn en montrant un caractère distinctif de plus, dont on n'a pas jusqu'ici tenu compte. Les apparences extérieures pourraient, j'en conviens, ne pas paraître suffisantes peut-être aux yeux de tout le monde pour démontrer la différence qui existe entre ces deux éruptions; mais il y a un autre caractère tout anatomique qui ne peut laisser à cet égard le moindre doute, c'est l'existence du disque varioleux. Ce disque auquel s'insère le filament cellulaire qui produit la dépression centrale et d'où part la fausse membrane qui recouvre toute la face interne de l'épiderme qui constitue la pustule est le caractère anatomique distinctif de la pustule variolique. Je l'ai constamment trouvé dans toutes les recherches que j'ai faites. Dans la varicelle, il n'y a rien de semblable. C'est donc bien là un caractère inhérent à la pustule de la variole. Ce disque existe-t-il dans la pustule du cheval? On n'en sait rien; on ne l'a probablement pas cherché; mais d'après les différences indiquées par M. Devergie entre la pustule de l'homme et celle du cheval, il ne me paraît pas probable qu'il existe chez ce dernier. La pustule du cheval se vide complètement et s'affaisse dès qu'on la pique; il n'en est pas ainsi de celle de l'homme. Ce fait seul me paraît constituer une différence essentielle entre ces deux éruptions. Je voulais ajouter ce nouveau caractère distinctif à ceux qu'a déjà si bien décrits M. Devergie.

M. le Président : Personne ne demande plus la parole? (Personne ne répond.)

En conséquence, je déclare close la discussion sur la vaccine.

La commission de vaccine, dont font partie la plupart des membres qui ont pris part à cette discussion, restera chargée d'étudier toutes les questions qui s'y rattachent et d'en faire plus tard l'objet d'un rapport à l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1863, par M. le docteur Ordonez, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

Sur un cas de réplétion des glandes sudoripares axillaires par une matière colorante d'un noir violet foncé; par M. Charles Robin, professeur d'histologie à la Faculté de Médecine.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter est des plus intéressantes en ce qu'elle ne peut laisser de doutes sur la possibilité de la production, par les glandes du groupe des sudoripares, d'une matière ayant une couleur autre que celle qui donne une teinte légèrement jaunâtre au contenu de ces follicules. Il est vrai que la production d'humeurs autrement colorées qu'à l'ordinaire, par les glandes dont les sécrétions ne sont pas absolument incolores, est un fait dont l'observation est familière aux anatomistes et aux physiologistes; mais il ne semble pas l'être à tous les médecins. Il en est en effet qui, sous prétexte que la vérité réside uniquement dans les faits, que tout gît dans l'observation, omettent de se placer dans les conditions nécessaires pour que ceux-ci puissent être, sinon constatés, au moins exactement interprétés. Or sans une exacte interprétation le fait n'existe pas, quelle que soit, du reste, la prétention de vouloir fonder la médecine sur l'observation pure des phénomènes morbides indépendamment de la connaissance et de l'interprétation logiques des conditions extérieures et intimes ou organiques qui les causent. L'accumulation des observations restera illusoire tant que ceux qui les recueillent manquent des notions d'anatomie et de physiologie normales qui servent à rendre compte des modifications accidentellement survenues; car par suite de l'impossibilité d'en juger les modes et la nature, on en voit parfois nier l'existence. Mais revenons au fait dont il est ici question.

La pièce dont il s'agit a été déposée chez moi sans indication d'origine, en sorte que je n'ai pu obtenir sur elle aucun détail; mais sa valeur anatomique et physiologique ne se trouve diminuée en rien par ce fait. Elle comprend la peau de la région axillaire, les glandes et les follicules pileux sous-jacents, ainsi que le tissu adipeux sous-cutané correspondant. Entre les poils blonds et peu abondants la peau était légèrement teintée en noir violacé ou ardoisé, en partie par demi-transparence, en partie par suite de la présence d'une petite quantité de la sécrétion colorée versée à la surface de l'épiderme. C'est ce qu'on pouvait démontrer en essuyant la peau avec un linge blanc; celui-ci se tachait en noirâtre et le dernier présentait encore une coloration légère de même teinte, mais moins foncée, due à la présence des follicules sous-jacents apercevables par demi-transparence. Par la pression il a été possible de faire suinter à une ou deux reprises une substance demi-liquide, par très-petites gouttelettes en forme de points, qui tachaient aussi un peu le linge avec lequel on les essuyait.

En examinant la face profonde de la peau on était frappé de la présence d'un grand nombre de petits grains lisses, d'un noir violacé ou ardoisé, ovoïdes ou lenticulaires, larges d'un demi-millimètre à un millimètre et même un millimètre et demi. Les plus gros étaient d'un noir intense, les plus petits étaient d'un noir ardoisé ou grisâtre. Ils existaient dans toute l'étendue de la peau pourvue de longs poils; à partir de la circonférence de la région pileuse ils diminuaient rapidement de nombre, de volume et de coloration, et à un centimètre au delà des poils on ne trouvait plus que des glandes sudoripares plus petites, qui n'étaient plus visibles à l'œil nu. Les grains précédents étaient contigus vers le centre de la région pileuse, à laquelle ils communiquaient ainsi leur couleur accidentelle; un peu plus écartés vers le bord, ils lui donnaient un aspect tacheté ou marbré de noir grisâtre ou violacé tranchant sur la teinte propre du derme et du tissu adipeux; en étirant la peau on écartait les glandes contiguës et toute l'étendue de la face profonde offrait alors l'aspect tacheté de points noirs dont il vient d'être fait mention.

En isolant ces corps et les plaçant sous le microscope on distinguait nettement le tube glandulaire roulé sur lui-même, plus large, à circonvolutions moins adhérentes, moins rapprochées, et plus faciles à isoler que dans les follicules sudoripares proprement dits, caractères propres à ceux de l'aisselle. Du reste la couche de fibres musculaires de la vie organique, relativement épaisse, qui suit la direction des tubes enroulés, la paroi propre homogène transparente et l'épithélium de ceux-ci n'offraient rien d'anormal. Mais la substance demi-liquide, finement granuleuse ordinairement, légèrement jaunâtre qui remplit ces tubes, présentait ici un aspect remarquable par sa teinte d'un brun ardoisé très-foncé, au point de rendre presque opaques les circonvolutions des follicules examinées isolément. Les granulations de cette substance étaient très-nombreuses, d'un noir violacé, à contour net, variant de volume depuis un diamètre presque imperceptible jusqu'à celui de 3 ou 4 millièmes de millimètre. La substance qu'on faisait suinter à la surface de l'épiderme par la pression de la couche glandulaire offrait une constitution semblable.

Les granulations colorées que je viens de décrire devenaient d'un bleu foncé au contact de l'acide sulfurique; elles s'y conservaient pendant plusieurs heures dans cet état, et finissaient ensuite par pâlir et se décolorer presque entièrement. L'acide azotique les rendait rapidement brunes, puis jaunâtres au bout d'une demi-heure, et finissait par les faire disparaître et les rendre méconnaissables au milieu de l'amas des détritus jaunâtres des tissus ambiants. L'acide acétique, dont l'action est nulle d'abord, fait disparaître la couleur noire, violacée, de ces granules au bout de peu de jours, mais sans les dissoudre pourtant. Ils conservent, en effet, encore leur forme, leurs dimensions et une teinte d'un brun jaunâtre assez foncé, même après un séjour de plusieurs semaines dans cet acide étendu. L'ammoniaque ne dissolvait pas ces granules colorés ni le contenu demi-liquide finement grenu des tubes glandulaires qui les renfermait; après la destruction de la couleur par les acides, elle ne la faisait pas reparaître, même ajoutée en excès.

Telle était la constitution de cette substance, qui était assez colorée pour rendre à peu près complétement opaques sous le microscope les tubes glandulaires larges d'un dixième à un dixième et demi de millimètre qu'elle remplissait dans toute leur étendue. Elle était notablement plus abondante vers la partie profonde des glandes, que dans la portion du tube qui marche isolément à travers le tissu adipeux et le *derme*. A la lumière réfléchie, elle donnait aux glomérules la couleur noire ardoisée signalée plus haut.

M. Ordoñez, à qui j'ai remis une portion de peau chargée des glandes précédentes, a constaté les faits que je signale et a conservé des préparations qui s'y rapportent. Il est d'autres détails et d'autres réactions secondaires que j'aurais pu noter encore, mais que je passe sous silence parce que cet observateur les fera connaître dans un travail spécial qu'il prépare, et relatif à diverses substances colorantes accidentelles.

En résumé, la présence de cette substance dans la profondeur même des follicules sudoripares axillaires prouve qu'on ne saurait sans erreur nier la production accidentelle par les glandes sudoripares d'une matière colorante, remarquable par sa teinte foncée, noirâtre ou ardoisée, et assez abondante pour donner une couleur tout à fait noire aux organes dans lesquels elle se trouve accumulée. La présence de cette matière dans les glandes axillaires seulement, et non dans celles qui sont au delà de la région pourvue de poils, prouve que ce trouble de la sécrétion des glandes sudoripares peut survenir dans des portions restreintes, et assez nettement limitées de la peau, sans affecter les glandes analogues de toute l'étendue de ce tégument.

II. — Pathologie.

1° Suppuration et probablement destruction partielle du rein droit; par M. Courty, membre correspondant.

Les fragments de tissu parenchymateux que j'ai l'honneur d'adresser à la Société proviennent d'une jeune femme de 25 à 28 ans, souffrant depuis deux ou trois ans, traitée jusqu'à ce jour successivement pour des douleurs rhumatismales ou des accès de fièvre intermittente, erreur de diagnostic que peut à peine expliquer un examen très-superficiel.

Appelé auprès d'elle il y a environ six mois, je constatai des douleurs de colique néphrétique. Je m'informai aussitôt de l'état des urines, j'explorai la vessie, les uretères, les reins. La pression et la percussion très-douloureuses sur le rein droit, la présence du pus dans les urines, l'expulsion renouvelée de temps en temps de fragments d'un tissu particulier, me firent diagnostiquer une lésion organique du rein, probablement se compliquant de suppuration phlegmoneuse et de destruction partielle et successive de l'organe. Ces fragments ont été quelquefois assez volumineux pour déterminer une rétention d'urine et nécessiter le cathétérisme.

Ces crises, avec expulsion de fragments, ont eu lieu cinq à six fois depuis le début de la maladie. Elles sont toujours précédées et accompagnées de pus dans les urines, de frisson et de fièvre. La crise dure de deux à quatre semaines; puis les urines redeviennent claires, et tout rentre dans l'ordre pendant quelques mois.

La malade se remet incomplétement. Mais une nouvelle crise survient, elle maigrit de nouveau, etc. Depuis l'application de cautères sur la région lombaire droite, les frictions avec l'onguent napolitain, l'usage des boissons rafraîchissantes, etc., elle va sensiblement mieux. Pourtant il y a eu dernièrement encore une crise.

Les fragments rendus, et dont j'ai l'honneur d'envoyer un échantillon à la Société, ont l'apparence de fragments de rein entourés de la coagulation d'une exsudation plastique. La couleur, l'aspect sont ceux de la substance corticale. L'examen microscopique m'a fait voir un parenchyme canaliculé; mais, n'y ayant pas vu de glomérules, je n'ose me prononcer d'une façon absolue.

2° Phthisie pulmonaire; cancer squirrheux du sein; deux angioleucites réticulaires; névralgie intercostale; autopsie : granulations cancéreuses des plèvres, de la surface du foie, du péricarde, des bronches, des poumons, du frontal et de la peau; névromes cancéreux des nerfs intercostaux; par M. Cornil.

F... (Marguerite), âgée de 60 ans, femme de ménage, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. Charcot) le 4 février 1863, est couchée au n° 6 de la salle Sainte-Cécile.

Réglée de l'âge de 20 ans à celui de 50, elle a eu trois enfants qu'elle a nourris elle-même sans avoir eu mal au sein.

Sa mère est morte de maladie épidémique, son père est mort très-jeune (elle avait alors 4 ans). Plusieurs de ses sœurs sont mortes de maladies qu'elle ne peut préciser. Une de ses sœurs, âgée de 60 ans, est bien portante actuellement.

Son fils est mort poitrinaire à 23 ans l'année dernière; son mari avait aussi succombé à une maladie de poitrine qui avait duré trois mois.

Elle dit avoir éprouvé il y a cinq ans une contusion du sein droit, cause à laquelle elle rapporte le début de son mal; elle a toujours souffert du sein depuis ce temps, et des glandes se sont développées à l'aisselle droite il y a trois ans.

Depuis quatre ou cinq mois, sa tumeur du sein s'est ulcérée et a donné lieu à des suintements sanguinolents journaliers. Depuis trois mois, le bras et l'avant-bras droit se sont œdématiés.

État actuel. — Tumeur dure, ulcérée du sein droit. La peau du sein gauche présente de petites tumeurs arrondies blanches, dures, siégeant sur un tissu cellulaire induré.

Ganglions lymphatiques formant une tumeur sous le peaucier, au-dessus de la clavicule droite.

Rien à l'auscultation.

28 février. Début par le sein droit d'un érysipèle qui envahit immédiatement tout le bras droit. Il y a eu les jours précédents des signes d'embarras gastrique, bouche amère, langue pâteuse; peu de fièvre.

2 mars. La rougeur érysipélateuse a pâli; la malade va bien.

9 mars. L'érysipèle est revenu très-aigu aux mêmes points; frisson pendant la nuit précédente; envies de vomir sans vomissements. Le bras, la poitrine et le dos sont envahis par la phlegmasie. La peau présente de petits îlots et traînées rouges entre-croisées, irrégulières.

19 août. N'a jamais rien éprouvé dans les membres inférieurs; elle peut marcher, bien que gênée par le volume et le poids du membre supérieur droit.

2 septembre. 110 pulsations; n'a pas eu de frisson; signes de névralgie intercostale à gauche; point douloureux vertébral; bouche sèche; pas d'appétit; transpire un peu la nuit; pas de dévoiement.

29 septembre. Hémorrhagie très-abondante par l'aisselle et l'ulcération du sein droit.

Mort le 30 septembre.

Autopsie faite le 2 octobre. Embonpoint; infiltration des parties déclives.

Crâne. Une tumeur arrondie, aplatie, de coloration blanche, comme nacrée, siége sous le périoste au niveau de la bosse frontale gauche. Cette tumeur est développée dans l'os.

Rien à la dure-mère ni au cerveau.

Moelle épinière. Pas d'altération.

Seins. Ulcération du sein droit et de l'aisselle; tumeur squirrheuse du sein gauche qui a envahi par petites masses arrondies dures, non-seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi les muscles pectoraux et les côtes qui se cassent facilement.

Les plèvres, à la surface costale et viscérale, sont couvertes de granulations cancéreuses assez volumineuses.

Au sommet des *deux poumons*, cavernes tuberculeuses anciennes; à droite, la matière contenue dans l'une d'elles, du volume d'une noisette, est formée de substance caséeuse et calcaire. A gauche existent plusieurs petites cavernes plus récentes.

Les derniers anneaux de *la trachée* et *les bronches* sont le siége d'un catarrhe purulent; en outre, existent à leur surface de petites saillies arrondies, ou des plaques dures, nacrées à leur surface (granulations cancéreuses de la muqueuse).

Le *péricarde* offre à sa surface plusieurs granulations de même nature.

Le *foie* est couvert d'un grand nombre de granulations de la grosseur d'une tête d'épingle à une noisette, nombreuses surtout à la face inférieure, dures, luisantes, nacrées. Le parenchyme du foie est sain.

Le *péritoine* n'offre de granulations cancéreuses qu'à sa partie diaphragmatique.

Rien à l'intestin ni à l'estomac.

Rate dure et grosse. On voit très-bien les corpuscules de Malpighi sur la surface de section.

Pancréas mou, gorgé de sang.

La capsule surrénale gauche un peu hypertrophiée.

Reins normaux.

Utérus contenant deux petits corps fibreux.

Colonne vertébrale saine.

En détachant la plèvre costale, on met à nu *les nerfs intercostaux*. Deux de ces nerfs sont altérés; on les voit tous les deux entrer dans une granulation cancéreuse du volume d'une fève, l'un avant, l'autre après avoir fourni sa première branche perforante. Ces granulations cancéreuses sont développées au sein du tissu cellulaire sous-pleural et entourent les deux nerfs. Les nerfs eux-mêmes présentent à ce niveau un léger renflement dû à l'épaississement du névrilème. Dans ce point et dans leur trajet ultérieur, ces deux nerfs montrent un grand nombre de tubes nerveux altérés (dégénération granulo-graisseuse et atrophie de la moelle nerveuse).

Les ganglions axillaires et sus-claviculaires du côté droit sont gros et éburnés; peu de suc cancéreux à la coupe. Au milieu des tissus très-durs de l'aisselle, l'artère axillaire est resserrée; la veine est complétement oblitérée en un point par un bourgeon cancéreux né de sa paroi. Au-dessous de ce point, coagulation fibrineuse. Les nerfs du bras, également compris dans ce tissu induré, présentent des névrosies cancéreux.

Examen microscopique des seins. Dans les deux seins, examinés sur des coupes minces, on voit des alvéoles formé par du tissu cellulaire abondant, alvéoles rondes ou ovalaires presque toutes de même grandeur, mesurant 0^m,030 à 0^m,045. Les cellules qu'elles contiennent sont petites; les plus grosses mesurent 0^m,015 à 0^m,018; les noyaux de ces cellules et ceux qui sont libres mesurent 0^m,006 à 0^m,012. Dans certains points, on constate une dégénération granulo-graisseuse, non-seulement des cellules cancéreuses, mais aussi du tissu cellulaire qui forme la paroi des alvéoles. Les granulations graisseuses siégent alors principalement dans les corpuscules de tissu cellulaire.

Les alvéoles des ganglions lymphatiques et des granulations de la surface du foie ont la même forme et les mêmes dimensions; leur contenu est le même. Quant aux alvéoles des muscles, elles sont généralement allongées, ovalaires, mesurant de 0^m,060 à 0^m,075 en longueur et 0^m,030 en largeur. Dans toutes les noyaux prédominent et sont petits de 0^m,006 à 0^m,015. Ces éléments nouveaux sont placés dans les muscles, dans l'intervalle des fibres musculaires, et leur sont parallèles. Les fibres musculaires sont infiltrées de granulations graisseuses et ont perdu leur striation.

Granulations de la peau. La peau de la poitrine, des bras, du dos était couverte de granulations cancéreuses dont un certain nombre était ulcéré. La peau tout entière et le tissu cellulaire sous-cutané étaient épaissis. En pratiquant des coupes de cette peau, on voyait des réseaux de fibres de tissu élastique entre-croisées, et dans les mailles de ce réseau, une quantité considérable de noyaux de 0^m,006 à 0^m,012, semblables à ceux des autres organes cancérés. Il y avait très-peu de cellules.

En faisant passer les coupes par les granulations cancéreuses de la peau, on voyait que la saillie qui les constituait consistait en une hypertrophie du réseau papillaire. A leur niveau, les couches épidermiques étaient intactes, mais les papilles étaient longues, épaisses, rapprochées les unes des autres. La structure de ces papilles dermiques était formée, indépendamment des anses vasculaires, par des noyaux abondants et de même nature que ceux qui précèdent.

Au niveau des points ulcérés, on voyait que l'épiderme avait disparu, et que les papilles étaient libres et saillantes.

Sur les ulcérations les plus étendues et les plus anciennes qui étaient jaunâtres à l'œil nu, on constatait au microscope une dégénération graisseuse des éléments des papilles.

3° NOMBREUSES COLIQUES SATURNINES; ALBUMINURIE PERSISTANTE; PARALYSIE DES EXTENSEURS DES DEUX MEMBRES SUPÉRIEURS; MORT SUBITE; MALADIE DE BRIGHT ARRIVÉE A L'ATROPHIE DE LA SUBSTANCE CORTICALE; ALTÉRATION DES MUSCLES ET DES NERFS DANS LES MEMBRES PARALYSÉS; par AUGUSTE OLLIVIER.

Duhamel (Adolphe), âgé de 56 ans, peintre en bâtiments, est admis à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 10, dans le service de M. Beau C'est un homme de taille moyenne, un peu amaigri; son père et sa mère ont vécu en bonne santé jusqu'à un âge avancé, et ses deux sœurs se portent très-bien. A l'âge de 19 ans, il eut nne fièvre typhoïde qui dura plus d'un mois. Pas de maladie vénérienne ni d'excès alcooliques. Il s'est toujours bien nourri et n'a jamais habité de logements humides. Il est marié depuis l'âge de 25 ans; sa femme n'a jamais fait de fausses couches et eut une seule grossesse; l'enfant mourut pendant l'accouchement qui fut très-laborieux; il était volumineux et bien constitué.

Ce malade a commencé le métier de peintre à l'âge de 12 ans. Première attaque de coliques très-violentes vingt-cinq ans après; elles se repétèrent tous les deux ou trois ans. Malgré cela la santé générale ne s'altéra pas très-sensiblement. Il ne s'est jamais aperçu que son urine ait été sanguinolente, et ne se rappelle point avoir eu des douleurs lombaires en dehors de ses coliques.

A la fin de juin 1863, il fut obligé de garder le lit trois semaines pour les mêmes accidents. S'étant remis au travail, il fut de nouveau pris de coliques et se décida alors à entrer à l'hôpital. On lui prescrivit successivement une bouteille d'eau de Sedlitz, de l'huile de ricin et des lavements purgatifs.

Le 14 août, jour où je vis le malade pour la première fois, il était dans l'état suivant : un peu de tremblement dans la voix (depuis douze ans environ), les coliques ont presque disparu; liséré caractéristique, légère diarrhée; le ventre est souple et non douloureux à la pression. Les mains tremblent un peu quand on les fait étendre; de plus, le médius, l'annulaire et l'auriculaire droits sont fléchis par suite de la paralysie de leurs extenseurs. Il y a du reste, de chaque côté, un affaiblissement musculaire assez prononcé des deux membres supérieurs; toutes les sensibilités sont conservées; douleurs dans les genoux et aux malléoles, mais absence de tuméfaction et de rougeur; crampes passagères. Il n'y a pas la moindre trace d'œdème. Aucun trouble des sens spéciaux; peau sèche, non chaude, pouls à 80, régulier, plein Bruits du cœur normaux; l'impulsion est à peine sentie et le volume ne semble pas augmenté. Jamais de toux ni de crachements de sang.

La percussion et l'auscultation ne révèlent rien de particulier dans les poumons. Le foie mesure 10 centimètres dans son diamètre vertical, au niveau de la ligne mammaire; urines pâles très-albumineuses, 2 gouttes d'acide nitrique suffisent pour donner lieu à un précipité blanc, abondant, qui persiste par la chaleur Au microscope, on trouve bon nombre de cellules rénales, soit isolées, soit réunies.

L'examen chimique permet de constater la présence du plomb dans l'urine des vingt-quatre heures.

Le 17, pouls à 96; peau un peu chaude, anorexie, plusieurs garde-robes (un verre d'eau de Sedlitz chaque jour); pas de douleurs lombaires; les urines offrent les mêmes caractères. Aucun changement dans les autres symptômes.

Le 24, le malade éprouve toujours un certain sentiment de faiblesse; il ne peut rester debout longtemps. Les urines se troublent seulement et ne donnent plus de précipité quand on les traite par la chaleur et l'acide nitrique.

Le 2 septembre, la paralysie des extenseurs est bien moins prononcée; les urines sont toujours albumineuses. Le malade se sentant mieux demande sa sortie. Il reprend son travail pendant seize jours, mais les coliques reparaissent ainsi que la paralysie des extenseurs. Il essaye de se soigner chez lui avec de l'huile de ricin, et au bout de huit jours il rentre, le 28 septembre au soir, à la Charité, salle Saint-Félix, n° 18. Pâleur extrême, amaigrissement prononcé, coliques très-vives, constipation, paralysie des extenseurs des membres supérieurs (main, avant-bras et bras); il n'existe aux membres inférieurs qu'un peu d'affaiblissement musculaire. Embarras de la parole, tremblement de la langue, soubresauts fibrillaires. Pas de trouble des sens spéciaux. L'intelligence et la sensibilité générales ne sont pas altérées. Pouls fréquent, petit, 120 pulsations; respiration accélérée; rien d'anormal dans les poumons et au cœur; nrines très-albumineuses. (1 bouteille d'eau de Sedlitz.)

Le 29, la nuit a été agitée, subdélirium, deux garde-robes A la visite, le calme est revenu. On constate les mêmes signes que la veille, et en outre on remarque que le foie est petit (7 centimètres; ligne mammaire); la rate ne paraît pas volumineuse; les urines donnent, par la chaleur et l'acide nitrique, un précipité abondant d'albumine. A l'examen microscopique, nombreux cylindres de desquamation épithéliale. A neuf heures et demie, le malade prit un peu de potage. Vers dix heures, il se leva pour aller au cabinet, mais on dut le reporter sur son lit. Au moment où nn l'y déposait, il s'écria : *je meurs*, fit cinq ou six inspirations bruyantes profondes, et succomba la langue projetée au dehors.

AUTOPSIE faite vingt-huit heures après la mort.

Rigidité cadavérique encore très-prononcée, pas de traces de sugillations; température peu élevée.

Crâne. Sinus de la *dure-mère* remplis de sang; absence de sérosité dans l'arachnoïde qui ne présente pas la moindre trace d'opacité, non plus que la pie-mère; les vaisseaux de celles-ci sont congestionnés; çà et là on aperçoit à la loupe, aussi bien sur la périphérie du cerveau que sur celle du cervelet, des capillaires gorgés de sang, et à côté de plusieurs d'entre eux des suffusions sanguines très-manifestes, dont les plus considérables ne dépassent pas 3 à 4 millimètres de diamètre.

Les artères de la base de l'encéphale ne présentent aucune altération dans leurs parois, seulement elles renferment, en divers points, quelques petits caillots noirâtres et mous, n'oblitérant pas complétement la lumière du vaisseau. La première se détache aisément, sans produire aucune déchirure de la pulpe cérébrale; pas de liquide dans les ventricules. Le cerveau, coupé en tranches excessivement minces, n'offre en aucun point ni piqueté, ni hémorrhagie, ni ramollissement. Le cervelet, la protubérance et le bulbe donnent également des résultats négatifs.

Thorax. Pas de liquide dans le péricarde; cœur de volume ordinaire, les cavités droites ne renferment point de caillots et leurs valvules sont saines.

En poursuivant les divisions de l'artère pulmonaire; on trouve, dans une des troisièmes divisions gauches, un petit caillot moitié fibrineux, moitié formé de sang noirâtre. Les cavités droites ne renferment pas non plus de sang; les valvules aortiques sont intactes, mais les valvules mitrales sont un peu épaissies, rugueuses à leur base. Le larynx ne présente ni injection ni érosion; la muqueuse bronchique a sa coloration blanc rose de l'état normal. Quelques légères adhérences pleurales aux deux sommets des poumons; elles sont d'ancienne date. Pas de liquide dans les plèvres; les poumons crépitent parfaitement, surnagent très-bien, seulement ils sont un peu congestionnés; aucune trace de tubercules.

Abdomen. Pas de liquide dans la cavité péritonéale; l'estomac renferme un verre environ de matières grisâtres liquides; sa muqueuse n'est point altérée. A 30 centimètres au-dessus du cœcum, large plaque d'injection (15 centimètres) occupant toute la périphérie de l'intestin. Çà et là, dans le reste de l'intestin grêle, arborisations isolées ou réunies.

La rate mesure 4 centimètres dans sa hauteur, 8 dans sa plus grande largeur et 3 dans son épaisseur.

Rien de particulier à la coupe, si ce n'est un peu de congestion.

Le foie est également congestionné, mais ne présente pas d'autres altérations: diamètre transversal, 22 centimètres; diamètre vertical, 7 centimètres; diamètre longitudinal, 19 centimètres. Les voies biliaires et les branches de la veine porte sont intactes. Les reins sont notablement diminués de volume. Rein droit : 16 centimètres 1/2 en longueur, 3 centimètres 1/2 en largeur, 3 centimètres en épaisseur; poids, 80 grammes. Rein gauche : 9 centimètres en longueur, 6 centimètres en largeur, 3 centimètres en épaisseur; poids, 83 grammes. A la surface, granulations nombreuses et coloration jaune, opaque de la substance corticale.

A ma demande, mon collègue et excellent ami M. Cornil voulut bien se charger de l'étude histologique des reins. Voici le résultat de cet examen : « La substance corticale, examinée sur des coupes verticales et des grossissements variant de 40 à 100 diamètres, présente les particularités suivantes : les tubes urinifères contournés et presque tous atrophiés; leur diamètre mesure $0^{mm},024$ à $0^{mm},030$. Les plus larges mesurent $0^{mm},045$, tandis que le diamètre normal, donné par Kolliker pour ces tubes contournés, est de $0^{mm},060$. Ils ne sont pas tous remplis par des cellules; un certain nombre d'entre eux ont une lumière assez large; dans presque tous, les cellules sont rendues troubles par des granulations protéiques; un petit nombre de ces tubes contiennent des cellules infiltrées de granulations graisseuses. Le volume des cellules est normal; les artères rénales sont toutes altérées; les parois sont épaissies de telle sorte que certaines, vues longitudinalement, ont la forme d'un tuyau rigide avec multiplication des éléments de tissus cellulaire et musculaire qui entrent dans leur structure. Sur des coupes transversales elles se montrent sous l'aspect de cercles concentriques dont l'épaisseur a rétréci et presque obturé sur certaines d'entre elles leur canal central.

« Les glomérules sont un peu troubles à un faible grossissement, ce qui est dû, comme on le reconnaît en employant un fort grossissement, à la multiplication des noyaux de leurs artérioles. Les tractus qui séparent les tubes urinifères ont généralement leur épaisseur normale; cependant quelques-uns présentent un assez grand nombre de noyaux, et nous en avons même rencontré où ces noyaux et leur pourtour étaient infiltrés de granulations jaunes graisseuses. La substance des pyramides était saine, sauf l'altération des noyaux.

« En résumé, ce sont là les altérations microscopiques de la maladie de Bright arrivée à l'atrophie de la substance corticale. Il y a, entre l'état anatomique de ce rein et ceux des animaux empoisonnés, la différence qu'on trouve toujours entre le premier et les derniers degrés de la néphrite albumineuse. »

La moelle ne présente aucune altération appréciable.

Les muscles extenseurs du membre supérieur droit ont à l'œil nu une coloration jaune. En dilacérant leurs fibres pour leur préparation, on

s'aperçoit qu'ils sont plus friables que ceux qui sont sains. En examinant les faisceaux non altérés à 300 diamètres, leurs stries longitudinales et transversales sont très-belles. Dans les muscles supposés altérés, au contraire, on ne voit pas ou on voit à peine sur quelques fibres seulement la structure transversale. Les stries longitudinales des tubes primitifs sont visibles, mais, dans ces stries, on voit des séries longitudinales de très-fines granulations jaunâtres qui se dissolvent dans l'éther. Un petit nombre des tubes présente cette altération.

Le nerf radial du membre paralysé est moins altéré relativement que les muscles auxquels il se rend. Les tubes nerveux sont presque tous sains; quelques-uns seulement sont moins gros, plus pâles, et offrent de fines granulations.

SÉANCES DE NOVEMBRE.

I. — Physiologie.

Greffe animale; rétablissement de la circulation sanguine et propagation de la sensibilité en sens inverse de leur cours normal; par M. Paul Bert.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société un rat albinos sur lequel a été pratiquée le 8 mai dernier (il n'avait alors que 3 semaines), l'opération suivante.

L'extrémité de sa queue a été écorchée sur une longueur de 5 centimètres; un trou a été pratiqué à la peau du dos, et une loge creusée dans le tissu cellulaire sous-cutané à l'aide d'un instrument mousse. Les muscles fléchisseurs de la queue ayant été préalablement coupés, cet organe est recourbé sur le dos, sa partie dénudée introduite dans la loge préparée, et les bords cutanés des deux plaies réunis par quatre points de suture.

Le 15, section circulaire de la peau, le 17 ligature très-serrée, et le 18 amputation de la queue à 1 centimètre environ de l'anus; le tronçon libre mesure à peu près 25 millimètres.

A ce moment, il s'en faut de beaucoup que les lèvres cutanées soient accolées; cependant le sang revient en nappe par l'extrémité du tronçon amputé; il y a donc évidemment des anastomoses profondes établies. Aussi, après quelques heures, le tronçon, d'abord pâle, reprend sa couleur normale et donne, quand on le pique, de la sérosité et du sang. La cicatrisation, qui marche un peu plus lentement sur le tronçon que sur le moignon de la queue, est terminée du reste, aux deux sections du 20 au 25 juin, après l'élimination de fragments de vertèbres.

La circulation s'est donc rétablie dans le fragment parasitaire. et il est facile de voir qu'elle s'est rétablie dans une direction inverse de celle qu'elle suivait d'abord, le sang artériel marchant désormais dans ce morceau de queue, du petit bout vers le gros bout, et le sang veineux, au contraire, du gros bout vers le petit, du bout primitivement central vers le bout primitivement périphérique. Cependant sa rapidité parait être la même que si elle s'exécutait dans les conditions normales, au moins deux mois après l'opération, car dans les premiers temps, le tronçon caudal était évidemment œdématié; en effet, ayant le 15 juillet ébarbé son extrémité et l'ayant plongée dans un doigt de gant qui contenait de l'extrait aqueux de belladone, j'ai vu la dilatation pupillaire apparaître au bout du même temps qu'en agissant sur une queue en place.

La nutrition, pour être un peu ralentie, n'en a pas moins continué. Une formation et une desquammation épidermique considérables se sont faites sur le tronçon parasitaire. Enfin, ce tronçon a notablement grandi; le 15 juillet le moignon mesurait 18 millimètres, le fragment de queue inclus 7 centimètres environ, et le bout libre 31 millimètres; ce qui donne pour la partie restée en place un allongement de 80 p. 100, le parasite interne ayant grandi seulement de 40 p. 100, et l'externe de 30 p. 100. La somme de ces trois longueurs est à peu près celle de la queue intacte d'un rat du même âge.

A cette époque, aucun signe de sensibilité ne se manifestait dans le membre parasitaire externe. Mais au milieu d'août, il me sembla que si je le piquais et le pinçais violemment, l'animal avait quelque conscience de ces lésions. Dans les premiers jours d'octobre, il fut évident que le rat, dans ces circonstances, s'agitait et témoignait de la douleur, quoiqu'il ne criât pas. Aujourd'hui, 9 novembre, si l'on pince son tronçon caudal, le rat crie et cherche à fuir : la sensibilité est revenue, mais bien peu vive encore.

Donc, cinq mois et demi se sont écoulés avant qu'elle ait reparu d'une manière bien nette. Pendant ce temps, un triple travail s'est accompli dans les nerfs de la queue, ils se sont altérés d'abord, puis régénérés, et se sont réunis par leurs extrémités avec des ramuscules nerveux qui se rendaient primitivement à la peau du dos. Or, dans ces nerfs de la queue, la propagation de l'ébranlement d'où résulte la sensation se fait évidemment, — comme la circulation du sang dans les vaisseaux, — en sens inverse de son cours naturel, suivant une direction qui était avant l'opération centrifuge. Les tubes nerveux sont donc aptes à conduire indifféremment une impression dans un sens ou dans l'autre; ils peuvent être retournés bout pour bout. Il devient donc extrêmement vraisemblable que dans l'état normal, *in situ*, toute excitation portée sur le trajet d'un filet nerveux est transmise également suivant les deux directions, centrifuge et centripète, à la façon d'une onde sonore, par exemple. Seulement, la perception ne peut s'opérer que du côté central. parce que cette extrémité du nerf correspond seule à un appareil de réceptivité.

Si l'on rapproche de cette expérience celles si remarquables de MM. Philipeaux et Vulpian sur la soudure du nerf hypoglosse avec le nerf lingual, on se trouve, à l'exemple de M. Vulpian, très-disposé à penser que les nerfs sont simplement des conducteurs semblables les uns aux autres. possédant la propriété de transmissibilité des impressions. D'une part, transmissibilité des réflexions motrices volontaires ou involontaires; d'autre part, leur mode d'action n'étant subordonné qu'aux connexions anatomiques de leurs extrémités. Si leur origine est en rapport avec un centre récepteur, il y a sensation; si leur terminaison est en rapport avec des parties douées de motricité, il y a mouvement; les deux phénomènes peuvent même se manifester à la fois par une seule impression, comme il est arrivé dans l'importante expérience que je viens de rappeler.

Revenant à ma queue parasitaire externe, je ferai remarquer qu'aujourd'hui, lorsqu'on la pince. l'animal ne sait pas trouver le lieu de la lésion. Il paraît la rapporter à la région du dos, là où se distribuaient autrefois ces petits nerfs divisés avec lesquels ont dû se réunir les filets nerveux de l'extrémité caudale mise à nu. Mais il n'est pas douteux pour moi qu'il ne finisse par faire son éducation, et par reconnaître, à force d'expériences quotidiennes, l'endroit où on le blesse. Il témoignera ainsi que le sentiment prétendu inné que nous avons du lieu qu'occupe dans l'espace chacune des parties de notre corps n'est, comme toutes nos connaissances, qu'un fruit de l'expérience. Peut-être, cependant, faudra-t-il, pour bien constater ce curieux résultat, répéter l'opération sur des animaux plus intelligents et plus faciles à observer que des rats.

II. — Pathologie.

2° Productions hétéradéniques du col de l'utérus; par M. Cornil.

La nommée J..., âgée de 42 ans, domestique, entre le 31 août 1863, salle Sainte-Marthe, n° 13, dans le service de M. Charcot.

Avant d'être reçue à la Salpêtrière, cette femme avait séjourné près d'une année dans divers hôpitaux : à la Charité, à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié; elle avait eu dès le début de son affection d'abondantes pertes utérines A son entrée, la malade était très-maigre, dans un état de cachexie très-avancé; sa peau terreuse était de coloration jaunâtre. Le toucher utérin nous fit constater que le col était fixé, que sa cavité ulcérée, ouverte, permettant l'introduction du bout du doigt, était limitée par un rebord couvert de fongosités assez grosses et dures. Les signes fournis par le toucher joints à l'écoulement séro-sanguinolent avaient fait porter sans hésitation le diagnostic de cancer utérin.

Depuis l'époque de son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort, la malade n'eut pas de métrorrhagie; les jambes et les cuisses devinrent des deux côtés le siége d'un œdème assez considérable: elle se plaignait souvent de douleurs dans les lombes mal déterminées, et n'affectant pas spécialement le trajet des nerfs. Elle mourut le 19 octobre, à une heure du matin.

Autopsie faite le 20 décembre.

Péricarde sain; *cœur* de volume normal; *plèvres et poumons* normaux.

Péritoine normal, sans granulations; *foie* dur, petit, légèrement granulé à sa surface, et très-résistant sur une coupe. Le centre des lobules est de couleur rouge; la périphérie est grise. La rate est petite et dure.

La *vessie* est distendue, sans altération de sa muqueuse; les uretères sont dilatés des deux côtés.

Les *reins* offrent une coloration blanc jaunâtre à leur surface, après qu'on a enlevé leur capsule; sur une coupe, la substance corticale est anémiée, blanc jaunâtre, transparente; la substance tubuleuse est rouge. L'examen microscopique de la substance corticale n'a révélé aucune altération des tubuli ni de leur contenu épithélial.

Le col utérin est transformé en une tumeur assez volumineuse ulcérée et fongueuse à son centre, pleine de suc laiteux. Le pourtour de cette ulcération, qui ne s'étend pas au vagin, est formé par des bourgeons durs et vascularisés à leur surface, dont le plus volumineux de la grosseur d'une noisette, siége à la lèvre postérieure du col. Sur une coupe comprenant l'épaisseur de ce dernier, on voit des cavités dont les plus grandes ont 1 millimètre de diamètre, d'où l'on fait sortir par la pression un liquide épais, blanc, semblable par sa forme et sa couleur à de petits vers blancs.

A gauche de l'utérus, dans le tissu cellulaire péri-utérin, s'est développée une tumeur qui se continue avec le col, de coloration blanc jaunâtre, bosselée à sa surface. La coupe de cette production est dure, comme squirrheuse, semi-transparente, et fournit très-peu d'un liquide louche à la pression ou au raclage. Les ganglions inguinaux sont un peu plus gros qu'à l'état normal, mais non dégénérés.

Examen microscopique. — *A.* En examinant à un grossissement de 12 diamètres des tranches de la *tumeur de la lèvre postérieure du col*,

on voyait de grandes alvéoles contenant dans leur intérieur des productions cylindriques, allongées, plus ou moins régulières ou sphériques, très-grosses, atteignant jusqu'à 1 millimètres de diamètre. Les parois de ces alvéoles contenaient un assez grand nombre de vaisseaux offrant eux-mêmes des dilatations partielles.

Les alvéoles renfermaient :

1° Un liquide au milieu duquel étaient placées les productions cylindriques ou sphériques précédentes. Ce liquide était formé de cellules arrondies ou polyédriques à angles mousses, à noyaux volumineux; on trouvait au milieu d'elles un grand nombre de cellules mères, renfermant plusieurs noyaux ou cellules. Quelques-unes de ces cellules mères (corps oviformes), mesurant 0mm,040 à 0mm,080 en diamètre. sont formées d'une enveloppe épaisse à plusieurs couches, et dans leur intérieur se voient des globules réfringents jaunâtres ayant jusqu'à 0mm,018 de diamètre.

2° Les productions sphériques ou cylindriques qui formaient le contenu le plus remarquable des alvéoles. Leur forme était très-variable; c'étaient tantôt des corps se rapprochant plus ou moins de la forme sphérique, mesurant de 2 millimètres à 1 millimètre de diamètre, se laissant aplatir sans se rompre, formés d'une enveloppe mince, et couverts de noyaux de 5 à 6 millièmes de millimètre de diamètre. Ils présentaient parfois des prolongements renflés en massue. Tantôt leur forme se rapprochait d'un cylindre avec des prolongements et des ramifications. Ces productions cylindriques étaient souvent renflées à leur partie médiane. recourbées sur elles-mêmes à leurs extrémités de manière à se rapprocher de l'aspect d'un estomac. Certaines d'entre elles étaient tellement irrégulières qu'elles échappaient à toute description. Les noyaux que présentait la surface de ces corps se disposaient parfois en séries concentriques, et en aplatissant ou dilacérant ces points, on reconnaissait que les noyaux appartenaient à des cellules fusiformes.

Quelques-unes de ces grandes productions sphéroïdes présentaient dans leur intérieur des corps oviformes mesurant 0mm,040 à 0mm,080 en diamètre, formés d'une enveloppe bien distincte à deux ou plusieurs contours, contenant, soit des granulations moléculaires très-fines, soit des globules réfringents jaunâtres. Ils étaient semblables à ceux que nous avons déjà notés dans le liquide des alvéoles.

B. La tumeur située à gauche du col utérin donnait par le raclage un liquide renfermant des cellules fibro-plastiques. à deux ou un plus grand nombre de prolongements, dont le noyau, muni d'un nucléole, mesurait 0mm,009 à 0mm,012. On trouvait aussi dans ce liquide des fragments où ces éléments étaient contigus.

Les coupes mêmes de cette tumeur, examinées à un faible grossissement, présentent des tubes allongés, ramifiés, anastomisés, terminés en cul-de-sac, séparés les uns des autres par un tissu cellulaire peu abondant, riche en vaisseaux. Elles rappellent la disposition glandulaire. A un plus fort grossement (200 à 300 diamètres), on voit que ces productions tubuliformes présentent une enveloppe peu visible. et sont formées par les cellules fusiformes contenant des noyaux que nous venons de décrire : ces éléments sont tous à peu près de même forme et de même grosseur et contigus les uns aux autres; on ne voit pas au milieu d'eux de cavité ou lumière. particularité qui les distingue des tubes glandulaires. Les minces tractus de tissu conjonctif qui les séparent contiennent des vaisseaux capillaires et des noyaux de tissu conjonctif.

BIBLIOGRAPHIE.

Die menschlichen Parasiten. — Les parasites de l'homme et les maladies qu'ils occasionnent; par le docteur Rodolphe Leuckart, professeur de zoologie et d'anatomie comparées à Giessen; tome premier in-8°, avec figures intercalées dans le texte. Leipzig et Heidelberg, à la librairie C. F. Winter; 1862 et 1863.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Nous abordons maintenant l'histoire naturelle particulière des parasites de l'homme, partie qui forme le corps de l'ouvrage que nous analysons.

Le nombre des parasites qui habitent l'homme est estimé par M. Leuckart à environ 50 espèces. Ils appartiennent à trois grandes divisions : les infusoires, les vers et les arthropodes. Les vers fournissent le plus fort contingent. les infusoires le plus faible ; la plupart des arthropodes sont des épizoaires.

Nous ne dirons rien des infusoires dont l'auteur expose les caractères, l'organisation, le mode de reproduction et les circonstances dans lesquelles ils ont été rencontrés. A propos du *paramæcium coli*, nouvelle espèce découverte sur l'homme par Malmsteu à Stockholm, l'auteur annonce qu'il en a constaté la présence dans le rectum et dans le colon du porc, et cela d'une manière constante, sur tous les sujets. Il est donc très-possible qu'il se transmette de cet animal à l'homme.

Après avoir donné la classification des vers, qu'il réunit aux annelés (à tort suivant nous), l'auteur divise ces animaux en deux classes : les *platodes* (vers plats) et les *annelides* (vers ronds). Commençant par la classe des *platodes*, il trace l'histoire complète et très-détaillée de l'ordre si important et si curieux des *cestodes*. L'anatomie de ces vers est traitée avec un soin particulier; l'auteur décrit la peau, les crochets, les muscles disposés sur deux plans (fibres longitudinales et fibres annulaires), les muscles spéciaux des crochets; puis l'appareil regardé longtemps comme servant à la circulation du sang et qui n'est autre chose qu'un système de canaux excréteurs servant peut-être à la sécrétion urinaire; puis enfin les organes génitaux mâles et femelles. Il fait connaître les deux types de composition des organes femelles dans le botbriocéphale et le ténia. Dans le bothriocéphale l'ovaire proprement dit ne fournit pas des œufs complets, mais seulement les germes de ceux-ci ou les vésicules germinatives sans vitellus. Le vitellus, produit par un organe particulier, vient plus tard entourer la vésicule germinative. Quant au ténia, ce qui le distingue surtout, c'est l'existence d'un canal vaginal propre, séparé de l'utérus.

Le développement des cestoïdes, leurs métamorphoses et leurs migrations forment une des parties les plus attachantes du livre de M. Leuckart. On lit avec intérêt l'exposé des découvertes successives qui ont peu à peu débrouillé le chaos et explique des faits dont on n'avait pu, jusqu'alors, se rendre compte. Nous regrettons que les limites forcées d'une analyse nous interdisent trop de détails. Bornons-nous à rappeler l'expérience décisive de M. Küchenmeister. Il donne des cœnures à manger à un chien, ce chien produit des ténias, on introduit les proglottis de ces ténias dans l'estomac d'un mouton, et au bout de dix-huit jours cet animal a des cœnures dans son cerveau. Cette expérience est reproduite à Berlin, à Louvain, à Copenhague, à Giessen, à Vienne et récemment à Toulouse. et donne toujours le même résultat. Donc l'œuf du ténia quitte l'intestiu et va s'établir dans d'autres organes pour se métamorphoser en ver vésiculaire. Ce n'est pas tout : pour compléter l'histoire des migrations des cestoïdes, il était nécessaire de suivre pas à pas le développement des cysticerques, des cœnures et des échinocoques, et de montrer les voies par lesquelles ils arrivent dans les organes où ils subissent leurs métamorphoses. C'est ce qu'a fait M. Leuckart par des expériences nombreuses et par des observations qu'il expose en détail dans son livre, en accompagnant ses descriptions de nombreuses figures au trait. Grâce à ses actives et consciencieuses recherches. ainsi qu'aux travaux de MM. Küchenmeister, de Siebold, Van Beneden et d'autres, nous savons maintenant que les vers vésiculaires deviennent libres dans l'estomac de leur hôte par la dissolution de leur enveloppe, qu'ils perdent leur vessie caudale et. après la disparition de cette dernière, sont entraînés avec le chyle dans l'intestin. La tête du ver, qui jusque-là était restée enfoncée dans la substance du corps, se retourne et l'animal l'applique sur un point de la muqueuse intestinale pour s'y fixer. M. Leuckart a été témoin de ces mouvements, en remplissant de cysticerques l'estomac d'un chien récemment tué et en l'exposant à la chaleur d'une couveuse, et il a pu, à l'aide de ses ingénieuses expérimentations, suivre les métamorphoses de ces vers vésiculaires en ténias. Résumant les différents états par lesquels passe un ver rubané, l'auteur en admet cinq : l'embryon à 6 crochets, le ver cystique ou cysticerque, la tête du ténia sans articles (*scolex*), le ténia proprement dit (*strobila*) et enfin l'article reproducteur isolé (*proglottis*). Mais on peut réduire ces cinq états à trois formes : l'embryon globuleux, la tête du ver et l'article générateur, qui représentent autant d'époques dans la vie de ces animaux ; l'article générateur est un bourgeon du scolex, comme celui-ci résulte d'un bourgeonnement de l'embryon.

Les cestoïdes qui habitent l'homme se partagent en deux familles : les ténias et les bothriocéphales.

Les ténias sont eux-mêmes divisés en deux groupes : les uns, provenant d'un ver cystique à vessie caudale bien développée, sont appelés vers rubanés vésiculeux ou vers cystiques (*cysticæ*); les autres, qui proviennent d'un ver à vessie caudale très-petite ou rudimentaire, sont désignés sous le nom de *cysticercoïdes*.

Les premiers offrent des différences relativement au mode de production de la tête. Chez les uns celle-ci uait de la vessie embryonnaire elle-même, ils constituent le sous-genre que M. Leuckart appelle *cystotænia*. Chez les autres la tête se forme dans des capsules génératrices fixées à la face interne du corps vésiculaire : c'est le sous-genre *echinococcifer* de Weiland.

Le *tænia solium* appartient au premier de ces deux sous-genres et au groupe des vers rubanés vésiculeux dans leur premier âge. Après

avoir donné les caractères de l'espèce, l'auteur montre comment elle dérive du cysticerque ladrique (*cyst. cellulosæ*). Il apporte à la constatation de ce fait les preuves les plus irrécusables, en relatant les expériences de Van Beneden, de Haubner et de Küchenmeister, ainsi que les siennes propres, et en réfutant les objections par un examen attentif des chairs des animaux mis en expérience. Ainsi il s'est assuré exactement de l'absence de cysticerques dans plusieurs porcs et, quelques semaines après l'introduction des œufs de ténias, il a vu la chair de ces animaux farcie de cysticerques. Il ne se contente pas de l'existence de la ladrerie comme preuve expérimentale de l'identité du cysticerque et du ténia; il complète sa démonstration par la transformation, dans le tube intestinal, des cysticerques en ténias, d'après des expériences faites sur les animaux et sur l'homme.

Le cochon domestique est le siége ordinaire du cysticerque ladrique; il n'est pas prouvé que ce ver existe aussi dans les bêtes à cornes. La salaison et surtout la fumure détruisent les cysticerques que l'animal pourrait contenir.

Les pages suivantes traitent du développement et de la structure du ténia ordinaire. L'auteur décrit d'abord sa larve, c'est-à-dire le cysticerque ladrique, dont il fait connaître en détail la composition et la structure, puis il expose son développement ultérieur. Ces cysticerques présentent quelques différences suivant l'âge, les individus et les régions du corps qu'ils habitent, mais ces différences ne constituent pas des espèces.

L'auteur estime à trois mois ou trois mois et demi le temps nécessaire pour que les articles arrivent à leur maturité sexuelle.

Vient ensuite l'anatomie détaillée du ténia et particulièrement de ses organes génitaux, dont l'auteur fait connaître l'évolution.

Le *tænia solium* appartient aux vers qui habitent exclusivement l'homme; on n'est pas parvenu à l'obtenir en donnant les cysticerques du porc à manger à des chiens.

Aussi longtemps qu'on ignorait que le ténia provenait du cysticerque ladrique, on pouvait croire à une sorte de prédilection de ce ver pour tel âge, tel sexe, ou pour certaines familles et certains peuples. On invoquait la statistique qui indiquait une plus grande fréquence du ver chez les adultes, chez les femmes surtout, les bouchers, les cuisiniers, etc. Cette prétendue prédilection n'est qu'apparente et tient à ce que certaines personnes sont plus exposées que d'autres à l'introduction du ver parasite. La même considération est applicable à sa répartition géographique; la fréquence du ver est en rapport avec l'usage plus ou moins fréquent de la viande de porc.

C'est à tort que le ténia porte vulgairement le nom de ver solitaire; il n'est pas rare d'en rencontrer deux ou trois sur le même individu, et l'on en a observé jusqu'à six et dix à la fois, et même quelquefois un nombre beaucoup plus considérable (17, 25, 33, 41). Son séjour habituel est l'intestin grêle; il est fixé si solidement à la muqueuse qu'on peut exercer sur lui des tractions assez fortes sans qu'il se détache, et aussitôt il cherche à s'accrocher de nouveau. Ces observations ont été faites par M. Küchenmeister sur un supplicié auquel il avait fait avaler des cysticerques. Les ténias étaient fixés les uns aux villosités des valvules de Kerkring, les autres sous les plis de ces valvules. Le corps est étendu le long de l'intestin, dans la direction du courant de chyme; quelquefois il est plus ou moins replié sur lui-même et comme noué.

Les effets produits sur l'économie par la présence des ténias sont très-variables, tantôt vagues et insignifiants, quelquefois au contraire sérieux et même graves. L'auteur les énumère et renvoie pour les détails au livre de M. Davaine; puis il s'occupe des cysticerques, trace leur histoire et expose les effets qu'ils produisent, suivant les organes qui en sont le siége.

Une autre espèce de ténia qu'on rencontre quelquefois sur l'homme est le ténia inerme (*T. mediocanellata*), reconnaissable surtout à l'absence de crochets et de saillie céphalique et à la grandeur des segments et des ventouses. Des doutes se sont élevés sur la réalité de cette espèce qu'on était tenté de regarder comme un ténia ordinaire qui aurait perdu ses crochets. Des essais de reproduction sur le porc n'ayant pas réussi, il était naturel de penser qu'un autre animal que le porc nourrissait les cysticerques de ce ténia. L'idée que cet animal pourrait être le bœuf fut suggérée par l'observation de la fréquence du ténia inerme en Abyssinie, dont les habitants font un grand usage de viande crue, et par cette circonstance que les enfants débiles auxquels on fait manger de la viande crue sont quelquefois affectés du même ver.

Ces considérations déterminèrent M. Leuckart à tenter avec M. Schmidt (de Francfort) des expériences sur le veau. Un ruban de *tænia mediocanellata*, long d'environ 4 pieds et très-mûr, fut donné à un veau et, huit jours plus tard, on lui en fit avaler un second morceau plus court. L'animal, qui s'était bien porté jusque-là, mourut au bout de trente-cinq jours. Le résultat était complet; tous les muscles, notamment ceux de la poitrine et du cou, ainsi que les psoas, étaient remplis de kystes contenant chacun un jeune cysticerque. Les organes internes : cœur, reins, glandes lymphatiques, cerveau, etc., renfermaient aussi des quantités considérables de ces kystes qui ressemblaient à autant de petits tubercules. Une seconde expérience que l'auteur consigne dans une note réussit également. Au bout de quarante-huit jours, on trouva dans le muscle sterno-cleido-mastoïdien enlevé à l'animal vivant, une douzaine de kystes contenant des cysticerques. Ceux-ci diffèrent du cysticerque ladrique par leur taille plus petite et par la position de la tête, et ainsi il est bien prouvé que le cysticerque du *T. mediocanellata* habite les bœufs et se trouve, non pas seulement dans les muscles, mais aussi dans les organes internes et surtout dans le système lymphatique. Il est prouvé aussi que le ténia inerme est distinct, comme espèce, du ténia solium.

L'auteur expose la structure et le mode de développement de ce ver, fait connaître quelques difformités qu'il a eu l'occasion de rencontrer, et termine par son rôle médical qui est analogue à celui du ténia ordinaire, sauf peut-être que ses effets sont plus intenses que ceux de ce dernier ver.

L'auteur décrit ensuite une espèce qu'on n'a encore trouvée qu'à l'état de cysticerque dans le cerveau et dans les muscles de l'homme et que Weinland appelle *tænia (cysticercus) acanthotrias*, à cause de ses trois rangées circulaires de crochets, puis le *tænia marginata* BATSCH, provenant du *cysticercus tenuicollis*; il habite le chien et le loup, mais son cysticerque vit dans les ruminants et le porc, et quelquefois dans l'homme (*cyst. visceralis* des auteurs).

Dans le groupe que nous venons de passer en revue, la tête du ténia naît d'un bouton creux qu'on peut regarder comme un refoulement de la paroi de la vessie. Dans le groupe constituant le sous-genre *echinococcifer*, la tête ne provient pas immédiatement de la paroi de la vessie, elle naît dans une capsule particulière qui est suspendue contre cette paroi. C'est à ce groupe qu'appartiennent les échinocoques et les ténias qui en dérivent (*tænia echinococcus*).

L'auteur n'admet qu'une seule espèce d'échinocoques. Il rappelle les doutes qui ont régné sur la nature animale de ces productions, doutes qui s'expliquent par la petitesse des têtes, par l'existence de vessies stériles, et par cette circonstance que les têtes se développent plus tard que dans les kystes des cysticerques, d'où la dénomination d'*acéphalocystes* donnée à ces vessies.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire les nombreux et intéressants détails que comprend l'histoire de ces vers, leur anatomie, et surtout leur développement. M. Leukart en a fait une étude spéciale très-minutieuse, il a ajouté à nos connaissances sur leur nature, et il a rectifié quelques erreurs depuis longtemps accréditées. Ainsi, on enseignait partout que les têtes des échinocoques tombaient dans la vessie mère après la rupture des capsules génératrices. M. Leuckart affirme qu'à l'état normal ces capsules n'éclatent jamais, et que les têtes ne tombent pas. Cet effet n'a lieu qu'après la mort. Dès qu'il laissait quelque temps les vers exposés à l'influence des agents extérieurs ou qu'il les mettait en contact avec de l'eau ou quelque autre liquide, il voyait les capsules génératrices éclater, et leur contenu se détacher ou rester encore quelques instants fixé par un court pédicule à la vessie-mère et ressembler alors à des colonies de vorticelles.

On disait aussi que les têtes naissent sur la paroi interne de la capsule et sont d'abord des boutons pleins. D'après l'auteur, c'est le contraire qui a lieu. Les têtes se produisent au dehors et ont d'abord la forme d'appendices creux, comme pour les cysticerques.

Ces têtes, quoique composées entièrement de cellules, ont déjà une remarquable contractilité.

Au sujet de la prolification des vessies d'échinocoques, l'auteur rappelle la distinction établie depuis longtemps par notre honorable confrère le docteur Kuhn (1) (de Niederbronn), en exogènes et en endogènes; il donne à la première forme le nom d'*echin. granulosus* et à la seconde celui d'*echin. hydatidosus*, et fait connaître leur composition et leur mode de formation, puis il expose les caractères de la troisième forme connue des auteurs sous le nom d'*echin. multiloculaire*. M. Leuckart termine cet intéressant article, qu'on peut regarder comme une véritable monographie, par le rôle

(1) Kuhn et non pas Kuhl, comme ce nom est écrit par mégarde dans l'ouvrage de M. Leuckart.

médical des échinocoques, vers qui méritent d'être rangés au nombre des parasites les plus dangereux, à cause des désordres, et l'on peut dire des ravages qu'ils produisent quelquefois.

Nous avons dit plus haut que M. Leuckart distingue des ténias qui, dans le jeune âge, sont à l'état vésiculeux, ceux qui n'offrent pas ce caractère et qu'il appelle *cysticercoïdes*. Ceux qui habitent l'homme ne se rencontrent que rarement. On en connaît trois espèces, dont deux sont exotiques, et la troisième ne se montre qu'accidentellement. L'auteur en forme deux groupes : le premier, caractérisé par une trompe armée d'une simple série de petits crochets, comprend le *tænia nana*, trouvé en Égypte par Billharz, et le *tænia flavopunctata*, décrit par Weinland d'après des exemplaires du Musée de Boston, provenant d'un enfant de 19 mois. Le second groupe se distingue par plusieurs rangées de crochets. Il ne renferme qu'une espèce, le *tænia elliptica* BATSCH, autrefois confondue avec le *tænia cucumerina* du chien sous le nom de *tænia canina*. Le *tænia elliptica* qui habite le chat est plus petit que l'espèce du chien; l'auteur cite plusieurs exemples de ce ver sur l'homme; on le reconnaît à l'existence de deux pores génitaux à chaque article, opposés l'un à l'autre.

La famille des bothriocéphales diffère de celle des ténias, non-seulement par ses formes extérieures, mais aussi par cette circonstance que les jeunes ne passent pas par l'état de cysticerque. L'animal a tout d'abord sa forme générale et vit dans la cavité abdominale et dans le foie des poissons; il n'acquiert sa maturité sexuelle que lorsqu'il est arrivé dans l'intestin d'un nouvel hôte. Le développement de ces vers est moins complétement connu que celui des ténias. Deux espèces de bothriocéphales habitent l'homme : le *bothriocephalis latus* et le *bothriocephalis cordatus*.

L'auteur donne les caractères détaillés du genre et de l'espèce la plus répandue, le bothriocéphale large. On a remarqué qu'il existait surtout dans les localités situées sur le bord des eaux et qu'il était dû à l'usage des poissons, mais cette dernière assertion n'est pas prouvée. M. Leuckart fait connaître avec soin l'organisation et tout ce qu'on sait sur le développement de ce ver. Le *bothriocephalis cordatus*, reconnaissable à la forme de sa tête, a été trouvé au Groenland sur le chien et sur l'homme.

Nous arrivons à l'ordre des trématodes, dont l'histoire naturelle et médicale offre aussi beaucoup d'intérêt à cause des migrations et des transformations de ces vers et par les effets qui résultent de leur présence dans les animaux et dans l'homme.

Malgré une certaine ressemblance entre ces vers et les proglottis des ténias, il existe entre ces deux groupes des différences considérables sous le rapport de leur structure et de leur développement. Ils passent leur premier état dans le corps des mollusques et vivent à l'état parfait chez les vertébrés dont ils habitent presque tous les organes de la vie végétative : voies biliaires, aériennes, urinaires, sang, etc.

L'auteur décrit leurs appareils de fixité, puis fait connaître leurs formes variées et le singulier dimorphisme de plusieurs espèces. Il expose ensuite leur anatomie : la structure de la peau avec ses épines, la disposition de l'appareil musculaire, les muscles des ventouses, le système nerveux, la structure du pharynx, la disposition des organes digestifs, l'appareil excréteur ramifié considéré à tort par divers auteurs comme un appareil vasculaire, et enfin les appareils génitaux. Pour ces derniers, les organes femelles sont, comme chez les cestoïdes, partagés en deux groupes pour la confection de l'œuf. Les uns fournissent l'œuf primitif, les autres produisent le vitellus qui vient entourer ce dernier. Ce sont en quelque sorte deux glandes distinctes : la glande ovarienne et la glande vitelline. Celle-ci est une grappe dont les cœcums renferment de petites pelotes opaques, granuleuses, dont le centre est souvent occupé par une vésicule transparente, semblable à un noyau. Ces corps, qu'on prenait autrefois pour des œufs, sont conduits à l'entrée de la matrice en même temps que les ovales primitifs qui y arrivent par d'autres canaux : puis ils se disposent autour de ces derniers en nombre variable et en se fondant les uns dans les autres, et plus tard, l'œuf ainsi formé s'entoure d'une membrane. Quant à la fécondation, elle a lieu nécessairement avant la formation de la coque; on trouve ordinairement chez les adultes une quantité considérable de filaments spermatiques dans le réceptacle utérin.

Dans la plupart des trématodes, l'embryon sort de l'œuf dans un état très-rudimentaire et continue son développement dans l'eau. Chez les uns, cet embryon a déjà la forme et l'organisation des adultes; chez les autres, il en diffère complétement. Ces différences correspondent aux deux groupes des polystomiens et des distomiens.

L'auteur expose, comme il l'a fait pour les cestoïdes, les découvertes successives et la marche de la science en ce qui concerne le développement et les métamorphoses des distomiens. Le cycle de ce développement est moins complétement connu que celui des vers précédents. Cependant on sait que la larve ciliée, après avoir erré quelque temps dans l'eau, se fixe à un mollusque et se transforme en un sac vivant (sporocyste) qui produit dans l'intérieur de son corps une génération nouvelle de petits êtres (cercaires). Ceux-ci vivent quelque temps en liberté, puis ils cherchent un hôte dans lequel ils pénètrent pour s'y transformer en distome. Il y a donc chez ces animaux deux formes de larves, dont la première, qu'on a nommée nourrice, engendre la seconde par une sorte de bourgeonnement intérieur. Quelquefois la nourrice, ou le sporocyste primitif, se multiplie par division transversale du sac ou donne naissance, non à des cercaires, mais à de nouvelles nourrices.

L'auteur donne la composition histologique des nourrices et tout ce qui se rattache à leur développement et à la structure des cercaires qui en proviennent. Il entre dans des détails intéressants sur la vie de ces derniers, sur la manière dont ils pénètrent dans leur nouvel hôte et sur leur enkystement. L'enveloppe qui se forme alors autour du cercaire est indispensable à sa vie ultérieure; car les cercaires introduits dans l'estomac d'un animal ne tardent pas à périr, tandis que les kystes perdent leur enveloppe et la petite douve qu'ils renfermaient étant devenue libre, séjourne dans le corps de l'animal, si toutefois celui-ci convient à sa nature.

On peut donc admettre quatre états au moins dans la vie des distomes : l'embryon cilié, la nourrice, le cercaire muni de sa queue et l'animal parfait, propre à la reproduction.

Les trématodes qui habitent l'homme appartiennent au genre distome : *hepaticum* et *lanceolatum* des canaux biliaires; *crassum* et *heterophyes* du canal intestinal; *hæmatobium* du système veineux abdominal; il faut y joindre deux espèces qui sont de jeunes distomes : *D. ophthalmobium* et *monostomum lentis*.

L'histoire de la douve du foie est traitée avec le même soin que celle des espèces dont nous avons précédemment rendu compte : historique, structure détaillée, observations intéressantes sur le jeu des ventouses et sur les mouvements qui expliquent comment le ver peut pénétrer dans le parenchyme des organes; description particulière et très-circonstanciée du système nerveux et des divers appareils, surtout de l'appareil génital. L'auteur ne croit pas que le distome hépatique se féconde lui-même; il pense qu'il doit y avoir accouplement, à cause de la position des deux orifices génitaux. Puis vient l'histoire du développement de cette espèce. Les œufs sont pondus dans les canaux biliaires, ou dans la vésicule, au nombre quelquefois de plusieurs millions.

On se demande ce que deviennent tous ces œufs.

Jusqu'ici les recherches des auteurs sont restées à peu près sans résultat. M. Leuckart a été plus heureux. Il établit d'abord que les œufs continuent à vivre et à se développer dans l'eau et qu'il en sort un embryon cilié qui nage avec vivacité comme les embryons des autres espèces. Mais cette locomotion dure très-peu de temps. Au bout de vingt à trente minutes, les mouvements cessent, les cils tombent et l'embryon se ramasse en boule!

L'auteur n'a pas pu suivre expérimentalement la destinée ultérieure de ces embryons transformés, mais il ne doute pas qu'ils ne passent dans le corps de quelque mollusque, comme on le voit pour d'autres embryons de distomes. Dès lors on comprend la possibilité de l'introduction des vers dans le corps des moutons au pâturage, les petits mollusques qui les recèlent se fixent souvent aux brins d'herbe que paissent les moutons; mais le fait de cette introduction n'a pas encore été prouvé d'une manière expérimentale.

Le genre de vie des distomes rend leur introduction chez l'homme difficile; on ne peut guère se l'expliquer qu'en admettant la déglutition de quelque mollusque imperceptible, soit en buvant de l'eau d'un ruisseau, soit en mangeant du cresson de fontaine recueilli dans des localités visitées par les moutons. D'ailleurs on trouve rarement sur l'homme plusieurs distomes à la fois; il n'y en a ordinairement qu'un seul, et il est rare que leur nombre dépasse cinq ou six.

L'auteur relate ensuite les effets morbides que l'accumulation de ces vers produit sur les moutons, et cite plusieurs cas très-curieux de maladies observés sur l'homme et attribuées à la présence de distomes dans les voies biliaires.

Passant à un autre groupe de distomes caractérisé par l'existence de deux sacs intestinaux non ramifiés, M. Leuckart décrit le *D. crassum* BUSK, observé une seule fois à Londres, sur un lascar; puis le *distome lanceolatum* qui vit dans le mouton, comme le *distome hépatique*, et souvent avec lui. L'auteur en donne l'anatomie et fait res-

sortir les différences qu'il présente quand on le compare au distome hépatique; puis il parle de son développement et de ses migrations.

Ce ver est rare chez l'homme, tandis qu'il est commun chez les moutons; il occupe de préférence les gros canaux hépatiques.

A la suite du distome lancéolé se rangent le *distome ophthalmobium* et le *distome heterophyes*. Le premier, rencontré une seule fois dans la capsule cristalline d'un enfant de 9 mois, est regardé par l'auteur comme une espèce douteuse. Le distome hétérophye a été trouvé par Billharz, en Egypte, dans l'intestin grêle de l'homme; il n'est pas très-commun.

Le troisième groupe de distomes, caractérisé par l'existence de sexes séparés, comprend le singulier *distome hématobie* si facile à reconnaître par la gouttière inférieure du mâle qui sert à loger la femelle. C'est encore à Billharz qu'on en doit la découverte. Il est extrêmement commun en Egypte, à tel point qu'il attaque, on peut le dire, la moitié de la population adulte, tandis qu'il est très-rare chez les nègres. Il vit dans le tronc et dans les branches de la veine porte, ainsi que dans la veine liénale, les veines mésentériques et les plexus du rectum et de la vessie. Les masses d'œufs qu'il dépose dans la muqueuse et dans le tissu cellulaire sous-muqueux des uretères, de la vessie et du rectum, produisent les inflammations et les autres affections de ces organes si communes en Egypte. Ce n'est pas sans raison que Billharz et M. Griesinger regardent ce ver comme l'un des plus dangereux parasites de l'homme, ce qui s'explique facilement par les troubles qu'il apporte à la circulation et par les désordres qu'il occasionne. L'auteur consacre plusieurs pages à la description de ces altérations, spécialement dans les voies urinaires.

M. Leuckart termine l'histoire des trématodes par quelques mots sur le *monostomum lentis*, trouvé par M. de Nordmann dans une lentille cristalline, extraite de l'œil d'une femme âgée. En l'absence de description suffisante, M. Leuckart dit qu'il est difficile de se prononcer sur la valeur de cette espèce, et il pense qu'elle pourrait bien faire double emploi avec le distome ophthalmobie.

A la suite des trématodes, M. Leuckart place les hirudinées dont il fait le troisième ordre de la première classe des vers (ses *platodes* ou vers plats).

Nous n'analyserons pas cette partie du livre de M. Leuckart, malgré l'intérêt incontestable qu'elle présente, surtout pour les anatomistes. On y trouvera des faits anatomiques nouveaux et surtout d'intéressants détails concernant le développement des hirudinées.

Le tome 1er se termine par des additions dans lesquelles l'auteur a consigné les résultats d'observations et de recherches faites pendant l'impression de ce premier volume.

Ces additions comprennent des faits nouveaux relatifs aux protozoaires de l'homme, de nouvelles expériences sur le *tænia solium*, des études sur les maladies occasionnées par la présence du cysticerque ladrique dans le cerveau, un nouvel essai d'alimentation avec le *tænia mediocanellata* (proglottis donnés à un veau de 3 mois, animal malade onze jours après, mort au bout de trois semaines, nombreux cysticerques dans tous les organes), et enfin de nouvelles observations sur le *cysticerque tenuicollis* et sur le développement des œufs du bothriocéphale.

De nombreuses figures intercalées dans le texte ajoutent à la clarté des descriptions et contribuent à augmenter l'intérêt qu'offre cet excellent livre.

A. Lereboullet.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je me trouve dans la triste nécessité de m'adresser à la presse publique médicale, après avoir attendu en vain une réponse à différentes lettres que j'ai eu l'honneur d'adresser à M. Frédéric Dubois (d'Amiens), le secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

L'Académie impériale avait mis au concours de 1863 pour le prix Portal la question suivante : *Des altérations pathologiques du placenta et de leur influence sur le développement du fœtus*. C'est de cette manière et dans les mêmes termes que la question est parvenue à l'étranger. C'est dans ces mêmes termes que vous l'avez publiée dans votre n° 50 de l'année 1862, page 773, et qu'elle se trouve dans tous les journaux français et étrangers qui sont parvenus à ma connaissance.

Je suis, d'après le discours de M. Dubois, le seul concurrent qui soit entré dans la lice.

L'Académie a jugé que mon travail était digne d'une *mention honorable*, et au nom de l'Académie, M. Dubois (d'Amiens) m'a invité à assister à la séance publique du 15 décembre 1863. J'ai répondu que j'étais très-flatté de l'approbation de l'Académie, mais que mes occupations journalières ne me permettaient pas de me rendre à Paris. J'avais demandé en même temps s'il m'était permis, d'après les statuts de l'Académie, de ravoir mes planches qui accompagnaient le mémoire. Je n'ai point reçu de réponse.

Vint ensuite le rapport sur les prix de M. Dubois, qui se trouve dans le numéro du 19 décembre 1863, pages 839-844 de votre journal, et où M. Dubois dit ces paroles : « L'Académie, cette année, avait mis au concours (pour le prix Portal) une question très-intéressante au point de vue de la physiologie pathologique et même de la zoologie: Le placenta peut-il dans quelque cas disparaître d'une manière partielle ou complète par suite d'un travail de résorption? » et que c'était moi qui avait envoyé un mémoire en réponse à cette question. Vous pouvez y lire aussi ce qui suit : « Que j'avais traité la question, qui était si simple et si claire, tout autrement que l'Académie ne l'avait voulu, que j'avais traité de *toutes les altérations pathologiques connues du placenta*, même des altérations de l'œuf et du cordon, etc. Que l'Académie reconnaît que mon mémoire *est le fruit de longues et consciencieuses recherches*, mais que j'avais presque toujours perdu de vue le point en question, etc. »

Je vous prie, monsieur le Rédacteur, de relire la page 843 de votre journal du même numéro, 19 décembre 1863, où se trouve le rapport de M. Dubois, et vous verrez que la question proposée pour le prix Portal était en effet la même que vous avez publiée dans votre n° 50 de l'année 1862: « *Des altérations pathologiques du placenta et de leur influence sur le développement du fœtus*, » les mêmes mots dont M. Dubois fait usage dans la lettre officielle qu'il m'a adressée le 8 décembre 1863, au nom de l'Académie.

C'est à la question ainsi posée que j'ai répondu, et les remarques de M. Dubois prouvent que j'ai traité *de toutes les altérations connues du placenta* (je dirai aussi *et inconnues*), et que mon mémoire *était le fruit de longues et consciencieuses recherches*.

Nous disons, comme en France, que tout ce qui n'est pas clair n'est pas français; or le rapport de M. Dubois n'est pas clair.

L'Académie se plaît à reconnaître que je dois être encouragé. Vous serez bien de mon avis, monsieur le Rédacteur, qu'après avoir exercé la médecine pendant un quart de siècle, on n'a plus besoin d'être encouragé : aussi ai-je adressé à l'Académie, par l'organe de M. Dubois, les paroles suivantes : « Je m'adresse maintenant à l'Académie plein « de confiance en son honneur et en sa justice. Je suis assuré que s'il y « a eu erreur, et qu'on ait peut-être pris une question pour une autre, « et cela était possible, parce que j'ai traité aussi, quoique très-superficiellement, de la résorption; qu'elle se plaise à me rendre publiquement un autre témoignage, et qu'elle voudra bien laver la tache « que sa mention honorable, *donnée en ces termes*, a fait à mon honneur, à ma réputation et à mon âge. »

En vérité, c'est une tache, car le seul moment où j'aie peut-être perdu de vue la question, c'est lorsque j'ai traité de la résorption placentaire.

Mes lettres envoyées à M. Dubois, secrétaire de l'Académie, étaient, comme l'exige l'ordonnance, *franc de port*. Je ne puis donc concevoir par quelle raison M. Dubois ne les a pas remises à l'Académie.

Vous conviendrez aussi, monsieur le Rédacteur, que tout ce dont je me plains de la part de l'Académie, ou de son secrétaire perpétuel, n'est nullement d'accord avec l'allocution de M. Grisolle à l'Académie, prononcée dans la séance du 5 janvier 1864, et où l'on trouve ces paroles : « Outre cette grande tutelle que vous exercez, vous aidez encore puissamment au perfectionnement de la science par les distinctions que « vous accordez, que vous vous efforcez de rendre plus nombreuses encore, car vous êtes pénétrés de cette pensée de Cuvier que rien n'est « plus propre à multiplier les travaux que les marques publiques d'estime qu'ils reçoivent. »

Je termine ma lettre, déjà beaucoup trop longue, monsieur le Rédacteur, en vous priant en premier lieu d'excuser le français d'un étranger qui implore votre assistance, et secondement de vouloir bien l'insérer dans un de vos prochains numéros. C'est de cette manière que peut-être le fait pourrait être expliqué, avant que je m'adresse à la presse anglaise et allemande, et que publie mon mémoire, en y ajoutant le rapport de M. Dubois et la question elle-même comme l'Académie l'a mise au concours. Si l'erreur vient de ma part, ce que je ne saurais comprendre, vous aurez bien l'obligeance de vouloir m'expliquer les faits.

Agréez, etc.

H. J. Broers,
Docteur en médecine et en art des accouchements à Utrecht (Hollande).

— M. Coste, membre de l'Institut, ouvrira son cours d'embryogénie comparée au Collége de France, le 16 avril prochain.

Le professeur traitera de la variabilité dans les espèces au point de vue de l'espèce humaine.

— M. le docteur Mandl commencera un cours public sur les affections chroniques des bronches et des poumons, le jeudi 14 avril, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'école pratique, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

THÉORIES DE L'INFECTION PURULENTE.

EXAMEN CRITIQUE.

Les théories relatives à l'infection purulente sont communément rapportées à trois chefs principaux, savoir : l'humorisme, le solidisme et le vitalisme.

THÉORIE HUMORALE.

Nicolas Massa, en 1533, fut le premier à remarquer la coïncidence des plaies de tête et des abcès du foie (1). Des faits analogues s'étant offerts de nouveau, on les rattacha tout d'abord à l'antique hypothèse des métastases (2) que certains récits d'Ambroise Paré, et plus tard de Belloste, parurent pleinement confirmer (3). La découverte de la circulation vint d'ailleurs expliquer ce qui paraissait peu intelligible dans les migrations du pus, et l'on finit par reconnaître que non-seulement le foie, mais d'autres organes encore, pouvaient devenir le siége d'abcès à la suite des plaies de tête. Mais dès le commencement du siècle dernier la question s'élargit, et il n'est plus question seulement du transport de la matière purulente de la tête au foie; car on s'est élevé à une notion plus compréhensive et plus vraie, celle de la résorption du pus formé dans un point quelconque et de son dépôt ultérieur au sein des divers parenchymes. C'est ainsi que pour Boerhaave la résorption du pus par les lymphatiques et les extrémités isolées des vaisseaux sanguins est la raison d'être de certaines collections viscérales (4). Foubert, dans sa note sur les grands abcès du fondement, dit que le tamponnage retient des matières purulentes et putrides dans quelques recoins de l'abcès, et que la résorption de ces matières produit des dépôts sur le poumon ou sur d'autres viscères (5). J. Louis Petit donne la description des phénomènes de la maladie et attribue celle-ci au reflux de la suppuration dans le sang (6). Van Swieten fait absorber le pus par les veines (7); Morgagni par les vaisseaux sanguins (8). D'après ce dernier auteur, le pus s'arrête dans les capillaires, et y détermine des inflammations consécutives (abcès).

L'influence prédominante du solidisme, à la fin du siècle passé et au commencement de celui-ci, fit subir une sorte d'éclipse à la théorie humorale. M. Velpeau fut le premier à revenir sur une tradition presque éteinte et dont il arbora l'étendard d'une main ferme (1). Reprenant la doctrine à peu près dans les mêmes termes que Boerhaave, il admit « que les veines reçoivent le pus ou par les lymphatiques, ou par imbibition, ou par les nombreuses bouches qui doivent rester ouvertes dans la plaie. » L'incontestable mérite de M. Velpeau est d'avoir signalé, au grand scandale du solidisme, l'existence de collections purulentes que n'accompagne d'ordinaire aucune trace de phlegmasie locale. La thèse de Maréchal (2), remarquable d'ailleurs comme exposition, n'introduisit dans la question aucun élément nouveau, si ce n'est d'expliquer l'absorption du pus par la force aspiratrice des gros troncs veineux dont il fait honneur à M. Barry, bien qu'elle ait été décrite par Valsalva. (Voir Morgagni, lettre XIX, § 33.) La teinte ictérique de la peau, que Maréchal distingue de l'ictère proprement dit, avait déjà été signalée par Ledran (3) et Th. Bonet (4).

A peu près à la même époque, Ribes, qui croyait à l'absorption du pus par les veines, rapporta, parmi de nombreuses observations de phlegmasies propres à ces vaisseaux, un exemple d'infection purulente dû sans conteste à une phlébite (5). Il ne sut pas ou ne voulut pas généraliser, et c'est Dance qui, peu après, formula une théorie nouvelle, trop exclusive sans doute, mais qui néanmoins ne tarda pas à obtenir l'assentiment presque unanime, grâce à une simplicité séduisante et à son caractère cohérent et homogène (6). D'après Dance, les abcès métastatiques sont dus au mélange du pus et du sang qui, altéré par ce fait seul, s'extravase dans les tissus sous forme d'ecchymoses, et celles-ci produisent une inflammation promptement purifère. Au centre de l'ecchymose, on rencontre quelquefois des veines capillaires pleines de pus. Dans les deux cas, c'est-à-dire avec ou sans la présence du pus dans l'intérieur du petit foyer apoplectique, il y a transformation purulente du centre à la périphérie. M. Cruveilhier crut pouvoir rattacher tous ces phénomènes à l'existence de phlébites capillaires déterminées par le contact des globules purulents sur la paroi des petits vaisseaux. C'était par un détour revenir au solidisme.

De nos jours la théorie humorale a trouvé une extension nouvelle dans les faits d'endocardite et d'aortite suppurées.

THÉORIE VITALISTE.

Sous ce chef, je dois comprendre trois doctrines distinctes qui se rattachent aux noms de Desault, Dupuytren et M. Tessier.

Desault explique les abcès du foie consécutifs aux plaies de tête

(1) *Anatom.*, lib. Introductorius, c. 28.
(2) Hippocrate, *Epid. VII*, et Galien, *de Loris affectis*, 6-4.
(3) Ambroise Paré, *Œuvres complètes*, liv. xv, chap. 52, et Belloste, *Chirurgie d'hôpital milit.*, 15.
(4) *Aphorism.*, 406.
(5) *Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie*, t. III, p. 475, édit. de 1757.
(6) *Traité des maladies chirurgicales*, t. Ier, chap. Ier, des Plaies en général.
(7) Van Swieten, *Commentaires sur les aphorismes*, 406, t. Ier, p. 647.
(8) Morgagni, *De sedibus et causis*, lettre LI.

(1) Velpeau, *Revue médicale*, 1826.
(2) Thèse inaugurale, mars 1828.
(3) Celui-ci, dans son *Traité des plaies d'armes à feu*, avait indiqué la jaunisse comme pouvant être une des suites dangereuses de ces plaies.
(4) *Observation d'une plaie de tête avec altération du foie et ictère*, Dr Sepulchretum, 1, ob. 16, § 5.
(5) *Observat. sur la phlébite*, *Revue médicale*, 1825.
(6) *De la phlébite utérine et de la phlébite en général*, décembre 1828.

FEUILLETON.

CINQUANTE-DEUX PROVERBES AVEC COMMENTAIRE.

Très-honoré directeur,

Je vous adresse quelques glanes de littérature médicale : c'est une série de proverbes ; pourront-ils trouver une place modeste à l'étage inférieur d'un journal aussi sérieux que la *Gazette*? Les proverbes ont le mérite de résumer d'une façon pittoresque les croyances communes; des erreurs parfois, des vérités plus souvent. Il y a peut-être quelque chose à gagner dans ce commerce international de maximes et de sentences populaires.

1. Les maladies viennent à cheval et s'en vont à pied. (*Français.*)

2. La guérison n'est jamais si prompte que la blessure. (*Français.*)

3. De medico, poeta y loco,
Todos tenemos un poco.
Du fou, du poëte et du médecin,
Nous avons tous un petit brin. (*Espagnol.*)

4. Le médecin guérit des maladies, mais non pas de la mort ; il est comme le toit qui garantit de la pluie, mais non pas du tonnerre. (*Chinois.*)

Un bon docteur chinois inventa cette maxime pour se justifier ; mais le public admet plus facilement un médecin ignorant qu'une maladie incurable.

5. Bon ami, bon médecin. (*Allemand.*)

6. De jeune avocat héritage perdu,
De jeune médecin cimetière bossu. (*Français.*)

Préjugé populaire.

7. Qui veut la guérison du mire,
Il lui convient tout son mal dire. (*Français.*)

8. A confesseur, médecin, avocat,
La vérité ne cèle de ton cas. (*Français.*)

9. Pour honorer le médecin, n'attends pas que tu en aies besoin. (*Juif.*)

par les rapports sympathiques du foie et du cerveau. Après lui on en vint à multiplier singulièrement les sympathies lorsque les conditions et la fréquence des abcès métastatiques furent mieux connues (1).

D'après Dupuytren, c'est par la fièvre traumatique elle-même qu'il faut expliquer les dépôts et les infiltrations de pus. « Cette fièvre a pour but et ordinairement pour résultat la formation d'une plus ou moins grande quantité de pus : c'est en quelque façon une fièvre pyogénique ; elle donne aux humeurs qui affluent vers la partie malade la nature qu'elles doivent avoir pour se convertir en pus. Serait-il donc bien étonnant que cette disposition s'étendît au delà des humeurs qui affluent vers la partie enflammée, et que par l'effet d'une disposition devenue plus générale, et par suite de causes sans effet dans l'état de santé, des suppurations se fissent à l'intérieur (2) ? Dupuytren reconnaît d'ailleurs qu'il peut y avoir des abcès multiples sans plaie préalable et sans fièvre traumatique.

M. Tessier admet que, sous l'influence de l'encombrement, la masse sanguine modifiée dans sa vitalité contracte une tendance toute particulière à se changer en pus (3).

THÉORIE SOLIDISTE.

D'après Boyer, les abcès viscéraux sont dus à une inflammation appelée sur le foie, le poumon, le cerveau, par une cause irritante quelconque, et nullement par le reflux de la suppuration. Celle-ci ne diminue dans les plaies que par l'action révulsive produite par les phlegmasies internes (4).

Richerand nous ramène à l'enfance de l'art, lorsqu'il admet une contusion du foie en même temps que le choc a lieu sur la tête.

J'arrive maintenant à Virchow, dont la théorie n'est pas sans doute un solidisme exclusif, mais elle a cette effigie plutôt que toute autre, et par cela même doit être étudiée ici. « La pyohémie, dit-il, peut résulter de parties plus ou moins volumineuses de l'extrémité des thrombus ramollis, parties détachées par le courant sanguin, emportées par lui et qui vont s'enfoncer comme un coin dans le système artériel ou capillaire le plus voisin. Ce mode de formation est la règle générale des inflammations métastatiques des poumons. Mais si le caillot a subi un ramollissement putride dans le point où il s'est produit primitivement, la métastase prendra aussi le caractère putride. Au contraire, il peut arriver que les lésions secondaires, de même que les lésions primitives, suivent une marche très-bénigne, lorsque l'embolie comme le thrombus subit la métamorphose régressive. D'autre part, on retrouve dans le côté gauche du courant sanguin les mêmes conditions. Ici c'est l'endocardite qui est le point de départ de semblables métastases. Une valvule du cœur s'ulcère, non

(1) Je ne puis comprendre les sympathies au point de vue du mécanisme. Tel est le seul motif qui me fait ranger Desault parmi les vitalistes.
(2) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. VI, p. 108.
(3) *Expérience*, 1838.
(4) *Traité des maladies chirurgicales*, t. I, *Des accidents des plaies*, p. 317, 318.

pas à la suite de formation du pus, mais à la suite d'un ramollissement aigu ou chronique ; des particules de la surface valvulaire sont détachées par le courant sanguin et parviennent avec lui dans un point plus ou moins éloigné. La petitesse des fragments finement granulés n'est pas comme le détritus grossier de la veine ; aussi peut-il gagner les capillaires les plus étroits ; telle est l'embolie *capillaire*. Enfin l'absorption d'un liquide septique, sans corpuscules en suspension, doit être admise pour expliquer certains actes pathologiques diffus n'affectant pas la forme ordinaire, circonscrite des métastases. C'est dans cette classe qu'on doit ranger la pleurésie métastatique qui se développe sans abcès apparent dans les poumons ; la lésion rhumatismale articulaire, l'inflammation gangréneuse du tissu cellulaire sous-cutané. La pyohémie est un état complexe qui comprend : la leucocytose par irritation des ganglions lymphatiques, les thromboses et les embolies avec foyers métastatiques, les substances putrides et ichoreuses pouvant être absorbées. Ces trois états morbides peuvent se compliquer l'un l'autre, mais ne se présenter pas nécessairement ensemble (1).

Après l'exposition succincte des théories, je passe à l'examen critique.

HUMORISME.

A. *Résorption.* — Les capillaires ne peuvent absorber les éléments solides en suspension dans le pus. Les veines ne possèdent dans les membres, comme le croyait Maréchal, aucun pouvoir d'aspiration. De plus, la formation de la membrane pyogénique oblitère leurs orifices à la surface des plaies, ce qui n'empêche point leurs parois d'être, dans quelques cas, ulcérées, d'où le mélange du pus et du sang, d'où la pyohémie possible (2). Quant aux lymphatiques, en supposant la résorption faite par ceux de la périphérie, les corpuscules du pus ne sauraient traverser la gangue celluleuse des ganglions. Si donc il fallait admettre l'infection purulente dans les cas cités par MM. Monneret et Fleury, de Castelnau et Ducrest, Jobert, il faudrait avouer aussi que la partie séreuse du pus mélangée au sang suffit pour produire la pyohémie.

B. *Phlébite.* — Cette théorie, pour être singulièrement déchue de sa splendeur première, n'en a pas moins une valeur et une portée très-réelle. Fausse en tant qu'explication exclusive des faits, elle me paraît néanmoins la raison d'être du plus grand nombre. Telle est la conclusion qui me paraît ressortir de l'étude comparative des autres doctrines.

C. *Endocardite, aortite.* — Ce sont là des causes fort rares d'infection purulente. J'indiquerai la part qu'il faut leur faire en examinant les opinions de Virchow.

VITALISME.

La sympathie invoquée par Desault pour rendre compte des abcès

(1) Virchow, *Pathologie cellulaire*, trad. Paul Picard, p. 169, 170, 172, 173, 174-178, 179.
(2) Sédillot, *De l'infection purulente*.

10. Every man, at thirty, is a fool or a physician.

A trente ans, quiconque n'est pas un sot est son médecin. (*Anglais.*)

11. Il y a remède à tout, fors à la mort. (*Français.*)

12. Après la mort, les médecins. (*Français.*)

13. Heureux le médecin qui vient sur la fin de la maladie. (*Français.*)

Qu'il soit modeste dans son triomphe ; qu'il respecte son confrère comme il voudrait en être respecté ; demain, sans doute, à son tour il subira le rôle d'accusé.

14. La terre couvre les fautes des médecins. (*Français.*)

15. Geistliche reinigen das Gewissen.
Aerzte den Leib,
Juristen den Beutel,

Les médecins purgent le corps,
Les théologiens la conscience,
Et les gens de loi, la bourse. (*Allemand.*)

16. Qui peut panser sa plaie est à moitié guéri. (*Chinois.*)

17. Mieux vaut sauver un mourant que d'enterrer cent morts. (*Chinois.*)

18. On voit plus de vieux ivrognes que de vieux médecins. (*Français.*)

Traduisez : les excès de l'estomac usent moins la vie que ceux de l'intelligence.

Un confrère du Caveau vit plus longtemps qu'un membre de l'Académie de médecine ; mais boire, manger, végéter, est-ce vivre ?

On y peut voir aussi une réaction contre les maximes pythagoriciennes qui terminent cette note.

Les proverbes, comme les hommes, ne sont pas toujours d'accord.

19. Il medico pietoso fa la piaga venenosa.

Le médecin débonnaire fait empirer la plaie. (*Italien.*)

Age, age, pourrait-on dire à ces *procrastinateurs* qui abandonnent aux ressources de la nature des maux qu'elle ne saurait guérir.

20. Vis toujours de bonne intelligence avec ton cuisinier, avec les poëtes, les médecins et les magiciens ; avec celui qui gouverne ton pays, avec les riches et les obstinés. (*Indien.*)

du foie consécutifs aux plaies de tête, eut un certain succès pendant le règne de Broussais. Néanmoins on vit qu'il fallait tant et si bien multiplier les sympathies, que l'explication finit par perdre crédit. On reconnut l'infection du pus par le sang, et dès lors l'interprétation fut complétement abandonnée.

D'après Dupuytren, la fièvre traumatique a un but curatif, et elle ne produit les abcès multiples que lorsqu'en vertu de quelques circonstances particulières elle dépasse le vœu de la nature. Cette fièvre convertit alors les humeurs en pus, et dépose celui-ci à peu près partout. On peut objecter à Dupuytren que l'explication, et il le déclare lui-même, n'est pas applicable aux faits qui n'offrent ni plaie ni fièvre traumatique. Donc la théorie étant dépassée par l'expérience, est destituée de toute valeur. D'autre part, est-ce la plaie qui provoque la fièvre, ou la fièvre qui produit les phénomènes inflammatoires dans la plaie? N'est-il pas manifeste que l'inflammation de celle-ci détermine le mouvement fébrile à titre de sympathie pure et simple?

M. Tessier s'est inspiré de Dupuytren, et l'encombrement est pour lui la circonstance qui donne lieu à la conversion des humeurs (ou du sang) en pus. A cette manière de voir on peut objecter tout d'abord que l'infection purulente survient parfois en dehors de toute influence pareille, et ensuite que le sang est susceptible de se convertir en un liquide puriforme, mais nullement en pus.

Paul Dupuy.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

Nouvelles recherches sur l'action curative des eaux du Mont Dore dans la phthisie pulmonaire; par le docteur Jules Mascarel. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Première classe. — Première partie.

Premier genre : genre masculin.

Tubercules au premier et au deuxième degré. vomique. amélioration par une première saison, amélioration encore plus grande après une seconde saison.

Obs. VI. — B..., 35 ans, barbe brune très-abondante, grande taille bien proportionnée, vaste poitrine, constitution lymphatico-nerveuse; le père est mort âgé, mais toute sa vie il a eu la poitrine *grasse*. La mère a succombé à l'âge de 49 ans à une maladie de poitrine de longue durée. Il y a un frère et une sœur; le premier est très-souvent malade par suite d'hémoptysie.

Depuis deux ans et demi, M. B... tousse et expectore une très-petite quantité d'humeur le matin sous forme de petits grumeaux opaques grisâtres ou jaunâtres.

En novembre 1858, première hémoptysie suivie de fièvre pour laquelle 30 sangsues sont appliquées au siége et qui dure huit jours.

Deuxième hémoptysie en avril. Troisième hémoptysie au commencement de juin. La saignée, les sangsues, les vésicatoires et les astringents furent successivement mis en usage.

Le 20 juillet M. B... arrive au mont Dore d'après nos indications et malgré l'avis de ses médecins ordinaires.

La physionomie est pâle, amaigrie, la toux sèche dans la journée, mais accompagnée tous les matins d'une expectoration abondante de matières demi-transparentes, collantes et quelquefois opaques, d'un gris verre de bouteille. Dyspnée surtout pour monter l'escalier.

A la partie supérieure des deux omoplates on perçoit de nombreuses bulles de râles sous-crépitant, et qui paraissent distantes les unes des autres; elles sont beaucoup plus nombreuses à gauche qu'à droite, et le son est obscur dans toutes ces régions. Sous le tiers moyen de la clavicule droite on perçoit le même râle, mais nulle part il n'y a de la bronchophonie; le sommeil et l'appétit sont bien conservés, le malade n'a pas eu de fièvre depuis sa dernière hémoptysie.

Le traitement thermal augmente les premiers jours l'expectoration et la rend plus facile; la toux n'est plus aussi fatigante, l'appétit est bien développé. Une éruption papuleuse se développe sur le tronc et sur une partie des membres.

Le douzième jour du traitement et le lendemain soir vers quatre heures, à la suite d'une longue promenade sur un cheval vigoureux et capricieux, M. B..., en traversant la place du Mont-Dore, est pris d'une expectoration excessive d'un liquide si abondant qu'il croit à une nouvelle hémoptysie; il imbibe instantanément un grand mouchoir de poche d'un liquide puriforme, grisâtre et fétide, qu'il évalue à *plus d'un verre*. Cette évacuation fut suivie d'un grand soulagement et de la disparition de la dyspnée; le malade put se coucher sur un plan horizontal, ce qui lui était impossible auparavant.

Quelles que soient les investigations auxquelles nous nous soyons livrés, nous n'avons jamais pu retrouver, soit par l'auscultation, soit par la percussion, le point du poumon d'où est partie cette vomique.

L'expectoration continua pendant quelques jours le même caractère, mais toujours en diminuant, et une semaine plus tard, M. B... partait conservant encore de la toux le matin et quelquefois le soir, l'expectoration presque nulle.

Les sommets des poumons respiraient d'une manière plus douce et plus moelleuse, mais des traces de bulles existaient encore en arrière à gauche et en haut, ainsi que sous la clavicule droite. Ce malade ayant voyagé par la chaleur dans des chemins vicinaux et au milieu de tourbillons de poussière. m'écrivait douze jours après avoir quitté les eaux que la toux était redevenue sèche et encore fatigante.

Néanmoins le reste de l'année se passe très-bien, les mauvais mois de novembre et décembre, toujours si redoutés de la part du malade, ne sont l'occasion pour la première fois d'aucun accident.

Une seule petite hémoptysie eut lieu au mois de février, et M. C... fort satisfait de sa première saison, retourne au mont Dore le 19 juillet 1860.

L'état général paraît très-bon et ne peut se comparer à ce qu'il était l'année dernière. Le poumon droit est le siége de râle sous-crépitant à la base et en arrière sans matité prononcée ni bronchophonie. Sous la clavicule droite, on perçoit quelques bruits de craquements humides, et la respiration est légèrement saccadée. La toux rare, l'expectoration peu abondante.

Cette nouvelle saison amène encore un amendement dans tous les symptômes, et au départ qui eut lieu le 6 août, il n'y avait plus de dyspnée, un peu d'expectoration seulement le matin, très-peu de toux, appétit et sommeil excellents. A la base du poumon droit le râle sous-

21. The best physicians are Dr Diet, Dr Merryman, and Dr Quiet.

Les meilleurs médecins sont le docteur Diète, le docteur Sans-souci et le docteur Tranquille. (*Anglais.*)

22. N'habite pas là où l'on manque de temple, d'école, d'astrologue ou de médecin. (*Indien.*)

23. Patience is a plaister for all sores.

Patience est un onguent bon pour toutes les plaies. (*Anglais.*)

24. Eine Stunde Schlaf vor Mitternacht ist so gut als zwei Hernach.

Une heure de sommeil avant minuit en vaut deux du matin. (*Allemand.*)

25. Un visiteur fâcheux est plus importun au malade que sa propre maladie. (*Arabe.*)

26. Voici les caractères d'un fâcheux :
Arriver dans une réunion sans avoir été invité;
S'asseoir à la table d'autrui sans en être prié ;
Rire quand les autres pleurent;
Se mêler à une dispute qui ne le regarde point;
Prendre une place qui n'est pas la sienne;
Donner un conseil sans qu'on le lui demande;
Accoster des gens qui ne se soucient point de sa compagnie;
Demander avec importunité;
Ne savoir pas finir ses discours;
Dévoiler le secret d'autrui. (*Arabe.*)

27. La lame use le fourreau. (*Français.*)

28. A good surgeon must have an eagle's eye, a lion's heart, and a lady's hand.

La chirurgie demande œil d'aigle, cœur de lion et main de femme. (*Anglais.*)

29. Es hilft keine Krone fürs Hauptweh.

Point de diadème qui guérisse la migraine. (*Allemand.*)

30. La puirna enn el lecho y el brazo en el pecho.

La jambe malade dans le lit et le bras malade en écharpe. (*Espagnol.*)

31. Le lit est l'écharpe de la jambe. (*Français.*)

Maxime pratique : ce que l'on obtient le plus difficilement des malades atteints d'affections aux membres inférieurs, c'est le repos au lit. Sitôt qu'ils cessent de souffrir, ils se lèvent, marchent ou au

crépitant a presque disparu, et sous la clavicule droite la respiration est devenue moins entrecoupée et plus moelleuse, il n'y a plus de craquements.

TUBERCULES AU PREMIER ET AU DEUXIÈME DEGRÉ. — GUÉRISON.

OBS. VII. — M. C... est un beau et grand jeune homme, brun châtain, âgé de 22 ans, dont la croissance s'est faite très-vite; son grand-père, âgé de 70 ans, porte une caverne au sommet du poumon droit, constatée par feu le professeur Chomel, et il n'a conservé son existence qu'à force de précautions de toute espèce et en fuyant au loin les hivers rigoureux. M. C... a presque toujours toussé, et a souvent gardé la chambre pour des rhumes pendant ses études au lycée. Au printemps de 1858, il contracte un rhume plus opiniâtre, et pour lequel nous l'engageons à se rendre aux eaux du mont Dore; il y arrive au commencement d'août 1859 dans l'état suivant.

La santé générale est bonne; tous les matins il y a de la toux suivie d'expectoration plus ou moins abondante, le reste de la journée se passe très-bien, il y a un peu de dyspnée pour monter un escalier. La fosse sus-épineuse gauche est seulement le siége, 1° d'un peu de matité; 2° de râle de craquement sec mêlé d'abondants craquements humides, d'expiration prolongée et de bronchophonie. Sous la clavicule gauche correspondante, il n'y a pas de râle ni matité, mais respiration rude, râpeuse, respiration tuboïde.

A la fin du traitement thermal, le bruit respiratoire est devenu vésiculaire sous la clavicule gauche, et la fosse sus-épineuse s'est remplie de râle sous-crépitant humide sans bronchophonie marquée. Il y avait moins de toux et peu d'expectoration.

Je viens de recevoir des nouvelles de ce malade (septembre 1860). M. C... n'a pas gardé la chambre un seul jour depuis son départ, c'est-à-dire depuis plus d'un an, et il se trouve si bien qu'il n'a pas jugé à propos de revenir aux eaux.

PHTHISIE AU PREMIER DEGRÉ; DÉVELOPPEMENT DU RALE CRÉPITANT. EXCELLENT RÉSULTAT. (Docteur GODEFROY.)

OBS. VIII. — M. D..., 45 ans, lymphatico-sanguin, maître de forges, toux depuis douze ans, hémoptysie il y a deux ans, dyspnée; plusieurs autres hémoptysies dont la dernière il y a trois semaines. Sœur morte à 40 ans d'extinction de voix.

M. D... arrive au mont Dore en juillet 1859, d'après le conseil de M. le docteur Godefroy Martin. La percussion de la poitrine ne donne que des signes négatifs, mais le bruit respiratoire est faible partout. Dans la fosse sus-épineuse droite l'on entend des craquements secs mêlés de rares craquements bulleux humides, avec une respiration un peu entrecoupée et faible; la toux est quinteuse, fréquente, la marche pénible, l'appétit peu développé.

Dès le huitième jour du traitement, l'appétit et les forces se développent, la toux est moins fatigante. Cette amélioration continue de jour en jour, et au dix-huitième jour il n'y avait presque plus de toux; mais chose très-remarquable, les deux sommets du poumon en avant comme en arrière sont le siége de râle crépitant humide à plus grosses bulles du côté droit en arrière. Ce malade quitte les eaux dans d'excellentes conditions.

PHTHISIE AU PREMIER DEGRÉ; COMPLICATION PRIMITIVE D'UNE AFFECTION DU COEUR DONT IL NE RESTE PLUS DE TRACES; APPARITION DU RALE DE RETOUR; BON RÉSULTAT. (Docteurs BOUILLAUD et BOUCHUT.)

OBS. IX. — M. F..., 17 ans, lymphatique, cheveux bruns, mère morte de la poitrine. Ce jeune homme a passé une année à la chambre par suite de pneumonie, de pleurésie et de bronchite compliquée de maladie du cœur; il porte sous la clavicule droite les traces de plusieurs cautères potassiques et un vésicatoire permanent au bras. MM. les docteurs Bouillaud et Bouchut ont constaté ensemble cet hiver la présence d'un « engorgement du sommet droit sous la clavicule avec expiration prolongée, bronchophonie et craquement. »

M. F... est très-amaigri, conserve un peu de dyspnée lorsqu'il marche vite, mais ne tousse plus depuis six semaines. Toutes ses fonctions se font bien. Le pouls est régulier, un peu faible, sans fièvre. Nous découvrons sans peine dans la région signalée ci-dessus: 1° expiration rude prolongée sous la clavicule droite; même état dans la fosse sus-épineuse avec retentissement de la voix et surtout de la toux; 2° râles de craquement seulement au sommet de l'aisselle correspondante, respiration un peu puérile du côté gauche.

Au douzième jour du traitement, toute la fosse sus-épineuse est envahie par du râle crépitant humide à petites bulles; il y a très-peu de toux le matin et très-rarement des traces d'expectoration. L'appétit, le sommeil ne laissent rien à désirer; le vésicatoire du bras sèche spontanément. Le malade part, après vingt jours, dans un état très-satisfaisant.

Deuxième classe. — Première partie.

PHTHISIE ACQUISE.

Premier genre; hommes.

TUBERCULE AU PREMIER ET AU DEUXIÈME DEGRÉ, HUIT A DIX HÉMOPTYSIES; AMÉLIORATION REMARQUABLE DÈS LA PREMIÈRE SAISON; AMÉLIORATION QUI SE CONTINUE LA DEUXIÈME ET GUÉRISON LA TROISIÈME ANNÉE. (Docteur GUÉRINEAU.)

OBS. X. — M. G..., 35 ans, lymphatico-nerveux, brun, vifs chagrins par suite de la perte d'une femme morte de la phthisie. M. A... est malade depuis cette époque, c'est-à-dire décembre 1857; il tousse, crache, et maigrit, tandis qu'autrefois il jouissait d'une bonne santé: il croit avoir contracté la maladie dont il est atteint en soignant sa femme et en restant presque toujours auprès d'elle. Il a eu plusieurs fortes hémoptysies, sept à huit, la dernière le 8 août 1858, époque à laquelle M. le docteur Guérineau lui avait déjà donné le conseil de se rendre aux eaux du mont Dore. Il y arriva le 10 août 1858 dans l'état suivant:

Amaigrissement, pâleur, pouls faible, sans fièvre; toux opiniâtre, fréquente, très-fatigante, inappétence, insomnie à cause de la toux; dyspnée. La dernière hémoptysie a été combattue par une saignée et des sangues au siége. Les crachats sont granuleux, opaques, surtout le matin.

Tout le sommet gauche du poumon est mat en avant et en arrière dans l'étendue de trois à quatre travers de doigt avec râle humide en avant, caverneux en arrière et sous-crépitant un peu plus bas; la toux et la voix retentissent. Du côté droit, la respiration est puérile; douleurs vagues, tantôt du côté du cœur, plus souvent vers l'épaule gauche.

Dès le second jour du traitement, un neuvième crachement de sang se déclare et force de suspendre le traitement pendant trois jours. Après ce laps de temps, les demi-bains, le vaporarium, les pédiluves et l'eau en boisson, tout est repris et continué pendant dix-huit jours sans interruption.

Au départ, le malade éprouve une remarquable amélioration.

Il mange mieux, a repris de l'embonpoint, tousse moins, crache peu.

---

moins accablent le chirurgien de réclamations fatigantes. Je leur réponds en trois mots par mon apophthegme :

Le lit est l'écharpe de la jambe.

32. Grand signe de mort que de ne vouloir pas guérir. (*Français.*)

33. Après la soupe un verre de vin ôte une visite au médecin. (*Français.*)

34. De hambre á nadie ve morir; de mucho comer, cien mil.

Je n'ai guère vu de gens mourir de faim, mais de trop manger cent mille. (*Espagnol.*)

35. Lever à six, dîner à dix, souper à six, coucher à dix, font vivre l'homme dix fois dix. (*Français.*)

36. A rude plaie, rude herbe.

37. Kurze Abendmahlzeit macht lange Lebenszeit.

Abréger le souper allonge la vie. (*Allemand.*)

38. Mas cura la dieta que la lanzeta.

On guérit plus par la diète que par la lancette. (*Espagnol.*)

39. La gota se cura tapando la boca.

La goutte se guérit en bâillonnant la bouche. (*Espagnol.*)

40. Nothing hurts the stomach more than surfeiting.

Rien de pis pour l'estomac que le trop-plein. (*Anglais.*)

41. A good stomach is the best sauce.

Mieux vaut bon estomac qu'habile cuisinier. (*Anglais.*)

42. Les maladies entrent par la bouche et les malheurs en sortent. (*Chinois.*)

43. Der Mund ist des Bauches Arzt.

La bouche est le médecin de l'estomac. (*Allemand.*)

44. Manger peu chasse beaucoup de maladies. (*Arabe.*)

45. Mahl bringt Qual.

Cuisine raffinée mène à la pharmacie. (*Allemand.*)

46. A man may dig his grave with his teeth.

On peut très-bien creuser sa fosse avec ses dents. (*Anglais.*)

47. Nescit purgare nescit medicare. (*Vieil auteur.*)

Ne purge ne guérit.

Par une circonstance indépendante de ma volonté, je ne pus explorer le malade. Trois mois après le départ des eaux, M. G... m'annonce qu'il a toussé encore pendant deux mois après son départ, mais toujours de moins en moins, que du reste il se trouve très-bien. L'hiver se passe sans nouveaux rhumes ni hémoptysie, mais il y a toujours un peu de toux. Or voici dans quel état se présente M. G... à notre observation le 4 juillet 1859 (deuxième année):

L'état d'embonpoint du sujet est tel que la percussion ne donne que des signes négatifs. Depuis l'année dernière, M. G... a toujours conservé un peu de toux, mais sans expectoration; depuis sept à huit mois il éprouve aussi des douleurs dans le côté gauche de la poitrine en avant et vers l'épaule et toujours un peu d'oppression. La respiration est bonne dans tout le côté droit, mais dans le sommet gauche elle est rude, tuboïde : les deux temps d'inspiration et d'expiration ont augmenté d'intensité et de durée, et par les efforts de la toux il y a des craquements humides isolés. Ces phénomènes, moins prononcés dans la région de l'aisselle correspondante, augmentent spécialement dans les environs de la fosse sus-épineuse, où ils présentent leur minimum d'intensité; là aussi il y a de la bronchophonie.

Le neuvième jour du traitement, la respiration du sommet gauche est moins rude et accompagnée de bouffées de râle crépitant et sons-crépitant très-remarquables; il y a peu de toux et point de crachats; moins de dyspnée et bon appétit.

Le 20 juillet, les râles ont disparu, la respiration s'entend bien partout; mais à gauche, dans le sommet, le bruit respiratoire n'est ni moelleux ni régulier, il est comme saccadé, et par les efforts de toux on entend de rares craquements humides; il n'y a plus ni toux ni expectoration et très-peu de dyspnée.

L'hiver se passe très-bien, pas une hémoptysie, pas un rhume. Le docteur Guérineau ne peut croire à une semblable transformation. M. G... est si bien qu'il reprend ses travaux de grande culture; il retourne au mont Dore pour la troisième fois le 8 juillet 1860.

L'état général ne laisse rien à désirer; l'embonpoint, la fraîcheur, l'animation des traits rendent M. G... méconnaissable; il a engraissé en effet de 15 kilogrammes et ne conserve plus qu'un peu de dyspnée. Peu ou point de toux et seulement le matin. A l'auscultation, on ne constate plus qu'un peu de faiblesse et un défaut d'expansion pulmonaire dans le sommet gauche primitivement malade.

Cette troisième saison a pour but de développer encore l'appétit, de rappeler un peu de râle crépitant dès le huitième jour du traitement; mais au dix-septième jour, il était impossible de constater, soit du râle, soit un craquement, mais seulement un peu de faiblesse dans le bruit d'expansion pulmonaire.

Tubercules au premier degré parfaitement caractérisés; guérison radicale après trois saisons au mont Dore. (Docteurs Mélier, Meynard de Bechillon.)

Obs. XI. — M. H..., âgé de 35 ans, est blond châtain, lymphaticonerveux et exposé par sa profession à des alternatives de chaud et de froid. Il y a deux ans (1856), le corps étant en sueur, M. H... éprouva un refroidissement à la suite duquel il fut pris d'une bronchite qui persiste encore. Pendant ces deux années, il reçut les soins de MM. les docteurs de Bechillon, Guérineau, Meynard, et plus tard il se rendit à Paris consulter M. le docteur Mélier, notre inspecteur général. Tous ces médecins furent d'accord sur la nature de la maladie, et conseillèrent à ce malade les eaux du mont Dore. Voici dans quel état il se présente à notre observation en juillet 1858:

La santé générale est affaiblie, la toux sèche, peu fréquente et non fatiguante; mais ce qui préoccupe le plus le malade, c'est la dypnée : il lui est impossible de courir.

Le sommet droit du poumon est mat dans toute la fosse sus-épineuse, et le siége de craquements humides avec bronchophonie très-prononcée et respiration rude, prolongée; ces symptômes sont très-peu marqués en avant. La respiration est un peu exagérée dans le poumon gauche. Plusieurs exutoires ont été appliqués sur le point malade, et le malade, qui avait cherché à nous faire prendre le change dans notre diagnostic, parait satisfait que nos observations concordent avec celles des médecins ci-dessus désignés. A la fin du traitement thermal, l'étouffement avait beaucoup diminué, et le malade avait pris de la fraîcheur et de l'embonpoint; un râle crépitant fin couvre les bruits respiratoires du côté malade et masque complétement les bruits morbides.

L'hiver se passe sans accidents; le malade reprend le cours de ses opérations très-pénibles; il boit les eaux transportées et revient les boire à la source en 1859.

Embonpoint et fraîcheur remarquables, plus de toux ni d'oppression. Dans la fosse sus-épineuse droite on entend encore du râle humide par petites places et seulement en faisant tousser fortement le malade; absence complète de matité et de bronchophonie.

M. H... revient en juillet 1860 faire sa troisième année de traitement thermal. Il nous raconte que depuis son départ des eaux il y a un an sa santé a été parfaite. En effet, il y a de l'embonpoint, une fraîcheur particulière des traits et une expression de satisfaction générale. Le sommet malade offre encore peut-être un peu d'obscurité dans le bruit respiratoire, mais sans aucune espèce de bruit de craquements. Mais phénomène remarquable, dès le dixième jour de ce nouveau traitement apparaissent encore dans la fosse sus-épineuse quelques bulles de râle crépitant fin qui disparaissait totalement au départ du malade. Il n'y a plus ni toux ni dyspnée, et les deux sommets respirent également bien; la guérison est complète.

Aujourd'hui, 1er décembre 1860, la santé de M. H... est irréprochable sous tous les rapports.

Il est impossible de ne pas reconnaître l'action médicatrice de l'eau thermale dans ces deux faits que nous pouvons pour ainsi dire appeler complets tant sous le rapport du diagnostic que du traitement poursuivi pendant trois années consécutives et amenant une guérison radicale. N'y aurait-il dans tout ce mémoire que ces deux faits, que nous les croyons de nature à montrer la puissance thérapeutique thermo-minérale en face d'un état morbide naguère encore si redouté et aujourd'hui susceptible de recevoir un autre traitement comme toutes les autres maladies. S'il y a eu des tubercules, et des hommes impartiaux et compétents l'affirment, que sont-ils devenus? Que les adversaires de l'absorption produisent leurs arguments; pendant ce temps-là, continuons à enregistrer les faits.

(La suite à un prochain numéro.)

---

48. Elleboro non curandus. (Horace *Art poétique*.)
L'ellébore même ne saurait le guérir.

49. Bibe elleborum. (*Aristophane*.)
Prenez une dose d'ellébore : vous déraisonnez.

Malgré ces deux éloges donnés à l'ellébore, on peut affirmer que les purgatifs étaient peu employés par les anciens. Ils citent la coloquinte et l'ellébore; mais comparez cette petite troupe aux grandes célébrités de notre temps : Poudre Cornachine, Purgatif Leroy, Elixir Guillé, Grains de santé et *tutti quanti*. De tous les progrès dus à l'esprit moderne le plus incontestable est, je crois, le progrès des purgatifs.

50. Παθων δε τε νηπιος εγνω.
Ménélas à Euphorbe. (Iliad. XI, 88.)
Passus vero et stultus agnovit.
Ayant souffert ou après qu'il a souffert l'insensé comprend.
Le proverbe grec est peu différent.

51. Ρεχθεν δε τε νηπιος εγνω.
Factum vero et stultus agnovit.
Le latin nous fournit une maxime semblable.

52. Stultorum eventus magister.
L'insensé ne comprend que les faits accomplis.
Il reconnaît le danger de la flamme quand sa barbe est brûlée,
Et l'ornière du chemin quand sa jambe est cassée.

Nous avons réservé cette célèbre maxime pour la fin de notre revue. Quelle sage leçon d'ailleurs! Quel bon avertissement! Le titre de νηπιος s'applique, hélas! à beaucoup de gens, le chirurgien qui plonge son bistouri dans un anevrisme νηπιος.

Celui qui remet à vingt-quatre heures l'opération d'une hernie étranglée, tous ceux auxquels un diagnostic insuffisant ou erroné procure des humiliations sans nombre, νηπιοι.

Et le malade qui ajourne l'enlèvement d'une tumeur de mauvaise nature et celui qui oublie que le lit est l'écharpe de la jambe, νηπιος.

J'admire cette sentence, elle est inscrite en gros caractères au-dessus du fauteuil de la clinique; je la cite souvent à mes élèves. Examinez, messieurs, interogez; gardez-vous d'imiter le malbeureux νηπιος.

Dr Gaillard.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

OBSERVATION D'UNE GROSSESSE UTÉRINE ET D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE EXISTANT SIMULTANÉMENT; par le docteur J. P. PENNEFATHER (de Dublin).

OBS. — Madame H..., âgée de 38 ans, mère de cinq enfants, eut un avortement au mois d'août 1861, et conçut de nouveau au mois d'octobre. Dès les premiers temps de sa grossesse, elle se sentit extrêmement souffrante, et à plusieurs reprises elle manifesta des craintes à l'égard de la marche ultérieure de la grossesse. Elle était très-constipée.

Le 3 avril 1862, en faisant sa toilette du matin, elle éprouva une douleur violente dans l'abdomen. Son médecin lui administra un purgatif qui, aidé de lavements, provoqua des évacuations abondantes mélangées de scybales, et fut suivi d'une diminution très-notable de la douleur. L'abdomen, toutefois, resta très-sensible, et la malade était dans l'impossibilité de se coucher sur le côté, et notamment sur le côté gauche. La constipation persista opiniâtrément et rendit indispensable l'emploi fréquemment répété des lavements. La malade avait en même temps des vomissements incessants.

L'abdomen ne cessa d'augmenter de volume, et finit par atteindre des dimensions énormes. L'estomac ne tolérait qu'un peu de grog, et la malade ne pouvait trouver un moment de sommeil sans prendre des doses élevées de morphine.

Le 4 septembre, après un travail de six heures, elle mit au monde une enfant femelle à terme. Après l'accouchement, comme l'abdomen restait très-volumineux, le médecin traitant pensa à une grossesse gémellaire; mais, après un examen prolongé et approfondi, il déclara qu'il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire, et se retira.

C'est alors que M. Pennefather fut mandé auprès de l'accouchée. Il la trouva dans d'excellentes dispositions, ne souffrant nullement et débarrassée de la tension énorme des parois abdominales qui l'avait tant incommodée.

En examinant l'abdomen, M. Pennefather reconnut la présence d'une tumeur volumineuse et résistante sur le côté gauche de l'ombilic, et, après une exploration prolongée, il reconnut à la fois les mouvements actifs du fœtus et les battements de son cœur. On sentait facilement le bord droit de l'utérus, tandis que le bord gauche ne pouvait être discerné nettement.

M. Pennefather pensa alors que le second fœtus pouvait s'être développé dans la corne gauche d'un utérus bicorne, et il administra du seigle ergoté. L'utérus se contracta énergiquement, mais la consistance et la forme de la tumeur ne changeaient nullement. Une demi-heure plus tard les mouvements du fœtus n'étaient plus perceptibles. Le toucher vaginal fit voir que l'utérus occupait une situation beaucoup plus élevée qu'à l'état normal. On pensa dès lors que la grossesse utérine s'était accompagnée d'une grossesse extra-utérine. La malade était fort émaciée, mais elle ne tarda pas à reprendre son embonpoint assez rapidement. L'écoulement lochial était presque nul, et la sécrétion lactée ne s'établit pas. Le rétablissement de l'accouchée se fit d'ailleurs comme si rien d'extraordinaire ne s'était passé.

On consulta M. Oldham, qui diagnostiqua une tumeur de l'ovaire gauche. M. Ramsbotham, qui fut également consulté, pratiqua le cathétérisme de l'utérus. Il trouva que sa cavité était normale et porta le même diagnostic que M. Pennefather, qui cessa alors pendant quelque temps de suivre la malade.

Pendant ce temps, l'état général continua d'abord à s'amender d'une manière non interrompue. Vers la fin du mois de janvier 1863, elle commença à souffrir de nouveau, et, dès le commencement de février, elle était en proie à une véritable fièvre hectique : pouls de 120 à 160, diarrhée incessante, urines profuses. La diarrhée ne put être un peu diminuée que par l'opium. Les purgatifs les plus doux étaient suivis d'une telle superpurgation et d'une telle dépression des forces qu'il fallait les relever par l'administration de stimulants énergiques. Le 14 février, le médecin traitant trouva de la fluctuation dans la région iliaque gauche. Il supposa qu'elle était due à la présence d'un kyste ovarique, et, avec l'assentiment de deux médecins appelés en consultation, il y plongea un trocart volumineux.

Il ne s'écoula pas de liquide, mais quand on retira la canule, on la trouva couverte de matières fécales. On astreignit la malade au repos absolu sur le dos, et la plaie produite par la ponction se cicatrisa rapidement.

Chose bizarre, les symptômes de fièvre hectique disparurent immédiatement, et pendant dix jours tous les accidents restèrent notablement amendés. Puis des accidents intestinaux reparurent, entre autres un ténesme des plus fatigants, et en même temps l'émaciation fit de rapides progrès.

Le 10 mars, M. Pennefather fut de nouveau appelé en consultation. Il constata que l'abdomen avait considérablement diminué de volume. La saillie formée par la tumeur avait complétement disparu, et l'on sentait seulement une induration profonde dans le point où elle avait existé. La disparition de la tumeur, les évacuations alvines extrêmement abondantes que la malade avait eues firent pencher M. Pennefather à accepter l'opinion des derniers médecins consultants, qui pensaient qu'il s'agissait d'une accumulation de matières fécales. Le ténesme, dans cette hypothèse, s'expliquait par la présence de matières durcies dans le rectum. On essaya de pratiquer le toucher rectal, mais la sensibilité des parties était telle qu'il fallut y renoncer.

On aperçut à l'entrée du vagin un lambeau putrilagineux et un os qui ne pouvait appartenir qu'à un crâne fœtal. L'état de la malade était tellement désespéré qu'on résolut d'extraire à tout prix les débris du fœtus. On la chloroforma légèrement et l'on introduisit dans le vagin un spéculum volumineux qui rencontra, à cette hauteur, une surface osseuse; c'était un pariétal que l'on retira avec les précautions voulues. Plus loin on trouva l'occipital, puis une masse charnue qui masquait le museau de tanche; à l'aide d'une forte pince, on en détacha une clavicule et une omoplate. La pince saisit ensuite le sternum, et après quelques tractions, on amena un fœtus mâle, à terme, auquel il ne manquait que la tête, et qui baignait dans des matières fécales, lesquelles s'écoulaient abondamment par le vagin. On nettoya soigneusement le vagin au moyen d'injections tièdes, et la malade éprouva aussitôt un grand soulagement. M. Pennefather la quitta le lendemain. Deux jours plus tard, en l'examinant au spéculum, on constata qu'une large solution de continuité existait sur le côté droit du museau de tanche. Pendant quelques jours, toutes les matières fécales s'écoulèrent par le vagin, puis elles reprirent peu à peu leur voie normale, et, le 14 mai, la fistule intestino-vaginale était complétement oblitérée. La malade reprenait rapidement des forces, l'appétit était excellent et l'état général ne laissait rien à désirer. La malade avait fait, pour se présenter à M. Pennefather, un fort long trajet en chemin de fer, et n'en avait été nullement incommodée.

OBSERVATION D'UNE FISTULE VÉSICO-VAGINALE COMPLIQUÉE DE DESTRUCTION DE L'URÈTRE ET DU COL DE LA VESSIE ET D'UNE FISTULE RECTO-VAGINALE; GUÉRISON COMPLÈTE PAR UNE SÉRIE D'OPÉRATIONS; par le docteur I. BAKER-BROWN, chirurgien du London Surgical Home.

OBS. — Madame H..., âgée de 36 ans, (de Norfolk), fut confiée aux soins de M. Baker-Brown le 9 janvier 1863.

Elle était accouchée en avril 1862, après un travail qui avait duré trois fois vingt-quatre heures. Vingt-quatre heures avant la fin du travail, on avait fait plusieurs tentatives d'application du forceps. Ces tentatives avaient été infructueuses, quoiqu'on les eût prolongées pendant trois heures. Finalement, l'accouchement se termina spontanément.

Immédiatement après le travail, l'urine s'écoula en grande quantité par le vagin, et trois ou quatre jours plus tard, les matières fécales suivirent la même voie.

Au mois de septembre 1862, on avait fait une opération dans le but de guérir la fistule recto-vaginale, mais cette opération avait complétement échoué. L'urine et les matières fécales ne cessèrent de s'écouler par le vagin, et la situation de la malade était réellement une des plus tristes qu'il soit possible de concevoir.

Lorsqu'elle se présenta à M. Baker-Brown, le vagin était remplacé par une telle quantité de tissu inodulaire que le doigt ne pénétrait qu'à une profondeur d'un pouce et demi. Il était impossible d'arriver jusqu'au museau de tanche.

On constatait l'existence d'une fistule vésico-vaginale ayant à peu près les diamètres d'un shilling. Le canal de l'urètre et le col de la vessie avaient été complétement emportés par la mortification. La fistule recto-vaginale mesurait 2 pouces et demi en travers. Enfin, le vagin tout entier était ratatiné par la rétraction du tissu inodulaire.

L'état général de la malade était, du reste, satisfaisant, quand on tenait compte de tout ce qu'elle avait souffert.

Voici par quelle série d'opérations on délivra cette pauvre malade de toutes les infirmités qui faisaient de son existence une longue série de souffrances.

Le 15 janvier 1863 on reconstitua largement le vagin à l'aide de deux incisions latérales, suivies d'un tamponnement énergique.

Le 17 janvier on retira le tampon, puis pendant un mois on continua à pratiquer la dilatation à l'aide de tentes introduites journellement.

Le 18 février, les incisions latérales du visage étant cicatrisées, la malade, placée dans l'attitude classique de la taille, fut chloroformée; les bords de la fistule recto-vaginale furent avivés et réunis par neuf points de suture métallique. L'un des angles, qui était au fond d'une partie recroquevillée par les cicatrices ne put toutefois être embrassé par les cicatrices. Ensuite, sans avoir avivé les bords de la fistule vésico-vaginale, on les rapprocha à l'aide d'un seul point de suture, de manière à diminuer l'étendue de cette fistule. On mit ensuite à demeure dans la vessie une sonde construite expressément pour la circonstance,

de manière à préserver le rectum du contact de l'urine. On administra, en outre, de l'opium, de manière à produire la constipation.

Le 4 mars, on retira les sutures. Les parties qui avaient été réunies après avivement étaient parfaitement cicatrisées, mais il restait une petite fistule recto-vaginale dans le point où il n'avait pas été possible de compléter l'opération.

Le 12 mars, on opéra cette fistule en appliquant deux points de suture.

Le 20 mars, ces sutures furent retirées; il restait encore un point très-limité de la fistule recto-vaginale qui n'était pas cicatrisé. Malgré cette circonstance défavorable, on procéda immédiatement à l'occlusion de la fistule vésico-vaginale.

A cet effet, on chercha d'abord à créer un canal de l'urètre artificiel par une ponction faite sous le pubis à l'aide d'un trocart de petites dimensions. Ce temps de l'opération fut extrêmement difficile, parce qu'il restait fort peu de parties molles sous l'arcade pubienne. Il fallut créer le canal artificiel à gauche de la ligne médiane, et là encore les parties molles étaient si peu résistantes qu'il fallut placer deux fils d'argent dans un point où les parois vésicales avaient cédé.

Les bords de la fistule vésico-vaginale furent ensuite avivés et réunis par trois points de suture métallique. Une sonde fut fixée à demeure à l'aide de l'instrument de M. Philip Harper.

Le 29 mars, on retira les sutures. La fistule vésico-vaginale était entièrement cicatrisée, mais les sutures avaient cédé dans un point voisin du canal de l'urètre reconstitué.

Le 2 avril, ce dernier reste de la fistule vésico-vaginale fut fermé à l'aide de quatre sutures métalliques. Une bride cicatricielle, qui avait évidemment empêché l'occlusion de la fistule recto-vaginale, fut divisée, puis cette fistule fut également fermée par la suture.

Le 12 avril, toutes les sutures furent retirées, et l'opérateur reconnut avec bonheur que *la guérison était complète*. Il prescrivit à la malade de continuer à garder la sonde à demeure pendant quelques jours, mais bientôt elle put retenir l'urine à volonté, et l'on put la dispenser de l'usage de la sonde. Au reste, l'introduction de cet instrument dans la vessie était devenue fort difficile, parce qu'il s'était formé un soulèvement valvulaire au niveau de l'origine du canal de l'urètre artificiellement constitué.

Le 1er mai, l'opérée retourna chez elle parfaitement maîtresse de retenir l'urine et les matières fécales, ayant un vagin de dimensions convenables, au fond duquel on apercevait, à gauche de la ligne médiane, le museau de tanche.

La guérison fut définitive, et certainement, ajoute M. Baker-Brown, je n'ai jamais vu un seul fait dans lequel des désordres tellement graves aient été guéris aussi complètement par les ressources de l'autoplastie.

SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PAR LE BAIN D'AIR CHAUD; par le docteur ARTHUR LEARED, médecin de l'infirmerie royale pour les maladies de poitrine à Londres.

M. Leared a étudié avec beaucoup d'attention les effets du bain d'air chaud chez un certain nombre de phthisiques; il a pris les précautions les plus grandes pour se mettre à l'abri des sources d'erreurs si nombreuses dans une pareille enquête, et en somme son travail offre des garanties trop sérieuses pour que l'on ne doive accorder quelque attention à ses conclusions. Nous en résumons la substance.

La plupart des personnes atteintes de maladies chroniques éprouvent une amélioration passagère, réelle ou apparente, lorsqu'un traitement nouveau vient leur rendre le courage et l'espérance pour un temps. C'est une des sources d'erreur dont il faut le plus se méfier. Aussi M. Leared a-t-il persévéré longtemps dans le traitement qu'il instituait. Il n'en est pas moins avéré pour lui que la plupart de ses malades ont éprouvé une très-grande amélioration.

Les malades qui étaient fatigués par une toux pénible accusaient un amendement notable de ce symptôme.

Tous ont éprouvé une diminution évidente de la dyspnée.

On pouvait craindre *à priori* que le bain d'air chaud ne produisît un raptus sanguin vers le poumon et qu'il n'aggravât la tendance aux hémoptysies. Il n'en a rien été dans les expériences de M. Leared.

L'action du bain d'air chaud sur les sueurs nocturnes a été extrêmement marquée. Elles ont été supprimées à peu près complètement. De tous les symptômes, c'est celui qui a été modifié de la manière la plus frappante.

En même temps, le bain d'air chaud modifiait d'une manière très avantageuse l'état général des malades. M. Leared les faisait peser avec soin, et il reconnut qu'ils augmentaient notablement de poids. Ils prenaient des forces.

M. Leared est allé jusqu'à faire prendre à quelques-uns de ses malades des douches froides en sortant du bain d'air chaud, en procédant, du reste, avec les plus grandes précautions. Aucun n'en a éprouvé d'effets fâcheux, et M. Leared croit que la douche froide a en pour effet de les rendre moins sensibles aux variations de température et de les mettre ainsi dans une large mesure à l'abri des refroidissements, des catarrhes intercurrents, etc.

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES VISCÈRES ABDOMINAUX; par le docteur STEPHEN WARD, médecin de l'hôpital *Dreadnought*.

Le travail de M. Ward contient un certain nombre d'observations intéressantes d'obstruction intestinale. Dans un de ces faits, il s'agit d'une ulcération, consécutive probablement à une fièvre typhoïde, occupant la valvule iléo-cæcale, et ayant produit un épaississement tel de cette valvule que le cours des matières s'était trouvé arrêté. Les symptômes de l'obstruction avaient existé pendant quarante-deux jours, et l'on avait pu prolonger la vie du malade à l'aide de lavements nutritifs. M. Ward fait remarquer à propos de ce fait que dans les cas d'obstruction intestinale il faut toujours, comme on ne sait si la nature n'aménera pas une guérison spontanée, prolonger la vie autant que possible. Cette recommandation est extrêmement sensée, mais on est étonné de trouver un peu plus loin une protestation assez verte contre les opérations qui peuvent assurer le résultat dont il s'agit. L'observation à l'occasion de laquelle M. Ward fait cette profession de foi ne la justifie en aucune façon; le malade, en somme, est mort des suites directes de l'obstruction intestinale, et l'entérotomie aurait pu le faire vivre plus longtemps qu'une expectation pure et simple, s'adjoignant seulement des lavements nutritifs.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. DECAISNE.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de trois commissions chargées d'examiner les pièces de concours pour trois prix à décerner en 1864, savoir :

Prix de physiologie expérimentale. — Commissaires : MM. Bernard, Flourens, Coste, Longet, Brongniart.

Prix de médecine (question de la pellagre). — Commissaires : MM. Andral, Rayer, Bernard, Velpeau, Cloquet, Serres.

Grand prix de mathématiques (question concernant la stabilité d'équilibre des corps flottants). — Commissaires : MM. Bertrand, Serret, Duhamel, Liouville, Chasles.

MÉMOIRE SUR L'ATÉLENCÉPHALIE; par M. GINTRAC. (Extrait par l'auteur.)

(Commissaires : MM. Flourens, Serres, Rayer.)

Je réunis sous le nom d'*atélencéphalie* les lésions congénitales qui résultent d'une formation insuffisante, incomplète ou irrégulière de l'appareil encéphalo-rachidien. Ces vices primitifs d'organisation ont été appelés *atrophies*, *agénésies*; on peut les nommer *atélies*, en spécifiant les parties affectées.

Les *atélies méningiennes* consistent en des absences de la faux du cerveau (observations de Carliste, Shaw), de la dure-mère sur la base du crâne (Coles), accompagnées de circonstances diverses.

Une deuxième série présente les *atélies cérébrales générales* ou *multiples*, c'est-à-dire affectant les deux hémisphères cérébraux, offrant des altérations de volume, de forme, de consistance, de couleur et entraînant l'idiotisme et des imperfections sensoriales et locomotrices très-notables. Ici se trouvent 19 observations (Cruveilhier, Andral, Calmeil, Deschamps, Peacock, etc.), parmi lesquelles j'en ai placé une très-détaillée.

La troisième série comprend les *atélies cérébrales centrales*. Ce sont celles qui portent sur le corps calleux, le septum, la voûte à trois piliers (observations de Duncan, Reil, Parchappe, Mitchell Henry, Paget, etc.); ces anomalies n'ont pas toujours eu sur l'intelligence, sur la sensibilité et la motilité, l'influence qu'on pouvait leur supposer.

L'atélie cérébrale latérale forme une série considérable, se composant de 30 observations (Cazanvieilh, Scipion Pinel, Dugès, Bresclet, Thaudière, Saint-Ives, Turner, Schrœder, Van der Kolk, Ogle, etc.).

J'ai recueilli l'une des observations de cette série. Tantôt c'est tout un hémisphère qui est amoindri, tantôt c'est un lobe qui est mal conformé, une ou plusieurs circonvolutions qui sont atrophiées. De là des atteintes qui sont portées, à des degrés très-divers, à l'intelligence et à la motilité musculaire; celle-ci est ordinairement affaiblie dans les membres du côté opposé au siége de la lésion.

L'atélie cérébrale antérieure consiste dans l'imperfection ou l'absence des deux lobes antérieurs du cerveau (13 observations : Breschet, Cruveilhier, Billard, Sylvestri, Blizard Carling, etc.) Il en est résulté un manque presque absolu d'intelligence et de parole, tandis que le mouvement des membres était assez libre.

L'atélie cérébelleuse a offert l'absence totale ou partielle du cervelet (observations de Combette, Hyde Salter, Albers, Greene, Puellurf, Crip). Neuf exemples ont permis d'étudier cette sorte d'agénésie, qui est accompagnée tantôt d'une grande exaltation, tantôt d'une complète nullité de l'appétit génital.

L'atélie mésocéphalique, constituée par des anomalies de forme ou de volume de la protubérance annulaire des tubercules quadrijumeaux, a produit des phénomènes spasmodiques, quelques lésions sensoriales, et la paralysie du côté opposé à la lésion (observations de Degaille, Magendie, Durand-Fardel).

L'atélie rachidienne n'a été observée que dans des cas de monstruosité prématurément fatale.

Considérant dans leur ensemble les 85 faits qui ont servi de base à ce travail, on peut remarquer :

1° Que le sexe noté chez 76 sujets était masculin chez 33, et féminin chez 43 ;

2° Que la vie a pu se prolonger, de la naissance à 10 ans, 22 fois.

De 11 à 20 ans	15	»
De 21 à 30 ans	11	»
De 31 à 40 ans	2	»
De 41 à 50 ans	8	»
De 51 à 60 ans	4	»
De 71 à 80 ans	2	»
	64 fois.	

3° Que l'atélencéphale a été souvent le résultat d'une maladie du fœtus, phlegmasie cérébrale, hémorrhagie, etc., et qu'à la place des parties absentes se sont trouvées des collections séreuses renfermées dans des espèces de kystes ;

4° Que les atrophies cérébrales ont exercé une influence notable sur la forme du crâne, sur les méninges, sur le volume respectif du cervelet ;

5° Que la conséquence la plus générale de l'atélencéphalie a été l'obstacle mis au développement de l'intelligence et à l'exercice des sens et de la parole ;

6° Que l'épilepsie et les convulsions en ont été des résultats assez fréquents ;

7° Que la paralysie musculaire en est l'un des symptômes les plus ordinaires. Croisée quand elle était unilatérale, elle s'est très-souvent accompagnée de contracture, d'atrophie et de difformité des membres affectés.

TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES AU MOYEN DE L'APPAREIL DE SCOTT MODIFIÉ ; par M. PÉCHOLIER.

(Commissaires : MM. Velpeau, Jobert.)

L'appareil de Scott est trop peu connu en France, malgré les louables tentatives de R. Broussonnet et de M. le docteur Boileau de Castelnau. Convaincu par des faits de sa grande importance thérapeutique, j'ai voulu le modifier et le rationaliser, et j'en ai obtenu alors de si beaux résultats contre les tumeurs blanches, que je ne crains pas de le recommander vivement à mes confrères. Voici les circonstances dans lesquelles je l'ai employé pour la première fois et les modifications que je lui ai fait subir.

Une femme de 40 ans avait au genou gauche une tumeur blanche, datant de deux ans. Le genou malade avait 8 centimètres de circonférence de plus que l'autre ; une fistule s'était ouverte au-dessous de la rotule et laissait écouler une sanie purulente ; les douleurs étaient vives ; la malade ne pouvait ni se lever ni dormir ; l'appétit était nul ; une fièvre hectique grave s'était déclarée. Un chirurgien distingué proposa l'amputation et se retira sur le refus de laisser la malade de pratiquer cette opération. C'est alors que, consulté moi-même, je combinai l'appareil que je vais décrire :

1° Application autour du genou malade (le membre étant dans l'extension) de compresses longuettes enduites de l'emplâtre suivant : onguent napolitain, 40 grammes ; savon médicinal, 20 grammes ; extrait de belladone, 10 grammes ;

2° Au-dessus des compresses, bandelettes de sparadrap disposées circulairement, enveloppant toute l'articulation ;

3° Bandage dextriné épais et solide autour du genou ;

4° Bandage roulé du membre inférieur.

L'appareil fut renouvelé tous les huit jours, puis tous les douze jours, et enfin tous les quinze jours pendant huit mois. Un traitement général approprié fut prescrit. J'observai un dégonflement rapide de la tumeur, la cessation des douleurs, le retour de l'appétit, du sommeil et de l'embonpoint ; la fistule se ferma. La malade put se lever et marcher. Au bout des huit mois, le genou était moins volumineux que celui du côté opposé, la guérison était achevée, mais il reste une ankylose incomplète.

Frappé de ce succès, j'ai employé dans d'autres cas le même appareil, et j'ai guéri ainsi plusieurs tumeurs blanches très-graves, dont deux siégeaient au genou et une au coude. D'autres tumeurs blanches et spécialement une coxalgie ont été améliorées.

L'appareil que je viens de décrire me paraît avoir trois avantages fort sérieux :

1° Action résolutoire et calmante du topique qui est placé dans les meilleures conditions possibles pour être absorbé ;

2° Action de la compression ;

3° Immobilité de l'articulation.

L'inconvénient, c'est l'ankylose qui se produit toujours à un certain degré quand l'appareil est porté pendant longtemps. Mais il est une période des tumeurs blanches où l'ankylose est le moindre mal qu'on puisse redouter. D'ailleurs, quand l'amélioration est en bonne voie, on lutte avantageusement contre l'ankylose en imprimant à l'articulation des mouvements ménagés chaque fois qu'on renouvelle l'appareil.

Je termine en disant que l'appareil que je préconise m'a encore réussi contre des hydarthroses rebelles. C'est enfin en beaucoup de cas le meilleur moyen résolutif que je connaisse.

TRANSFORMATION DE L'HOMME A NOTRE ÉPOQUE ET CONDITIONS QUI AMÈNENT CETTE TRANSFORMATION. Deuxième partie du mémoire de M. TREMAUX. (Extrait.)

(Commissaires précédemment nommés : MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

Par un précédent mémoire, lu à la séance du 21 mars dernier, nous avons montré que l'homme se transforme du type blanc au type nègre, et *vice versâ*, par l'action des milieux ; qu'en Afrique, des fractions des trois principales classes de populations d'origine asiatique ont conservé le type blanc au nord des déserts, tandis que celles répandues dans les régions de la Nigritie sont transformées en proportion du temps qu'elles y ont vécu ; que dans la transformation on reconnaît la marche de l'action des milieux qui est différente de celle du croisement. Nous allons encore citer quelques faits propres à ne laisser aucun doute sur le résultat définitif de l'action des milieux.

Hippocrate avait déjà remarqué que les Egyptiens avaient une grande unité de type ; de nos jours, beaucoup de naturalistes, pour établir l'immutabilité des diverses races d'hommes, ont invoqué l'exemple de l'Egypte qui, à part les étrangers trop nouvellement arrivés, offre encore aujourd'hui le même type de population que du temps des Pharaons. Rien n'est plus vrai ; seulement on oublie seulement une remarque des plus importantes : c'est que depuis ce temps l'Egypte a été soumise à plusieurs invasions, à plusieurs mélanges ou substitutions de peuple, et que par suite le type aurait nécessairement changé, si l'action du milieu n'avait constamment ramené les nouveaux venus ou le résultat de leurs croisements au type que comporte ce milieu...

Il est clair qu'après avoir montré la transformation de l'homme, si l'on pouvait en indiquer les conditions et qu'elles fussent d'accord avec les faits, cette coïncidence serait une nouvelle et puissante confirmation de l'exposé que nous avons fait. Ce sont ces conditions de transformations que je crois pouvoir indiquer.

Remarquons d'abord que la déformation des traits et le changement de teint ne paraissent pas dépendre des mêmes causes, puisque l'on voit des peuplades très-noires ayant de beaux traits et de l'intelligence, tandis qu'on en voit d'autres dont les traits déformés sont alliés à un teint moins foncé. L'action du soleil sur le teint est indubitable. Dans chacune des nuances qui se partagent le globe, on voit les teints les plus foncés vers l'équateur... Mais le teint chez l'homme n'est que le petit côté de la question. Le grand côté de la transformation est celui qui touche aux types physiques si divers qui régissent les facultés de l'homme. Voici donc les coïncidences que nous montrent les types physiques avec la nature géologique des contrées, agissant surtout par ses produits.

L'homme le moins parfait, ou plutôt celui qui s'éloigne le plus de notre type, appartient aux terrains les plus anciens et subsidiairement aux climats les moins favorisés. L'homme le plus parfait appartient au pays qui sur le moindre espace offre la plus grande variété de terrain, en laissant prédominer les plus récents, et subsidiairement encore au climat le plus favorisé et à d'autres causes plus secondaires quoique très-complexes. Il est bien entendu que dans l'application de ce principe il ne faut pas confondre avec le type propre au milieu celui de populations ou d'individus jetés accidentellement sur des côtes, ou trop récemment établis dans un pays pour être complétement transformés selon le nouveau milieu.

Si nous examinons d'abord la Nigritie, nous voyons cette contrée constituée presque en totalité par des terrains primitifs qui fournissent des mines d'or, aussi bien à l'occident vers les sources du Niger qu'à l'orient dans les régions que nous avons visitées. Là, le fond des vallées même est composé d'un terrain rougeâtre contenant des paillettes et des grumeaux d'or, et surtout une grande quantité de débris de quartz de diverses grosseurs. Cette circonstance me fit penser aux régions ana-

logues de l'Australie où l'on trouve en même temps de riches mines d'or et des populations d'un type très-dégradé, à celles de la Californie où l'on voit une population peu favorisée et même plus noire que ses voisines, quoique en dehors des tropiques. Je m'empressai d'examiner les documents géologiques, et je vis qu'en effet ces régions appartenaient presque exclusivement aux terrains primitifs.

En consultant le voyage de Livingstone, on voit que tout en peignant les habitants du sud de l'Afrique moins défavorablement que ses devanciers, il signale chez les Bechouana un grand développement des terrains siluriens les plus anciens; chez les Bakaas, des montagnes de basalte noir et des plaines de sables arides, avec sous-sol de trapp. Mais en approchant de la vallée du Zambèse, le sol change, devient fertile, et les populations s'améliorent en même temps. En remontant vers le nord, il retrouve des pays élevés chez les Balonda; cependant il ne rencontre pas de roches primitives et pas de types réellement déformés.

La carte géologique de l'Europe nous montre que la plus grande surface de terrains primitifs correspond à la Laponie qui possède aussi le peuple le plus inférieur. En revenant dans le sud de la Scandinavie, le gneiss et le granit occupent encore une grande partie du pays; mais cette région est en contact avec d'autres mieux partagées, elle contient beaucoup de lacs et son climat est plus favorisé, ainsi que ses habitants. Quant aux Scandinaves du Danemark, ils ont un type purement germanique et sont en effet sur un même sol. La Russie possède divers terrains d'un âge moyen; mais la grande surface de chacun d'eux ne permet pas à ses peuples de profiter des ressources de ceux qui avoisinent, et par conséquent son peuple est médiocrement favorisé.

Si nous nous reportons aux contrées qui sont dans les meilleures conditions, nous y remarquons en général tout l'occident et le sud de l'Europe et plus particulièrement la France, l'Italie, la Grèce, la partie orientale de l'Espagne et le nord-est de l'Angleterre. C'est en effet là que dominent la civilisation et les facultés intellectuelles. Dans ces pays même on reconnaît encore les influences locales.

Sur une carte de mon deuxième atlas de voyage, j'ai essayé par une multitude de recherches de déterminer la ligne de partage entre les peuples soudaniens et les vrais nègres. Je suis arrivé non-seulement à une ligne sinueuse, formant à chaque région montueuse des espèces de promontoires avancés de la race nègre dans le Soudan, mais encore à des sortes d'îlots nègres représentés par les plus gros massifs de montagnes. Aujourd'hui tout cela s'explique très-bien. Ces montagnes appartenant aux terrains primitifs, les habitants sont de vrais nègres, tandis que leurs voisins des lieux bas qui appartiennent à des terrains moins anciens ne sont encore qu'en partie transformés. En traçant cette limite entre les races, j'esquissais, sans m'en douter, une sorte de carte géologique...

Peut-être les divergences considérables qui séparent les naturalistes trouveront-elles un motif de conciliation dans ce fait, que la race ne change pas tant qu'elle demeure sur le même sol, dans le même milieu, tandis qu'elle se transforme peu à peu selon le nouveau milieu lorsqu'il y a déplacement.

CONCOURS.

L'Académie a reçu depuis sa dernière séance, mais encore en temps utile, diverses pièces destinées à des concours dont la clôture a eu lieu au 1er avril, savoir :

Prix de physiologie expérimentale. — 1° Premier mémoire. « Sur la constitution du germe dans l'œuf avant la fécondation. Comparaison de ce dernier avec l'ovule végétal; » par M. Balbiani. Ce mémoire est accompagné de figures.

2° Analyse de deux mémoires imprimés de M. F. Cohn, intitulés : l'un, « Tissus contractiles des végétaux, » l'autre, « Filaments contractiles des Cynarées ».

Prix de médecine et de chirurgie. — 1° Mémoire sur l'absorption par la peau de l'eau et des substances solubles; par M. Villemin (avec indication des parties que l'auteur considère comme nouvelles dans son travail).

2° « Mémoire sur la valeur de l'existence de l'*os épactal* ou partie supérieure de l'occipital restée distincte, comme *caractère de races*; » par M. Jacquart.

Ce mémoire est accompagné de planches représentant des crânes d'adultes et de fœtus humains et de quelques animaux.

3° Analyse donnée par M. Delion de son *Traité de la dyssenterie* publié en 1863.

4° Lettre de M. Casper (de Berlin), accompagnant l'envoi d'une traduction française de son *Traité de médecine légale*.

5° Lettre de M. Pétrequin jointe à l'envoi de huit mémoires renfermant l'ensemble de ses recherches sur *la guérison des anévrismes au moyen de la galvano-puncture*.

L'auteur rappelle que cette méthode de traitement, dont il est l'inventeur, et qui a été déjà signalée dans de précédents concours comme très-digne d'attention, semble aujourd'hui suffisamment recommandée par une longue expérience.

6° Lettre de M. Gallard accompagnant l'envoi d'un opuscule concernant l'*influence exercée par les chemins de fer sur l'hygiène publique*, et de la collection des « Comptes rendus du service médical de la Compagnie d'Orléans » depuis 1858 jusqu'à 1863.

7° Lettre de M. Liebreich destinée à faire ressortir ce qu'il y a de neuf dans l'*Atlas d'ophthalmoscopie* précédemment présenté en son nom à l'Académie par M. Velpeau.

8° Note de M. Charrière accompagnant l'envoi d'un « *arsenal de chirurgie réduit* » de son invention.

9° Lettre de M. Millet demandant que son *Traité de la diphthérie du larynx*, présenté à la séance du 21 mars dernier, soit compris dans le nombre des pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Prix relatif à la pellagre. — 1° Ouvrage manuscrit par M. Billod, médecin en chef de l'hospice des aliénés de Sainte-Gemmes, près Angers. Ce mémoire est accompagné d'une analyse indiquant les parties de ce travail sur lesquelles l'auteur croit devoir appeler plus particulièrement l'attention de la commission.

2° « Histoire de la pellagre. » par M. Théoph. Roussel.

3° Analyse envoyée, par M. Brunet, du mémoire présenté à la précédente séance (Effets de l'insolation chez les aliénés : pellagre), mémoire qui a été à tort inscrit sous le nom de *Brunner*.

4° Lettre de M. Bouchard, accompagnant l'envoi d'un exemplaire de ses « Recherches nouvelles sur la pellagre. »

Prix du legs Bréant. — 1° « Considérations nouvelles sur l'anatomie pathologique, l'étiologie et le traitement rationnel du choléra-morbus épidémique; » par M. Holbé-Legrand.

2° « Des causes du choléra-morbus, » avec le nom de l'auteur sous pli cacheté, et avec cette épigraphe : *Nulla est ignoti curatio morbi.*

3° Un mémoire sur le traitement du choléra asiatique, ayant de même le nom de l'auteur sous pli cacheté, et portant pour devise : *Prüfet Alles und das beste behaltet.*

Prix du legs Barbier. — 1° « Études chimiques et médicales sur les champignons comestibles et vénéneux, » avec le nom de l'auteur sous pli cacheté, et pour devise : « La prudence est mère de la sûreté. »

2° « Nouvelle préparation thérapeutique au fer et à l'ergot de seigle; » par M. Grimaud aîné.

Prix dit des arts insalubres. — « Mémoire sur un nouveau procédé mécanique et chimique pour la fabrication salubre de la céruse; » par M. H. Ozouf.

INFLUENCE DU NERF SPINAL SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR; note de M. SCHIFF.

1° Chez un lapin couché et fixé sur le dos, on enfonce une aiguille très-fine à côté du sternum jusqu'à la pointe du cœur. Les vibrations de cette aiguille, qui doit être assez longue, indiquent le nombre des pulsations du cœur, qui ne sont pas précipitées par ce procédé quand la pointe de l'instrument touche seulement l'organe sans le blesser. Une autre aiguille plus longue est enfoncée dans un espace intercostal inférieur jusque dans la substance du diaphragme, pour indiquer les mouvements respiratoires. Pour rendre visibles à un grand auditoire les excursions de ces aiguilles, j'ai fixé à leur extrémité libre une strie de papier colorié, ou j'ai fait projeter leur ombre agrandie sur une table blanche. On peut aussi faire écrire les vibrations des aiguilles sur le tambour vertical du kymographion.

L'irritation mécanique et modérée des ramifications d'un nerf sensible de la tête (je me suis servi du nerf auriculaire antérieur ou du sous-orbitaire, mais on peut choisir d'autres nerfs de la tête, et très-souvent l'expérience réussit de même avec les nerfs du tronc ou des extrémités) produit la modification et le ralentissement des mouvements respiratoires dont j'ai parlé dans une communication antérieure, mais en même temps les mouvements du cœur se ralentissent jusqu'à 30, 20, 12, 9 dans une minute. Une fois où l'observation du cœur fut faite avec le stéthoscope au lieu de l'aiguille, il y avait un abaissement jusqu'à quatre pulsations dans une minute. Lorsqu'on cesse l'irritation du nerf auriculaire ou sous-orbitaire, la fréquence normale des pulsations se rétablit immédiatement.

2° Après avoir répété plusieurs fois cette expérience sur le même animal, et toujours avec le même effet, on coupe les nerfs vagues au cou, et l'on attend jusqu'à ce que l'animal soit tranquille et jusqu'à ce que le mouvement cardiaque soit régulier. Alors on répète l'irritation de l'auriculaire antérieur. Il n'y a plus d'influence sur le rhythme des pulsations du cœur.

3° Sur un autre lapin on fait la même expérience; mais, au lieu de couper le pneumogastrique, on fait l'extraction complète des deux nerfs spinaux, selon la méthode de M. Bernard. L'irritation du nerf sensible produit alors la même modification du mouvement respiratoire que dans l'animal intact, mais l'effet sur le cœur manque absolument, ses mouvements restent réguliers.

4° Si l'on prend un lapin plusieurs jours après l'extraction des spinaux, l'effet de l'expérience sur la respiration persiste, l'influence sur le cœur manque.

5° Si on laisse intacte la partie bulbaire du spinal, et qu'on ne détruise de ce nerf que les racines qui naissent au-dessous du bec du calamus et plus bas encore, expérience qui réussit très-facilement selon la méthode indiquée par M. Bernard, la respiration de l'animal reste normale, la production de la voix n'a pas souffert. Dans ces animaux, l'irritation du nerf auriculaire antérieur ou des autres nerfs indiqués à sur la respiration la même influence que dans l'état normal, mais cette irritation ne ralentit plus les mouvements du cœur, qui restent normaux.

6° Si l'on a arraché les filets radiculaires du spinal qui naissent de la partie supérieure de la moelle cervicale, une galvanisation modérée ou forte de la moelle allongée produit encore des mouvements du larynx, mais elle n'arrête plus les pulsations du cœur.

7° Quatre ou cinq jours après l'arrachement de la partie indiquée du spinal, la galvanisation du pneumogastrique au cou n'arrête plus les mouvements du cœur, c'est à-dire l'effet de l'opération par rapport au cœur est le même que l'effet de l'arrachement total du spinal dans les expériences que Waller a faites dans le laboratoire de M. Flourens et que nous avons répétés et confirmées.

8° Dans les chats adultes et les jeunes chiens de 4 à 6 mois, la section des deux récurrents produit, outre les troubles de la respiration, une irrégularité et un ralentissement très-marqué des pulsations du cœur, qui se montre les premières heures et quelquefois plus de quinze jours après l'opération. Mais le mouvement du cœur redevient normal au moment où l'on ajoute à la section des récurrents la destruction de l'origine médullaire du spinal ou de toutes les racines de l'accessoire de Willis.

Il suit de ces expériences :

Que dans le spinal les racines qui agissent sur le larynx et celles qui agissent sur le cœur ne sont pas les mêmes et ne tirent pas leur origine de la même portion de la moelle. Les racines qui président au mouvement du cœur naissent plus arrière.

Il paraît que l'influence très-réelle de la moelle allongée sur le cœur est due à des filets nerveux qui ne sortent pas du bulbe proprement dit, mais qui, dans l'intérieur de la substance médullaire, descendent vers la moelle cervicale pour quitter le centre avec les racines cervicales du spinal.

Je dois enfin faire remarquer que si l'on arrache la partie médullaire du spinal selon la méthode de M. Bernard, on réussit, dans la majorité des cas, à détruire l'origine des nerfs cardiaques du pneumogastrique et spioal; mais il y a des cas exceptionnels, plus rares chez les lapins que chez les chiens, où ces filets supérieurs de la portion médullaire restent intacts et adhérents au fascicule qui préside aux mouvements du larynx et en partie du pharynx.

Sur la constitution du germe dans l'œuf animal avant la fécondation; comparaison de ce dernier avec l'ovule végétal. Deuxième mémoire de M. Balbiani, présenté par M. Bernard.

Dans sa communication précédente (*Compte rendu* du 28 mars), l'auteur a cherché à montrer que l'élément germinatif de l'œuf des myriapodes se constitue sous la forme d'une cellule qui se développe graduellement autour d'un noyau vésiculeux apparu spontanément à la surface du protoplasma homogène qui remplit d'abord le jeune ovule, et il a signalé, en terminant, l'analogie qui existe entre ce mode de formation du germe animal avec celui des vésicules embryonnaires dans l'organe femelle des végétaux.

Le but de ce deuxième mémoire est de montrer, par l'application des résultats les plus essentiels des travaux récents des botanistes sur l'origine des éléments reproducteurs mâle et femelle des plantes, comment cette assertion se justifie.

Recherches expérimentales sur la cause de la coloration rouge dans l'inflammation. Note de MM. A. Estor et C. Saintpierre, présentée par M. Bernard.

La physiologie pathologique est loin de nous renseigner sur la cause réelle de la coloration rouge des tissus enflammés. On s'est borné à constater la rougeur comme un symptôme constant de l'inflammation, mais on n'a jusqu'ici présenté aucune explication satisfaisante du phénomène. Frappés de l'analogie qui existe entre les phéoomènes qui se passent dans les glandes au moment de leur activité fonctionnelle (*Recherches* de M. Claude Bernard), et ceux qui présentent les tissus enflammés, nous avons pensé qu'une même théorie devait répondre à leur explication. Comme c'était à l'expérimentation à vérifier ces inductions théoriques, nous avons songé à appliquer à l'étude de ce problème la méthode indiquée par M. Bernard lui-même, nous avons institué les expériences suivantes :

Nous avons opéré sur des chiens, le lapin nous ayant paru un animal dont les membres sont de trop petit calibre pour le jeu des instruments. Nous commençons par déterminer sur un des membres postérieurs du chien une inflammation vive, à l'aide de cautérisations transcurrentes énergiques ou de l'action de l'eau bouillante. Après un temps qui peut varier de trente à cinquante heures, une fois l'inflammation bien établie, nous étudions comparativement le sang veineux pris sur la même veine du membre sain et du membre malade. A cet effet, nous plaçons une canule à robinet dans la veine crurale, et, à l'aide d'une seringue graduée, préalablement chauffée de 35 à 40 degrés, nous soutirons 15 centimètres cubes de sang. Nous faisons ensuite passer rapidement ce sang dans une cloche renversée sur le mercure et contenant de 20 à 25 centimètres cubes de gaz oxyde de carbone pur; nous plaçons le tout dans une étuve dont la température est maintenue environ deux heures entre 30 et 40 degrés, et nous agitons de temps en temps.

On sait, d'après les travaux de M. Bernard, que l'oxyde de carbone déplace, volume à volume, l'oxygène du sang; il ne reste donc plus qu'à doser cet oxygène, ce que nous avons fait dans les premières expériences à l'aide de l'acide pyrogallique, et dans les dernières par le phosphore. Nous nous sommes de plus préalablement débarrassés de l'acide carbonique dans les expériences où nons avons employé l'acide pyrogallique.

Quant à l'acide carbonique, nous l'avons dosé dans deux expériences.

Nous concluons des expériences précédentes que :

1° A la simple vue, quand l'inflammation est vive, le sang veineux du côté enflammé est plus rouge que celui du côté sain ;

2° Le sang veineux du côté enflammé renferme constamment une proportion plus grande d'oxygène qui, étant égale à 1 pour le membre sain, varie de 1,50 à 2,50 pour le membre enflammé ;

3° Le sang veineux du côté enflammé a donné aussi plus d'acide carbonique ;

4° Comme à une plus grande quantité d'oxygène correspond, on le sait, une coloration plus ou moins rutilante du sang veineux, nous concluons que c'est à l'état rutilant du sang veineux qu'il faut attribuer la couleur rouge des parties enflammées.

Défaut de coordination des mouvements et amaurose correspondant à des lésions du cervelet produites par des épanchements sanguins : transformation fibreuse des nerfs optiques, avec ramollissement des tubercules quadrijumeaux; note de M. Brunet.

Le nommé Godin (Vincent), né à Savigny en 1822, a été transféré de l'asile des aliénés de Poitiers à celui de Niort le 4 juillet 1861.

Au moment de son entrée, nous constatons que cet aliéné est atteint de mouvements choréiques de tous les membres et de la langue. Il marche comme un homme tout à fait ivre et peut à peine faire quelques pas, même avec l'appui de sa canne. Le défaut de coordination des mouvements des bras est moins marqué que celui des membres inférieurs. Les mains ont conservé toute leur force, et il nous serre avec assez de vigueur pour nous causer une vive douleur. La parole est tellement embarrassée, qu'il peut à peine prononcer quelques syllabes d'une manière intelligible.

L'ouïe est dure et la vue très-affaiblie.

Il n'a pas d'idées délirantes et son intelligence n'est pas notablement affaiblie. Il comprend tout ce qu'on lui demande et répond avec assez de précision aux questions qu'on lui fait, quand il n'y a que quelques mots à prononcer.

D'après les renseignements que nous avons recueillis sur les antécédents de cet aliéné, il résulte que l'état cérébral qu'il présente aujourd'hui remonte à huit ans, et a succédé à une fièvre typhoïde de forme ataxo-adynamique.

Il succombe le 18 octobre 1861 à une diphthérite maligne.

Autopsie vingt-huit heures après la mort. — Le liquide de la cavité arachnoïdienne est peu abondant. La masse encéphalique est bien développée et remplit toute la capacité de la boîte cranienne.

La pie-mère paraît injectée, mais elle se détache facilement et n'entraîne avec elle aucune parcelle de la couche corticale. La substance grise est un peu plus colorée qu'à l'état normal, la blanche ne présente pas d'injection notable.

Les parties qui limitent les deux ventricules latéraux paraissent saines. La toile choroïdienne, la glande pinéale, l'aqueduc de Sylvius, le bulbe rachidien, la protubérance annulaire, les pédoncules cérébraux, les tubercules quadrijumeaux et la face inférieure du cervelet présentent une coloration jaune d'ocre. La même teinte s'observe sur les nerfs olfactifs. Les nerfs optiques sont d'un gris rosé et ont une consistance fibreuse, tandis que les tubercules quadrijumeaux sont ramollis.

L'hémisphère gauche du cervelet présente un kyste pouvant contenir un petit œuf de pigeon. Ses parois sont teintes en jaune, et il contient un peu de sérosité transparente.

La partie médiane et supérieure du cervelet forme une tumeur du volume d'une noisette remplie de petites concrétions hématiques, les unes jaunâtres, les autres noirâtres, ce qui indique des extravasations sanguines de date récente et de date ancienne.

Le microscope montre que la coloration jaunâtre de la base de l'encéphale est due à de nombreux granules d'hématosine.

Le nez, la langue et les bronches sont tapissées par des concrétions pseudo-membraneuses.

Toutes les lésions encéphaliques que nous venons de décrire ont été

évidemment produites par des extravasations sanguines du cervelet. Le sang épanché par cet organe a fusé ensuite par l'aqueduc de Sylvius dans les ventricules latéraux et par les espaces sous-arachnoïdiens à la base de l'encéphale.

Sur l'action toxique de l'essence d'absinthe; note de M. Marcé, présentée par M. Bernard.

Des nuances symptomatiques très-accusées séparent l'intoxication alcoolique simple de l'intoxication à l'aide de la liqueur d'absinthe. Chez ceux qui font abus de ce dernier poison, on voit prédominer la stupeur, l'hébétude, les hallucinations terrifiantes, et l'affaiblissement intellectuel arrive avec une extrême rapidité.

Ces différences cliniques permettent de supposer que l'absinthe exerce par elle-même une action spéciale. Afin de vérifier cette hypothèse, j'ai cherché à isoler, à l'aide d'expériences sur les animaux, les effets toxiques dus à l'absinthe de ceux qui dépendent de l'alcoolisme.

Or des faits déjà assez nombreux, observés sur des chiens et des lapins auxquels on faisait avaler de l'essence d'absinthe pure, ne laissent aucun doute sur l'action toxique de cette dernière substance.

L'essence d'absinthe, à la dose de 2 à 3 grammes, détermine du tremblement, de la stupeur, de l'hébétude, de l'insensibilité et toutes les apparences d'une terreur profondeur; à dose plus élevée de 3 à 8 grammes, elle amène des convulsions cloniques épileptiformes avec évacuations involontaires, écume aux lèvres et respiration stertoreuse. Ces accidents sont passagers et n'entraînent pas la mort.

Ces premiers résultats, que j'espère pouvoir étendre à l'aide d'expériences nouvelles, me paraissent dignes d'intérêt et prouvent que la liqueur d'absinthe exerce une double action toxique qui explique ses effets spéciaux sur le système nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Czernichwski, sur une épidémie de coqueluche qui a régné en 1862 à Aunau (Eure-et-Loir).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863, dans les départements des Basses-Pyrénées et de Seine-et-Marne. (Comm. des épidémies.)

3° Le rapport sur le service médical des eaux minérales de Dinan (Côtes-du-Nord), par M. le docteur Piedvache; — de Vichy (Allier), par M. le docteur Alquier; — d'Enghien (Seine-et-Oise), par M. le docteur de Puisaye; — de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Tillot. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une notice sur un moyen préventif du développement de la rage canine, par M. le docteur Louis Senn (de Genève). (Comm. de la rage.)

2° Une seconde note de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), sur les résultats comparatifs obtenus par l'inoculation du virus-vaccin ordinaire et virus-cow-pox. (Comm. de vaccine.)

3° Un mémoire sur le café au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, par M. le docteur Rith Arthur (de Besançon). (Comm. MM. Bouchardat et Delpech.)

4° M. le docteur Belhomme adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

« J'ai l'honneur d'envoyer deux exemplaires de ma petite brochure concernant : 1° l'*Éducation des idiots*, dont j'ai été le promoteur en 1824; 2° mes *Recherches sur le nœud vital*, dont le siége est au *calamus scriptorius* du bulbe rachidien.

« Mes travaux datent de 1836, 1840, 1845.

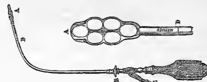
« Je viens demander de prendre date dans la science des résultats que j'ai obtenus, et de faire déposer cet opuscule dans les archives de l'Académie.

« J'ai l'honneur d'être, etc. »

5° M. Mathieu présente un nouvel instrument qu'il appelle *abraseur multiple des polypes et des végétations du larynx*.

Cet instrument, dit l'auteur, fonctionne à l'instar de mon polypotome simple; il diffère de celui-ci en ce qu'il est armé d'une plaque double A, cintrée, de manière à s'adapter à la circonférence interne du larynx. Ces deux plaques sont percées de trous multiples possédant chacun une petite lame destinée à sectionner le polype lorsqu'il s'engage dans l'un de ces trous. Ces petits couteaux demi-circulaires agissent par la rencontre produite par l'une des deux plaques glissant sur l'autre qui lui sert de point d'appui.

Une fois l'instrument armé, on tourne la partie convexe de la plaque A du côté du polype à exciser, on l'introduit dans le larynx en s'aidant du laryngoscope; une fois arrivé au niveau de la tumeur, on applique



l'instrument. Dans ce moment, il se produit un spasme du larynx qui cause à cet organe des mouvements d'ascension et de descente, qui font qu'avec le polypotome simple, il est facile d'échapper la tumeur, tandis qu'au contraire, avec ce nouvel instrument, le polype finit par s'engager dans l'un des trous, et, saisissant le moment où le malade respire, on lâche la détente C, et l'excision a lieu.

La grande figure représente la lame de l'instrument grandeur naturelle.

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Castano, médecin en chef de l'expédition de Chine, un mémoire sur cette expédition, en 1860 et 1861, accompagné de deux planches.

— M. Tardieu, au nom de M. le docteur Gallard, fait hommage à l'Académie : 1° du compte rendu annuel, pour 1863, sur le service médical du chemin de fer d'Orléans; — et 2° une brochure du même auteur, relative à l'influence exercée sur l'hygiène publique par le chemin de fer;

Au nom de M. Brown-Séquard, des leçons sur les différentes formes de paralysie des membres inférieurs, traduites par M. le docteur R. Gordon; avec une introduction de M. le professeur Rouget (de Montpellier).

— M. Mélier communique quelques extraits d'une lettre de M. le docteur Collin, inspecteur de l'établissement thermal de Saint-Honoré, sur l'inoculation présumée de l'oïdium à l'homme.

Il est question de trois malades chez lesquels une coupure, faite en taillant une vigne atteinte d'oïdium, a déterminé, au bout de deux jours, l'apparition des symptômes suivants : auréole inflammatoire autour de la plaie; tuméfaction du membre blessé; phlyctènes noirâtres et remplies de sérosité; fièvre légère; stupeur; éruption générale scarlatiniforme; *muguet*; phlegmon diffus; gangrène; état général très-grave. Les malades, traités par le quinquina et les toniques, sont encore en traitement.

M. Mélier présente ensuite : 1° quatre opuscules de M. le docteur Benedetto Trompeo (de Turin), membre correspondant étranger, sur la culture du riz, sur les eaux minérales et sur l'hôpital de Sainte-Lucie, de Florence; — sur l'enseignement des maladies de la peau et sur l'opportunité de conserver les traditions médicales;

2° Au nom de M. le professeur Ascagno Sobrero (de Turin), sept brochures : sur l'eau thermale de Valdieri; — sur le chromate de quinine; — sur l'action de l'acide nitrique sur les corps organiques non azotés; — sur la purification de la soie; — sur quelques nouveaux composés fulminants; — sur la glycérine fulminante ou pyro-glycérine; sur le guano indigène de Sardaigne;

3° Un ensemble de travaux sur l'hygiène navale, par M. le docteur Bruzza (de Gênes);

4° Un ensemble de brochures sur les eaux de Valdieri, par M. le docteur Giovanni Gazelli, médecin de ces eaux;

5° L'Éloge historique de Riberi, par M. le docteur Pietto Marchandi.

THÉORIE DES BRUITS DU CŒUR.

M. Beau ouvre la discussion sur la *théorie des bruits du cœur*, à propos du rapport de M. Gavarret sur les expériences sphygmographiques de MM. Chauveau et Marey, rapport lu dans la séance du 21 avril 1863.

M. Beau explique d'abord qu'ayant demandé la parole dans la séance même où M. Gavarret lut son rapport, il a été involontairement ajourné, par les discussions successivement ouvertes jusqu'à aujourd'hui.

Il discute ensuite une à une toutes les propositions du rapport de M. Gavarret, et toutes les expériences, ainsi que les tracés de MM. Chauveau et Marey; il s'attache à faire voir les variations qu'ont subies ces tracés, présentés à trois époques différentes à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine; il oppose les unes aux autres les opinions connues des commissaires (MM. Bouillaud et Béclard) aux opinions exprimées dans le rapport, et, enfin, il résume comme il suit les théories anciennes que confirment les expériences dont il s'agit, et la théorie nouvelle dont il s'est fait le défenseur.

Les quatre théories anciennes, dit M. Beau, diffèrent beaucoup entre elles, c'est vrai, mais elles s'accordent toutes en un point, en ce que le

mouvement si apparent qu'on appelle *battement ventriculaire*, par lequel la partie inférieure du cœur ou le ventricule va choquer la paroi thoracique, est affecté à la seule fonction de systole ventriculaire. Or c'est cette interprétation, si naturelle en apparence, qui est le point de départ de la confusion et du désordre que nous venons de signaler dans les théories anciennes; car, le battement ventriculaire étant expliqué par la seule systole du ventricule, il faut bien mettre la diastole ventriculaire quelque part; plusieurs la placent au second temps et font remplir le ventricule au même moment que l'oreillette; de sorte que, quand la révolution du cœur recommence avec la systole auriculaire, on n'a plus besoin de cette systole pour remplir le ventricule, puisque le ventricule est déjà plein.

Il n'est pas étonnant dès lors que, au milieu de ce conflit anarchique des actes systoliques et diastoliques, chaque théoricien colloque ou supprime les différentes fonctions cardiaques comme il le juge le plus convenable pour la plus parfaite intelligence de la théorie qu'il veut formuler.

Si, au contraire, on reconnaît que le battement du ventricule est un mouvement composé de la diastole et de la systole ventriculaires se succédant rapidement, de la diasto-systole, en un mot, il ne reste plus que les deux fonctions de l'oreillette qui s'enchaînent tout naturellement avec le battement du ventricule. Après ce battement, le sang pénètre dans l'oreillette sans aller jusque dans le ventricule, qui reste vide et rétracté par tonicité; il la remplit pendant tout le second temps, jusqu'à ce que l'oreillette, devenue pleine, opère sa systole et envoie son ondée dans le ventricule vide, qui recommence son mouvement composé de diasto systole.

De cette manière, on comprend certains faits expérimentaux qui sont niés, dénaturés ou passés sous silence, à savoir : 1° l'ampliation du diamètre ventriculaire dans la partie diastolique du battement ventriculaire, ampliation rapidement suivie du retrait et des rides contractiles survenant dans la partie systolique du même battement; — 2° le vide de la cavité ventriculaire au deuxième temps, démontré par la section du ventricule qui, largement ouvert à l'aide d'une incision, ne donne pas de sang pendant tout le temps que l'oreillette est en diastole.

MM. Bouillaud et Béclard se font inscrire pour répondre à M. Beau.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Bouley, sur les candidatures au titre de membre correspondant.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire médicale de la marine française pendant les expéditions de Chine et de Cochinchine de 1859 à 1862; par M. F. Laure, médecin principal de la marine. — In-8 de 152 pages. — Paris, 1863, J. B. Baillière et fils.

Plusieurs de nos confrères de la marine ont eu l'heureuse idée de prendre pour sujet de leur dissertation pour le doctorat la topographie des lieux où la navigation les avait porté, et nous ont ainsi transmis des renseignements très-intéressants sur diverses contrées maritimes; mais ce mode de publication a laissé inconnus pour le plus grand nombre les faits nouveaux qu'ils avaient colligés sur la pathologie exotique. Mieux inspiré, M. F. Laure, médecin principal de la marine, a réuni dans un livre le résultat de ses observations médicales sur la Chine et la Cochinchine, dont il a exploré les principaux points, alors qu'il était chargé, pendant les années 1859 à 1862, du service de santé de la flotte française. Ce livre, très-remarquable surtout en ce qui concerne la Cochinchine, nous fait connaître sous de nouveaux aspects certaines maladies qui, bien que fréquentes dans d'autres contrées du globe, présentent cependant dans les pays explorés des caractères spéciaux que notre confrère a pris pour tâche de mettre au jour.

L'ouvrage de M. Laure est divisé en deux parties :

1° L'expédition de Chine ;

2° L'expédition de Cochinchine.

Dans la première, après avoir constaté ce fait important, déjà relaté dans de précédentes publications, à savoir que les 6,000 lieues qui séparent la France de l'empire chinois ont été franchies heureusement sous le rapport sanitaire, grâce à l'observation stricte des lois de l'hygiène, à la sollicitude des commandants et à la vigilance éclairée des médecins, M. Laure fait connaître les diverses maladies qui se sont présentées à bords des bâtiments chargés de transporter le corps expéditionnaire. Les appréciations qu'il nous donne sur cette traversée forment le premier chapitre de cette partie; l'ordre que l'auteur a suivi est conforme à l'instruction du 9 décembre 1857 sur les rapports médicaux que doivent présenter les médecins de la marine à l'issue de leurs campagnes.

Parmi les maladies signalées, nous avons remarqué que, malgré les causes nombreuses qui déterminaient forcément à bord de tous les navires un véritable encombrement, le typhus ne s'est pas manifesté ou ne s'est présenté sur quelques bâtiments qu'à l'état isolé. Nous devons faire exception pour *la Forte*, qui a offert des cas qu'on a caractérisés par l'appellation de fièvres typhoïdes ou pernicieuses, et qui peut-être étaient de véritables typhus.

Les maladies graves observées pendant la traversée appartiennent presque toutes à la classe des fièvres : telles sont les fièvres intermittentes, les fièvres typhoïdes, la variole et l'angine couenneuse.

La colique sèche s'est manifestée sur quelques bâtiments : 29 cas ont été notés. Les navires à vapeur ont fourni le plus grand nombre; nous reviendrons plus loin sur cette maladie.

Dans les mers de la Chine, les maladies catarrhales firent leur apparition; les phthisiques qui n'avaient pas été laissés dans les hôpitaux des relâches présentèrent une aggravation fâcheuse, et succombèrent rapidement. En signalant ce fait, M. Laure constate que *la navigation contribue à accélérer la marche de cette maladie, quand on vient à parcourir de grandes distances sous des latitudes différentes, et qu'il faut traverser la zone torride pour arriver au but.* Cette manière de voir est la confirmation des conclusions qui résument le mémoire de notre savant collègue M. le professeur Jules Rochard, mémoire que l'Académie impériale de médecine a couronné(1).

Nous devons ensuite signaler le scorbut, qui s'est montré principalement sur les navires à voiles, malgré l'usage préventif du *limon juice*; mais si ce mélange a été impuissant à empêcher l'invasion de cette maladie, il a heureusement atténué ses principales manifestations.

L'héméralopie qui, d'après les rapports de plusieurs de nos confrères, est souvent liée au scorbut, a été observée sur plusieurs navires, et n'a offert aucune solidarité avec cette dernière maladie, car l'héméralopie s'est présentée dès les premiers temps du voyage, et le scorbut à la fin. Les héméralopies ont été plus nombreuses à bord des transports à vapeur. Les fumigations de foie de bœuf et l'huile de foie de morue ont rendu d'utiles services.

Cette longue traversée a fourni une preuve convaincante des progrès remarquables qu'a faits l'hygiène navale dans ces derniers temps. Une expédition d'outre-mer, exécutée dans le siècle dernier et au commencement de celui-ci, était presque toujours décimée par de graves maladies (scorbut, typhus, dyssenterie), qui souvent ont entravé les opérations militaires. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi; le mode d'installation de nos bâtiments, leur aération plus facile, les progrès apportés à la nature et au choix des substances alimentaires composant la ration des équipages, l'adoption des caisses en fer pour conserver la provision d'eau potable, etc., sont les causes principales qui nous rendent compte des heureux résultats hygiéniques constatés dans nos dernières expéditions, et par suite de la faiblesse du chiffre de la mortalité, car sur 11,882 hommes qui ont effectué cette longue traversée de 6,000 lieues marines, on n'a compté que 109 décès, soit 0,91 pour 100 pour six mois, proportion bien inférieure à celle que l'on observe en France dans nos ports et nos garnisons.

M. Laure a signalé dans son livre un fait important qui mérite de fixer un instant notre attention : c'est la différence comparée du nombre des maladies et des décès à bord des bâtiments à voiles et à vapeur; les premiers ont été plus maltraités que les seconds. On ne peut expliquer ces résultats par l'intervention d'un vice hygiénique évident pour les voiliers, mais ce qu'on peut admettre, c'est que cette différence tient certainement à la nature du moteur; le vapeur a besoin de fréquentes relâches pour renouveler son combustible; il en profite pour se pourvoir de provisions fraîches, pour reposer son équipage et ses passagers; sa marche est plus rapide, puisque la direction des vents ne peut l'entraver : le voilier fait des traversées plus longues, le calme qui facilite la marche du vapeur le laisse en place; les vents lui sont souvent contraires; toutes ces causes de retard agissent d'une manière fâcheuse sur le moral des passagers, et favorisent l'action des agents morbides.

Le deuxième chapitre comprend l'itinéraire de l'expédition, la climatologie et l'étude des maladies observées.

Les côtes du Céleste-Empire s'étendent sur environ 33 degrés de latitude (du 18 au 51° N.); aussi nous ne devons pas être surpris de voir des maladies de diverse nature se présenter suivant l'état thermométrique du pays; cela a lieu surtout dans l'intérieur des terres, mais sur le littoral il y a d'autres conditions à prendre en considération : ainsi il existe aux environs des principaux ports des côtes

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1856, tome XX.

basses, périodiquement submergées, de nombreux fleuves qui, venant de l'intérieur, mêlent assez loin dans les terres leurs eaux douces avec celles de la mer que le flot leur apporte; aussi plusieurs des principaux mouillages fréquentés par les marines sont-ils excessivement insalubres, et le foyer de maladies sérieuses, telles que les affections intestinales et les fièvres paludéennes.

Parmi les premières, M. Laure signale une diarrhée spéciale, caractérisée par son opiniâtreté, sa tendance aux récidives, et par l'état consomptif qu'elle amène avec une grande promptitude. Cette diarrhée est endémique et se manifeste surtout pendant la mousson de S.-O. de mai à septembre, période la plus insalubre de ces contrées; elle détruit rapidement les constitutions les plus robustes, et n'est malheureusement, dans bien des cas, qu'imparfaitement atténuée par le rapatriement.

En présence de ces flux intestinaux si rebelles aux moyens les mieux indiqués, M. Laure dut naturellement s'enquérir des causes qui pouvaient leur donner naissance; après un examen rapide des conditions hygiéniques susceptibles d'être invoquées, notre confrère pense avec raison, à mon avis, que cette maladie si tenace, si grave, et qui souvent conduit à la dyssenterie, trouve sa cause réelle dans l'instabilité de la température pendant la mousson du S.-O., dans les refroidissements subits qu'elle occasionne et que le thermomètre n'accuse que bien rarement.

Cette diarrhée a été, dans bien des cas, le phénomène précurseur de la dyssenterie; celle-ci apparaît vers la fin de la mousson. Elle a sévi avec plus de ténacité sur les hommes débarqués qui, jouissant de plus de liberté que ceux qui étaient restés à bord, se livraient avec plus de facilité à des écarts de régime. La dyssenterie de la Chine n'a rien offert de particulier, elle a présenté les mêmes formes que l'on observe dans la dyssenterie des pays chauds, et a été heureusement combattue par les mêmes modes de traitement, et surtout par l'ipéca, qui a donné le plus de guérisons.

La diarrhée et la dissenterie étaient souvent compliquées par l'élément palustre. Celui-ci se manifestant sur des constitutions profondément délabrées, revêtait promptement le caractère pernicieux; les formes algide et cholérique étaient les plus fréquentes, et amenaient promptement la mort.

Le plus grand nombre des fièvres paludéennes ont été observées sur la frégate *la Renommée*, qui avait fait un long séjour à Woosung, dans la province la plus marécageuse de la Chine.

Les fièvres intermittentes simples étaient ordinairement quotidiennes, rarement tierces, jamais quartes.

Les fièvres pernicieuses sont communes dans le nord de la Chine et particulièrement à Shanghaï.

La deuxième partie de l'ouvrage de M. Laure est consacrée à l'expédition de Cochinchine.

Après la prise de Pékin, une partie des forces françaises prit la mer et se dirigea sur la Cochinchine : pendant la première partie de la traversée, les maladies intestinales disparurent graduellement et furent remplacées par les affections des organes respiratoires, les bronchites régnèrent en très-grand nombre.

Mais à mesure que les transports arrivaient dans des latitudes plus chaudes, la constitution médicale changea de nouveau; les fièvres intermittentes dominèrent, et furent plus tard remplacées à Saïgon par le choléra; cette succession d'états morbides fut surtout bien accentuée sur la frégate *l'Impératrice Eugénie*.

Le premier chapitre de cette seconde partie contient des détails intéressants sur l'aspect du pays et la climatologie; il nous apprend que le sol de la basse Cochinchine est formé par des terrains d'alluvion; il est généralement plat et traversé par de nombreux cours d'eau; la province de Saïgou jouit d'une température uniforme; c'est peut-être, dit M. Laure, de tous les pays chauds celui où les oscillations thermométriques ont le moins d'amplitude : la moyenne annuelle est à quatre heures du matin de 24 à 26 degrés centigrades; la moyenne générale est de 27 à 28 degrés, la différence entre les maxima et les minima n'est que de 9 degrés; c'est à la fois un climat brûlant et constant.

Ces conditions climatériques sont les causes réelles de la plupart des maladies que l'on observe dans notre colonie; ainsi les fièvres paludéennes, la colique sèche, la dyssenterie sont les maladies dominantes.

Les fièvres intermittentes règnent surtout pendant l'hivernage, affectent le plus ordinairement le type quotidien et sont sujettes à de nombreuses récidives.

Endémique en Cochinchine, la colique sèche exerce ses ravages pendant l'hivernage ou la saison des pluies.

La discussion qu'a soulevée M. Lefèvre, ancien directeur du service de santé de la marine, sur l'étiologie de cette maladie (1), a été le sujet d'un examen sérieux de la part de M. Laure. Après avoir exposé les faits bien établis, notre confrère arrive à cette conclusion que la colique sèche est une maladie à part, ayant droit à une personnalité pathologique bien déterminée, trouvant ses causes formatrices dans un ensemble de conditions hydro-thermo-électriques qui se trouvent si facilement réunies dans les pays chauds; néanmoins M. Laure reconnaît que la colique saturnine peut se manifester à bord de certains navires et surtout sur les vapeurs. Cette opinion est sage et adoptée par l'immense majorité des médecins de la marine; mais ne voir partout que des coliques saturnines, repousser toute idée de l'existence d'un état nerveux spécial des organes digestifs, c'est évidemment une exagération que de nombreux faits repoussent.

En d'autres temps, quand toutes les marines n'avaient que des navires à voiles, présentant très-peu de plomb dans leurs installations, et n'ayant pas de cuisines distillatoires, nous observions la colique sèche aussi intense, aussi cruelle que celle d'aujourd'hui, et bien que la similitude des symptômes nous fît penser parfois à la colique de plomb, jamais nos idées ne purent s'arrêter longtemps sur cette étiologie, car le métal toxique faisait entièrement défaut. Aussi, fort de notre expérience personnelle, des faits nombreux recueillis dans les rapports des médecins de la marine, des renseignements précieux que nous lisons dans l'ouvrage de M. Laure, nous reconnaîtrons avec lui et un grand nombre de nos confrères, qu'on ne peut admettre l'identité de la colique sèche des pays chauds avec la colique saturnine.

La dyssenterie est moins fréquente en Cochinchine qu'en Chine; mais en revanche, le choléra domine en Cochinchine. Cette maladie y est endémique, mais sévit surtout pendant la saison sèche; elle revêt alors tous les caractères qui ont été observés pendant les épidémies d'Europe; ce n'est qu'en dehors de cette saison que l'on rencontre l'élément intermittent lié à l'état cholérique et constituant alors la fièvre pernicieuse cholérique.

A l'occasion du choléra, M. Laure nous donne quelques détails sur le fonctionnement de la *Glacière parisienne* qui avait été expédiée en Cochinchine par le ministre de la marine. M. Lemoine, pharmacien distingué de l'armée navale, dans un rapport adressé à M. Laure, a constaté que, sous l'influence du climat brûlant et constant de notre colonie, il était difficile d'obtenir de la glace avec cet appareil, et que pour arriver à un résultat de peu d'importance, il fallait dépenser une grande quantité de sels frigorifiques. Aussi M. Lemoine a-t-il conclu que l'emploi de la *Glacière parisienne* n'est nullement pratique dans les pays intertropicaux, à cause de la grande élévation de la température.

Les diverses expéditions qui ont eu lieu en Cochinchine ont amené dans nos ambulances un certain nombre de blessés, dont 133 avaient reçu des coups de feu et 9 des coups d'instruments tranchants ou piquants (piqûre de bambou, coups de lance). Ces blessures ont nécessité sept graves opérations, sur lesquelles on compte cinq succès.

Une maladie chirurgicale qui a donné lieu à des travaux remarquables insérés dans les journaux de médecine, et que l'on a appelée du nom impropre d'*ulcère de Cochinchine*, a été étudiée avec soin par M. Laure.

Notre confrère, après avoir constaté son endémicité, son caractère essentiellement phagédénique, son siége presque exclusif aux membres inférieurs, sa prédilection pour les individus misérables et malpropres, fait connaître son mode de développement, sa marche, ses complications, constate la sensibilité très-vive du membre affecté, alors qu'en Europe les individus rapatriés atteints de cet ulcère présentent une anesthésie complète, signalée il y a peu de temps par notre collègue, M. le professeur J. Rochard, le sépare de la pourriture d'hôpital, à laquelle il ressemble sous quelques rapports, expose ensuite les moyens de traitement que l'on doit mettre en usage, proscrit absolument et avec raison l'amputation, et recommande avant tout les toniques, les analeptiques et une alimentation réparatrice.

Cet ulcère, qui trouve sa cause génératrice dans l'humidité constante et l'élévation si notable de la température de la Cochinchine, et qui se développe surtout chez les individus misérables, affaiblis et anémiés, a beaucoup de rapports avec les ulcérations phagédéniques que l'on observe dans la Guyane sur les membres inférieurs des nègres occupés aux défrichements, et dont la nourriture trop uniforme est fort peu réparatrice; de plus le sol de la Guyane est plat et humide

(1) *Recherches sur les causes de la colique sèche*, Paris, 1859.

comme celui de la Cochinchine, la température y est très-élevée; aussi les mêmes causes étant en action, il n'y a rien d'étonnant qu'un état morbide se présente, dans ces deux contrées, avec les mêmes caractères. Nous pouvons donc conclure que l'ulcère phagédénique observé en Cochinchine n'est pas une maladie spéciale à ce pays.

En résumé, le livre de M. Lanre, écrit avec méthode, riche de faits pleins d'intérêt, sera utile à tous ceux qui s'occupent de géographie médicale, et surtout aux médecins destinés à servir dans notre nouvelle colonie. Cet ouvrage, clair et concis, leur donnera de précieux renseignements, et leur servira de base et de point de départ pour l'étude des maladies qu'ils auront à traiter.

A. Barrallier,
Professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

VARIÉTÉS.

— La Société de secours des Amis des sciences a tenu, le mardi 5 avril, sa septième séance publique annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres à la Sorbonne, sous la présidence du maréchal Vaillant, membre de l'Institut.

Un nombreux auditoire remplissait cette vaste enceinte.

M. Félix Bondet, secrétaire général de la Société, a rendu compte de la gestion du conseil d'administration pendant l'exercice 1863; il a fait connaître successivement les nouveaux bienfaiteurs de la science, — M. Dubrunfaut pour 10,000 fr., M. Paul Cristofle pour 2,000 fr., et madame Millière Biot de Morinval pour 500 fr. de souscription, — les noms des savants qui en ont reçu des services, et il a rappelé en termes nobles et touchants les pertes que la Société a faites, en consacrant plus particulièrement des regrets à la mémoire du savant helmintologiste Dujardin, et à l'ingénieux zootechniste Baudement.

M. Gratiolet, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, a pris la parole après M. Boudet et a lu une notice historique sur la vie et les travaux de Félix Dujardin, membre correspondant de l'Académie des sciences, professeur de zoologie et de botanique, mort à Rennes le 8 avril 1860.

Cette notice, écrite dans un style pur et élevé, offre un résumé brillant et fidèle des beaux travaux de Dujardin sur les infusoires, les helminthes et les échinodermes; les détails scientifiques y sont rehaussés par des considérations de l'ordre le plus élevé.

La séance a été terminée par M. Lissajous, professeur de physique au lycée Saint-Louis, qui s'est fait un nom distingué dans la science par ses belles applications de l'optique à l'acoustique, qui consistent à substituer l'œil à l'oreille dans l'étude et la comparaison des sons musicaux. Ce sont ces applications elles-mêmes qui ont fait le sujet de sa communication; il les a exposées avec une grande clarté, et ses expériences, aussi brillantes qu'ingénieuses, ont excité à plusieurs reprises les applaudissements de l'assemblée.

— Par décret en date du 1er avril, ont été promus dans la Légion d'honneur:

Au grade d'officier: MM. Ditz, médecin-major de 1re classe, et Goux, vétérinaire principal.

— Par décret du 6 avril, l'empereur a confirmé la nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur, faite à titre provisoire par le commandant du corps expéditionnaire du Mexique, en faveur de M. Brault, médecin-major de première classe, qui a donné pendant toute la campagne les preuves d'un rare dévouement et d'un grand savoir.

Au grade de chevalier: MM. Galand, médecin aide-major de première classe; Puig, pharmacien aide-major de première classe, et Souvigny, vétérinaire en deuxième.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 11 avril 1864, il est ouvert un concours pour cinq places d'agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie (section d'histoire naturelle, médicale et de pharmacie) à répartir dans les trois Ecoles de l'empire, ainsi qu'il suit:

Ecole supérieure de pharmacie de Paris: 3 places.
Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg: 1 place.
Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier: 1 place.

Le concours s'ouvrira à Paris, le 15 octobre 1864.

— On annonce la mort du docteur Ch. Pontbier, qui exerçait honorablement, depuis plusieurs années, la médecine dans le 14e arrondissement. Sa santé altérée profondément l'avait éloigné depuis six mois de la clientèle.

— M. le docteur Baudisson, maire de la ville d'Aubigny, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 73 ans.

— L'hôpital Cochin va être le théâtre d'un essai qui montre que nos dernières discussions académiques ne sont pas restées lettre morte pour l'administration de l'Assistance publique.

On sait combien nos services d'accouchements sont cruellement frappés par la fièvre puerpérale. Le séjour ininterrompu des femmes en couches dans les mêmes salles n'est-il pas une des causes de cette production de foyers d'épidémie? Pour répondre à cette question posée par plusieurs accoucheurs, un service d'accouchements sera institué à l'hôpital Cochin.

Dans les vastes terrains qui bordent la rue Méchain, de nouvelles constructions présenteront quatre salles consacrées aux accouchements. De ces quatre salles, trois seront seulement en activité; la quatrième restera vacante à tour de rôle. Cette disposition permettra de sonmettre à une très-sérieuse aération la salle qui aura servi quelque temps aux accouchées. (*Gaz. des hôp.*)

— Dans le numéro suivant du même journal, nous lisons ce qui suit:

« Nous avons signalé à l'attention de nos confrères l'essai dont l'hôpital Cochin va être le théâtre. Nous sommes heureux d'applaudir encore aujourd'hui à une excellente mesure de l'Assistance publique.

« Des salles de réunion où les malades qui ne gardent pas le lit tout le jour pourront se réunir, causer, se livrer à des récréations autorisées, vont être instituées dans tous nos hôpitaux.

« Cette mesure sera bien accueillie et des malades qui peuvent prendre un peu de distraction, et de ceux qui trouveront plus de calme et de tranquillité à l'absence complète des malades non alités.

« Les médecins qui ont visité le magnifique hôpital maritime de Brest savent tout le bénéfice que retirent les malades de cette disposition. Les divers pavillons de cet hôpital sont, en effet, réunis par des galeries qui présentent ces salles de réunion. »

— Concours. — Le mercredi 18 mai 1864, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au bureau du secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le jeudi 14 avril jusqu'au samedi 30 du même mois inclusivement.

— Les médecins de la marine et tous ceux qui s'occupent de pathologie exotique, de géographie et de topographie médicales, apprendront avec vive satisfaction la prochaine publication d'un nouveau journal: les *Archives de médecine navale*, publié sous les auspices de S. E. le ministre de la marine et des colonies, et dirigé par M. Le Roy de Méricourt. Ce recueil comblera une lacune regrettable, et qui était également préjudiciable aux intérêts généraux de la science et aux intérêts particuliers de la médecine nautique.

— La liberté pharmaceutique anglaise commence à porter ses fruits par anticipation. On peut voir sur la devanture d'un marchand de vins, dans le voisinage des halles, l'inscription suivante: *Vin de Bordeaux au quinquina, à* 15 *centimes le canon*. Cependant il n'est pas de médicament qui demande plus de connaissances précises pour le choix des matières premières et pour une préparation irréprochable.

— Analyse de l'air qui se trouvait dans le cœur d'un décédé! par M. Desleonet. Cette analyse a fait connaître que le gaz obtenu contenait:

Oxygène pur	7
Acide carbonique	11
Azote	82

— Exercice illégal de la médecine. Condamnations. Dans son audience du 17 février, le tribunal correctionnel de notre ville a condamné, sur la plainte portée au parquet par l'Association de Toulouse, à 25 francs d'amende et aux dépens, le sieur Laville, déjà condamné au mois de mai 1863, pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Dans la même audience, il a appliqué la peine de quinze jours d'emprisonnement, 25 francs d'amende et aux frais, au sieur Guillet, pour exercice illégal de la médecine et escroquerie. Le sieur Guillet débitait au prix de 4 francs le flacon, un sirop que l'analyse a démontré n'être qu'une décoction de pommes, et auquel le prospectus accordait entre autres vertus celles de régénérer l'espèce humaine et d'exhausser la taille des consorits!... (*Journal de médecine de Toulouse.*)

— M. Daremberg ouvrira son cours d'histoire de la médecine, au Collége de France, le lundi 18 avril, à une heure et demie, et le continuera les jeudis et lundis, à la même heure.

— M. le docteur Beyran a commencé son cours sur les *maladies des voies urinaires et des organes génitaux* le jeudi 14 avril à l'Ecole pratique de la Faculté, et le continuera tous les jeudis suivants à trois heures.

— Le docteur Constantin James ouvrira son cours le mardi 19 avril, à huit heures du soir, au *Cercle des Sociétés savantes*, quai Malaquais, 3. Le professeur fera l'histoire des maladies pour lesquelles on se rend aux eaux minérales, indiquant les sources les mieux appropriées au traitement de chacune.

Le cours est public.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

Cours de médecine du Collége de France (15 mars 1864). — Leçon d'ouverture : la médecine expérimentale; par M. le professeur Claude Bernard.

Messieurs,

Depuis dix-sept ans que j'ai l'honneur de professer au Collége de France, j'ai successivement exposé dans cette chaire les résultats de mes recherches dans la physiologie et dans la pathologie expérimentales.

J'admets donc qu'en médecine scientifique la physiologie et la pathologie ont une méthode commune d'investigation et sont liées entre elles de la manière la plus indissoluble. Je pense avoir contribué à établir cette vérité en fournissant par quelques-uns de mes travaux des arguments directs, puisés à la fois dans l'expérimentation physiologique et pathologique.

Nous poursuivrons toujours la même idée. Je chercherai toujours à vous prouver que la médecine ne peut aspirer à prendre véritablement rang parmi les sciences qu'à la condition de se soumettre à la méthode expérimentale, et de rentrer ainsi dans la voie d'investigation commune à toutes les sciences physiques et naturelles. Par conséquent, vous comprenez de suite ce que j'entends par les mots *médecine expérimentale*, qui depuis plusieurs années se trouvent indiqués sur l'affiche comme programme de notre cours. Ce n'est point un système médical nouveau, une manière particulière de considérer les maladies pour en déduire un traitement en rapport avec mes vues personnelles, mais ce que j'entends par médecine expérimentale est simplement l'application de la méthode scientifique ou expérimentale à l'étude des phénomènes de la vie, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique.

La médecine peut être considérée au point de vue pratique comme art ou comme industrie, et au point de vue théorique comme science. C'est comme science que nous devons ici surtout l'examiner. Néanmoins, ces deux faces de la médecine ont une relation nécessaire, et elles sont inséparables dans leur évolution et dans leur but.

Comme *pratique*, les origines de la médecine se perdent, ainsi qu'on le dit, dans la nuit des temps, ce qui signifie que la médecine est aussi ancienne que l'humanité. En effet, elle est fondée sur l'instinct de la conservation qui est inné dans l'homme. L'homme, ayant horreur de la souffrance et paraissant avoir, comme un apanage exclusif parmi les êtres vivants, l'idée de la mort, a dû penser de suite à trouver les moyens d'éviter la mort et la douleur qu'il redoute, et de guérir les maladies qui l'affligent. Puis chez les peuples civilisés, la médecine a dû devenir un levier puissant; car partout l'idée de sa conservation accompagne l'homme et se combine avec ses autres intérêts. Aussi la médecine pratique se trouve-t-elle mêlée à la religion, à la politique, à la jurisprudence, etc.; en un mot à toutes les institutions humaines. Elle a été mise au service des bons sentiments et des mauvaises passions des hommes; elle est la compagne obligée de la charité chrétienne et de l'assistance publique; mais elle a été parfois un instrument de domination, ou même l'auxiliaire du crime. C'est elle qui a fourni aux empoisonneurs ou aux criminels de tous les étages les moyens d'assouvir leur haine, leur cupidité, leur ambition ou leurs instincts dépravés.

Le médecin praticien trouve partout sa place dans la société, depuis les marches du trône jusque dans la demeure de l'ouvrier et du paysan. Il est dans une foule d'occasions le dépositaire des intérêts de l'État, dans les grandes questions d'administration publique; il est en même temps le confident des familles et tient souvent entre ses mains leur bonheur et leurs intérêts les plus chers. Les praticiens habiles qui comprennent l'importance de leur profession, ont toujours beaucoup d'influence parmi les hommes qui, par amour de leur santé, sont portés à se faire les amis de leur médecin.

Comme *science*, la médecine n'existe pas encore à l'état de science constituée : elle est à l'état d'évolution. Dans toutes les connaissances humaines, la pratique empirique a nécessairement précédé l'état théorique ou scientifique. La science est toujours arrivée *à posteriori* pour trouver la loi de phénomènes préalablement observés et recueillis. La loi une fois trouvée, l'empirisme s'explique, et les systèmes *à priori* disparaissent pour faire place à la théorie scientifique qui, d'une part, représente la loi des faits connus en même temps que, d'autre part, elle imprime la direction aux recherches ultérieures qui ont pour objet d'agrandir le domaine de la science.

En médecine, les faits n'ont guère eu jusqu'alors d'autres promoteurs que l'empirisme, et d'autres liens que ceux que leur ont imposés successivement les faiseurs de systèmes de tous les temps. Mais à mesure que les faits mieux observés se multiplient et s'accumulent, il arrive toujours que la science tend à se constituer et que l'autorité des systèmes et des doctrines personnelles tend à s'affaiblir de plus en plus. Aujourd'hui, en médecine, le règne des systèmes me paraît être passé, et s'il en existe encore quelques échos attardés, ils ne parviennent pas, malgré la foi et le talent de leurs auteurs, à réchauffer le scepticisme du temps.

Il en est qui considèrent que c'est là un mauvais signe; ils y voient une preuve de la décadence de la médecine. Suivant moi, c'est le contraire qu'il faut conclure. Dans les sciences, la foi est une erreur et le scepticisme est un progrès. Tous les systèmes *à priori* ou métaphysiques que les sciences ont créés dans leur évolution embryonnaire doivent, plus tard, quand la science tend à se constituer, être oubliés, et disparaître comme des moyens transitoires devenus inutiles. Le progrès n'est donc pas de restaurer ou de réveiller les anciens systèmes; le vrai progrès consiste à les oublier et à les remplacer par la connaissance de la loi des phénomènes.

Aujourd'hui la médecine ne rétrograde pas; elle suit la marche de son évolution scientifique et elle avance lentement, il est vrai, mais fatalement vers la forme expérimentale et impersonnelle qui appartient à toutes les sciences définies. La médecine, à raison de la complexité des phénomènes dont elle s'occupe, devra être une des dernières sciences constituées. Quoiqu'elle soit encore très-loin de cet état, cela ne nous empêche pas de comprendre que les systèmes médicaux ont fait leur temps, et que la médecine scientifique ou expérimentale est la seule médecine de l'avenir. C'est de ce côté qu'il faut tourner nos regards et faire converger toutes nos recherches.

FEUILLETON.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

LA GLOIRE MÉDICALE.

Dans un des plus brillants passages de sa vaste encyclopédie, après avoir énuméré, non sans amertume, toutes les folies de la superstition et les puériles fictions de l'imagination religieuse, Pline proclame en termes magnifiques la souveraine vertu de la bienfaisance, qui est la religion des grandes âmes : *Deus est mortali juvare mortalem, et hæc ad æternam gloriam via* (1).

La vraie gloire et la seule durable aux yeux du philosophe qui a sondé l'abîme de la vanité humaine est, en effet, celle qui s'acquiert par les services rendus. S'immortaliser en faisant le bien est le suprême désir des natures généreuses, et le seul culte raisonnable est peut-être, celui que la reconnaissance des hommes rend aux bienfaiteurs. Telle est au fond la pensée de Pline qui, dans les divinités de l'antique mythologie, cherchait comme l'ingénieux et hardi Evhémère, non un système d'athéisme, mais une théorie raisonnable et consolante pour l'humanité, une doctrine de haute morale, en opposition avec ces honteuses apothéoses que l'abjecte servilité prodiguait aux indignes chefs de l'empire.

Montaigne a dit ironiquement : « La gloire est l'approbation que le monde fait des actions que nous mettons en évidence, » et cette définition est en parfaite conformité avec les principes de ce grand sceptique, car le monde accorde uniquement son attention à ces actions qui sont le plus en évidence, et rien ne le séduit autant que le bruit et l'éclat.

Les gens de guerre et les conquérants sont toujours des héros, de nos jours aussi bien que dans l'ancien temps, et lorsque, après une sanglante bataille, le vainqueur annonce son triomphe, il ne manque pas de dire dans son bulletin que lui et ses soldats se sont couverts de gloire. C'est l'expression consacrée, et il se trouve toujours quelque sophiste pour répéter que la gloire n'a jamais tort. La majorité est aussi de cet avis, parce que le prestige et les apparences séduisent la foule, et que la foule raisonne peu. Aussi n'y a-t-il rien de raisonnable dans son admiration; il suffit pour conquérir ses suffrages de l'étonner et de l'éblouir en frappant de grands coups. De là l'incomparable renommée des chefs d'armée, qui mènent les hommes comme une meute de chiens, qui versent le sang comme l'eau, en quatre mots, qui dévorent les peuples, suivant l'énergique image du poëte.

(1) *Hist. natur.*, lib. II, 5.

La science médicale, moins que toutes les autres sciences, ne saurait être le fruit des travaux d'un seul homme ou d'un petit nombre d'hommes. Nous sommes tous appelés à concourir à cette œuvre qui sera la résultante des efforts de tous. Seulement, cette somme d'efforts produira ses effets d'une manière bien plus complète, si dès à présent nous marchons tous dans une même voie, et suivant des principes scientifiques bien arrêtés. Ce sont ces principes, applicables à la médecine expérimentale ou scientifique, que je désire développer devant vous, cette année et dans mes cours ultérieurs.

Je vous ai rappelé bien souvent quelle est la nature de l'enseignement scientifique au Collége de France. C'est un enseignement de progrès et qui regarde toujours en avant. Tandis que dans une Faculté le professeur doit exposer la science dans son présent et se borner à donner à l'élève ce qu'elle a d'acquis et de pratique dans son état actuel, le professeur du Collége de France doit au contraire se préoccuper de l'avenir de sa science et en signaler les tendances à ceux qui désirent coopérer à son avancement. Or il est incontestable que partout aujourd'hui, en France comme à l'étranger, les progrès rapides qui s'effectuent dans les sciences médicales sont dus à l'introduction de la méthode expérimentale qui pénètre de plus en plus dans la physiologie et dans la pathologie. Le professeur de médecine du Collége de France doit donc vous parler de cette application de la méthode expérimentale; sans cela il manquerait à son devoir et ne serait pas dans son rôle.

La méthode expérimentale a pénétré d'abord dans la physique et la chimie, parce que la science des corps bruts est beaucoup moins complexe que celle des corps vivants, et dès lors plus accessible à l'expérimentation. Il est clair que cette méthode ne pouvait parvenir dans les sciences biologiques qu'après avoir constitué les sciences physico-chimiques, qui renferment les notions indispensables au biologue pour étudier les phénomènes de la vie. Aujourd'hui le progrès est en train de s'accomplir; la méthode des sciences physico-chimiques a pénétré dans la science des êtres vivants, en commençant par la physiologie qui est relativement simple; mais chaque jour elle s'introduit parallèlement et pénètre de plus en plus dans la pathologie.

Il importe dès aujourd'hui de vous indiquer quelques-uns des caractères de la méthode expérimentale, afin que vous puissiez bien comprendre l'importance de son introduction dans la médecine. Elle doit en effet y produire la même révolution que dans les autres sciences et substituer à l'autorité un critérium scientifique.

Le premier caractère de la méthode expérimentale est de ne relever que d'elle-même, parce qu'elle renferme en elle son critérium qui est l'expérience. Elle ne reconnaît d'autre autorité que celle des faits et elle s'affranchit de l'autorité personnelle. Il y a longtemps que les sciences physico-chimiques ont reconnu que le principe de l'autorité, qui était le fondement de la scolastique, doit être abandonné. Quand Descartes disait qu'il faut ne s'en rapporter qu'à l'évidence ou à ce qui est suffisamment démontré, cela signifiait qu'il fallait ne plus s'en référer à l'autorité, mais aux faits. J'aurai ultérieurement de fréquentes occasions de vous prouver qu'en méthode expérimentale, le respect de l'autorité peut avoir de grands inconvénients et constituer un véritable obstacle au développement de la science.

Quoique je ne fasse ici que vous rappeler un principe de la méthode expérimentale qui depuis longtemps est établi dans la science, je tiens à ajouter quelques explications pour vous montrer que ce non-respect de l'autorité que consacre la méthode expérimentale n'est nullement en désaccord avec le respect et l'admiration que nous vouons aux grands hommes qui nous ont précédés et auxquels nous devons les découvertes qui sont les fondements des sciences actuelles.

En effet, dans les sciences physico-chimiques, et à plus forte raison dans les sciences biologiques, les grands hommes peuvent être des modèles à imiter; mais ils ne sont jamais des promoteurs de vérités absolues et immuables. Chaque grand homme tient à son temps et ne peut venir qu'à son temps, en ce sens qu'il y a une succession nécessaire et subordonnée dans l'apparition des découvertes scientifiques. Les grands hommes peuvent être comparés à des flambeaux qui brillent de loin en loin pour guider la marche de la science. Ils éclairent leur temps, soit en découvrant des phénomènes imprévus et féconds qui ouvrent des voies nouvelles et montrent des horizons inconnus, soit en généralisant les matériaux scientifiques acquis et en en faisant sortir des vérités que leurs devanciers n'avaient point aperçues. Si chaque grand homme fait accomplir un grand pas à la science qu'il féconde, il ne peut jamais avoir la prétention d'en poser les dernières limites, et il est nécessairement destiné à être dépassé et laissé en arrière par les progrès opérés par les générations qui le suivent. On peut dire même que plus une voie est féconde, d'autant plus vite celui qui l'a ouverte doit se trouver dépassé et arriéré. Mais cela ne saurait diminuer en rien l'admiration que nous devons avoir pour ces grands promoteurs de la science.

Bacon, je crois, a comparé les grands hommes à des géants sur les épaules desquels sont montés des pigmées qui, par conséquent, voient plus loin qu'eux. On ne leur manque donc pas de respect en disant qu'aujourd'hui le premier professeur de Faculté sait plus de physique que Newton, plus de chimie que Lavoisier et plus d'anatomie et de physiologie que Bichat (1). On n'a point diminué la renommée de Newton en substituant la théorie des ondulations à la théorie de l'émission, ni celle de Lavoisier, en montrant que tous les acides n'étaient pas nécessairement formés par l'oxygène comme il l'avait cru, ni celle de Bichat en critiquant son hypothèse des vaisseaux exhalants. Il est des erreurs qui sont en quelque sorte inhérentes à leurs temps, et que les progrès ultérieurs de la science expérimentale peuvent seuls faire connaître.

La méthode expérimentale puise donc en elle-même une autorité impersonnelle qui domine la science. Elle l'impose même aux grands hommes au lieu de chercher, comme les scolastiques, à prouver par les textes qu'ils sont infaillibles et qu'ils ont vu, dit ou pensé tout ce qu'on a découvert après eux. Chaque temps a sa somme d'erreurs et de vérités. Les progrès de la science expérimentale consistent

(1) A moins d'un malentendu sur ce qu'il faut entendre par savoir dans les sciences, nous ne pouvons comprendre ni admettre cette opinion de notre savant collègue : nous protestons, au contraire, de toutes nos forces contre cette doctrine qui tend à attribuer aux méthodes la suprématie qui n'appartient qu'à ceux qui les créent et les emploient. (J. G.)

La gloire militaire, il faut bien le reconnaître, est encore de toutes la plus éclatante, la plus retentissante, et l'humanité a beau faire du divin, pour emprunter le prétentieux jargon de la théologie moderne, elle n'a pas encore saisi les nuances qui distinguent la vraie gloire, celle qui ne passe pas, la gloire qui dure éternellement pour répéter la phrase de Pline.

La guerre de Crimée, qui a mis en conflit les grandes puissances de l'Europe, qui a découvert, sans le trancher, le nœud vital de la question d'Orient, cette guerre que des expéditions subséquentes n'ont pas effacée, est présente à toutes les mémoires. Mais de quoi se souvient-on? Des combats livrés, des grandes batailles, d'un siége mémorable, d'une victoire chèrement achetée, des noms qui sont devenus illustres dans cette guerre et du chiffre des morts qui ont payé le prix de la gloire. Tout cela peut tenir en quatre lignes et suffira pour la postérité. De cet événement si considérable, les lettrés et les curieux de l'avenir connaîtront les détails que leur transmettra l'histoire. Mais l'histoire oubliera peut-être l'épisode le plus touchant de cette expédition de Crimée, et un nom dont le souvenir devrait vivre à jamais.

C'est au récit de cet épisode et à la glorification de ce nom qu'un médecin militaire, bien connu de nos lecteurs, vient de consacrer un écrit qui, sous sa forme concise, renferme beaucoup de sens et de substance (1). Ce qui frappe surtout dans l'opuscule remarquable du docteur Shrimpton sur la guerre d'Orient, c'est la modestie avec laquelle il parle du dévouement des médecins des armées alliées. Il ne dit mot de ce courage médical qui retient à leur poste des hommes placés dans les camps pour braver des périls autrement graves que ceux dont le soldat est menacé. Le soldat ne se préoccupe que de vivre, et l'administration y pourvoit, et de faire son devoir en face de l'ennemi, et l'honneur du drapeau l'y engage autant que le souvenir de la patrie.

Quant au médecin d'une armée en campagne, au courage militaire qui est la vertu la plus prisée parmi les troupes, il doit joindre cette force d'âme et cette présence d'esprit qui l'animent pour combattre ces fléaux plus redoutables que l'ennemi, desquels on pourrait dire qu'ils sont le cortége ordinaire de la guerre. Et que recherche-t-il dans l'accomplissement de ses devoirs multiples? Est-ce la gloire? Non; mais la satisfaction d'avoir fait le bien et d'être resté fidèle aux préceptes de l'art salutaire.

Virgile, le plus pénétrant des poëtes, a merveilleusement compris le rôle véritable du médecin qui se dévoue au service des hommes en sacrifiant sans regrets ce que les hommes honorent et envient par-dessus tout, à savoir : la réputation éclatante, la célébrité et la gloire. Parlant d'Iapis, ce sage favori d'Apollon, que le dieu voulait combler de ses

(1) *La guerre d'Orient. — L'armée anglaise et Miss Nightingale*, par C. Shrimpton, D. M. P., ex-chirurgien-major. — Paris, Germer-Baillière, 1864, in-8, IV-68 pages.

en ce que la somme des vérités augmente à mesure que la somme des erreurs diminue. Mais chacune de ces vérités partielles s'ajoute aux autres pour constituer des vérités plus générales. Les noms des promoteurs de la science disparaissent peu à peu dans cette fusion, et plus la science avance, plus elle prend la forme impersonnelle et se détache du passé.

Je me hâte d'ajouter, pour éviter une confusion qui a été parfois commise, que je n'entends parler ici que de l'évolution de la science. Pour les arts et les lettres, la personnalité domine tout, c'est une création spontanée de l'esprit qui n'a rien de commun avec la science qui n'est qu'une constatation des phénomènes naturels. Le passé conserve ici toute sa valeur, parce que ces créations des arts et des lettres sont immuables dans le temps comme individualité et ne peuvent se confondre et s'ajouter les unes aux autres.

En résumé, la méthode expérimentale est la méthode scientifique qui proclame l'indépendance de l'esprit et de la pensée. Elle n'admet pas d'autorité scientifique personnelle; elle ne reconnaît qu'une autorité impersonnelle, celle qui émane de son critérium même, c'est-à-dire de l'expérience. Il s'agit donc de faire pénétrer ces principes dans la médecine; elle ne saurait devenir une science qu'à cette condition. Tous les efforts qui, en médecine, seraient tentés vers le passé et en dehors de cette direction, seraient rétrogrades ou inutiles.

Les grands hommes promoteurs de la méthode expérimentale, Galilée, Torricelli, etc., et Bacon, qui en fut le propagateur, nous ont en effet prouvé qu'en acceptant la méthode expérimentale, la science s'émancipe et doit rompre avec le passé. De même, la médecine, en devenant expérimentale, devra rompre de plus en plus avec son passé empreint des systèmes de la scolastique. Dans une science expérimentale, le présent comprend le passé, de même que le présent sera compris dans l'avenir. En un mot, pour l'expérimentateur il n'y a qu'un seul grand livre éternel, c'est celui de la nature; il n'y a et il n'y aura jamais qu'une seule méthode pour le lire, c'est la méthode expérimentale. Telle est en deux mots notre profession de foi scientifique, tel est le programme de notre enseignement. Sans doute il ne suffit pas d'entrevoir le but pour l'atteindre. Les difficultés inhérentes à la complexité des phénomènes physiologiques et pathologiques retarderont longtemps encore l'avénement scientifique de la médecine, et laisseront la pratique livrée à l'empirisme. Mais la voie est ouverte, et déjà nous pouvons, en nous y engageant, préparer les matériaux de la science future.

Le but que se propose la méthode expérimentale est le même dans toutes les sciences. Ce but consiste à rattacher par l'expérience les phénomènes naturels à leurs conditions d'existence, ou autrement dit à leurs causes prochaines. On obtient par ce moyen la loi du phénomène et l'on peut s'en rendre maître. L'expérimentateur doit donc en médecine chercher à déterminer les conditions d'existence des phénomènes physiologiques et pathologiques afin de pouvoir les diriger. Cette étude expérimentale doit bannir à jamais de la médecine la recherche chimérique de la cause première de la vie qui est insaisissable par l'expérience comme la cause première de tout autre genre de phénomènes. Par suite disparaîtront nécessairement tous les systèmes de médecine dans lesquels on personnifie cette cause première, ainsi que cela se rencontre toujours dans l'enfance des sciences.

Le but du médecin expérimentateur se réduira donc à chercher et déterminer les lois des phénomènes physiologiques et pathologiques afin de pouvoir diriger à son gré la manifestation de ces phénomènes, comme le physicien et le chimiste dirigent à leur gré les phénomènes naturels dont ils ont étudié et découvert les lois. Seulement cette puissance, que l'homme acquiert sur la nature, n'est qu'une illusion; il obéit à la loi au lieu de lui commander. Mais peu importe; pour obéir à la loi, il n'en faut pas moins la connaître.

Le but pratique de toutes les sciences est d'être utile à l'homme en dirigeant à son profit les phénomènes naturels dont elles s'occupent. De tout temps le but pratique et le problème de la médecine ont été de chercher à conserver à l'homme la vie qui est son bien le plus précieux. Toutefois ce problème a commencé par être posé d'une manière toute chimérique. L'homme a pu croire que la médecine lui donnerait l'immortalité. Une boisson de l'immortalité a été connue en Chine et chez divers peuples orientaux. Cette boisson a joué un grand rôle, surtout dans la dynastie des Tang, et il en est question comme d'un mystère pareil à celui de la pierre philosophale des alchimistes de notre moyen âge.

Nous diviserons la médecine, dit Bacon, en trois parties, que nous appellerons ses trois offices. Le premier est la conservation de la santé; le second la guérison des maladies; le troisième la prolongation de la vie. Ailleurs Bacon met encore dans la médecine la cosmétique, c'est-à-dire la conservation de la beauté. La prolongation de la vie a donc été aussi un problème de la médecine; nous avons pour en faire foi les ouvrages nombreux écrits sur ce sujet et l'*élixir de longue vie*.

Aujourd'hui la définition de la médecine s'est simplifiée et s'est réduite au second office de Bacon, *l'art de guérir*. Il est vrai que ce second office implique le premier, ce qui revient à dire que la médecine a pour objet pratique la conservation de la santé et la guérison des maladies. La médecine expérimentale que l'on peut définir la connaissance des lois des phénomènes de la vie à l'état physiologique et pathologique répond exactement à ces deux indications pratiques. La connaissance des conditions des manifestations de la vie à l'état normal, c'est-à-dire de la *physiologie*, amènera à maintenir ces conditions et à conserver la santé; c'est l'objet de *l'hygiène* qui constitue ainsi la partie appliquée de la physiologie. La connaissance des maladies et des conditions qui les déterminent, c'est-à-dire de la *pathologie*, amènera d'un autre côté à éviter le développement de ces conditions morbides ou à les faire cesser par des mécanismes appropriés quand elles ont troublé les phénomènes normaux. La *prophylaxie* et la *thérapeutique* deviennent ainsi les parties appliquées de la pathologie scientifique.

Tous les jours la médecine expérimentale fait des progrès et recrute de nouveaux adeptes dans tous les pays. Une chaire d'histologie a été créée et des laboratoires ont été institués par l'influence d'un illustre doyen de l'École de Paris, dont le passage a été malheureusement de trop courte durée pour l'avancement de l'enseignement de la médecine en France. La jeunesse de tout côté se lance avec ardeur dans les scieoces modernes qui ont pour objet d'analy-

---

dons, le poëte nous dit que ce mortel privilégié rejeta avec une modeste fermeté ces faveurs de la fortune et des armes qui séduisent le grand nombre, et qu'à l'arc et aux flèches d'Apollon, il préféra la connaissance des simples et les secrets de l'art de guérir, n'hésitant pas entre les joies de l'amour-propre satisfait et le désir de prolonger les jours de son père.

> Ille, ut depositi proferret fata parentis,
> Scire potestates herbarum usumque medendi
> Maluit, et mutas agitare inglorius artes.

On a risqué bien des commentaires pour expliquer ce dernier vers; et l'on a prétendu que la médecine n'étant guère exercée à Rome que par des esclaves, le poëte avait parlé de la médecine comme d'un art inférieur. Mais cette interprétation n'est point acceptable.

Outre que l'art médical, même avant la fondation de l'empire, était représenté chez les Romains par des hommes supérieurs et très-considérés, — tels étaient entre autres Asclépiade et ses disciples; il faut bien peu connaître Virgile pour lui attribuer une pensée que son esprit n'a pu concevoir. Toutes les fois que ce grand poëte parle des bienfaits de la médecine, il s'exprime avec une grande élévation, comme un homme qui prise et admire par-dessus tout les inventions utiles à l'humanité. Parmi les petites poésies que nous possédons de lui sous le titre de *Catalectes*, il y a un éloge d'Antonius Musa, le célèbre médecin d'Auguste, et apparemment de l'école d'Asclépiade, suivant une ingénieuse conjecture de Cocchi; et les termes de cet éloge attestent le respect profond du poëte pour les médecins qui exerçaient leur art avec distinction.

Ce n'est point parce que la médecine était aux mains des mercenaires que Virgile l'a qualifiée d'art qui ne fait point de bruit, qui laisse sans gloire ceux qui l'exercent. C'est d'ailleurs pour avoir pris trop au sérieux et trop à la lettre les dires et déclamations de Pline, que des érudits sans profondeur et sans discernement ont affirmé que l'art médical était à Rome le monopole des esclaves et des affranchis. Daniel Leclerc, en sa savante *Histoire de la medecine*, a le premier réduit ces exagérations à leur juste valeur, et Cocchi, dans son incomparable *Etude sur Asclépiade*, a prouvé que cet illustre fondateur du méthodisme avait conservé toute son indépendance dans la capitale du monde, et qu'il avait enseigné et pratiqué la médecine avec un grand éclat et une juste autorité, en conservant pur de tout alliage ou de toute alliance son nom étranger. Il est à remarquer, en effet, que ce réformateur de l'ancienne médecine, ne se distingue de ses nombreux homonymes que par les noms de sa province ou de sa ville natale ajoutés au sien : Asclépiade de Bithynie ou de Pruse, sans l'addition d'aucun nom de famille ou de prénom.

Ainsi l'homme le plus célèbre de l'antiquité médicale, après Hippocrate, fut aimé, admiré et respecté à Rome comme médecin, sans avoir invoqué la protection ou le patronage d'une grande maison, de quelqu'un de ces puissants patriciens qui comptaient les esclaves par centaines, et les affranchis et les clients par milliers.

ser les phénomènes de la vie et d'en déterminer les conditions à l'état physiologique ou pathologique. Malgré cette heureuse direction que rien ne peut plus arrêter, et qui ne fera que s'étendre de plus en plus dans la suite des générations, il ne faudrait cependant pas s'illusionner sur l'avenir de la médecine expérimentale, et se hâter par des tentatives d'application prématurées et intempestives. Sans doute, les sciences expérimentales ne se constituent pas sur tous les points à la fois, et elles peuvent offrir en même temps des parties plus avancées dans lesquelles l'application scientifique est possible, tandis que le reste de la même science est dans l'obscurité et livré à l'empirisme. La médecine expérimentale se développera certainement de cette manière. Mais aujourd'hui, c'est à peine si nous apercevons quelques lueurs; dans aucune partie nous n'avons encore une théorie expérimentale assez bien établie pour qu'elle puisse servir d'appui certain à la pratique. Cela tient à ce que la physiologie, qui est la base de la médecine scientifique, n'est pas encore assez avancée elle-même.

Le développement de la médecine expérimentale sera long pour deux raisons : d'abord à cause de la complexité du sujet, et ensuite à cause des obstacles sans nombre que la méthode expérimentale rencontrera encore longtemps dans ses applications à la science de la vie.

On peut classer aujourd'hui ces obstacles en deux ordres : les uns extrinsèques, les autres intrinsèques. Les obstacles extrinsèques, en quelque sorte en dehors du sujet, résident dans l'esprit médical actuel. Nous sommes en réalité dans un moment de transition, de scepticisme et d'hésitation. On conçoit, en effet, que l'état scientifique des esprits ne puisse pas changer subitement. Il en est chez qui le scepticisme enfante l'indécision; ils ne croient pas même à leur scepticisme, et dans leur hésitation ils soufflent le froid et le chaud en voulant allier le passé avec le présent. Mais il en est d'autres qui regardent l'application de la méthode expérimentale à la médecine comme une utopie; ils considèrent que l'observation suffit et que la *vie* ne se soumettra jamais au déterminisme expérimental, et ils se payent de mots et d'explications métaphysiques qui ne sont plus de notre temps. On en trouve de moins absolus qui distinguent sous ce rapport la physiologie de la pathologie.

Des médecins, plus occupés de la pratique que de la théorie, sont arrivés à regarder la médecine comme une simple industrie. Ils croient qu'il faut détourner l'esprit des jeunes gens de toutes ces études théoriques qui sont pour le moment sans application, et ils soutiennent que les Facultés doivent faire des guérisseurs, c'est-à-dire instruire les élèves dans l'application de leur art, au lieu de leur donner une brillante instruction scientifique qui les laisserait dans l'embarras au lit des malades. Ce raisonnement, qui est dangereux parce qu'il favorise à la fois l'ignorance et la paresse, est doublement erroné. D'abord la médecine scientifique ou expérimentale n'exclut pas l'empirisme ni la connaissance des moyens que la médecine pratique y a puisés jusqu'ici. Au contraire, l'empirisme a été le terrain sur lequel se sont développées toutes les sciences. Le médecin expérimentateur ne nie donc pas les faits de l'empirisme; il les critique, les analyse, cherche à les expliquer et à en trouver la loi par tous les moyens que la science actuelle peut lui fournir. Cette tendance scientifique qui élève l'esprit, n'empêche pas d'employer, comme le praticien, les remèdes empiriques tant qu'on ne pourra pas faire mieux. La science peut au moins servir à agir avec plus de discernement et à recueillir de meilleures observations. D'un autre côté, cette prétention de diriger l'esprit vers les applications, est une très-fausse direction pour les applications elles-mêmes. Il faut avoir surtout en vue de donner le goût de la science; les applications vraies ne pourront venir qu'après la théorie, et alors elles viendront facilement. On ne trouve, en effet, une science appliquée réelle, que lorsque la théorie scientifique existe. Sans cela tout ce qu'on fait reste à jamais empirisme, et la pratique ne peut pas prendre son essor. On a su traiter les métaux, faire le verre avant de connaître la chimie; on fabriquait des lentilles avant de connaître les lois de l'optique; mais cela n'était qu'un empirisme aveugle. Les applications de la chimie et de la physique qui nous étonnent aujourd'hui par leurs merveilles, ne sont réellement devenues possibles que lorsque la chimie et la physique ont été constituées, et que la théorie est venue éclairer une véritable application scientifique. De même les applications médicales ne prendront leur essor que lorsqu'une théorie expérimentale leur servira de point de départ.

Dans la médecine vous devez donc, messieurs, avoir toujours en vue deux choses : le présent et l'avenir. Nulle science n'eut jamais une pratique aussi impérieuse que celle de la médecine. Le présent vous impose des devoirs vis-à-vis des malades qui se confient à vos soins, et vous devez, faute de mieux, les traiter en utilisant avec sagesse et discernement les moyens que fournit l'empirisme. Mais vous devez savoir aussi qu'il y a une science expérimentale de la médecine à constituer, et que vous êtes appelés à y concourir. Vous devez donc vous instruire dans toutes les sciences qui peuvent éclairer les phénomènes de la vie, quoique vous n'en prévoyiez pas l'application; vous ne devez négliger aucune observation, aucun phénomène vital, même les plus insignifiants en apparence, que les praticiens appellent souvent des curiosités zoologiques. La connaissance du rôle d'un petit filet nerveux, des propriétés d'une cellule ou d'une fibre, peut devenir plus tard le point de départ des découvertes les plus fécondes. L'expérience d'Œrsted sur la déviation de l'aiguille aimantée pouvait paraître une vaine curiosité avant qu'on en trouvât la loi, dont l'application nous a donné le télégraphe électrique.

Les obstacles intrinsèques on inhérents à la méthode expérimentale tiennent à la complexité immense des phénomènes de la vie et au nombre considérable de notions, de matériaux, d'appareils et d'instruments nécessaires pour arriver à l'analyse d'un phénomène vital.

Pour expérimenter en médecine, il faut non-seulement des connaissances anatomiques précises et des moyens de vivisections pour aller découvrir et séparer les organes profonds que l'on veut observer, mais il faut encore des agents chimiques et physiques qui deviennent des instruments absolument nécessaires pour étudier et analyser les phénomènes physico-chimiques de la vie. Aussi n'est-ce depuis la constitution de la chimie que l'introduction de la méthode expérimentale a réellement eu lieu d'une manière plus complète dans la physiologie et la pathologie. On a sans doute fait des expériences depuis bien

---

Sans insister davantage, on voit que l'explication du vers de Virgile, tirée de l'état ou de la condition des médecins à Rome, n'est point recevable en bonne critique. D'ailleurs, le texte même du poëte s'oppose à pareille interprétation. Citons les quatre vers qui précèdent ceux qui ont été reproduits plus haut :

Jamque aderat Phœbo ante alios dilectus Japis
Jasides, acri quondam cui captus amore
Ipse suas artes, sua munera, lætus Apollo
Augurium, citharamque dabat, celeresque sagittas.

C'est dans le livre XII de l'*Enéide* que se trouve ce passage.

Virgile présente Japis au moment où ce favori d'Apollon se dispose à panser la blessure qu'Enée a reçue dans le combat. Ici nous cédons volontiers la parole à un grand maître, Daniel Leclerc, le plus sensé des historiens de la médecine :

« Les commentateurs de ce poëte sont fort en peine de savoir pourquoi la médecine est appelée un *art muet*. Elle serait fort mal nommée, si elle avait été du temps d'Enée sur le pied où elle est aujourd'hui; mais alors les médecins laissaient parler pour eux leurs mains et leurs médicaments. Au temps de Virgile il n'en était pas tout à fait de même, et l'on ne raisonnait déjà que trop. Je crois que pour bien expliquer ce passage, il faut supposer que le mot *mutus* a du rapport à celui d'*inglorius*, et que Virgile a regardé la médecine comme un art qui ne fait pas grand bruit, et qui n'apporte pas une grande gloire à ceux qui l'exercent; surtout étant comparé à la *musique* et à l'*art de bien tirer de l'arc*, ou aux autres arts de cette nature, qui servoient à remporter des couronnes dans les jeux publics, et à se distinguer à la guerre. Il en est de même des *augures*, dont la connaissance relevoit extraordinairement ceux qui la possedoient. (1) »

Il n'est pas possible de mieux dire. Ce passage de Daniel Leclerc prouve que l'érudition ne vaut que par le bon sens et l'esprit de discernement; et il est regrettable que feu le docteur Menière n'ait pas eu ce passage sous les yeux en commentant les vers de Virgile relatifs au savoir d'Iapis, dans ses agréables études médicales sur les poëtes latins. Gui-Patin répétait volontiers qu'en médecine le bon sens et l'érudition font tout; et la réflexion de ce médecin érudit est parfaitement juste, si on l'applique, non à la pratique, mais à l'histoire de l'art.

Daniel Leclerc a merveilleusement saisi et mis en relief le contraste qu'il y a dans le texte de Virgile entre les arts bruyants et retentissants, et l'exercice pacifique de la médecine, et les traits satiriques qu'il lâche malicieusement dans son ingénieux commentaire, ne contribuent pas peu à rendre le contraste plus saillant entre les arts qui se proposent de détruire les hommes ou de les abuser par la superstition, et l'art salutaire qui a pour but la conservation de la vie et de la santé. Virgile,

(1) *Hist. de la méd.*, 1re part., liv. I, ch. 10, p. 35.

longtemps, mais ce n'était guère que des vivisections spéciales et non une méthode expérimentale régulièrement instituée. Cette méthode, en effet, ne pouvait arriver qu'après l'avénement et la constitution des sciences physico-chimiques.

Lavoisier et Laplace, dans leurs travaux sur la respiration des animaux, inaugurèrent l'application de la méthode expérimentale des sciences physico-chimiques à la science des êtres vivants. Magendie, mon maître, qui fut lui-même inspiré par Laplace, a pendant toute sa vie recommandé l'expérience, et il a particulièrement contribué de notre temps à faire pénétrer d'une manière définitive l'expérimentation dans la physiologie et dans la pathologie. Aujourd'hui cette impulsion, partie de la France, s'est répandue dans tous les pays, et la médecine est décidément entrée dans la voie expérimentale.

Le laboratoire des physiologistes et des médecins expérimentateurs doit comprendre une foule de matériaux et de moyens coûteux et souvent difficiles à réunir dans certaines conditions. Les questions d'avancement de la science se compliquent dès lors de questions d'argent qui ne sont pas toujours faciles à trancher. Ce n'est pas là un des moindres obstacles que rencontre l'application de la méthode expérimentale. On a été assez longtemps à comprendre que les médecins eussent besoin d'un laboratoire comme les chimistes et les physiciens. On croyait qu'après avoir vu son malade, le médecin devait aller chercher la lumière dans les vieux livres et leurs commentaires, comme si la médecine arrivée par révélation ou par science infuse chez certains hommes devait nous être transmise par tradition. La médecine est une science expérimentale, et le médecin en sortant de l'hôpital doit descendre dans son laboratoire pour chercher à élucider par l'expérimentation les problèmes pathologiques qu'il a rencontrés. Je dis à dessein le médecin sortant de l'hôpital, parce que je ne voudrais pas qu'on pût croire que j'aie jamais eu la pensée qu'on doit apprendre la médecine dans les laboratoires de physiologie pas plus que dans les amphithéâtres d'anatomie. Le véritable problème médical est dans le malade et dans la maladie; c'est la première chose qu'il faut connaître. Par conséquent l'observation clinique précède et subordonne les recherches expérimentales. Mais ces dernières sont indispensables pour comprendre les rapports qui relient l'état pathologique avec l'état physiologique et pour faire connaître à la fois le mécanisme de la maladie et le mécanisme de la guérison. Je ne saurais entrer ici dans l'examen d'un sujet aussi important qui sera en quelque sorte le pivot de notre enseignement. Il me suffira de vous prévenir contre les objections banales de certains médecins qui vous diront que ce qu'on voit sur les chiens ne saurait s'appliquer à l'homme; que les maladies sont liées à des diathèses ou à des constitutions médicales, et que chaque malade a son idiosyncrasie que jamais l'expérimentation ne pourra atteindre, etc. Il n'y a là que des mots qui cachent l'ignorance de ceux qui les prononcent et rien de plus; les exemples ne nous manqueront pas pour prouver ce que j'avance.

En résumé la science n'en est plus à chercher sa voie; elle y est engagée. Il lui faut seulement des moyens d'exécution pour travailler et avancer. Ces moyens se trouveront dans l'institution de laboratoires de médecine expérimentale suffisament dotés. La France, sous ce rapport, a été devancée. Il existe depuis longtemps en Russie, en Allemagne, ce qu'on appelle des *Instituts physiologiques* qui ne sont rien autre chose que des laboratoires dans lesquels viennent converger toutes les connaissances empruntées à l'anatomie, aux vivisections et aux sciences physico-chimiques pour élucider les phénomènes de la vie à l'état normal et pathologique. Grâce à la bienveillance de l'administration, j'ai obtenu dans mon laboratoire des améliorations très-utiles. Leur exécution nous a malheureusement empêché de professer pendant le semestre dernier, mais d'un autre côté leur réalisation facilitera beaucoup l'enseignement expérimental que j'ai l'intention d'entreprendre cette année.

La méthode expérimentale n'est, en réalité, qu'un raisonnement ordinaire dans lequel nous introduisons comme termes les faits ou les phénomènes naturels que nous voulons élucider par l'expérience. La difficulté n'est pas dans le raisonnement, mais elle réside tout entière dans la question de savoir si les faits sur lesquels et avec lesquels on raisonne sont exacts, et exempts de causes d'erreurs d'observation, sans quoi l'on ne peut arriver qu'à des conclusions erronées. Il ne suffit donc pas de dire, il faut observer et expérimenter en même temps que l'on raisonne, et appuyer toujours la conclusion du raisonnement sur une expérience. Mais il faut ajouter la condition essentielle, et dire : Il faut *bien* expérimenter et obtenir des faits dans des circonstances exactement déterminées, afin qu'ils soient toujours les mêmes entre les mains des divers expérimentateurs. Or cet art d'obtenir les faits exacts au milieu des causes d'erreurs innombrables que créent l'état pathologique, la vivisection et l'emploi d'instruments de toutes sortes; cet art, dis-je, porte le nom d'*expérimentation*, et constitue en quelque manière la partie exécutive de la méthode expérimentale.

L'expérimentation constitue donc la base naturelle et essentielle de la méthode expérimentale; elle a une importance fondamentale dans toutes les sciences, mais nulle part autant que dans les sciences biologiques; parce que, en effet, les difficultés de l'expérimentation augmentent toujours en raison de la complexité des phénomènes. Les jeunes gens qui désirent se livrer à la culture des sciences physico-chimiques, vont toujours pendant un certain temps dans les laboratoires pour s'initier à la pratique et se familiariser avec les procédés d'expérimentation. Malheureusement, les physiologistes et les médecins qui auraient le plus besoin de cet apprentissage et d'une préparation antérieure, s'en dispensent le plus généralement, et se croient aptes d'emblée à faire des expériences sur les animaux vivants. Aussi il en résulte que la physiologie et la pathologie sont encombrées de faits contradictoires et mal déterminés, qui retardent la marche de la science. Suivant moi, ce qui importe aujourd'hui, c'est surtout de perfectionner l'expérimentation qui est la clef de la méthode expérimentale. Tout le monde admet maintenant qu'il faut expérimenter; mais cela ne suffit pas, il faut encore établir quels sont les principes particuliers de l'expérimentation sur les êtres vivants à l'état physiologique et pathologique. Je suis profondément convaincu que l'on avancera ainsi considérablement les progrès de la médecine expérimentale.

L'objet particulier de mon enseignement sera donc de vous développer à l'aide d'une série d'exemples les principes de l'expérimentation au point de vue physiologique, pathologique et thérapeutique.

---

qui était le plus humain des poëtes, celui qui a ressenti le plus de tendresse et de compassion pour les misères qui nous accablent :

Sunt lacrymæ rerum et mentem mortalia tangunt;

Virgile, qui représentait une civilisation adoucie et dont le nom seul rappelle la mansuétude, Virgile ne pouvait pas méconnaître cette souveraine vertu de la bienfaisance, qui avait déjà inspiré à Homère ce vers admirable :

Ἰητρὸς γὰρ ἀνὴρ πολλῶν ἀντάξιος ἄλλων (1);

« Un médecin vaut seul plusieurs autres hommes. » N'est-il pas admirable, en effet, qu'un poëte dont les vers respirent en quelque sorte l'ardeur martiale et la fureur des combats, ait proclamé en termes si clairs la supériorité d'un art qui, par sa nature, est diamétralement opposé à l'art meurtrier de la guerre?

Podalire et Machaon, généreux enfants d'Esculape, qui répandaient le baume salutaire sur les blessures des guerriers, valaient mieux pour lui que tant de héros qui cherchaient la gloire dans les combats. Mais ces deux héros véritables étaient modestes autant que cet Iapis de l'*Enéide* qui, par un sentiment de piété filiale, sacrifie toute ambition à la satisfaction suprême de ranimer son père mourant. Je n'ai jamais relu ce passage de Virgile sans le rapprocher du vers d'Homère dans l'*Iliade*, et j'ai toujours pensé que le poëte, par une de ces allégories philosophiques si familières à son génie, avait voulu montrer que la vraie gloire et la plus solide est celle qui couronne comme une auréole resplendissante les bonnes actions accomplies avec désintéressement, pour l'unique amour de l'humanité.

Le docteur Shrimpton pense exactement comme le poëte; il dit simplement, sans emphase ni admiration enthousiaste, les entreprises d'une jeune femme qui, suivant sa vocation sans dévier, a consacré les talents les plus rares et les plus nobles qualités du cœur à la bienfaisance. Miss Nightingale, dont il a raconté brièvement la vie et les services, n'a usé des biens de la fortune et des bienfaits d'une éducation excellente que pour travailler de tout son pouvoir à faire en quelque sorte une science de cet art de soulager les souffrances des pauvres malades recueillis dans les asiles de l'assistance publique. Cette femme, qui a une grande âme et une rare intelligence, est née avec l'esprit d'organisation; elle est douée d'une fermeté virile, tempérée par les grâces et la douceur de son sexe. Après avoir acquis l'estime de son pays par des fondations qui honoreront à jamais sa mémoire, elle a été durant l'expédition de Crimée la providence de l'armée anglaise, qu'une administration imprévoyante et un système absurde d'économies intempestives avaient réduite aux dernières extrémités, lorsqu'un ministre d'une grande énergie, M. Sidney Herbert, fit appel au zèle de cette bienfaitrice. Miss Nightingale n'hésita point un seul instant. Elle

(1) *Iliad.*, XI, v. 514.

Nous divisons en effet la médecine expérimentale en trois parties: 1° la physiologie expérimentale; 2° la pathologie expérimentale; 3° la thérapeutique expérimentale. Ces trois parties de la médecine expérimentale sont indissolublement liées l'une à l'autre; cependant elles donneront lieu, relativement à l'expérimentation, à certaines considérations qui leur sont spéciales. Cette année nous commencerous l'étude de l'expérimentation dans les phénomènes de la vie à l'état normal ou physiologique.

Vous comprenez, messieurs, toute l'importance et aussi toutes les difficultés de l'entreprise que nous allons tenter. Un tel programme, pour être épuisé, demanderait une longue série d'années. Mais de semblables considérations ne sauraient nous arrêter; la direction que nous avons à suivre doit nous être uniquement inspirée par l'intérêt même de la médecine expérimentale qui est en voie de se constituer. Nous n'avons pas autre chose à voir que la science progressive; vous savez que c'est le rôle de l'enseignement du Collége de France.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES; par le docteur GALLAVARDIN (de Lyon).

(Suite. — Voir les nos 1, 2, 3, 5 et 7.)

PARALYSIE INCOMPLÈTE DE LA LANGUE ET DES MUSCLES DE LA DÉGLUTITION; SELLES INVOLONTAIRES DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

OBS. XXXVII. — Le 5 janvier 1819, Emmanuel Jobert, âgé de 13 ans, est atteint de fièvre typhoïde. Le 20 janvier il présente les symptômes suivants:

Perte de connaissance et de la voix; tremblement de la langue et impossibilité de la tenir hors de la bouche; déglutition comme paralytique; les yeux éteints, abattus et ordinairement fermés; respiration extrêmement douloureuse; pouls faible, inégal, intermittent, tremblotant et variable dans chaque région; déjections excessives, noires, sanguinolentes et involontaires, accompagnées de froid aux extrémités; difficulté très-grande de rubéfier la peau; gangrène des parties sur lesquelles le décubitus avait lieu, en un mot le malade était expirant.

Cet état morbide n'ayant pas été modifié par les rubéfiants, les astringents en lavements, les toniques en frictions et en fomentations et les stimulants diffusibles, le docteur Depaulx se décide le 26 janvier à prescrire:

Phosphore..................	2 grains.
Ether......................	1 gros.
Emulsion d'amandes douces..	6 onces.

A prendre une demi-cuillerée toutes les beures. On eut beaucoup de peine à faire avaler les quatre premières demi-cueillerées, tant la déglutition était difficile; les suivantes passerent plus facilement. Mais bientôt des cris plaintifs et non interrompus, la vivacité des yeux que le malade n'avait presque pas ouverts depuis buit à neuf jours; une sueur générale accompagnée d'une très-grande chaleur, une agitation continuelle et une fièvre des plus intenses ayant annoncé une vive irritation de l'œsophage, de l'estomac, des intestins et une exaltation des forces portée au dernier degré, on cesse l'émulsion phosphorique dont le malade n'avait pris que le quart. Le 27, le calme est rétabli, une notable amélioration se déclare, la guérison survient progressivement, et malgré les nombreux abcès en diverses parties du corps et la suppuration énorme résultant de la chute des escarres gangréneuses, le jenne Jobert était en pleine convalescence au 22 février. (*Bibliothèque de thérapeutique de Bayle*, 1830, t. II, p. 92.)

SELLES INVOLONTAIRES; LA PAROLE DIFFICILE; L'OUÏE DURE DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

OBS. XXXVIII. — Un enfant de 13 ans. ayant été atteint de la fièvre typhoïde au mois de décembre, fut traité par un chirurgien avec des résolutifs, des vomitifs et des purgatifs.

Le 15 décembre, le docteur Conradi trouva le malade très faible, avec un pouls fébrile, la langue sale et sèche, la parole difficile, l'ouïe dure, les selles involontaires, liquides et très-fétides.

Le quinquina, l'arnica, la valériane, le campbre, les vésicatoires ne modifièrent aucunement cet état.

Le 23 décembre, la prostration des forces était à son comble; on ne seotait plus le pouls; la figure, les mains et les pieds étaient refroidis; le malade était assoupi.

Alors le docteur Conradi administra au malade 10 gouttes d'éther phosphoré dans une petite cuillerée d'eau. Au bout d'une demi-beure, on observa déjà les effets salutaires de ce remède: le pouls se fit sentir de nouveau, la chaleur retourna aux extrémités, le malade ouvrit les yeux et se ranima.

On continua l'éther phosphoré à la dose de 5 gouttes toutes les deux beures, et l'enfant reprit insensiblement ses forces et fut bientôt hors de danger. (*Id.*, p. 22.)

PARALYSIE DES SPHINCTERS DE L'ANUS ET DE LA VESSIE; TREMBLEMENT DES MAINS; SOUBRESAUTS DES TENDONS DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

OBS. XXXVIII *bis*. — Maria T... est admise le 7 janvier 1863 à l'hôpital de Leopoldstadt (Vienne). Elle présente divers symptômes de fièvre typhoïde, entre autres deux à trois selles liquides chaque jour. On prescrit l'acide phosphorique.

Le 11 janvier, délire si violent qu'il oblige d'attacher la malade dans son lit. Urines et selles involontaires; la langue et les dents convertes de croûtes noires et épaisses; pouls à 120. On prescrit le *datura stramonium*, et les symptômes cérébraux s'apaisèrent peu à peu, si bien qu'on put détacher la malade vers le 18 janvier.

Ce même jour survinrent: un tremblement léger des mains, des secousses dans les tendons; une légère cyanose des lèvres, des joues, de la racine des ongles et des parties sur lesquelles le corps était appuyé. Toujours urines et selles involontaires; pouls à 144. On prescrit le charbon végétal.

21 janvier. Jusqu'à ce jour, la malade fut entre la vie et la mort; mais, le 21 janvier, son état devint encore plus grave. Elle commença à tousser, et l'on reconnut les signes d'une hépatisation du poumon droit. Crachats spumeux, d'un rouge brun; pouls filiforme, si fréquent qu'on ne pouvait le compter. Une sueur froide couvrait tout le corps. On prescrit le phosphore.

L'bépatisation s'étendit peu à peu jusqu'au milien de l'omoplate, puis elle entra en voie de résolution à partir du 24 janvier. Avec cette amélioration tout danger disparut. Le pouls devint moins fréquent et plus fort; il était à 136 dès le 23 janvier. La cyanose, qui avait augmenté pendant la pneumonie, s'effaça peu à peu. A partir du 26, les évacua-

partit avec des compagnes qu'animait sa résolution béroïque, et soumises à sa discipline; et l'armée anglaise fut sauvée.

M. Sbrimpton a raconté cet épisode de la guerre d'Orient avec beaucoup de candeur, et il a joint à son récit plein d'intérêt des réflexions extrêmement judicieuses sur l'hygiène militaire et sur la ventilation dans les bôpitaux. M. Sbrimpton est un homme qui parle avec autorité, parce qu'il a une grande expérience; il est sans préjugés, et ses tendances aussi bien que ses vues saines autant qu'élevées, annoncent un esprit libéral.

Miss Nigbtingale a reçu de ses compatriotes, en récompense de ses services inestimables, un don de 30,000 livres sterling, qu'elle a voulu consacrer à la fondation d'un établissement pour l'instruction d'élèves garde-malades femmes. Comme souvenir de la reconnaissance nationale, elle n'a gardé qu'une croix de Saint-Georges, portant la couronne d'Angleterre et les lettres initiales de la reine, avec cet exergue: « *Blessed are the merciful.* » Pour une grande âme qui a le vrai sentiment de la gloire, est-il une récompense comparable à celle-là? Et y a-t-il un seul médecin, vraiment digne de ce nom, qui ne préférât cette inscription gravée sur sa tombe à toutes les distinctions les plus enviées? L'apôtre a dit: *Caritatis non est excessus.* Cela est beau, mais il est beau aussi de mériter la gloire qui s'attache aux actes de bienfaisance. Il n'en est pas de plus pure ni de plus durable.

J. M. GUARDIA.

— Le Sénat, dans sa séance du 12 avril, a entendu un rapport de M. le premier président Bonjean, sur deux séries de pétitions relatives à l'exercice de la médecine. Les unes, signées par des officiers de santé qui réclament l'abrogation de la disposition légale qui circonscrit leur droit d'exercice dans les limites d'un département déterminé; les autres, adressées par des docteurs en médecine, qui demandent la suppression du grade d'officier de santé. L'exposé de ces deux séries de pétitions, qui bien que diamétralement opposées dans leur objet, sembleraient tendre, en définitive, au même résultat, en aboutissant toutes deux par des moyens différents au rétablissement d'un ordre unique de praticiens, a fourni à M. le président Bonjean le texte d'une longue et savante dissertation concluant au renvoi des pétitions aux ministres de l'instruction publique et du commerce.

Sur la proposition de M. Dumas, appuyée par MM. de Beaumont et Le Verrier, la question a été réservée pnur une discussion ultérieure. Le rapport sera imprimé et la délibération portée à l'ordre du jour d'une procbaine séance.

tions cessèrent d'être involontaires, après l'avoir été *quinze* jours durant. Le 28, la malade demande à manger. Pendant la convalescence, deux accès d'ictère causés par des indigestions. (Dr Eidherr. — *Zeitschrift des Vereins der Homaerzte œsterreichs*, t. II, cahier 1, p. 149 et suivantes.)

Dans le cas précité, le phosphore réussit fort bien après que l'acide phosphorique avait échoué.

Cette observation présente encore une autre particularité : elle a été recueillie dans l'hôpital *mixte* de Leopoldstadt, où sont quatre salles contenant 40 lits (20 pour hommes et 20 pour femmes) destinés au traitement allopathique et 40 lits (id., id.) destinés au traitement homœopathique. Les malades, en entrant, choisissent l'une ou l'autre médication, comme ils le font journellement dans la clientèle privée.

Des trois hôpitaux homœopathiques de Vienne, c'est le seul qui réserve des lits pour le traitement allopathique.

Dans cet hôpital *mixte* de Leopoldstadt, fondé en 1850, a lieu pendant six jours de la semaine la clinique homœopathique de quatre à cinq heures de l'après-midi. C'est la dernière des huit cliniques qui, à l'École de Vienne, se font, heureusement pour les élèves, à des heures différentes et successives depuis sept heures du matin jusqu'à cinq heures du soir : fait que, déjà en 1858, je rapportais dans l'*Enseignement clinique en Allemagne*, p. 17.

HOQUET; MOUVEMENTS SPASMODIQUES DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Obs. XXXIX. — H... (de Strasbourg), tambour-major, d'une forte constitution, est atteint de fièvre typhoïde avec éruption miliaire.

Dans la nuit du septième au huitième jour, le docteur Lobstein, appelé à la hâte auprès du malade, le trouva absolument sans connaissance, la figure décomposée, le regard fixe et immobile, les extrémités refroidies; il avait des mouvements spasmodiques et un hoquet qui se renouvelait toutes les deux minutes.

Le docteur Lobstein prescrit :

Phosphore........................	3 grains.
Éther sulfurique..................	1/2 once.
Huile distillée de girofles........	1/2 scrupule.

A prendre toutes les heures, 8 à 10 gouttes, dans un sirop liquide.

« On était fort étonné, raconte Lobstein, de ce que je prescrivais encore des remèdes à un homme mourant; mais j'insistai fortement sur mes prescriptions, et je recommandai tous les soins possibles. Le lendemain matin, en visitant le malade, quel fut mon étonnement de le trouver en parfaite connaissance! Il me reconnut et proféra quelques paroles.

« Les parents m'informèrent, les larmes aux yeux, que le malade ayant à peine pris la seconde dose, le hoquet s'arrêta sur-le-champ. Après la troisième dose, ils remarquèrent qu'une chaleur douce se répandit sur tout le corps; elle fut bientôt suivie d'une sueur abondante qui produisit le plus heureux résultat. Je fis continuer le remède en recommandant de ne prendre la dose ci-dessus que toutes les deux heures.

« Le dixième jour, le malade était hors de danger..... » (*Id.*, p. 65.)

HOQUET; MOUVEMENTS SPASMODIQUES DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Obs. XL. — Une jeune fille de 9 ans, atteinte de fièvre typhoïde. Le neuvième jour, raconte Lobstein, « à trois heures après-midi, je fus averti que la malade était prête à mourir. Je m'y rendis à la hâte, et en effet, je vis qu'elle était dans un état de stupeur extrême, que les extrémités étaient refroidies, qu'elle avait le hoquet, et que le corps était souvent agité par des mouvements spasmodiques. Je lui prescrivis sur-le-champ l'éther phosphoré, préparé de la manière indiquée dans l'observation précédente, à la dose de 4 ou 5 gouttes, toutes les heures, dans un peu de sirop liquide. Au bout de trois heures, je visitai de nouveau la malade : le pouls était plein, les extrémités réchauffées et la malade en parfaite connaissance. »

Le même remède fut administré jusqu'au lendemain, seulement 6 gouttes toutes les deux heures. Dès lors le danger était passé et la malade fut rétablie au bout de quinze jours. (*Id.*, p. 68.)

GRANDE PROSTRATION DES FORCES; RESPIRATION STERTOREUSE; IMPOSSIBILITÉ D'EXPECTORER; DÉGLUTITION FORT DIFFICILE; HOQUET INCESSANT; TOUS SYMPTÔMES PERSISTANT DEPUIS SIX JOURS CHEZ UN VIEILLARD DE 71 ANS ATTEINT D'UNE FIÈVRE RHUMATISMALE BILIEUSE.

Obs. XLI. — Un homme âgé de 71 ans, attaqué depuis quinze jours d'une fièvre rhumatismale bilieuse, que traitait le docteur Conradi, se trouva tellement affaibli et épuisé qu'on vit les symptômes les plus alarmants se joindre à son état.

« Sans cesse tourmenté par le hoquet, il avalait avec la plus grande difficulté, et l'on entendait distinctement le liquide avalé tomber dans l'estomac. La respiration était stertoreuse; il y avait impossibilité d'expectorer, grande prostration des forces, somnolence; le pouls était petit et fréquent, les extrémités refroidies; il avait des sueurs froides dans la figure; la langue était rouge et sèche, les yeux ternes, etc. Ces symptômes laissèrent peu d'espoir pour la conservation des jours de ce vieillard; aussi attendait-il la mort avec résignation, et la famille était préparée à cette catastrophe. Les soins du médecin parurent absolument superflus.

« Le 11 février, vingtième jour de la maladie et le sixième depuis cette grande prostration des forces, le médecin prescrivit quatre grains de phosphore dissous dans un gros d'éther sulfurique, pour en prendre 10 gouttes dans un peu d'eau toutes les heures.

« Après la troisième dose, le hoquet cessa et le malade avala avec plus de facilité. Le lendemain le malade se trouva beaucoup mieux; la peau était couverte de moiteur; le pouls s'était relevé, l'expectoration commença à s'établir. Les crachats étaient épais et tenaces; l'urine, qui coulait abondamment, était épaisse.

« Le remède ne fut continué que toutes les trois heures ; au bout de quarante-huit heures, le malade se trouvait hors de danger...

« ...Jamais, ajoute l'auteur, je n'ai vu de malade se rétablir dans des circonstances semblables. » (*Id.*, p. 20.)

HOQUET; DÉGLUTITION DIFFICILE; SELLES INVOLONTAIRES; DÉLIRE DANS UNE PNEUMONIE.

Obs. XLII. — Une femme de 38 ans était atteinte d'une pneumonie... « Le troisième jour au matin, j'appris qu'elle avait passé une mauvaise nuit, battant sans cesse la campagne. En effet, je la trouvai encore dans le transport, très-agitée, avec un pouls plein et fréquent; elle avait eu plusieurs selles involontaires... L'état de la malade était assez consolant le soir; mais à trois heures du matin, il avait tellement empiré, que tous les symptômes paraissaient annoncer une mort prochaine. La déglutition était difficile; il y avait hoquet et sueurs froides; dès lors je ne balançai plus à faire usage de l'éther phosphoré. La malade en prit 8 gouttes toutes les demi-heures dans un peu de sirop liquide. En la visitant au bout de trois heures, je la trouvai en parfaite connaissance; la langue était humide, les extrémités réchauffées et le corps couvert de moiteur. »

La malade continua ce remède toute la journée, n'en prenant que toutes les deux heures, la dose plus haut indiquée; elle fut dès lors hors de danger. (Lobstein. — *Bibliothèque de thérapeutique de Bayle*, t. II, p. 72.)

DÉLIRE FURIEUX; SOUBRESAUTS DES TENDONS; SELLES INVOLONTAIRES DANS UNE PNEUMONIE.

Obs XLIII. — Un infirmier âgé de 30 ans, d'un aspect cachectique, fut atteint d'une pneumonie grave, contre laquelle l'aconit et la bryone furent employés alternativement et sans succès. Au troisième jour, la voix était faible, à peine intelligible, la fièvre excessive, le pouls fréquent, la douleur de poitrine violente. Dans la soirée apparut de nouveau l'épistaxis accompagné d'un évanouissement prolongé. Trois heures après, celui-ci avait cessé; mais à la suite on observa un grand épuisement, des soubresauts des tendons, un délire furieux, un pouls faible et accéléré, des selles involontaires. Bien que son médecin n'eût aucune espérance de le guérir, il lui administra cependant du phosphore qui amena dans la nuit une abondante sueur, et le lendemain des élancements de poitrine moins violents, un pouls plus large et plus lent. Le cinquième jour du traitement, à part une grande faiblesse, de la sueur et une toux modérée, le malade n'éprouvait plus aucune incommodité; aussi le dixième jour put-il quitter le lit. (Dr Horner. — *Hom. Archiv.*, 20, 1. — *Hom. Viertel Jahrschrift*, t. I, p. 152.)

CONVULSIONS; SOUBRESAUTS DES TENDONS; PERTE DE LA PAROLE, DE LA VUE, DE L'OUÏE ET DE LA SENSIBILITÉ TACTILE.

Obs. XLIV. — Ces symptômes se présentèrent probablement dans le cours d'une maladie aiguë, si l'on en juge par l'extrait suivant d'une lettre que Mentz adressait à son fils :

« In Domino Petschken, in quo, nt tibi notum, anditus, visus, tactus, et loquela aberant, a duobus dosibus phosphori ad scrupulum semis exhibitis, hic effectus secutus est, ut omnes convulsiones, subsultus tendinum, et alia symptomata, intra tres horas cessarent, lenis mador et somnus sequeretur, illeque tertio die, omnium sensuum usu restituto, in Hypocausto ambulare posset. » (J. G. Mentz. — *Dissertatio inaug. de phosphori virtute medica*, 1751, Vitembergae, p. XII.)

Expériences sur les animaux.

Obs. XLV. — Le vétérinaire Pilger a expérimenté le phosphore chez quelques animaux.

Deux chevaux extrêmement affaiblis se ranimèrent, se relevèrent sur leurs jambes et mangèrent après avoir pris chacun quatre grains de cette substance dissous dans l'huile de lis.

Dans un autre cas, cinq grains de phosphore rendirent des forces à

un vieux cheval affaibli et malade. (PILGER. — *Mémoire de la Société des sciences, agriculture et arts de Strasbourg*, t. I, p. 397.)

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Les numéros du 3 janvier au 25 décembre 1863 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Cancer de l'arrière-gorge*, par M. Heath. 2° *Clinique obstétricale*, par M. Ramshotham. 3° *Empoisonnement par l'ellébore verte*, par M. Edwards. 4° *Sur la fistule vésico-utérine*, par M. Lane. 5° *Cas de fistule urétro-intestinale*, par M. Mc Whinnie. 6° *Rupture de l'aorte chez une jeune femme*, par M. Hill. 7° *Action du perchlorure de fer sur la phthisie*, par M. Payne Cotton. 8° *Cas de plaie par arme à feu*, par M. Manifold. 9° *Sur la mortalité de la première enfance*, par M. Whitehead. 10° *Cas de pustule maligne*, par M. Edmunds. 11° *Observations cliniques sur l'effet de la diète et des médicaments dans deux cas de diabète sucré*, par M. Smart. 12° *Moyens de faciliter l'usage du laryngoscope*, par M. Johnson. 13° *Sur la santé publique dans les districts cotonniers*, par M. Beddoc. 14° *Empoisonnement par l'acide nitrique*, par M. Higinbothom. 15° *Deux cas de maladies de l'ovaire*, par M. Hussey. 16° *Sur l'aphonie fonctionnelle*, par M. Mackenzie. 17° *Cas d'astigmatisme; succès complet de verres cylindriques*, par M. Lawrence. 18° *Emploi de la digitale dans le délire alcoolique*, par M. Kesteven. 19° *Recherches physiologiques*, par M. Haughton. 20° *Sur les eaux minérales de l'Angleterre et du continent*, par M. Aetbaus. 21° *Emploi de l'acide cyanhydrique dans le traitement de la folie*, par M. Mc Leod. 22° *Recherches ethnologiques*, par M. Knox. 23° *Cas d'ovariotomie*, par M. Hulme (péritonite ; mort en neuf jours). 24° *Fracture intra capsulaire du col du fémur, suivie de consolidation osseuse*, par M. Mason. 25° *Deux cas d'ovariotomie*, par M. Spencer Wells. 26° *Cas de nécrose du fémur*, par M. Knaggs. 27° *Une hystérique modèle*, par M. Ellis. 28° *Sur un cas remarquable de sommeil profond et prolongé*, par M. Cousins. 29° *Deux cas de fistules vésico-intestinales*, par M. Bainbridge. 30° *Notes sur divers accouchements*, par M. Doig. 31° *Mariages consanguins*, par M. Child. 32° *Qu'est-ce que le diabète?* par M. Venables. 33° *Cas mortel de morsure par un serpent*, par M. Emannel. 34° *Sur l'étude de la circulation du sang*, par M. Robinson. 35° *Abcès de la rate ouvert dans le poumon gauche*, par M. Mantell. 36° *Effets de la solution de la fève de Calabar sur l'accommodation de l'œil et sur la pupille*, par M. Soelberg Wells. 37° *Sur l'iridectomie dans l'ulcération destructive de la cornée*, par M. Carter. 38° *Sur les tumeurs anévrismales du cou*, par M. Cockle. 39° *Action de l'acide phosphorique sur la phthisie*, par M. Payne Cotton. 40° *Dystocie dans ses rapports avec l'idiotie*, par M. Mitchells. 41° *Sur les souffles artériels au début de la phthisie*, par M. Kirker. 42° *Convulsions épileptiques puerpérales*, par M. Cayton. 43° *Cas probable d'inoculation vaccino-syphilitique*, par M. Carter. 44° *Nouveau mode de traitement du placenta prævia*, par M. Moor. 45° *Procédé perfectionné pour obtenir l'anesthésie locale par l'emploi du froid*, par M. Arnolt. 46° *Sur l'emploi du laryngoscope*, par M. Johnson. 47° *Sur la ligature de la carotide dans le cas de compression progressive du cerveau par un épanchement sanguin*, par M. Furneaux Jordan. 48° *Sur la chorée dans ses rapports avec les affections valvulaires du cœur*, par M. Kirkes. 49° *Sur la syphilis latente; ses effets sur les femmes saines et sur le fœtus*, par M. Langston Parker. 50° *Anévrisme de la carotide primitive chez un sujet de 15 ans*, par M. Knaggs. 51° *Atrophie musculaire progressive traitée avec succès par l'iodure de potassium*, par M. Taylor. 52° *Emploi du nitrate d'ammoniaque dans l'irritation de la vessie*, par M. Meade. 53° *Nouvelle méthode de traiter les maladies en agissant sur la circulation dans diverses parties du corps*, par M. Chapman. 54° *Usage et abus de la vaccination*, par M. Godfrey. 55° *Recherches expérimentales sur les effets de l'application de la glace à la nuque*, par M. Jackson. 56° *Cas de polydactylie héréditaire*, par M. Mitchell. 57° *Observations de convulsions, d'épilepsie, de vertiges, etc.*, par M. Ogle. 58° *Vomissements rebelles chez une femme enceinte, suivis de mort*, par M. Lang. 59° *Instrument pour fixer le laryngoscope*, par M. Mackenzie. 60° *Quelques remarques sur le délire alcoolique*, par M. Hardwick. 61° *Cas intéressant de surdi-mutité héréditaire*, par M. Mitchell. 62° *Compte rendu d'une expérience faite avec le chancre indien*, par M. Campbell. 63° *Empoisonnement par le turbith minéral*, par M. Lowndes. 64° *Cas rare et difficile afférent à la question de l'ovariotomie*, par M. Gairdner. 65° *Procédé nouveau pour fixer les manches du forceps*, par M. Gayton. 66° *Sur quelques effets du chancre indien*, par M. Dohell. 67° *Sur la nature particulière des cicatrices consécutives aux brûlures*, par M. James. 68° *Surdi-mutité héréditaire*, par M. Anderson. 69° *Projet de praphylaxie de l'affection cystique en Islande*, par M. Leared. 70° *Sur l'emploi du tannin dans le traitement des conjonctivites*, par M. Sheraton. 71° *Sur l'administration du chloroforme*, par M. Sansom. 72° *Sur Ajaccio considéré comme station hivernale*, par M. Walker. 73° *Resection du genou pour remédier à une ankylose*, par M. Smith. 74° *Deux opérations césariennes suivies de succès*, par M. Fossig. 75° *Emploi de la glace à l'extérieur dans le traitement du diabète et des paralysies*, par M. Chapman. 76° *Progrès récents dans l'opération de la cataracte*, par M. Carter. 77° *Trois cas de conjonctivite avec dépôts fibrineux sur les paupières*, par M. Hulme. 78° *Sur le traitement de la syphilis héréditaire*, par M. Allingham. 79° *Trois cas d'empyème*, par M. Hine. 80° *Cas de polype de l'utérus, etc.*, par M. Cockle. 81° *Cas de lacération du vagin pendant le travail*, par M. Fowler. 82° *Observations sur le catarrhe d'été*, par M. Smith. 83° *Empoisonnement par les champignons*, par M. Taylor. 84° *Sur la paralysie infantile*, par M. Heine. 85° *Sur l'emploi de la laminaria digitata pour faire des tentes utérines*, par M. Wilson. 86° *Cas de nénatopathie*, par M. Dickson. 87° *Encéphalome intra-orbitaire; extirpation; pas de récidive*, par M. Carter. 88° *Expériences sur la dialyse*, par MM. Barclay et Fraser. 89° *Cas de leucocythémie lymphotique*, par M. Hounsell. 90° *Sur le traitement du prolapsus du cordon*, par M. Earle.

SUR UN CAS DE FISTULE VÉSICO-UTÉRINE ; par le docteur J. LANE, chirurgien de l'hôpital Sainte-Marie.

La malade dont M. Lane parle dans cette observation était une femme âgée de 45 ans. La fistule vésico-utérine, suite d'un accouchement laborieux, existait depuis quatre mois. L'écoulement de l'urine était incessante et la malade se trouvait, par le fait de cette infirmité, dans l'impossibilité de gagner sa vie. M. Lane aviva les bords de l'orifice du museau de tanche et les rénnit au moyen de plusieurs points de suture métallique. La réunion se fit par première intention, et l'opération ne fut suivie d'aucun accident. La malade eut ses règles quelques jours plus tard, et elle continua à être menstruée régulièrement et sans douleur.

M. Lane avait d'abord songé à employer chez cette femme le premier procédé opératoire indiqué par M. Jobert de Lamballe (incisions latérales assez larges pour rendre la fistule accessible, puis application des sutures comme pour la fistule vésico-vaginale), mais il y avait renoncé en raison des dangers inhérents de l'opération. La fistule se trouvait dans le voisinage immédiat du péritoine, et les incisions du côté des ligaments larges auraient été très-facilement suivies de péritonite ou d'une suppuration diffuse du tissu cellulaire du petit bassin, si même elles n'avaient pas entamé le péritoine.

Quant aux inconvénients de l'occlusion du museau de tanche, M. Lane fait remarquer qu'ils se réduisent à peu de chose dans les conditions où se trouvait sa malade. Elle était âgée de 45 ans, et par conséquent la barrière opposée à la fécondation d'une part, à la menstruation de l'autre, ne pouvait en réalité être considérée comme une mutilation. Au reste, les conditions dans lesquelles se produisent à peu près toujours les fistules vésico-utérines sont telles que l'idée même de cette mutilation ne peut guère préoccuper le chirurgien. D'une part, les souffrances que la femme a endurées pendant le travail de l'accouchement et la connaissance qu'elle a des dangers qu'elle a courus ne sont pas de nature à lui faire regretter la faculté perdue de devenir enceinte. D'autre part, la femme qui se trouve dans ces conditions est parfaitement en droit de se mettre exclusivement au point de vue de sa conservation personnelle. Elle peut se dire qu'elle a rempli ses devoirs à l'égard de la société en procréant, à supposer que cette pensée puisse être pour elle une source de satisfaction, et en outre elle est parfaitement en droit d'accepter la suppression d'une fonction dont l'accomplissement n'est possible qu'en faisant courir à son existence de graves dangers.

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LES EFFETS DU RÉGIME ET DE DIVERS MÉDICAMENTS CHEZ DEUX DIABÉTIQUES; par M. SMART.

Les expériences dont il s'agit ont été faites dans le service du professeur Laycock, à l'infirmerie royale d'Edinburgh. Elles ont embrassé en tout une période de dix semaines.

Dans la première série d'expériences, on a recherché l'influence que diverses substances exerçaient sur l'élimination du sucre par les urines. On faisait ces expériences simultanément sur les deux malades que l'on avait placés, autant que cela pouvait se faire, dans des conditions identiques. Les substances que l'on voulait expérimenter étaient administrées à tous les deux à dose identique. L'analyse des urines fut faite à plusieurs reprises pendant le cours de chaque expérience. La plupart des expériences ont été prolongées pendant plusieurs jours, et l'on n'a considéré comme concluantes que celles qui ont donné des résultats identiques ou semblables chez les deux sujets. On a tenu compte en même temps de l'élimination de l'urée, de la quantité d'urine sécrétée, du poids des excrétions alvines. On pesait les malades de temps en temps, et l'on connaissait exactement le poids des aliments ingérés et la proportion d'eau qu'ils contenaient, ainsi que la quantité de boissons consommées.

Dans la liste qui suit on a rangé les diverses substances en commençant par celles qui ont augmenté le plus notablement l'élimination de sucre et en suivant un ordre décroissant.

Le sucre de canne produisait une augmentation considérable de la diurèse et de la proportion de sucre contenue dans l'urine; la soif devenait en même temps beaucoup plus vive.

Le riz, contrairement à ce que l'on admet généralement, se rangeait immédiatement après le sucre, ce qui ne saurait être expliqué en tenant compte exclusivement de la proportion d'amidon et de sucre qu'il contient.

En troisième ligne se trouvent les pommes de terre, et en quatrième, fait bien digne à noter, le pain de gluten. On se demande, d'après ce résultat, si le pain de gluten dont M. Laycock s'est servi n'était pas falsifié, et cela d'autant plus qu'il est dit que les malades préféraient ce pain au pain ordinaire, qu'on ne s'est pas assuré de sa composition exacte, et qu'il avait un goût douceâtre. M. Laycock dit cependant qu'il ne contenait pas de sucre.

On a fait des expériences nombreuses avec le pain blanc, et les résultats en ont été invariablement les mêmes : il produisait moins de sucre que le pain de gluten et plus que le pain bis et le gruau. Le pain de son se rangeait à peu près dans la même catégorie.

Le gruau, mélangé de parties égales aux autres farines, produisait une diminution très-notable dans l'élimination de sucre et la quantité d'urine, mais ce mélange était désagréable aux malades.

Lorsque les malades étaient mis exclusivement à l'usage des œufs, on observait une diminution progressive de l'urine et du sucre, et l'on serait probablement arrivé à supprimer complétement la glycosurie s'il avait été possible de les astreindre assez longtemps.

Dans les expériences faites avec un régime lacté exclusif, il ne parut pas que le sucre de lait se transformât en glucose, et le sucre disparut progressivement de l'urine, comme pendant le régime exclusif d'œufs; mais ici encore il ne fut pas possible d'astreindre pendant un temps suffisamment long les malades à un régime exclusif.

Régime animal (œufs, lait, poissons, bœuf, mouton, etc., donnés séparément ou en mélange), conséquence invariable : 1° diminution progressive de l'élimination de sucre et de la sécrétion urinaire; 2° amendement notable de la faim et de la soif; 3° augmentation de la densité de l'urine.

Légumes, tels que choux et navets : augmentation sensible du sucre éliminé, mais dans une proportion moindre qu'on ne le pense généralement. Ces aliments produisaient facilement des troubles de la digestion.

L'huile de foie de morue et les graines produisaient les mêmes résultats que la diète animale, mais les malades éprouvaient invariablement des nausées quand ils en avaient fait usage pendant quelque temps.

Régimes mixtes : sous l'influence de ces divers régimes, la quantité de sucre éliminé était invariablement proportionnelle au sucre et à l'amidon contenu dans les aliments.

Voici maintenant les faits relatifs aux médicaments qui ont été expérimentés :

Permanganate de potasse : soif soulagée; urine moins dense, mais augmentée de quantité, de même que le sucre.

Permanganate de fer : appétit plus vif, pas d'amendement de la soif; sucre augmenté, pas d'influence sur l'abondance de l'urine.

Glycérine : augmentation de la soif, de la sécrétion urinaire et de la quantité totale de sucre éliminé; diminution de la densité de l'urine.

Chloroforme en inhalations répétées toutes les deux heures. Augmentation notable de la quantité d'urine sécrétée, diminution de sa densité, augmentation de la quantité totale de sucre éliminé dans les vingt-quatre heures. Ce dernier effet paraît être dû seulement à l'effet diurétique du chloroforme.

Les éthers sulfurique et chlorique exerçaient une action analogue, mais moins prononcée.

Strychnine. On commença par en administrer 1/40e de grain trois fois par jour, et l'on augmenta peu à peu la dose jusqu'au moment où l'on constata les premiers signes de l'action physiologique de la strychnine sur le système nerveux. Le sucre diminua progressivement et proportionnellement à la dose de strychnine; la santé générale était bonne et les malades gagnaient du poids.

Sur l'emploi de l'acide cyanhydrique dans le traitement de l'aliénation mentale; par le docteur Kenneth Mc Leod.

M. Mc Leod a traité par l'acide prussique 40 individus atteints des affections mentales suivantes, savoir : 18 de manie aiguë, 4 de manie chronique avec ou sans paroxysmes aigus, 2 de manie menstruelle, 2 de manie puerpérale, 1 de manie récurrente, 2 de manie épileptique avec excitation menstruelle, 2 de manie avec hémiplégie, 5 de manie avec paralysie générale, 1 de manie avec hydrocéphale chronique, 3 de mélancolie aiguë et 3 de mélancolie chronique.

Dans tous ces cas, il existait un état d'exaltation des fonctions cérébrales qui pouvait au moins justifier *à priori* l'emploi de l'acide prussique.

Chez tous les sujets, l'effet de la médication a été très-manifeste. Il se manifestait exclusivement dans la sphère psychique, et consistait en une cessation ou une diminution brusque ou progressive des phénomènes d'excitation. Pendant que cette modification survenait, quelques-uns des malades recouvraient le sommeil, tandis qu'il n'en était pas de même chez d'autres.

Les effets du traitement se sont d'ailleurs produits à des degrés très-divers, et ont eu une durée fort variable.

Dans les cas de manie et de mélancolie graves et de vieille date, accompagnant des affections organiques du cerveau et du corps, l'action sédative a été lente à se produire, prompte à s'effacer, et il était difficile de la prolonger.

Dans les cas de manie et de mélancolie récentes, sans changement de textures graves, l'amélioration s'est produite immédiatement et a fait des progrès soutenus.

Les paroxysmes maniaques des épileptiques et des paralytiques généraux, ceux qui s'étaient produits sous l'influence de la menstruation et les paroxysmes de mélancolie aiguë ont cédé rapidement, quelquefois à une seule dose, et ailleurs à un petit nombre de doses élevées, administrées à intervalles rapprochés.

Dans les cas même où l'effet a été seulement palliatif et transitoire, il devait en somme être considéré comme un grand bénéfice pour le malade. Il rendait inutile l'emploi de mesures coercitives irritantes, facilitait le service, etc. Dans un certain nombre de cas, il s'est produit une amélioration progressive. Enfin, chez plusieurs sujets l'emploi de l'acide prussique a contribué au moins pour une très-large part à une guérison définitive. Dans cette dernière catégorie se rangent 6 cas de manie aiguë et 2 de mélancolie aiguë.

M. Mc Leod a employé invariablement l'acide prussique étendu de Scheele, soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques. Il lui a paru présenter, comparativement avec les autres agents hypnotiques, les avantages suivants : 1° la rapidité, la constance et la simplicité de ses effets; 2° son maniement facile, l'absence de propriétés cumulatives; 3° l'absence de tout trouble physiologique désagréable, concomitant ou consécutif; 4° sa concentration, son état incolore, la facilité avec laquelle il se mêle avec la plupart des liquides; 5° l'absence de toute odeur ou saveur désagréable, détail fort important quand on a affaire à des aliénés qui se révoltent volontiers contre l'emploi des médicaments.

En somme, M. Mc Leod recommande vivement l'emploi de l'acide prussique dans tous les cas d'aliénation mentale qui s'accompagnent d'une surexcitation cérébrale, et l'on trouvera dans les observations annexées à son travail des raisons suffisantes pour suivre son exemple, au moins à titre d'essai.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. DECAISNE.

Étude sur la voix : par M. Éd. Fournié. (Extrait par l'auteur.)

(Commissaires : MM. Pouillet, Milne Edwards, Longet.)

En déterminant tous les phénomènes de la voix, soit avec des anches de caoutchouc, soit avec des larynx de cadavre et en s'aidant aussi de l'examen laryngoscopique, l'auteur de ce travail a cherché à démontrer :

1° Que la glotte est une anche membraneuse fonctionnant d'après des principes méconnus jusqu'ici ;

2° Que la production des tons de la voix est le résultat de l'action combinée d'une tension en longueur, d'une tension latérale et de la diminution ou de l'agrandissement de la partie vibrante de l'anche ;

3° Que la voix de poitrine est caractérisée surtout par l'affrontement des rubans vocaux selon toute leur profondeur possible ;

4° Que dans la voix mixte, les cordes vocales sont séparées légèrement d'avant en arrière et que la muqueuse qui les recouvre vibre dans cet intervalle : ici la tension latérale est plus faible que la tension en longueur ; aussi les rubans vocaux sont-ils très-minces ;

5° Que la voix de fausset est produite par une anche très-petite qui occupe environ le tiers antérieur des cordes vocales. Les deux tiers postérieurs sont maintenus solidement au contact par l'action des constricteurs moyen et inférieur du pharynx et par la contraction du faisceau latéral du muscle thyro-aryténoïdien. Les tons sont formés par la variation d'étendue de l'anche et par la tension longitudinale.

L'auteur a appuyé ses preuves par la présentation d'un larynx artificiel composé d'une anche de caoutchouc à l'extrémité d'un tbe et surmontée d'un tuyau qui imite plus ou moins bien le tuyau vocal. Le mécanisme de la production du son dans cet instrument est établi d'après les principes mentionnés plus haut : une clef pour produire les tensions longitudinale et latérale ; trois pédales pour diminuer progressivement les dimensions de l'anche.

— M. Belhomme prie l'Académie de vouloir bien se prononcer sur la part qui lui revient dans les résultats obtenus relativement à la détermination du nœud vital. Il ajoute que « ses travaux ne contredisent en rien ce qu'a pu faire M. Flourens. »

M. Flourens fait remarquer que des faits de cet ordre ne devraient pas être ainsi avancés sans preuve. L'auteur de la lettre n'a rien fait sur le système nerveux qui ait fixé l'attention. Ses assertions sont sans aucun fondement et ses prétentions purement gratuites.

La lettre de M. Belhomme est renvoyée à une commission composée de MM. Coste, Bernard et Longet, qui jugera s'il y a lieu de demander à l'auteur de préciser sa demande.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 13 avril courant, par lequel est approuvée la nomination de M. Pidoux au titre de membre titulaire dans la section de thérapeutique.

Sur l'invitation de M. le président, M. Pidoux prend séance.

— M. le ministre du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1863, dans les départements de la Moselle et de la Côte-d'Or.

Le chef du cabinet de l'empereur transmet un mémoire sur le traitement du choléra asiatique, par M. le docteur Mailloux, médecin du roi Radama II (de Madagascar). (Commission du choléra.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire sur les causes qui déterminent la fièvre jaune et sur les moyens d'y remédier, par M. Herrant. (Commission de la fievre jaune.)

2° Un travail sur l'ataxie locomotrice progressive des centres nerveux, par M. le docteur Bouchard, chirurgien de l'hospice de Saumur. (Commissaires : MM. Trousseau et Pidoux.)

— M. Mélier donne lecture d'une nouvelle lettre de M. le docteur Collin relative aux trois cas d'accidents graves produits par l'inoculation présumée de l'*oïdium tuckerii*. Un des malades a succombé et un autre est dans une situation très-périlleuse.

L'auteur signale trois nouveaux cas qui viennent de se manifester à la suite de blessures faites dans les mêmes conditions.

Une première expérience tentée sur des lapins n'a pas réussi.

M. Mélier présente ensuite, de la part de M. le docteur Faget (de la Nouvelle-Orléans), un mémoire sur la fièvre jaune. (Commission de la fièvre jaune.)

— M. Devilliers, au nom de M. le docteur Lecadre (du Havre), dépose sur le bureau un mémoire intitulé : « Examen comparatif des divers forceps. »

— M. Béclard fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), des « Recherches sur la microscopie photographique du système nerveux. »

Ce pathologiste s'est proposé de représenter par la photographie l'étude du système nerveux à l'état normal et à l'état pathologique.

Pour atteindre ce but, il faut être familiarisé à la fois avec l'usage du microscope et avec les manipulations photographiques. Après bien des essais qui datent de plusieurs années, M. Duchenne a réussi à obtenir avec une grande netteté, d'après des préparations microscopiques, l'image d'éléments nerveux et de coupes transversales ou longitudinales de différentes parties du système nerveux à des grossissements divers et considérables (de quelques diamètres à 1,000 et 2,000 diamètres).

Il vient aujourd'hui présenter à l'Académie deux séries de ces études formant un ensemble de 31 figures photographiques. La première série montre, à des grossissements de 200 à 1,000 diamètres, l'état de racines dilacérées ou coupées transversalement, provenant de plusieurs cas de l'espèce morbide qu'il a décrite sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive*. La seconde représente, à l'état normal et à des grossissements de 10 à 200 diamètres, les divers points d'une coupe transversale de la moelle d'un homme adulte.

— M. Grisolle, au nom de M. le docteur Blin (de Saint-Quentin), dépose sur le bureau un travail sur la contagion de l'érysipèle. (Commissaires : MM. Malgaigne, Joly et Gosselin.)

— M. Civiale offre à l'Académie une brochure sur les principes fondamentaux de l'art de broyer la pierre dans la vessie.

RAPPORTS. — GANGRÈNE DU CERVEAU.

M. Ch. Robin, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Baillarger, Louis et Cloquet, donne lecture d'un rapport sur un cas de gangrène du cerveau, présenté à l'Académie, le 3 mars 1863, par M. le docteur Decaisne (d'Anvers). Ce travail est intitulé : « Gangrène d'une partie de la base de l'encéphale reconnaissant pour cause une thrombose survenue à la suite d'une phlébite spontanée du sinus latéral droit. Considérations relatives à l'histoire clinique et anatomo-pathologique de cette région du cerveau. »

Il s'agit d'un homme de 26 ans, lymphatique, sans maladies antérieures, occupé à des travaux de fortifications. Après quelques accès fébriles intermittents, compliqués d'accidents pernicieux du côté du cerveau, de surdité persistante et d'otite à droite, le malade mourut au quinzième jour de la maladie subitement dans une sorte de syncope. A l'autopsie, faite trente-deux heures après la mort, il s'échappa de la cavité cranienne une odeur d'une extrême fétidité... On trouva du pus dans les fosses occipitales et jusque dans le canal rachidien. Les parois du sinus latéral droit étaient noires, épaissies, friables ; la cavité du sinus était distendue et oblitérée par une masse puriforme, circonscrite par du sang coagulé, coagulation qui s'étendait jusque dans les veines s'abouchant dans ce sinus. A la base de l'encéphale, on remarquait une coloration ardoisée dans les points les moins affectés, bleu noirâtre, et même tout à fait noire dans ceux qui étaient plus fortement atteints, avec ramollissement de la substance nerveuse.

M. le rapporteur ajoute que l'observation de M. Decaisne, enrichie de recherches historiques et de considérations sur l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de la gangrène du cerveau, constitue la monographie la plus complète qui existe sur ce sujet.

Il propose, au nom de la commission, de remercier M. Decaisne de sa remarquable communication, et de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant, dans la section de médecine vétérinaire.

La commission propose la liste suivante :

En première ligne....... M. Chauveau.
En deuxième ligne....... M. Lafosse.
En troisième ligne....... M. Lavocat.

Sur 67 votants... M. Chauveau obtient.... 41 suffrages.
— M. Lafosse.......... 22 —
— M. Lavocat.......... 4 —

En conséquence, M. Chauveau est nommé correspondant.

TÉNIA SOLIUM RENDU VIVANT PAR L'URÈTRE.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Ségalas, qui donne lecture d'un rapport sur une observation de ténia rendu vivant par l'urètre, observation communiquée par M. le docteur Johert (de Guyonvelle).

L'enfant qui fait le sujet de cette observation, né hydrocéphale, avait, pendant les premiers temps de sa vie, présenté des troubles variés du système nerveux, notamment des vertiges et des crises épileptiformes. Puis, en dernier lieu, des douleurs à la région sus-pubienne et de fréquentes difficultés dans la miction.

Un soir, cet enfant sortit et alla uriner contre la porte du jardin. Sa mère remarqua, à l'endroit que l'enfant venait de quitter, un ver encore vivant qu'elle s'empressa de porter à M. le docteur Johert.

Ce ver, examiné ultérieurement par M. Ch. Robin, fut reconnu pour un ténia solium, mais différant, à quelques égards, des ténias ordinaires.

M. le rapporteur passe en revue les raisons qui rendent plus ou moins probable ce fait, et propose, au nom de la commission, de remercier M. le docteur Johert, et de déposer son travail dans les archives.

M. Bouillaud demande la parole. Il regrette de ne pouvoir accepter le jugement porté par M. Ségalas dans cette circonstance. L'observation ne lui paraît pas présenter les garanties suffisantes pour être admise dans la science. On prétend que le ténia a été rendu vivant par l'urèthre. Mais qu'est-ce qui le prouve? qui l'a vu? L'auteur ne l'a point vu lui-même; il le tient du rapport de la mère. Rien ne démontre donc la réalité du fait.

D'un autre côté, on insiste beaucoup sur les phénomènes généraux qui ont précédé cette prétendue expulsion du ténia par les voies urinaires. Je ne veux pas examiner en ce moment le rapport qui peut exister en général entre la présence des vers dans l'organisme et les accidents épileptiformes. Mais pour le ténia en particulier, je déclare que je ne connais pas un seul fait qui montre cette relation. Les chiens, chez qui la présence du ténia est si fréquente qu'on ne fait presque pas une autopsie de ces animaux sans en rencontrer, présentent-ils jamais des accidents épileptiques?

On ne doit pas accepter un fait aussi contraire à tout ce qui est établi dans la science, sans en avoir prouvé la réalité de la manière la plus évidente. Je suis donc d'avis qu'il faut attendre avant de l'admettre qu'on ait sur ce fait des renseignements plus précis.

M. Ricord : Ce fait pourrait s'expliquer peut-être par l'existence d'une communication anormale entre l'intestin et la vessie. J'ai vu récemment avec M. le docteur Dechambre un cas de ce genre chez une femme qui rendait des gaz intestinaux par les voies urinaires. Le fait me paraît donc admissible.

M. Bouillaud : Sans doute le fait serait explicable de cette manière, mais il a été dit dans le rapport qu'il n'existait point de communication de ce genre. C'est pour cela que j'ai pris la parole.

M. Ségalas : J'ai eu le soin de faire remarquer que c'était là un fait insolite; j'ai dit, en effet, que rien ne prouvait dans l'observation qu'il y eût une voie de communication entre l'intestin et la vessie. Mais je ne vois pas d'un autre côté qu'il ait jamais été établi comme impossible qu'un ténia pût se développer dans les organes urinaires.

M. Bouillaud propose le renvoi du rapport à la commission.

M. Ségalas déclare ne pas s'opposer à ce renvoi.

Personne n'y faisant opposition, le renvoi est ordonné.

ORIGINE DES ACCÈS ET LOI DE SES INTERMITTENCES.

M. Bouillaud donne lecture d'un rapport sur un travail ayant pour titre : « Recherches sur l'origine de l'accès et sur la loi de ses intermittences, par M. le docteur Danet. »

Voici en quels termes se résume la théorie de l'accès et de l'intermittence que M. Danet expose dans son mémoire :

Tous les accès, quelle que soit leur forme ou leur nature, lui semblent produits par un mécanisme toujours le même, savoir : l'arrêt momentané dans la circulation d'une matière à excréter de l'économie.

Qu'il s'agisse d'un accès d'épilepsie, d'hystérie, de chorée, d'éclampsie, de manie, d'hypocondrie, de mélancolie, d'asthme, etc., ou bien d'un accès de fièvre intermittente quotidienne, tierce, quarte, etc., ou bien encore d'une simple rémittence, la série de symptômes qui le constitue est le résultat d'un effort de l'organisme contre l'obstacle ci-dessus indiqué.

Tout accès intermittent a son siége, sa cause ou son point de départ dans un organe à fonction intermittente. Tout accès périodique a son siége, sa cause ou son point de départ dans un organe à fonction périodique.

Il y a longtemps, dit M. le rapporteur, qu'après avoir exposé et discuté les principales théories dont l'intermittence pyrétologique avait été l'objet, je terminais ainsi : « Il faut conclure que l'intermittence des fièvres, avec ses types divers, constitue encore aujourd'hui un des plus profonds mystères de la médecine. » Plût à Dieu que la théorie de l'intermittence ne fût plus, après les recherches de M. le docteur Danet, un des plus profonds mystères de la médecine! Mais, je le demande, dans quel organe à fonction périodique tout accès périodique a-t-il son siége, sa cause, son point de départ? et quel est l'arrêt momentané dans la circulation d'une matière à excréter de l'économie qui produit tout accès de ce genre? Que si l'on répondait d'une manière claire, précise, à cette double question, on n'aurait encore satisfait qu'à deux conditions du problème; étant donnés l'organe à fonction intermittente périodique qui est le point de départ de l'accès, et le mode d'obstruction, d'oblitération, qui s'oppose au cours d'une matière à excréter, il faudra expliquer comment et pourquoi l'accès reviendra tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours, tantôt tous les trois jours, etc. Cette explication donnée, il faudra faire voir encore comment le sulfate de quinine se dirigera, se transportera vers l'organe affecté, vaincra l'obstacle qui ne s'y trouve plus, etc.

Toutefois, ajoute M. Bouillaud, ces questions, qui ne trouveraient pas aujourd'hui, même dans cette enceinte, une solution satisfaisante, n'appartiennent pas cependant à l'ordre des questions qui échappent à la portée de l'esprit humain; de sorte qu'il est permis d'espérer que la conquête de ce progrès est réservée à l'avenir. S'il en est ainsi, il y aurait un moyen de hâter l'avénement de ce nouveau progrès : ce serait que l'Académie proposât cette question pour sujet de l'un de ses prix.

Après avoir rendu hommage au courage avec lequel M. Danet a entrepris de résoudre ce problème et exprimé l'espoir qu'en redoublant d'efforts il finira par triompher, M. Bouillaud termine son rapport en proposant à l'Académie de remercier l'auteur de sa communication et de déposer son mémoire dans les *Archives*. (Adopté.)

PRÉSENTATIONS.

Un chirurgien anglais présente à l'Académie une tumeur ovarique qu'il a extraite il y a quatre jours, et il rend compte de vive voix des principales particularités de l'opération.

— M. le docteur Ed. Fournié présente un larynx artificiel.

Les physiologistes, dit-il, qui depuis les expériences de Ferrein ont cherché à reproduire sur le cadavre les phénomènes de la voix, n'ont eu égard qu'à la tension en longueur des rubans vocaux.

Persuadé que cette tension longitudinale était insuffisante, et cherchant à imiter dans mes expériences l'action physiologique des muscles thyro-aryténoïdiens qui doublent les cordes vocales, j'ai eu l'idée de pratiquer sur les faces latérales du cartilage thyroïde deux fenêtres qui mettent la face externe de ces muscles à découvert. Deux coins de bois introduits dans ces fenêtres me permettent d'opérer la tension latérale des rubans vocaux, et en même temps l'occlusion de la glotte dans une certaine étendue.

En rapprochant les résultats de ces expériences de ceux obtenus par l'examen laryngoscopique, je suis parvenu, je crois, à surprendre le mécanisme merveilleusement simple de la production de la voix.

Je me résume en quelques mots : tous les tons de la voix sont le produit de la combinaison à des degrés variables de trois actions différentes :

1° Tension en longueur effectuée par les crico-thyroïdiens, les crico-aryténoïdiens postérieurs et les muscles extrinsèques;

2° Tension latérale effectuée par la contraction du faisceau horizontal des muscles thyro-aryténoïdiens;

3° Occlusion progressive de la glotte par les constricteurs inférieurs et moyens du pharynx rapprochant les lames du thyroïde, par le crico-aryténoïdien latéral, et enfin par le faisceau latéral externe du muscle thyro-aryténoïdien.

Comme confirmation des principes énoncés ci-dessus, et en même temps pour rendre la démonstration plus facile, j'ai eu l'idée de réaliser artificiellement les phénomènes vocaux tels qu'ils sont produits par le larynx humain.

Je me suis aidé en cela de la coopération intelligente de M. Charrière fils pour la partie mécanique, et de M. Galante pour les anches de caoutchouc.

Une anche de caoutchouc, mesurant à son ouverture 25 millimètres de longueur, est fixée par l'une de ses extrémités à une tige ; l'autre extrémité est saisie par une pince, destinée à pratiquer l'extension longitudinale et latérale de l'anche.

Cette anche se continue à sa partie inférieure avec un tube de caoutchouc, qui sert d'insufflateur. Un cadre de fer imitant la charpente laryngienne entoure ces différentes parties. Sur cette charpente, on fixe trois ressorts terminés à leur partie supérieure par trois palettes, sorte de pédales analogues à celles du piano qui, par la pression des doigts, peuvent effectuer progressivement l'occlusion de l'anche dans la moitié de sa longueur. Cet appareil est recouvert d'une chemise de caoutchouc, et surmonté d'un tuyau imitant plus ou moins bien le tuyau vocal.

Le mécanisme de cet instrument est plus simple que celui des instruments de musique généralement employés, et son maniement est par conséquent plus facile. Il faut à peine quelques instants pour apprendre à combiner les trois actions de manière à produire tous les tons compris dans plus de deux octaves, et même à jouer un air facile.

M. Fournié fait l'épreuve de cet instrument devant l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Bulletin des travaux de la Société de médecine d'Alger. — Tome II, troisième et quatrième trimestre 1863. — Alger, typographie Duclaux.

La Société de médecine d'Alger poursuit activement le cours de ses intéressants travaux, ainsi que nous le démontrera l'analyse des principaux mémoires renfermés dans ses bulletins.

Dans la relation d'une *épidémie de typhus observée dans les tribus kabyles des Beni-Aïdel et de l'Arrach* (cercle de Sétif, province de Constantine), MM. les médecins principaux Léonard et Marit nous donnent une esquisse substantielle de cette terrible maladie qui, inconnue jusqu'alors dans le nord de l'Afrique, fit sa première apparition aux mois de février et mars 1863 dans des villages situés à une hauteur de près de 1,000 mètres.

Et telle était l'influence dévastatrice de ce typhus que, pendant ces deux mois, la population de Sédourk, qui se composait de 1,000 habitants, perdit 130 personnes sur un chiffre de 240 individus atteints par le fléau. Et en y comprenant les divers cas disséminés dans quelques autres villages, nous trouvons que cette épidémie typhique frappa 330 individus, parmi lesquels 162 moururent.

Les adultes, et plus spécialement les femmes que les hommes, furent de préférence atteints.

Nous ne saurions suivre MM. Léonard et Marit dans l'exposé caractéristique de cette épidémie, ni même dans la recherche des données étiologiques qui ont présidé à son évolution. L'observation rigoureuse des mesures hygiéniques prescrites par ces savants praticiens, en mettant promptement fin à cette épidémie naissante, vint sanctionner de tous points la justesse de leurs prévisions, et mettre encore une fois en complète évidence les graves dangers inhérents aux grandes agglomérations d'hommes sur les mêmes emplacements.

« Depuis que nous occupons l'Algérie, disent MM. Léonard et Marit, les endémo-épidémies graves et meurtrières de fièvres palustres et de dyssenteries sont les seules qui aient en permanence exercé des ravages dans cette contrée. Le choléra, la méningite cérébro-spinale, la variole, y ont accidentellement, sous forme d'épidémie, fait plusieurs apparitions; mais *le typhus épidémique n'y a jamais été observé*..... A quoi a été due cette immunité?..... Disons plutôt que si nos légions qui ont sillonné le sol algérien partout et dans tous les sens ont échappé aux attaques du typhus, elles le doivent à leurs campements aussi mobiles que l'était l'ennemi qu'elles avaient à poursuivre. »

Dans son mémoire sur la *guérison instantanée et sans opération chirurgicale de l'ongle incarné*, M. le docteur Payn relate cinq observations qui témoignent de l'heureuse efficacité du perchlorure de fer employé d'après le procédé de M. le docteur Wahu.

Personne n'ignore que ce procédé consiste et à recouvrir de perchlorure de fer sec et réduit en poudre le hourrelet charnu qui dépasse le bord de l'ongle, et à insinuer cette poudre, le plus profondément possible, entre le bord de l'ongle et la chair, jusque sur les parties saignantes.

M. Payn a modifié ce pansement de la manière suivante: après avoir lavé le gros orteil, il entasse le plus profondément possible, dans la coulisse, la poudre de perchlorure de fer très-fine. Comme cette poudre déliquescente s'humidifie dès qu'elle est exposée à l'air, il faut se hâter de la poser dans les interstices de la plaie. Immédiatement après, M. Payn passe largement un pinceau trempé dans une solution de perchlorure de fer à 15° de l'aréomètre de Baumé: il enveloppe le gros orteil d'une couche de coton pour le garantir des frottements et des chocs extérieurs, et maintient le tout avec une petite bande.

Généralement les malades peuvent marcher sans souffrance dès le jour même de l'opération, et tout en laissant en place le pansement qui n'est supprimé que vers le quinzième jour. A cette époque, M. Wahu recommande l'emploi d'un pédiluve pour détacher les couches endurcies de la peau, et sous ces couches se trouve constamment un tissu de nouvelle formation qui résiste parfaitement à la pression du bord de l'ongle.

De l'exposé des cinq observations tirées de sa pratique, notre honorable confrère déduit la conclusion suivante à laquelle nous nous rallions complétement: c'est que, dans tous les cas d'ongle incarné, il faut employer d'abord le perchlorure de fer, et n'en venir à des opérations quelconques, qui sont toujours fort douloureuses, que dans les cas fort rares où le perchlorure de fer, convenablement mis en usage, aurait échoué.

Il n'est pas un succédané du sulfate de quinine qui n'ait cherché, dans le traitement des fièvres paludéennes d'Afrique, la consécration de sa puissance fébrifuge. Tour à tour le quinium, la salicine, etc., qui avaient obtenu quelques succès en France, sont venus offrir leurs services sur le sol africain, et tour à tour des expériences consciencieusement entreprises ont démontré l'insignifiante action thérapeutique de ces divers fébrifuges.

Dans son *rapport sur un travail de MM. Duhalde, Halmagrand et Gaucheron*, M. le docteur Vincent relate que les observations consignées dans la brochure de ces confrères ne l'ont nullement convaincu des propriétés fébrifuges du ferrocyanure de sodium et de salicine, et après quelques expérimentations entreprises par notre savant collègue à l'hôpital du Dey, et communiquées par lui à la Société de médecine, la conclusion suivante fut adoptée: « Il ne résulte pas des observations lues à la Société que ce médicament soit utile pour combattre les fièvres intermittentes. »

Encore un nouveau fébrifuge! Mais, cette fois, l'insertion complète du travail de M. le docteur Fritsch dit Lang dans les *Bulletins de la Société* nous permettra de nous en occuper avec connaissance de cause.

Études historiques et recherches expérimentales sur les préparations arsenicales comparées aux autres fébrifuges, particulièrement à la quinine, dans le traitement des fièvres intermittentes et rémittentes d'Europe et d'Afrique; mémoire comprenant une esquisse générale des fièvres d'Orléansville: tel est le titre de ce travail qui ne renferme pas moins de 73 pages.

Ainsi que l'indique le titre, la première partie de ce mémoire est consacrée aux *études historiques*. Mais peut-on décorer de ce nom la transcription intégrale, de longs articles puisés successivement dans le *Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers*, par Fabre, dans le *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de MM. Trousseau et Pidoux, dans la *Gazette médicale de Paris* et dans les *Bulletins de la Société médicale de Metz?*

Si ce mode de procéder expose, d'une part, à des longueurs interminables, à des répétitions fastidieuses et à un historique incomplet, il favorise, d'autre part, la propagation des erreurs bibliographiques et scientifiques commises par nos devanciers.

Selon M. Fritsch, Fabre rapporte dans son dictionnaire que M. le docteur *Bouillier* a administré la solution d'acide arsénieux à 103 malades atteints de fièvre quarte et que, dans les autres types de fièvres, l'arsenic lui a paru réclamer les plus grands ménagements pour son emploi. Mais en recourant au travail publié par ce médecin en 1814, dans la *Bibliothèque médicale* (1), nous lisons que M. *Boullier* a traité par ce moyen 300 malades atteints de fièvres intermittentes, et que « ces nombreux traitements eurent, pour la plupart, un succès aussi prompt que durable. »

Suivant MM. Trousseau et Pidoux, cités encore par M. Fritsch, Dioscoride est le premier qui traite des préparations arsenicales. Ici encore l'erreur est capitale et multiple.

Et d'abord, Hippocrate rapporte deux formules d'*épithèmes* (2) dont les sulfures d'arsenic constituent la partie active. Le *médicament de Carie* se composait, en effet, d'ellébore noir, sandaraque (arsenic rouge), écaille de cuivre, plomb brûlé avec beaucoup de soufre, arsenic (orpiment), cantharide.

En second lieu, nous pensons avec Ollivier (d'Angers), Dezeimeris et Raige-Delorme (3), que Celse est antérieur à Dioscoride: l'un mourut vers la fin de l'empire d'Auguste, tandis que Dioscoride vécut sous Néron. Or dans le *Traité de médecine* de Celse, l'arsenic est préconisé « contre les douleurs des articulations; pour ronger doucement les chairs et s'opposer à leur pourriture; contre le feu sacré et le chancre; contre la fistule invétérée devenue calleuse; contre les myrmécies (verrues à racines profondes); contre les poux des paupières; contre le polype mon des narines; contre les ulcères de la bouche recouverts de croûtes; contre le chancre de la verge; contre les hémorrhoïdes, et enfin contre les excroissances charnues qui se forment autour des ongles. »

L'action physiologique de l'arsenic, que M. Fritsch expose d'après MM. Trousseau et Pidoux, est relatée d'une manière fort incomplète, et le gonflement œdémateux des paupières ou de la face, et la con-

(1) Tome XLIII, p. 95.

(2) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, trad. Littré, 1849, t. VI, p. 419 et 421.

(3) *Dict. historique de la médecine ancienne et moderne*, 1831.

jonctivite arsenicale, et diverses éruptions cutanées, qui ne sont même pas mentionnés ici, constituent de véritables phénomènes physiologiques dépendant essentiellement de l'arsenic. Et telle est, à nos yeux, leur importance que, dans l'administration thérapeutique des préparations arsenicales, l'apparition d'un de ces phénomènes physiologiques, témoigne de l'intolérance du médicament, et réclame immédiatement, de la part du médecin, l'obligation de diminuer la dose d'arsenic, sous peine de voir ces accidents persister, s'aggraver et se multiplier.

L'action thérapeutique de l'arsenic, telle que nous la fait connaître M. Fritsch, est passible des mêmes observations; ses *Etudes historiques*, en effet, sont excessivement incomplètes, et l'action thérapeutique du médicament ne se trouve pas suffisamment appréciée.

En réalité, de quoi se composent ces études historiques? A l'exception de quelques citations modernes (de la page 239 à la page 243 inclusivement), puisées littéralement dans notre mémoire (1), ainsi que le témoignent et les mêmes erreurs typographiques et la même rédaction, les extraits de l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux, et des mémoires de MM. James Begbie, Macario, Almès, Sistach, Isnard et Cordier, constituent la richesse historique de ce travail.

Mais est-ce tout? Et si MM. Trousseau et Pidoux ont esquissé assez complétement le passé de la médication arsenicale jusqu'au commencement de ce siècle, on ne peut cependant méconnaître que les travaux modernes ont été presque complétement passés sous silence dans leur remarquable ouvrage. Il appartenait à M. Fritsch de nous faire rapidement connaître, dans ses *Etudes historiques*, les résultats divers obtenus, dans le traitement des fièvres intermittentes, par Desgranges, Dupont (des Landes), Hill, Broussais, Dufour (de Montargis), Py (de Narbonne), Winkler, Rossi, Fodéré, Gasc, Haffner, Colombot, Despréaux, Besnard, Dassier, Bailly, etc., etc.

Mais arrivons à la partie originale de ce travail, c'est-à-dire à l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres d'Orléansville.

Après une esquisse rapide du climat de cette localité, M. Fritsch déduit du relevé des malades à l'hôpital, pendant la période triennale de 1859 à 1862, que tous les types, tous les degrés de l'intoxication palustre y sont représentés depuis la fièvre simple tierce de l'hiver et la quotidienne franchement intermittente du printemps, jusqu'à la rémittente typhoïde, jusqu'aux accès pernicieux de l'été.

Rappelant la juste observation de M. le professeur Laveran (du Val-de-Grâce), à savoir « que l'individualité pathologique de la fièvre rémittente n'est ni absolue ni constante, mais qu'elle est changeante, au contraire, et se transforme suivant les pays, » M. Fritsch en conclut que « pour donner une idée exacte et complète des maladies d'un pays, rien ne peut valoir et remplacer les observations particulières, isolées, prises avec les plus minutieux détails, au jour le jour, transcrites immédiatement avec sincérité, sans parti pris, sans arrière-pensée, et accompagnées au besoin des réflexions qu'elles ont inspirées sur le moment. » Aussi aurions-nous désiré que l'auteur eût intercalé dans son mémoire quelques observations de fièvre rémittente, afin de nous édifier d'une manière complète sur la physionomie spéciale que cette fièvre revêt à Orléansville.

Puisque cette lacune existe, nous devons nous borner à examiner les résultats obtenus par l'auteur à l'aide du traitement arsenical. Mais d'abord n'oublions point de mentionner les renseignements suivants que nous donne notre consciencieux et jeune collègue : « Les fièvres d'Orléansville ont toujours été désespérantes par leur gravité et leur ténacité. Il n'est guère de poste en Afrique où elles aient toujours présenté une résistance si invincible à la quinine ; aussi n'est-il guère de postes où les congés de convalescence, par suite de fièvre, soient aussi nombreux chaque année. Et pourtant, ces congés n'ont jamais empêché les malades traités seulement par la quinine et les toniques d'être atteints plus gravement encore peu de temps après leur retour à Orléansville, quand il avait lieu. »

Quoiqu'il ne soit pas bien démontré pour nous que les fièvres d'Orléansville soient plus tenaces à l'action du sulfate de quinine que celles de la plupart des postes d'Afrique, il ne résulte pas moins des détails précédents que la quinine et les toniques sont complétement insuffisants à prévenir les nombreuses récidives de fièvre intermittente.

En parcourant attentivement les quelques pages consacrées aux divers essais de la médication arsenicale, nous avons le regret de dire à M. Fritsch qu'il a encouru le reproche qui s'applique à la majorité des expérimentateurs : c'est, dès le début de l'expérimentation, de ne pas suivre fidèlement les règles tracées par ceux qui, les premiers, ont préconisé la médication.

Que résulte-t-il, au contraire, de cette manie d'innover à tout propos et mal à propos? Des insuccès le plus fréquemment, si ce n'est même des dangers plus ou moins graves, lorsqu'il s'agit surtout d'agents aussi actifs et aussi difficiles à manier que l'arsenic.

Faut-il des preuves? En voici :

M. Fritsch avait soumis 20 malades au traitement exclusif par la quinine (1gr,50 chaque jour), et 20 autres choisis de manière à présenter les mêmes conditions de causes et d'effets, au traitement exclusif par l'acide arsénieux (1 centigramme tous les jours, dans deux potions opiacées, une le matin, une le soir, une heure et demie avant les repas). Or les fièvres intermittentes avaient été enrayées par le sulfate de quinine au bout de quatre à cinq jours, tandis que les autres n'avaient complétement cédé à l'acide arsénieux qu'au bout de douze à vingt jours.

En vérité, peut-on logiquement attribuer à l'arsenic le mérite de telles guérisons, et ne faut-il pas plutôt les rapporter à la cessation spontanée de la fièvre? N'est-ce pas le cas de rappeler à notre collègue la 15e conclusion de notre mémoire, conclusion qu'il n'a pas cru devoir relater dans son travail : « La tolérance qui, suivant M. Boudin, varie avec chaque spécialité morbide, est aussi subordonnée à la durée de la fièvre. Tant que les accès ne sont pas définitivement supprimés, le malade tolère des doses élevées d'acide arsénieux variant de 3 à 6 centigrammes... » Et puisque M. Fritsch reconnaît lui-même à la page 276 que l'acide arsénieux doit être employé *à dose suffisante* pour produire tout son effet, ce pense-t-il point qu'il aurait plus rapidement enrayé les accès fébriles si, dès le début, la dose d'acide arsénieux avait été en rapport avec l'intensité de la fièvre et la tolérance des malades?

Et puis, dans quel but diluer 1 centigramme d'acide arsénieux dans deux potions opiacées? Cette association est-elle nécessaire pour favoriser la tolérance de l'arsenic? Nullement. Et la vaste expérimentation, que nous avons faite à cet égard en 1863 à l'hôpital militaire de Bône (Algérie), nous autorise à répondre d'une manière absolue. Mais peut-il être indifférent d'obliger les malades à prendre, pendant vingt à trente jours, deux potions opiacées chaque jour? Nous ne le pensons point, et s'il est des organismes qui puissent supporter impunément d'aussi fortes doses d'opium sans aucune nécessité, il en est d'autres au contraire, et le plus grand nombre, qui en seront défavorablement impressionnées, au préjudice même des effets ultérieurs de la médication arsenicale.

N'oublions pas, d'ailleurs, que l'administration de l'acide arsénieux dans deux potions opiacées augmente dans des proportions considérables la valeur du médicament ; et, finalement, les exigences réglementaires, relatives au régime alimentaire de nos hôpitaux, ne permettent point de généraliser l'emploi d'un composé pharmaceutique qui ne pourrait être prescrit avec la demi-portion d'aliments.

Somme toute, cette association médicamenteuse, inutile dans la majorité des cas et très-onéreuse pour le budget des hôpitaux, ne saurait être sans inconvénients pour les malades, au double point de vue de ses effets immédiats et des restrictions que le règlement des hôpitaux militaires impose dans ces conditions au régime alimentaire.

A la suite de ces premiers essais, M. Fritsch institua un traitement mixte auquel il soumit tous les autres fébricitants. « Voici, dit-il, en quoi consistait ce traitement que nous ne saurions trop recommander : le premier jour nous prescrivions un évacuant, purgatif ou vomitif, suivant l'indication, et 1gr,50 de sulfate de quinine opiacé à 20 gouttes, à prendre trois heures avant l'accès, et en outre 2 centigrammes d'acide arsénieux dilué dans deux potions opiacées, à prendre en quatre fois. Le quatrième jour, le cinquième ou le sixième tout au plus, il n'y avait plus d'accès. Nous continuions néanmoins le traitement par l'acide arsénieux seulement, toujours administré à la même dose et de la même manière, pendant vingt à trente jours, suivant la gravité de l'affection, en prenant pour base surtout l'ancienneté de l'invasion et le nombre des récidives. Dans les rémittentes typhoïdes et les intermittentes pernicieuses, cette médication générale, capitale, essentielle, ne nous empêchait pas de traiter accessoirement les accidents locaux... Pour ce qui était de l'alimentation, nous la réglions en nous basant tout simplement sur l'appétit du malade... Nous n'avons jamais eu à modifier le régime ordinaire; l'appétit revenant plus vite, nous nourrissions plus tôt. »

Les 426 fiévreux sur lesquels ont porté les expériences, ajoute notre intelligent collègue, ont offert tous les types et tous les degrés de

(1) *De l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes*, 1861.

l'intoxication paludéenne; *pour tous la guérison a été complète sans récidive.*

Certes, le résultat final est excessivement remarquable; mais nous aurions désiré que l'auteur fût entré dans des détails plus complets, plus précis, relativement à son traitement mixte et à ses effets immédiats. Il ne suffisait point d'une affirmation pour convaincre le lecteur en pareil sujet; des preuves nombreuses, irrécusables, étaient nécessaires pour entraîner la conviction.

Le sulfate de quinine était-il administré jusqu'à disparition de la fièvre et à la dose quotidienne de 1gr,50 par jour, en même temps que l'acide arsénieux?

Les divers types de l'affection paludéenne résistaient-ils également de quatre à six jours à l'action combinée du sulfate de quinine et de l'arsenic? Les malades prenaient-ils tous leurs médicaments en présence du médecin? Les diverses formes de la fièvre paludique offraient-elles ou non des complications gastriques ou bilieuses? Tout autant de problèmes dont M. Fritsch ne nous donne ni la solution ni les moyens de la trouver.

Et cependant, de tels renseignements étaient d'autant plus utiles à connaître que, pour notre part, nous n'avons jamais vu les fièvres franchement intermittentes d'Afrique résister aussi longtemps à des doses aussi élevées de sulfate de quinine. Il est donc nécessaire, dans de pareilles conditions, de bien spécifier les cas pathologiques, afin de prévenir l'erreur ou l'incrédulité.

Quant aux fièvres rémittentes, nul doute qu'elles ne soient plus tenaces à l'action des fébrifuges, d'autant plus que la coexistence fréquente de complications gastriques ou bilieuses nécessite l'emploi préalable de médications spéciales qui parfois retardent d'autant l'administration du sulfate de quinine.

En dehors de ces desiderata, nous ajouterons que nous ne pouvons donner notre sanction au traitement institué par notre collègue qui prescrit 2 centigrammes d'acide arsénieux pendant vingt à trente jours, suivant la gravité de l'affection. « Dès que survient l'apyrexie complète, disions-nous dans la 21e conclusion de notre mémoire (1), la continuation de la dose initiale d'arsenic produit rapidement la diminution et la suppression de l'appétit. »

Ces mêmes phénomènes, nous les avons encore constatés pendant l'année 1863 à Bône, non point par la continuation de la dose initiale du médicament que nous donnions à 4 et 5 centigrammes pendant la durée de la fièvre, mais par la seule administration de l'arsenic à la dose de 1 à 2 centigrammes après la cessation des accès. « Nous n'exagérons rien, déclare M. Fritsch, quand nous disons qu'aucun de ces 426 malades n'a jamais accusé le moindre trouble gastrique ou intestinal sous l'influence de cette médication. Il est bien arrivé quelquefois à certains d'entre eux de voir *leur appétit diminuer, leur langue devenir saburrale...* » Eh bien! ces phénomènes que l'auteur attribue à tort au défaut d'exercice, à la monotonie du régime et à la constitution médicale régnante ne sont, à nos yeux, que des effets de la médication arsenicale, dont la manifestation indique aussitôt la nécessité de diminuer ou de suspendre le médicament.

« Si la quinine agit plus promptement, plus directement sur les accès, dit M. Fritsch, l'arsenic agit plus efficacement, d'une façon plus sûre et plus durable, sur l'empoisonnement, sur l'état général, sur la cachexie palustre, dont les accès ne sont qu'un des phénomènes passagers et périodiques. » Mais, tout en faisant nos réserves sur cette double appréciation dont l'examen nous entraînerait trop loin, nous aurions désiré que notre collègue fût plus explicite sur sa méthode thérapeutique. Ce traitement mixte est-il nécessaire, indispensable dans toutes les espèces de fièvres d'Afrique, et l'acide arsénieux est-il impuissant à combattre avec succès les accès fébriles?

Pour nous, de l'expérimentation que nous avons continuée l'an dernier pendant dix mois à l'hôpital militaire de Bône, découlent à ce sujet les propositions suivantes :

1° L'acide arsénieux, administré à doses suffisantes et dans des conditions déterminées de fractionnement et de dilution, est complétement efficace pour combattre rapidement et avec succès les fièvres franchement intermittentes.

2° Dans les fièvres rémittentes et pseudo-continues, compliquées de phénomènes gastriques ou bilieux, la médication arsenicale, associée ou non aux antispasmodiques et aux opiacés, est essentiellement nuisible et inefficace. D'une part, l'arsenic exaspère les phénomènes gastriques et favorise la fréquence des vomissements, dont un accès algide peut être la conséquence ultime et rapide; et, d'autre part, l'intolérance du malade ne permettant point d'adapter la dose d'acide arsénieux à la gravité de la fièvre, les accès se continuent et s'exaspèrent tous les jours.

3° Dans les essais que nous avons faits sur l'emploi d'un traitement mixte dans de pareilles conditions, le sulfate de quinine doit être seul employé pour enrayer les accès fébriles; et ce n'est qu'après la disparition complète des symptômes gastriques que l'arsenic peut être administré pour continuer l'action du sulfate de quinine et prévenir les récidives.

Nous bornons là l'examen de ce mémoire, qui prête encore matière à de nombreuses observations.

Sistach.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1861, p. 586.

VARIÉTÉS.

— M. Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a eu l'heureuse idée de fonder une Association entre les étudiants en médecine. Ce projet, qui a réuni toutes les sympathies du corps médical, est en voie de se réaliser. La *Gazette médicale* est heureuse de joindre ses félicitations à celles de toute la presse et de mettre ses colonnes à la disposition des fondateurs de l'œuvre :

« Messieurs les étudiants qui veulent faire acte d'adhésion au principe d'une Association fraternelle entre les élèves de la Faculté de médecine de Paris, et qui sont disposés à en faire partie comme membres fondateurs, sont invités à s'inscrire au secrétariat de la Faculté.

« Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de onze heures à une heure, du lundi 18 avril courant au samedi 23 inclusivement. Les étudiants inscrits seront seuls admis à élire la commission chargée de préparer les statuts, qui sera nommée dans la séance générale qui sera fixée au dimanche 24, à onze heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. »

— On écrit de Jeancourt au *Journal de Saint-Quentin :*

« Le lundi 4 avril courant, les nommés Kléber-Lamotte, Narcisse Féra, Désiré Dubois, tous trois de la commune de Jeancourt passaient dans la Grande-Rue de cette commune. Arrivés vis à vis de la maison du sieur Odiot, boulanger, ils furent poursuivis par le chien de celui-ci, qui se jeta sur l'un d'eux le sieur Dubois, enfonçant ses crocs aigus dans la chair qu'il semblait vouloir détacher et emporter; il ne lâcha prise que grâce à la présence d'esprit et au courage de la victime, laquelle le saisissant au cou de ses mains vigoureuses, le lui serra avec tant de force, que le dogue tomba presque asphyxié.

» Les deux camarades du sieur Dubois le conduisirent aussitôt chez le docteur Gohet, qui, malgré l'heure avancée, se leva avec empressement pour porter secours au blessé, dont la jambe présentait une plaie affreuse. Mais quel ne fut pas leur effroi, lorsqu'ils virent le docteur porter sa bouche sur la plaie qu'il saisit et suça comme l'enfant le sein de sa nourrice, puis se relever pour respirer, ayant la figure et les lèvres souillées par le sang qu'il essuya précipitamment, recommençant ainsi le même acte à deux reprises successives!

» Enfin, le bon et dévoué docteur, qui ignorait l'état de santé du chien agresseur, après avoir procédé à la cautérisation de la plaie du sieur Dubois, qui perdit connaissance pendant cette opération, lui dit, au moment où on allait le reporter chez lui : « Allez, mon ami, et soyez tranquille maintenant sur les suites de vos blessures; quel que soit l'état sanitaire du chien qui vous a mordu, vous n'avez plus rien à craindre; tout danger a disparu pour vous, car j'ai enlevé tout ce qu'il pouvait y avoir d'impur dans la plaie, et, encore une fois, rassurez-vous. »

» Combien d'actes de dévouement à la vie de son semblable relatent les journaux médicaux, qui peuvent égaler celui-ci, si spontanément et si obscurément accompli, mais ne le surpassent assurément pas! »

— Nous lisons dans le *Commerce* de Saint-Malo :

Accident déterminé par l'ouverture d'une huître. Il y a quelques jours, le propriétaire d'un hôtel s'est blessé avec un couteau en ouvrant une huître. Le lendemain, il a éprouvé de vives douleurs qui ont été toujours en croissant. Malgré tous les soins, la main et le bras se sont gonflés et enflammés, et il a succombé au bout de cinq jours. Un des domestiques de l'hôtel a été victime d'un même accident : déjà on lui a ouvert le bras plusieurs fois pour essayer d'extraire le poison. On ne s'explique pas comment ces huîtres ont pu contenir un poison aussi terrible.

— M. le docteur Laboulbène, professeur agrégé, chargé du cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, a commencé, le samedi 16 avril 1864, ses leçons à une heure trois quarts, au lieu de deux heures, et les continuera, à la même heure, les mardis, jeudis et samedis. Cette mesure, prise sur la demande de MM. les élèves et autorisée par M. le doyen, permettra aux auditeurs d'examiner, à loisir, les pièces du musée Dupuytren et autres préparations d'anatomie pathologique servant aux démonstrations.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

THÉORIES DE L'INFECTION PURULENTE.

EXAMEN CRITIQUE.

(Suite et fin. — Voir le n° 16.)

SOLIDISME.

Boyer n'a pas donné une théorie de l'infection purulente; il l'a niée. Richerand est tombé au plus bas de l'iatro-mécanicisme. Je passe à Virchow.

Cet auteur, et il est bon de le rappeler, ne donne pas une théorie exclusivement solidiste. Il commence par expliquer, à l'aide de la métastase, tout ce qu'il peut rattacher à ce phénomène, puis il invoque l'ichorrhémie, la septicémie, lorsqu'il se trouve en présence d'actes pathologiques n'affectant pas la forme circonscrite des métastases (1). Commençons par l'examen de sa pathogénie pour le système *à sang noir*.

1° Puisque le coagulum est trop volumineux pour atteindre les capillaires, il est certain qu'il ne pourra les traverser. Donc tout embolus provenant d'une thrombose veineuse s'arrêtera dans le poumon; donc il est impossible d'expliquer les altérations si fréquentes dans les autres viscères, à moins d'invoquer l'existence d'une endocardite ulcéreuse. Or celle-ci est exceptionnelle et n'a peut-être jamais été observée concurremment avec un thrombus du système veineux.

2° Lorsque l'altération primitive existe dans le système à sang noir, on ne rencontre pas toujours de foyer dans le poumon. Celui-ci peut présenter sa texture normale, bien que des lésions très-caractérisées s'observent dans le cerveau, le foie, la rate, le rein, etc. Au point de vue de l'hypothèse de Virchow, tous ces faits sont inexplicables, l'embolus, je le répète, ne pouvant, a cause de son volume, franchir les vaisseaux capillaires.

3° « L'embolus n'a rien de commun avec la question de savoir si le sang contient ou non du pus. Il s'agit ici de corps tout différents, de parties de caillot dans un état plus ou moins avancé de décomposition. Si le ramollissement est putride, la métastase aura le même caractère. Si le caillot subit seulement la métamorphose régressive, les lésions secondaires seront très-bénignes (2). » On voit par ce passage qu'il n'y a rien ici qui se rattache à l'infection du sang par le pus. Ce dernier disparaît complétement de la question, et l'on ne saurait méconnaître la gravité d'une assertion semblable. Toutefois, il faut bien remplacer la purulence par quelque autre élément septique, vu l'innocuité complète de certains caillots migrateurs et la gravité des lésions dans des cas en apparence analogues. Alors Virchow invoque la putridité qu'il distingue (et la remarque a son prix comme on le verra plus tard) de la métamorphose régressive. Je sais fort bien qu'il suffit de modifications inappréciables pour rendre le sang toxique. Preuve en soient les expériences de M. Claude Bernard sur le sang extrait des veines par la saignée. « Toutes les fois, dit-il, que le sang reste en repos, il tend à se décomposer rapidement. Le sang d'une saignée faite à un animal sain, que ce sang ait on n'ait pas été défibriné, a acquis au bout de quelque temps la propriété de déterminer la mort par une véritable intoxication chez les animaux auxquels on l'injecte (1). » Mais il y a un fait qu'on néglige et qui me paraît avoir néanmoins une importance capitale. L'altération qui se produit dans le sang au repos et coagulé dans l'intérieur du système vasculaire est-elle comparable à celle qui se produit à l'air libre? En aucune façon, puisqu'à l'air libre le sang prend toujours des propriétés toxiques, tandis que, d'après Virchow lui-même, le thrombus peut ne subir que la métamorphose régressive. Celle-ci n'a donc par elle-même rien de toxique, ce qui devrait être si le sang contenu dans les vaisseaux éprouvait, lorsqu'il est au repos, les altérations qui surviennent à celui qu'on a recueilli dans une palette. D'autre part, quelle preuve fournir du ramollissement putride de l'embolus, si ce n'est les altérations qu'on lui attribue, et qu'on peut artificiellement provoquer par l'injection directe du pus dans les veines (2)? N'est-ce pas invoquer une hypothèse pour éviter d'admettre l'action délétère exercée par un liquide purulent sur la masse sanguine? On trouve une preuve de la même préoccupation dans la leucocytose déterminée par l'irritation des ganglions lymphatiques et qui sert à rendre compte d'une augmentation marquée des globules blancs (identiques, on le sait, aux globules de pus) dans le sang.

4° « Les inflammations métastatiques du poumon sont généralement produites par des embolies (3). » Les altérations anatomiques à expliquer par l'embolie sont les suivantes : ecchymose initiale, puis transformation purulente ou puriforme du centre à la périphérie, quelquefois avec une membrane pyogénique circonscrivant la collection et des traces de phlegmasie dans les tissus voisins; le plus ordinairement, ainsi que l'ont constaté Ribes, M. Velpeau, Maréchal et Dance, il y a comme un simple dépôt dans l'organe affecté. Je commencerai par rappeler ici qu'on a injecté des substances pulvérulentes dans les voies vasculaires et qu'on a provoqué des engorgements simplement phlegmasiques et sans autre analogie avec les lésions que je viens de décrire (4). Ensuite il est démontré que l'obturation des rameaux qui appartiennent au système de l'A. pulmonaire ne donne généralement qu'une légère diminution de volume de la

(1) « Admettez donc une dyscrasie (une infection ichoreuse) lorsque la substance ichoreuse ayant pénétré dans l'organisme, manifeste son action dans des organes qui semblent avoir une prédilection spéciale pour de semblables substances. » (*Pathologie cellulaire*, p. 179). Remplacez prédilection par affinité qui traduit plus rigoureusement le fond de la pensée de Virchow, et vous aurez un retour complet à l'attraction spécifique de Galien, basée elle-même sur l'attraction des éléments similaires d'Empédocle.

(2) Virchow, ouvrage cité, p. 171-172.

(1) *Liquides de l'organisme*, t. I, p. 495.

(2) Castelnau et Ducrest-Sédillot. Le dédaigneux silence de Virchow à l'égard des travaux de ses devanciers a bien quelque valeur morale dans la question présente.

(3) Virchow, op. cit., p. 170.

(4) Castelnau et Ducrest.

FEUILLETON.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

LA BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Si l'on prenait au sérieux les prétentions des expérimentateurs qui ont conçu l'ambition de faire de la médecine une science, rien qu'avec le secours de l'expérimentation, il faudrait mettre au rebut les livres et les manuscrits et supprimer comme inutiles les monuments de la tradition médicale. Heureusement l'histoire conserve ses droits, en dépit de ces apôtres du progrès, qui ne se préoccupent que du présent et de l'avenir, et le passé de la médecine aura désormais un organe dans le haut enseignement.

Il est temps vraiment que l'expérience des siècles, sans laquelle il n'y aurait point d'art médical, instruise l'ignorance orgueilleuse des disciples d'une école qui professe un souverain mépris pour le raisonnement; et qui, au nom de Bacon, prétend reprendre l'édifice de la médecine par ses fondements, comme si la médecine n'était pas depuis plus de deux mille ans en possession d'une méthode.

Guy de Chauliac, admirant naïvement la puissance de la tradition scientifique, c'est-à-dire l'évolution progressive des connaissances, comparait chaque génération à un enfant porté sur les épaules d'un géant : le géant grandit de siècle en siècle, et à mesure que sa taille se hausse, l'enfant découvre un horizon plus étendu. Nous voyons plus loin que ceux qui sont venus immédiatement avant nous, et nos successeurs immédiats verront plus loin à leur tour. Gardons-nous donc d'imiter l'exemple de ceux qui dans leur vanité voudraient faire table rase du passé et rompre la chaîne. Mais la tradition est pour eux une énigme, et quand il leur arrive de rappeler, sans la comprendre, la magnifique allégorie du vieux chirurgien, ils en font honneur à Bacon, ce maître vénéré des médecins qui veulent philosopher sans se donner beaucoup de peine.

Bacon faisait aussi bon marché du passé; ses déclamations ampoulées contre Hippocrate et Celse montrent assez que son savoir en histoire était petit; et tout médecin médiocrement instruit des vicissitudes de l'ancienne médecine, sait à quoi s'en tenir sur ses tirades et invectives. Joseph de Maistre, qui osait tout, est le seul qui ait fait bonne justice des appréciations impertinentes de Bacon, tout en traitant très-sévèrement sa méthode trop vantée. Paracelse et Van Helmont déclamaient aussi contre les anciens, au nom d'une espèce d'alchimie mystique sur laquelle ils croyaient pouvoir édifier une nouvelle médecine, et leurs efforts insensés aboutirent en définitive à une œuvre de réaction.

Il n'y a pas, chez les modernes, un seul médecin véritablement grand

partie correspondante du parenchyme, de l'anémie ou de l'œdème. La gangrène et l'inflammation doivent être considérées comme très-exceptionnelles (1). Dans la rate et dans le rein, il se produit trois phases distinctes à la suite d'un infarctus. Première phase: augmentation de volume et coloration rouge foncée de la partie qui est sous la dépendance de l'artère oblitérée. On remarque déjà une production d'éléments granuleux, mais sans exsudats plastiques. Deuxième phase: coloration jaunâtre, et la plupart des éléments sont en voie de régression. Troisième phase: résolution de l'infarctus avec dépression ou fonte puriforme, mais point de pus proprement dit. Dans le cerveau ramollissement rouge, puis ramollissement jaune au bout de quinze à vingt jours, et enfin ramollissement blanc laiteux au bout de six mois (2). D'où je conclus avec M. Lancereaux (3) qu'il y a une différence capitale entre les abcès métastatiques et les lésions consécutives aux oblitérations artérielles. Donc Virchow a associé, dans l'espèce, des altérations hétérogènes.

5° La septicémie n'étant admise que pour le système à sang noir, je dois m'en occuper maintenant d'une manière spéciale. Le célèbre auteur de la *Pathologie cellulaire* s'étant permis de passer le pus complétement sous silence dans l'histoire de la pyohémie, a dû chercher une explication nouvelle pour les faits qu'expliquent point les embolies et l'irritation des ganglions lymphatiques. Il fallait bien tenir compte des collections purulentes des séreuses et des phlegmasies gangréneuses diffuses du tissu cellulaire. En conséquence, il a admis une absorption de matières septiques ou ichoreuses que ne caractérise aucun corpuscule en suspension. On peut objecter en premier lieu à cette manière de voir que la première condition pour avoir un liquide putride est un foyer de putréfaction, et que le pus d'une surface enflammée, sauf peut-être dans certains cas de rétention du placenta et de mortification des tissus, n'a que rarement ce caractère. La résorption d'une substance réellement putride, en conservant à ce mot son acception naturelle, est un fait très-rare et qui ne cadre nullement avec les cas qu'il est chargé d'expliquer. Ensuite il est impossible de ne pas tenir compte des expériences où, par un mélange direct du pus avec le sang, on a produit non-seulement des abcès multiples dans le poumon, le foie, la rate, les reins, mais encore ces collections purulentes que Virchow cherche à expliquer par l'absorption d'un liquide septique (4). Il semble, à vrai dire, qu'aux yeux de cet auteur un liquide ne saurait être nuisible sous la condition essentielle de ne contenir aucun globule de pus.

Dans le système *à sang rouge*, la même théorie se reproduit bien qu'un peu modifiée. De plus, Virchow n invoquant plus ici l'altération putride soit des humeurs, soit des solides, il faut en conclure que l'embolie capillaire agit seulement à titre mécanique.

J'ai déjà discuté la question de la différence qui existe entre les foyers métastatiques et les altérations consécutives aux oblitérations vasculaires. La petitesse des débris: granules gras, détritus de tissu conjonctif et granulations élémentaires, a pu paraître jouer un certain rôle dans la formation des ecchymoses initiales. C'est ainsi qu'on a trouvé quelquefois au centre de celles-ci de petits vaisseaux distendus par la matière amorphe provenant du cœur (1). Mais ce n'est là qu'une simple coïncidence, car on trouve des infarctus ainsi constitués sans ecchymoses, lesquelles ne peuvent d'ailleurs reconnaître une condition semblable lorsqu'il s'agit de thromboses et par suite d'embolies veineuses. Le volume de ces dernières, on le sait d'après Virchow, ne leur permet point de franchir le poumon.

Les détritus de la valvule ulcérée peuvent-ils déterminer une infection du sang, ce que Virchow ne dit point (2), mais ce que son école n'a fait faute de dire? M. Lancereaux distingue ici deux cas: ou bien le ramollissement et l'usure s'opèrent à la surface, et alors les phénomènes de la maladie simulent une résorption putride; ou bien il se forme des foyers au centre des valvules, et l'ouverture de ces foyers produit des accidents analogues à ceux de l'infection purulente (3). A ne considérer que les éléments anatomiques, on a lieu d'être surpris de résultats pareils. En effet, il ne s'agit ici que de quelques débris du tissu conjonctif, de nombreux granules gras et d'une grande quantité de corpuscules granuleux et de granulations élémentaires. Ce n'est pas d'ailleurs l'endocardite ulcéreuse qui jouit seule du privilége d'introduire dans le sang artériel des globules graisseux, des granulations élémentaires et des corpuscules granuleux, car M. Charcot a observé le même fait dans des cas où l'aorte présentait des masses athéromateuses ramollies et communiquant par un orifice avec la lumière du vaisseau. Les sujets étaient pour la plupart atteints de ramollissement cérébral, c'est-à-dire d'une altération explicable par des embolies capillaires agissant d'une manière mécanique, mais ils n'offraient aucune trace d'infection purulente. Cette remarque n'est qu'une présomption qui a bien sa valeur, et qui exige néanmoins un plus ample informé. A cet effet, je dois examiner brièvement le petit nombre d'observations qui me sont connues.

Obs. I (mémoire de M. Lancereaux). — Valvule mitrale épaissie, recouverte de fibrine, offrant trois petites excavations, deux vides et l'une pleine de pus, avec éléments de métamorphose régressive. Infarctus de la rate avec liquide puriforme, mais point d'abcès métastatiques. Le malade avait une endo-péricardite et n'a présenté aucun phénomène d'infection purulente.

Je ne cite cette observation que pour y revenir ensuite.

Obs. II. — Valvule mitrale jaunâtre et épaissie. Deux des valvules sygmoïdes présentent des végétations qui épaississent beaucoup leur bord libre. Ces végétations sont composées en grande partie de granulations élémentaires jaunâtres. Au-dessous des valvules se trouve une excavation qu'elles concourent à former avec le tissu musculaire du cœur, et qui renferme environ deux à trois dés à coudre de pus. Rate volumi-

(1) Lancereaux, *Gazette hebdomadaire*, 11 avril 1862, p. 238.
(2) Lancereaux, *Gazette hebd.*, 28 novembre 1862, p. 759. Pour ne pas scinder la question, j'ai dû passer en revue les altérations qui surviennent dans tous les viscères.
(3) Communication personnelle.
(4) Castelnau et Ducrest-Sédillot.

(1) Endocardite ulcéreuse, Charcot et Vulpian, *Gazette Médicale*, 1862.
(2) Il ne le dit pas du moins dans sa *Pathologie cellulaire*.
(3) Lancereaux, mémoire sur l'endocardite ulcéreuse, *Gazette Médicale*, 1862.

qui n'ait senti toute la puissance de la tradition. Broussais lui-même, ce novateur si résolu, se moquait, il y a bientôt un demi siècle, des prétentions de cette école qui, rejetant toute le passé de l'art, sans le connaître, a entrepris de réduire la médecine à un problème de mécanique ou d'arithmétique. Aujourd'hui, les disciples ont dépassé les maîtres en subordonnant les phénomènes physiologiques aux principes, aux lois de la physique et de la chimie, sans se douter seulement de l'erreur scientifique qu'ils commettent en transportant les méthodes qui conviennent à l'étude d'une science déterminée dans le domaine d'une science différente. Faire ainsi, c'est violer les règles les plus élémentaires de la philosophie naturelle.

Mais ce n'est pas tout: après avoir réduit toute la physiologie en expérimentations, ils prétendent encore traiter de même la pathologie et la thérapeutique. De là cette médecine expérimentale dont les promesses ne touchent guère les médecins qui savent la médecine, ceux dont le bon sens s'est fortifié par la lecture des bons livres. La tradition médicale est quelque chose de vivant: c'est l'esprit d'induction, tirant d'une infinie multitude de faits observés des lois, des préceptes, des doctrines, des règles certaines qui se maintiennent et se perpétuent, parce qu'elles sont fondées sur la réalité, étant en quelque sorte la quintessence de l'observation d'une observation, plusieurs fois séculaire.

L'expérimentation n'est point une méthode; ce n'est qu'un procédé artificiel, qui n'a rien de commun avec l'expérience clinique. Celle-ci est le juge souverain des systèmes et des théories; c'est elle qui prononce en dernier ressort et sans appel sur la valeur des interprétations; c'est elle qui soutient la tradition, qui la maintient dans toute sa force, la préservant de tout élément de corruption. Les médecins qui se contentent de faire l'éducation de leurs sens, qui se rompent aux difficultés de la pratique par une simple étude d'exploration sur le corps mort ou malade, les médecins qui n'ont jamais fréquenté que l'hôpital et l'amphithéâtre, ne savent de leur art que ce qui est accessible aux esprits vulgaires. Ils suivent docilement le précepte tant répété, qu'il faut lire le grand livre de la nature.

Eh! sans doute, le grand livre de la nature est la meilleure source d'instruction pour ceux qui le lisent couramment, ce qui est pourtant bien difficile. Mais encore est-il bon de savoir comment on le lisait avant nous; car ce livre est ouvert depuis qu'il y a des hommes qui pensent, et nos prédécesseurs ont laissé des gloses, annotations, scolies et commentaires, qui peuvent singulièrement aider à l'intelligence du texte.

C'est par un volume qu'il faudrait répondre aux détracteurs du passé et aux adversaires de la tradition médicale. Mais comment leur faire comprendre que la philosophie même de la médecine se tire en grande partie de son histoire? Comment convaincre des esprits réfractaires qui prétendent simplement recommencer, renouveler toute la médecine? Les apprentis médecins, qui sont maintenant sur les bancs, ne sont que trop dociles aux leçons qu'ils reçoivent, et suivent sans dévier

neuse et ramollie; point d'abcès métastatiques. Le sujet a eu il y a sept ans la fièvre intermittente pendant trois mois en Afrique. Il a été cette fois-ci malade près d'un mois, a eu des frissons répétés et a succombé avec des troubles très-manifestes de la circulation et de la respiration.

J'en demande bien pardon à mon ancien collègue, mais je ne saurais voir là une endocardite ulcéreuse, puisque l'endocarde était seulement recouvert de végétations. De plus, abstraction faite de l'état de la rate, les frissons pourraient bien se rattacher à la formation d'un abcès dans la substance même du cœur. Enfin les phénomènes de l'affection : l'orthopnée, l'anxiété excessive, la mort après un dernier accès de suffocation, tout cela ne ressemble pas mal à toute autre chose qu'à une infection purulente. Des frissons suivis de fièvre fréquemment répétés ne peuvent suffire pour caractériser cette maladie.

Obs. III. — Quelques végétations sur la valvule mitrale. Exsudat fibrineux et végétations, dont une très-volumineuse, sur les valvules aortiques. Au-dessus de l'une d'entre elles, on rencontre une tumeur du volume d'une noisette constituée par un petit abcès contenant un pus épais et jaune. L'orifice en est ouvert dans le cœur, il est du diamètre d'une tête d'épingle, et le pus en sort par la pression. Foie double de son volume. Rate double de son volume et ramollie. Muqueuse stomacale d'un rouge brunâtre dans le grand cul-de-sac et ramollie. Point d'abcès métastatiques. Phénomènes morbides tenant à la fois de l'affection cardiaque et de l'infection purulente. (Observation du docteur Spengler.)

Ici encore je ne vois point d'endocardite ulcéreuse, puisque le tissu valvulaire n'est point ulcéré. Quant au mélange direct du pus avec le sang, il me semble que la systole cardiaque devait y concourir par la pression qu'elle exerçait sans doute sur l'abcès. L'émiettement de l'endocarde comme cause de l'infection purulente ne me paraît pas mieux établi dans ce fait que dans l'observation qui précède.

Obs. IV. — Valvule mitrale allongée et considérablement épaissie. Elle offre une coloration jaunâtre et une injection vasculaire très-marquée. Les vaisseaux qui rampent à la face auriculaire vont aboutir à une excavation assez profonde pour cacher l'extrémité de l'un des doigts. Le fond de l'ulcération est ferme, granuleux, comme poli par le courant sanguin. La matière qui le constitue est composée de fines granulations grisâtres et de détritus plus ou moins informes. Dans un point très-voisin de cette excavation existe une légère saillie mamelonnée, d'où s'écoule, à la suite d'une incision, une matière épaisse, jaunâtre, où l'on reconnaît des granulations très-nombreuses, des globules de graisse, des débris de cellules, des noyaux et des fibres de tissu conjonctif. Poumons, quelques taches ecchymotiques. Foie mou, d'un jaune sale. Métamorphose régressive des cellules hépatiques. Embolies composées de fibrine et des éléments trouvés dans le foyer cardiaque. mais n'obturant les artères hépatiques qu'incomplétement. Faut-il leur attribuer la coloration d'un jaune plus clair d'une partie circonscrite d'ailleurs du parenchyme? Rate volumineuse et diffluente, sauf en un point où elle est plus consistante et jaune brunâtre? Ce point correspond à un infarctus splénique. Reins plus volumineux qu'à l'état normal; leur surface est parsemée d'ecchymoses et de petites dépressions. Au niveau d'un point déprimé on constate un infarctus. Estomac et gros intestin, taches ecchymotiques. Dans le sang on retrouve les éléments de métamorphose régressive constatés dans l'excavation cardiaque et les divers caillots migrateurs. Le sujet présenta des frissons violents, des phénomènes cholériformes, de l'ictère, des ecchymoses cutanées et une forte dyspnée à la fin. (Observation du docteur Matice.)

L'observation paraît ici pleinement péremptoire et n'a toutefois, au fond, rien de démonstratif. On a trouvé dans le sang et les divers caillots obturateurs des éléments de métamorphose régressive qui venaient du cœur en droite ligne; mais de quel droit leur attribuer les phénomènes d'infection ici très-caractérisés? Il y a eu concomitance, soit, mais non rapport de causalité. Comment prouver, d'ailleurs, que l'excavation considérable trouvée dans le cœur ne contenait que des éléments de métamorphose régressive et point de pus? Les observations I et II constatent que les globules de pus peuvent s'associer à ces matériaux de décomposition. Mais, dira-t-on, dans le voisinage du foyer, dont le contenu s'est mélangé à la masse sanguine, existait une collection qui ne présentait aucune trace de globules purulents, donc le foyer ouvert n'en contenait pas non plus. Qu'on me permette de rappeler ici, pour montrer combien peu la conclusion est légitime, que Virchow ayant trouvé un jour de nombreuses plaques athéromateuses dans une aorte et une collection voisine des athéromes, annonça à ses élèves qu'il allait leur montrer de la matière athéromateuse ramollie. Or que trouva-t-il? du pus. C'était un abcès de l'aorte. D'autre part, nous voyons dans l'observation II que de très nombreuses granulations élémentaires constituent la lésion plastique des valvules dont la partie altérée concourt à la formation d'une cavité purulente. Il est impossible d'avoir un voisinage plus immédiat, et l'on aurait eu parfaitement tort, néanmoins, de conclure de l'existence des granulations élémentaires dans le tissu des valvules à la non-existence du pus dans l'intérieur du foyer. Enfin ne serait-il pas possible d'admettre, quand on se trouve en présence d'une collection puriforme reconnaissant l'inflammation pour cause évidente et certaine, qu'il y a eu métamorphose régressive des globules de pus eux-mêmes? Le corpuscule pyoïde a-t-il par hasard quelque autre origine? Or je suis loin de supposer que toute la violence du pus doive être assignée au globules eux-mêmes.

Obs. V. — Je commence par reconnaître que c'est bien là un cas d'infection purulente accompagné d'infarctus dont l'origine est cardiaque. Sur la valvule mitrale existent des caillots friables, mais point d'ulcération. Ces caillots d'un rouge brun, secs, sont-ils constitués par de la fibrine? Peut-être, mais l'observation ne le dit pas. Ce n'est nullement, me semble-t-il, la coloration de tissus qui subissent la métamorphose régressive. On ajoute que dans la valvule le tissu intermédiaire aux deux feuillets de l'endocarde est raréfié, en partie transparent et fortement vascularisé, en partie d'un gris opaque et parsemé de foyers jaunâtres. Comment la vascularisation considérable et les foyers jaunâtres pouvaient-ils s'associer à la raréfaction de ce tissu? Enfin la veine porte a été examinée, mais il y a lieu de croire que c'est la seule, puisqu'on ne parle pas des autres veines. Bref, l'observation manque de détails importants et laisse au doute ample carrière (observation de Frerichs).

Jusqu'à présent nous n'avons pas eu d'exemples bien nets d'endocardite ulcéreuse. Cette forme morbide existe néanmoins.

Observation de M. Vulpian. Chez un malade qui a offert à peu près les

---

de la direction que trace à leurs études la méthode expérimentale, comme disent ceux qui transforment lestement en méthode un ensemble de procédés qu'un libraire très-pénétrant a caractérisé excellemment en deux mots qui doivent servir de titre à un recueil d'expérimentations physiologiques : *physiologie opératoire*. Telle est la formule qu'il faudra accepter, comme ayant une signification quelconque si l'on s'obstine à confondre l'observation avec l'expérience et celle-ci avec l'expérimentation.

En résumé, cette école de la mécanique appliquée à la médecine, dont Magendie est provisoirement le grand homme, sous le prétexte de prendre la nature sur le fait, exalte les sens au détriment de la raison, et mutile le cerveau de la jeunesse. Aussi la jeunesse ne lit guère, et dans ses lectures, elle retrouve exactement les leçons qu'on lui fait, en invoquant l'autorité de Bacon et la philosophie positive.

La grande salle de la bibliothèque de la Faculté de médecine est très-vaste, et il faut reconnaître que les lecteurs s'y pressent en foule Mais soyez certains que sur cent, j'en parle par expérience, il n'y en a pas deux qui demandent au bibliothécaire un de ces livres que les bibliothèques médicales conservent comme des monuments d'un autre âge, et que les esprits méditatifs et investigateurs consultent avec curiosité. Ces dépôts de savoir et de sagesse médicale ne s'ouvrent que pour quelques curieux, qui ne conçoivent la science qu'en appliquant à leurs études la méthode comparative. Quant à la masse, elle s'inquiète si peu du passé, que parmi tant de lecteurs assidus, il serait difficile d'en trouver deux ou trois qui aient jamais songé à consulter l'histoire de cette école, soit dans les vieux livres, soit dans les documents que la bibliothèque possède.

Ces documents ont été heureusement exhumés par un diligent bibliographe qui prend au sérieux ses fonctions de bibliothécaire, et la Faculté de médecine de Paris n'ignorera plus désormais les richesses et curiosités bibliographiques qui sont sa propriété. Elle trouvera même dans cette espèce de catalogue historique et raisonné une bonne partie de ses titres, ses plus vénérables parchemins, en quatre mots, ses anciennes lettres de noblesse, et il lui sera facile de se consoler d'avoir été devancée en ce point par la Faculté de Montpellier. Un professeur de cette dernière école, M. Anglada, a publié, il y a trois ou quatre ans, une notice substantielle et fort intéressante sur la bibliothèque. C'est un bon travail, et qui atteste qu'avant de monter dans une chaire, le docteur Anglada remplissait avec intelligence ses fonctions de sous-bibliothécaire (1). La bibliothèque de la Faculté de Montpellier est si belle

(1) C'est en grande partie d'après cette notice du professeur Anglada que nous connaissons les richesses et raretés de la bibliothèque de la Faculté de Montpellier. Jamais les salles intérieures de cette bibliothèque ne nous ont été ouvertes, et nos études médicales terminées, nous avons dû quitter l'école sans connaître les trésors amassés par le savant et ingénieux Prunelle. Les collections bibliographiques et icono-

symptômes d'une fièvre typhoïde, on trouve à l'autopsie la valve postérieure de la valvule tricuspide très-altérée, épaissie, inégale, ramollie, et percée d'une ouverture irrégulière d'un demi-centimètre de diamètre. Végétations fibrineuses auprès de l'ulcération. Dans les deux poumons, ecchymoses, petits noyaux d'apoplexie pulmonaire, et dans des conduits qui *paraissent* appartenir au système de l'artère pulmonaire on trouve des cylindres fibrineux pleins de pus à l'intérieur, et en offrant aussi une légère couche à l'extérieur. Dans toutes les parties des deux poumons nombreux abcès disséminés avec ou sans pseudo-membrane.

Malgré la marche insolite de la maladie, je ne la considère pas moins comme un fait d'infection purulente. Mais faut-il expliquer les ecchymoses et les abcès consécutifs par des embolies capillaires? Ici je crois devoir remarquer que les végétations fibrineuses du cœur n'ont pu devenir fibrino-purulentes dans l'intérieur des branches de l'artère pulmonaire. Ni M. Vulpian ni M. Charcot n'admettent probablement la transformation purulente de la partie centrale des cylindres fibrineux. Ces messieurs ont d'ailleurs le soin d'ajouter qu'ils n'ont pu retrouver dans le poumon des fragments de fibrine détachés de la valvule cardiaque. Or n'est-ce pas par l'embolie capillaire que mon ancien collègue Ball, dans sa très-remarquable thèse, a voulu rendre compte des abcès métastatiques pour le cas particulier (1)? Ainsi, 1° M. Vulpian n'a point retrouvé dans le poumon les végétations de la valvule tricuspide, 2° les cylindres fibrino-purulents, qu'on a cru devoir localiser dans les divisions de l'artère pulmonaire, ne sont point des embolies provenant du cœur droit (2).

Mais enfin, dira-t-on, il y a eu travail ulcératif, et si l'on ne peut rattacher à la fibrine coagulée les embolies, on peut admettre que les détritus de la valvule ont donné lieu à l'altération du sang et aux ecchymoses, puis aux abcès consécutifs. Tout cela est plausible sans doute, néanmoins lorsqu'il existe un travail inflammatoire de nature ulcérative, il est également assez plausible d'admettre que des globules de pus et la sérosité qui les accompagne sont également sécrétés. Ces globules, la sérosité qui leur est propre sont enlevés au fur et à mesure de leur production, mais leurs effets pernicieux sur l'économie, quand ils dépassent certaines limites, attestent leur présence et peuvent seuls rendre compte des phénomènes. Quant aux granulations élémentaires, aux corpuscules graisseux, aux globules de graisse et aux débris du tissu conjonctif, ils produisent, par l'altération des branches artérielles et des capillaires, une lésion très-nettement déterminée, à savoir la métamorphose régressive. Senhouse Kirkes avait donc bien vu, lorsqu'il disait que l'endocardite peut produire dans l'économie deux ordres d'effets, les uns mécaniques et les autres toxiques (3). Il faut savoir faire la différence des choses.

Après cet examen critique de la théorie de Virchow et des développements qu'elle a pris chez quelques-uns de ses disciples les plus éminents, il me reste à en préciser le sens et la portée philosophique.

L'auteur de la pathologie cellulaire est un organopathe quintessencié. De même que la vie est pour lui un rapport d'activités individuelles et infinitésimales (1), les unités morbides les mieux caractérisées sont des groupes d'états organopathiques dont la mécanique et la chimie nous rendent un compte très-satisfaisant. La mécanique sera invoquée la première parce que les phénomènes qu'elle régit sont de la nature la plus objective, et par cela même aisément accessibles à l'exercice des sens. Puis lorsque l'explication mécanique des engorgements et des obstructions deviendra insuffisante, la chimie, avec ses opérations cachées sans doute, mais que la volonté de l'homme peut dans une cornue reproduire à son gré, la chimie devra suffire à expliquer tout le reste. Ce qui prouve à quel degré domine chez Virchow la préoccupation de supprimer l'unité morbide, c'est d'avoir mis le globule de pus, malgré sa qualité de corps solide, en dehors de la question de la pyohémie. Ainsi donc malgré cette circonstance atténuante le globule de pus a été sacrifié, sous le prétexte frivole qu'il est impossible de le discerner des globules blancs. La quantité de ceux-ci paraît-elle dépasser les proportions ordinaires, aussitôt on suppose l'irritation des glandes lymphatiques, et l'on arrive ainsi à disséminer, à éparpiller l'unité de la maladie qu'a néanmoins consacré, dans l'espèce, la double autorité de l'expérience et de l'expérimentation. Une philosophie médicale matérialiste, c'est-à-dire atomistique, ne peut aboutir qu'à la multiplicité, à la distinction, à la différence, ou en d'autres termes à la pathologie des infiniment petits, à la pathologie cellulaire. Tel est le dernier mot de la doctrine.

Ma tâche me paraîtrait inachevée si, après avoir soumis les diverses théories de l'infection purulente au creuset de la critique, et ainsi rassemblé par une analyse préalable les matériaux d'une synthèse, je n'essayais de constituer cette dernière, sans parti pris, sans exclusion, d'une manière large et complète.

Afin d'éviter toute confusion, je dois prévenir que le pus, caractérisé anatomiquement par le globule, me paraît encore du pus lorsque les globules ont été soustraits. C'est du pus sans globules, et rien ne nous autorise à admettre que ce liquide perd toute action dynamique par la suppression des corpuscules qui lui sont propres. L'action est moindre et rien d'autre (2).

La pyoémie ou infection purulente se définit d'elle-même. Elle me paraît un cas particulier de la diatése purulente (3).

Le pus peut se former en dehors des voies vasculaires et gagner l'intérieur de la veine (4). Certaines dispositions anatomiques maintenant les veines béantes dans le voisinage de la poitrine permettent quelquefois à la force d'aspiration de s'exercer. On conçoit du moins la possibilité du fait. Les exemples de pyoémie à la suite de l'infiltra-

(1) *Des embolies pulmonaires*, par Benjamin Ball. Thèse inaugurale 1862.

(2) L'observation publiée par M. Charcot en 1855 me paraît devoir donner lieu à des réflexions analogues. Je n'en donne point l'analyse afin d'abréger.

(3) Senhouse Kirkes. *Med.-chir. transactions*, t. XXXV, p. 281.

(1) L'être vivant est la somme, la résultante d'un nombre variable de cellules. Chaque animal représente une somme d'unités vitales qui portent chacune en elles-mêmes les caractères complets de la vie. L'unité de la vie consiste dans l'arrangement régulier de l'élément distinct., (*Pathol. cellul.*, p. 12.)

(2) Voir Lebert, *Physiologie pathologique*, t. I, p. 40.

(3) Voir Gintrac père, *Traité de pathologie interne et de thérapie médicale*, p. 231 et seq.

(4) Sédillot, *De l'infection purulente*, p. 208, 220, 249.

et si riche, qu'elle mériterait les honneurs d'un volume, et nous ne saurions trop engager M. Alfred Franklin à faire pour cette bibliothèque incomparable un travail analogue à celui qu'il a consacré à la bibliothèque de la Faculté de Paris (1).

M. Alfred Franklin, qui n'est pas médecin, est fort au courant de la bibliographie médicale; ses curieuses études sur Gabriel Naudé, ce modèle des bibliothécaires, l'ont familiarisé avec les vieux livres de médecine, et notamment avec les manuscrits médicaux. M. Franklin, ayant entrepris de faire l'histoire des principales bibliothèques de Paris, ne pouvait négliger celle de la Faculté de médecine, dont il avait deviné les trésors cachés, ou pour mieux dire, profondément ensevelis et ignorés; car il est le premier qui a fait le siége de cette forteresse, et il a pénétré bravement au cœur de la place, sans autre guide que cette puissante curiosité qui agit sur le bibliographe ayant vocation, comme l'aimant sur l'aiguille. M. Franklin s'est introduit dans la bibliothèque de la Faculté de médecine, sans guide, sans conducteur, sans indication, et il en est sorti avec un volume dont il peut s'honorer autant pour le moins que les triomphateurs romains de ces dépouilles qu'ils appelaient opimes: car ce livre, qui ne doit rien ou presque rien aux livres imprimés, a été fait uniquement avec les documents inédits que renferme la bibliothèque.

C'est par là surtout que se distingue le volume de M. Alfred Franklin; il est original et tout neuf, ou, si l'on veut, rempli de ces vieilles nouveautés qui ont pour la curiosité des érudits tout le charme de l'imprévu. La bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris a été vraiment libérale envers son premier historien; elle lui a montré, révélé tous ses trésors; et l'investigateur a eu cette bonne fortune d'exhumer, d'après les indications que lui ont fournies les manuscrits par lui déchiffrés, des reliques plus que vénérables que l'on croyait à jamais perdues.

Grâce à sa persévérance, M. Franklin a pu remettre en lumière quelques débris de cette antique bibliothèque, dont les origines remontent pour le moins au quatorzième siècle. L'auteur a divisé son sujet en deux parties, suivant l'ordre chronologique. La première période commence en 1391 et finit en 1746, au moment où la bibliothèque fut ouverte au public. La deuxième période commence à cette date, et n'offre rien de bien extraordinaire, sauf les accroissements de la collection biblio-

graphiques de la Faculté de Montpellier sont gardées par un bibliothécaire vigilant, qui est un gardien inflexible.

(1) *Recherches sur la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris d'après des documents entièrement inédits*, suivies d'une notice sur les manuscrits qui y sont conservés; par Alfred Franklin, de la bibliothèque Mazarine. — Paris, chez Auguste Aubry, l'un des libraires de la Société des bibliophiles français, rue Dauphine, 16, 1864. In-8, v-179 pages.

tion purulente des lymphatiques cités par plusieurs auteurs (1), donnent lien de penser que le passage à travers les ganglions de la partie séreuse du pus suffit dans quelques cas à déterminer l'infection du sang. Celle-ci peut être consécutive à l'endocardite ulcéreuse et purulente, à l'aortite suppurée (2). Toutes les circonstances que je viens d'énumérer étant assez rares, on arrive à conclure par voie d'élimination que la phlébite est la cause la plus ordinaire de la pyoémie. La théorie de Dance n'a donc qu'un tort, celui d'être exclusive.

Le pus produit une infection générale qui se traduit par des phénomènes ayant une homogénéité marquée, bien qu'elle ne soit pas constante. Ici comme partout il faut faire la part de la spontanéité morbide. Il y a donc du plus et du moins dans les altérations anatomiques se rattachant aux conditions suivantes : congestions, inflammations, gangrènes, ulcérations, hémorrhagies, métamorphose régressive. Les congestions avec ramollissement se remarquent dans les parenchymes (foie, rate), et aussi dans la muqueuse digestive. Celle-ci peut être ulcérée (3), enflammée (4). L'inflammation survient, même sans hémorrhagie préalable, dans les membranes séreuses viscérales ou articulaires. Le plus souvent il y a, au moins pour les parenchymes, une infiltration sanguine déterminant une phlegmasie à peine marquée, bien que promptement purifère, suivant l'expression de Dance. La production du pus dans la diathèse purulente, sous sa double forme (pyoémie et diathèse purulente proprement dite), a ce caractère spécial de relever d'altérations phlegmasiques qu'il est souvent très-difficiles d'apprécier. Toutefois lorsque l'abcès a un certain volume, et probablement une certaine durée, il est circonscrit par une membrane pyogénique. Quant à la gangrène, bien qu'elle survienne assez rarement, on en a toutefois des exemples incontestables (5). La métamorphose régressive a été observée dans les cellules hépatiques sans qu'il fût toujours possible de la rattacher à une obstruction des voies vasculaires, ni même, comme le fait M. Lancereaux, au passage des globules gras dans le sang des artères du foie (6). Les faits où l'altération primitive a pour siége le système veineux se refusent à cette explication. Remarquons enfin qu'il y a un parallélisme digne d'être noté entre les altérations produites par l'infection purulente et celles qui élèvent des pyrexies.

L'infection purulente a aussi des rapports réels avec la septicémie, et il n'en saurait être autrement, l'une et l'autre étant des maladies infectieuses. Mais néanmoins l'une et l'autre ont des caractères distincts, ce que démontre l'examen comparatif des symptômes et des altérations anatomiques.

Faut-il faire une part à l'embolus? Je nie absolument qu'à titre mécanique il ait une part quelconque dans la pyémie. Mais, comme l'a constaté M. Lancereaux, si l'embolus est imprégné de pus (1), s'il est constitué par une mince couche de fibrine à la périphérie et par de nombreux globules purulents au centre (2), alors il a une action évidente et certaine, non pas à titre d'embolus, mais en tant qu'il contient du pus. C'est donc toujours à ce dernier qu'il en faut revenir. l'école de Virchow, en France du moins, et je l'en félicite, ne s'est pas montrée parfaitement fidèle à l'esprit du maître. Les recherches de M. Lancereaux, en particulier, auront contribué à mettre pleinement en lumière la différence qui existe entre les suites de la lésion purement mécanique de l'infarctus et les altérations consécutives à l'altération du sang par le pus.

Je ne viens point d'exposer une théorie nouvelle, but que je ne me proposerais nullement, mais de soumettre, autant qu'il m'a été possible, à une critique serrée les doctrines divergentes qui se sont fait jour sur la pyoémie. J'ai pris les faits tels que les fournit l'analyse, ou en d'autres termes l'expérience, puis j'ai cherché à formuler leur résultante commune dans une synthèse large et compréhensive. Mes conclusions à cet égard diffèrent peu de celles de M. Monneret, et j'en tire un favorable augure (3). Dans cette partie de ma tâche, d'ailleurs, n'eussé-je pas réussi au gré de mes désirs, qu'il n'en faudrait rien induire contre l'argumentation à laquelle j'ai soumis les écarts modernes de l'iatro-mécanicisme. Celui-ci n'est qu'une vieille erreur qui s'est contentée de faire peau neuve, et qui, de nos jours, comme à ceux d'Asclépiade (de Bithynie), fait consister l'état morbide dans l'altération du rapport des atomes à leurs pores.

PAUL DUPUY.

(1) Castelnau et Ducrest, Jobert, Monneret et Fleury.
(2) Faits de Spengler (1846), de Monneret (1856), de Schutzemberger (1856), de Leudet (1861).
(3) Obs. de Charcot, 1855.
(4) Dance, obs. 12; mémoire cité et mémoire de Ribes, obs. 2, dans la *Revue médicale*, 1825, t. III.
(5) Dance, obs. 19 et 20. Ribes cite (obs. 1 et 2) deux exemples de gangrène avec phlébite.
(6) Mémoire cité.

(1) *Mémoire sur l'infection par produits septiques engendrée au sein de l'organisme.*
(2) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1862, p. 759.
(3) M. Monneret admet l'infection purulente à la suite de lymphargite. Mais si le pus ne peut franchir les ganglions avec ses globules, ce n'est point par ceux-là qu'il déterminera l'infection du sang. M. Lebert dit d'ailleurs que la sérosité injectée produit des épanchements sanguins lobulaires dans les poumons et dans d'autres organes. Voir M. Monneret, *Traité de pathologie générale*, t. II, p. 153 et suiv.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION CURATIVE DES EAUX DU MONT DORE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur JULES MASCAREL. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

(Suite — Voir les nos 15 et 16.)

PHTHISIE AU PREMIER ET AU DEUXIÈME DEGRÉ; LARYNGITE CHRONIQUE; AMÉLIORATION PAR DEUX SAISONS SUCCESSIVES. (Docteur HORTELOUP.)

OBS. XII. — M. K...., marin, âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est obligé de quitter sa profession après cinq ans de l'exercice d'un commandement à bord, par suite d'une extinction de

graphique de la Faculté, à la suite des réformes de l'organisation médicale après la grande révolution. L'histoire de cette deuxième période n'offrait point de difficulté; mais celle de la première en offrait de très-sérieuses. M. Franklin a vaincu les obstacles, et il a eu la constance de dépouiller l'immense recueil des actes de la Faculté, connu sous la dénomination de *Commentaires*, en extrayant tous les passages qui de près ou de loin se rapportaient à son sujet.

De ce dépouillement est résulté un amas de notes, qui figurent au bas de chaque page et qui supportent en quelque sorte le texte. Celui-ci est d'une trame très-serrée, et ne laisse place à aucune conjecture. C'est un mérite rare dans un travail aussi minutieux et aride, il faut bien le reconnaître, de tenir l'imagination à distance, et d'écarter avec fermeté cette manie de l'interprétation quand même, qui tourmente les esprits ingénieux et qui est fatale à la saine érudition. Après cela, M. Franklin ne s'est pas strictement tenu dans l'étroit sillon qu'il a creusé pour la satisfaction de sa curiosité de bibliographe. A droite et à gauche, il a glané, ou plutôt il a fait sa gerbe, et l'histoire de cette vieille collection bibliographique s'est naturellement transformée en une esquisse historique de l'ancienne école

Il était difficile de résister à la tentation. Après avoir constaté l'existence de quelques manuscrits d'inégale valeur des principaux maîtres grecs et arabes, après avoir suivi ces manuscrits dans leurs vicissitudes, M. Franklin s'est arrêté à recueillir les renseignements que lui offraient en abondance les nombreux registres qu'il a dépouillés; si bien qu'il a refait, d'après des documents authentiques et contemporains, l'histoire des anciennes coutumes et des vieilles institutions de la Faculté. Son volume étant tout composé avec des pièces justificatives, il échappe naturellement à l'analyse; mais en disant ce qu'il renferme, nous le recommandons suffisamment aux médecins qui n'ont pas entièrement renoncé aux études d'érudition.

Dans la notice sur les documents manuscrits conservés à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, — cette notice forme à elle seule la seconde moitié du volume, — les plus indifférents trouveront de quoi s'intéresser, et les curieux et les travailleurs recueilleront des indications précieuses. M. Franklin ne s'est pas contenté d'extraire les *Commentaires*; il en a donné une notice historique et bibliographique, et a détaché du journal rédigé par P. Desvallées, doyen en 1395, des fragments qu'il a encadrés et reliés de façon à présenter une espèce de résumé de l'histoire intrinsèque de la Faculté au quatorzième siècle. A cette analyse il a ajouté une excellente notice sur les travaux relatifs aux *Commentaires*, sur les catalogues de l'ancienne Faculté, et une liste des manuscrits que possède la bibliothèque. Cette partie du volume se recommande par une grande netteté : l'ordre y est parfait, et l'on n'y trouve à reprendre que quelques erreurs de date, à peu près inévitables dans tout travail qui a pour base des notes, qu'on ne peut toujours revoir sur le texte qui en a fourni la matière. La table générale des matières est rédigée avec beaucoup de soin, et ne peut que faciliter les recherches.

voix. M. le docteur Hortelonp, appelé à donner des soins au malade, constate la phthisie au premier degré et conseille le mont Dore.

Le malade y arrive au mois de juillet 1859. M. K.... est pâle, étiolé et a la voix très-rauque, très-affaiblie; il tousse et crache seulement le matin et a quelquefois le soir des frissons; il n'a pas eu d'hémoptysie. Les sommets des poumons respirent très-mal, le bruit vésiculaire est remplacé par un bruit rude, rapeux, tuboïde. Le maximum de ces accidents se fait sentir dans la fosse sus-épineuse gauche où l'on perçoit du râle humide sans matité bien prononcée et sans bronchophonie. Il y a des douleurs vagues dans le dos, aux épaules et sous la clavicule gauche ainsi que des sueurs partielles le matin au réveil. Le traitement est parfaitement supporté et développe l'appétit qui était très-peu régulier. Après dix-huit jours de séjour nous constatons que la voix est plus claire, moins voilée et la respiration a perdu ce caractère de rudesse qui existait à l'arrivée. La fosse sus-épineuse gauche est le siége d'un râle sous-crépitant humide abondant, la toux et l'expectoration ont beaucoup diminué et le malade part très satisfait de son traitement.

L'hiver se passe très-bien, mais au commencement du mois de mars, M. K.... est repris d'un rhume qui persiste encore à son second voyage au mont Dore qui a lieu le 3 août 1860.

La voix est beaucoup plus forte que l'année dernière, la santé générale est meilleure, il y a un peu de toux, un peu d'expectoration, mais le malade n'est pas essoufflé en marchant. La fosse sus-épineuse du côté gauche est le siége d'un râle humide presque caverneux avec bronchophonie, il n'y a pas de fièvre le soir, ni sueurs pendant la nuit.

Après quelques jours de traitement survient de la diarrhée qui dure trois jours, ce qui force à diminuer la quantité d'eau bue, mais la dose bientôt portée jusqu'à trois verres est parfaitement tolérée. Le râle caverneux est couvert par le râle sous crépitant à petites bulles, l'expectoration est moins abondante, les crachats plus clairs et la voix moins voilée. Ce malade quitte le mont Dore dans un état très-satisfaisant, mais non guéri, le râle sous-crépitant occupe tout le sommet du poumon gauche. Nous n'avons pas reçu des nouvelles de ce malade (3 décembre 1860.)

Nous notons ici un amendement dans tous les symptômes par suite d'une première saison, mais le malade n'ayant pu se soumettre à toutes les régles hygiéniques que nous lui avions tracées, a été repris en mars d'un nouveau rhume qui a aggravé l'état local. La seconde saison a paru produire un nouvel amendement, mais il faut savoir maintenant comment ce malade va passer la saison froide.

Tubercules au premier et au deuxième degré, extinction de voix rebelle, amélioration considérable par une première saison (Docteurs P. Laroche et Gendrin.)

Voici un fait qui se rapproche beaucoup du précédent sous le double rapport des troubles fonctionnels et matériels ainsi que sous celui des effets du traitement.

Obs. XIII. — M. L..., négociant âgé de 44 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin contracte en novembre 1859 une pleuro-pneumonie à la suite de laquelle sa santé ne s'est jamais rétablie. A la toux a succédé une faiblesse de la voix telle que parfois celle-ci cesse complétement. Sur les avis de MM. les docteurs P. Laroche et Gendrin, ce malade se rend aux eaux en juillet 1860.

La physionomie est pâle et amaigrie, peu d'appétit, langue saburrale, voix à demi voilée, douleur légère au larynx augmentant par la pression (plusieurs cautères volants ont été appliqués dans cette région), douleur dans le dos, lassitude habituelle, toux ranque, grasse le matin, expectoration abondante, muqueuse, mêlée de petits crachats opaques, d'un jaune verdâtre, oppression en marchant.

Les sommets des poumons sont le siége de râle sous-crépitant humide à bulles isolées, plus prononcé à droite qu'à gauche; le maximum d'intensité de ce bruit est dans la fosse sus-épineuse droite où l'expiration est plus prolongée, mais sans bronchophonie, sans matité appréciable; il n'y a pas de fièvre.

Le septième jour du traitement les râles sont encore beaucoup plus abondants, l'expectoration facile et les crachats moins opaques, l'appétit et le sommeil excellents.

Le dix-septième jour les râles du côté gauche ont disparu, on n'en retrouve plus que dans la fosse sus-épineuse droite, la santé générale est meilleure, le teint plus animé, la dyspnée presque nulle, la voix presque naturelle la plus grande partie de la journée.

Que va devenir maintenant ce malade pendant l'hiver? On conçoit toute l'importance de l'habitation dans un climat tempéré pour conserver cette amélioration; malheureusement il y a ici des impossibilités comme dans la précédente observation.

Tubercules au premier et au deuxième degré; cas grave; accidents arrêtés par une première saison. beau succès de la médication thermale. (Docteur Doucet.)

Obs. XIV. — M. M..., 33 ans, lymphatico-nerveux et sanguin, blond-châtain clair, œsophagisme pendant trois ans, ayant beaucoup diminué sans disparaître complétement sous l'influence de l'introduction de l'éponge. Alternatives de chaud et de froid auxquelles le malade n'était pas habitué dès le mois de novembre 1859, et qui donnent naissance à un *rhume*. Cette affection va toujours en augmentant, et force le malade à s'aliter pendant les mois de février et mars.

Plusieurs hémoptysies peu abondantes, toux, expectoration abondante de crachats puriformes, fièvre précédée de frissons tous les soirs, sueurs nocturnes thoraciques abondantes, dyspnée, insomnie, perte d'appétit, amaigrissement rapide. Ce malade, qui a reçu les soins de M. le docteur Doucet, arrive au mont Dore dans l'état suivant et dans de mauvaises dispositions d'esprit, relativement à l'efficacité de ces eaux. Aux symptômes énoncés, il faut ajouter : râle sous-crépitant humide sous les deux clavicules, dans l'étendue de deux travers de doigt à droite avec expiration prolongée. Dans la fosse sus-épineuse de ce côté le râle est à petites et à grosses bulles, l'expiration prolongée, la voix et la toux retentissantes, avec diminution de son appréciable en comparant avec le côté opposé; il y a encore des frissons le soir, qui se prolongent pendant cinq jours, puis des sueurs noctures et de l'inappétence.

Le traitement est parfaitement supporté, les frissons cessent, la toux diminue, le sommeil et surtout l'appétit reviennent comme par enchantement, et lorsque le malade quitte l'Auvergne dix-neuf jours après son arrivée, il n'a plus ni fièvre ni dyspnée, bien moins de toux et d'expectoration, pas de sueurs et grand appétit. Les râles sous la clavicule gauche se sont effacés, mais ils persistent sous la clavicule droite dans une petite étendue, la voix et la toux retentissent en arrière, au sommet où l'on entend des craquements humides.

Depuis son départ des eaux jusqu'au commencement de décembre 1860, la santé de M. M... a continué à s'améliorer, de sorte qu'il n'a pas eu besoin de consulter un médecin, et M. M... se trouve si bien

---

Pour terminer, disons que ce joli et précieux volume sort des presses de M. Pillet fils, et qu'il fait partie de cette collection de livres excellents qu'un libraire, comme il n'y en a presque plus en France, augmente tous les jours pour la satisfaction des bibliophiles. M. Franklin, qui ne fait que des travaux consciencieux et vraiment utiles, a le privilége enviable d'avoir pour éditeur un homme qui a la passion des beaux livres, et qui ne met en circulation que des volumes d'une exécution irréprochable. De tous les libraires de notre temps, il n'en est pas à coup sûr un autre dont le nom soit plus cher aux bibliophiles que celui de M. Auguste Aubry. C'est un maître dans son art, et le premier peut-être de ceux de ses confrères en librairie qui n'ont point sacrifié l'esthétique à l'industrie et à la passion du lucre.

J. M. Guardia.

— Les médecins-majors de première et de deuxième classe actuellement attachés à des corps de troupe et qui désirent passer dans le service des hôpitaux sont invités à solliciter par écrit l'autorisation de prendre part au concours, dont l'ouverture sera ultérieurement fixée.

Les demandes des concurrents indiqueront expressément la spécialité médicale ou chirurgicale à laquelle ils se destinent; elles seront adressées au ministre (bureau des hôpitaux et des invalides) par la voie hiérarchique, et devront être parvenues au plus tard le 1er mai prochain.

Les épreuves déterminées par le programme du 13 février 1860, inséré au journal militaire (p. 92, premier semestre de 1860), continueront d'avoir lieu entre médecins de même grade, c'est-à-dire que les médecins-majors de première classe concourront entre eux et qu'il en sera de même pour les majors de deuxième classe.

Il n'est imposé aux candidats aucune condition d'ancienneté de grade.

La déclaration d'aptitude par le jury ne comportera pas pour les concurrents le droit d'être placés immédiatement dans le service hospitalier. Les mutations resteront subordonnées aux besoins qui viendront à se produire.

— MM. Cocbn, médecin-major de deuxième classe, et Fée, médecin aide-major de première classe, viennent d'être désignés pour remplir les fonctions de répétiteurs près l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg.

qu'il ne met pas à exécution la promesse qu'il nous avait faite de passer l'hiver dans le midi de la France.

TUBERCULES AU PREMIER DEGRÉ; AMENDEMENT TRÈS-NOTABLE DANS LES SYMPTÔMES LOCAUX ET GÉNÉRAUX. (Docteur ORILLARD.)

OBS. XV. — M. N..., 25 ans, tempérament sanguin, bonne constitution apparente, mais faiblesse générale, toux permanente depuis sept ou huit ans; coryza fréquent: prédisposition catarrhale très-grande.

M. N... arrive au mont Dore au mois de juillet 1860 d'après les conseils de M. le docteur Orillard, et vivement excité par les instances de M. G..., observation n° 10.

Les signes de la phthisie au premier degré se trouvent caractérisés par: 1° matité sous le tiers moyen de la clavicule droite; 2° expiration râpeuse tuboïde et prolongée; 3° voix et toux retentissante dans la fosse sus-épineuse du même côté; 4° bruits de craquements secs à l'inspiration, et quelquefois à l'expiration; 5° dyspnée, toux, expectoration peu abondante et seulement le matin.

Après vingt jours d'un traitement suivi sans interruption, le malade retourne chez lui dans d'excellentes conditions. Le sommet droit du poumon malade est le siége d'un râle crépitant fin abondant, la toux a diminué ainsi que l'expectoration, et le malade peut faire de longues courses à pied ou à cheval sans être fatigué.

SYMPTÔMES GRAVES DE PHTHISIE AU PREMIER ET AU DEUXIÈME DEGRÉ; AMÉLIORATION SUR PLACE PENDANT UNE PREMIÈRE SAISON; RÉSULTAT CONSÉCUTIF INCERTAIN. (Docteur DE MASSÉ.)

Cette observation offre beaucoup de ressemblance avec la précédente: les deux malades habitent la campagne, ils ont la même constitution et ont éprouvé les mêmes accidents.

OBS. XVI. — M. de P..., 48 ans, constitution sanguine, grippe il y a eu dix ans. Depuis cette époque, rhume perpétuel, trois hémoptysies peu abondantes, la dernière il y a dix mois. Dyspnée, toux, expectoration petite le matin, voix voilée parfois, affaiblissement par suite de l'amaigrissement qui semble faire chaque jour de nouveaux progrès. Ce malade a reçu les soins de M. le docteur de Massé, qui l'a considéré comme phthisique. Il arrive au mont Dore présentant à l'auscultation les symptômes qui suivent:

Matité sous le tiers moyen de la clavicule droite s'étendant un peu au-dessous d'un travers de doigt, râle caverneux, bronchophonie. Mêmes symptômes très-accentués dans la fosse sus-épineuse correspondante. Respiration puérile dans le poumon gauche, pas d'appétit. On se ferait difficilement une idée du changement opéré sur place par les eaux thermales. Retour des forces et de l'appétit, embonpoint, disparition du râle cavernuleux qui est remplacé par la respiration tuboïde, surtout dans la fosse sus-épineuse droite, où l'on constate très-peu de bronchophonie, la toux et l'expectoration sont presque nulles.

Le malade boit les eaux transportées à la fin de novembre, mais d'après les renseignements qui me sont transmis, il paraîtrait qu'il y aurait encore de la dyspnée et de la toux aussitôt que le temps devient humide et froid.

TUBERCULES AU PREMIER DEGRÉ; AMÉLIORATION PENDANT UNE SAISON PASSÉE AUX EAUX. (Docteur TESSIER, de Lyon.)

OBS. XVII. — M. R..., 33 ans, lymphatico-nerveux, brun; toux depuis deux ans, légère expectoration le matin, dyspnée en marchant un peu vite, pesanteur dans les membres. Sur l'avis du docteur Tessier (de Lyon) qui reconnait une phthisie au premier degré, M. R... arrive au mont Dore en juillet 1860, ne présentant pour toute lésion appréciable dans les organes respiratoires:

1° Qu'une matité de toute la région de la fosse sus-épineuse droite avec bronchophonie intense; bruit respiratoire, râpeux, tuboïde, craquements secs augmentant par la toux;

2° Sous la clavicule correspondante pas de matité, mais craquements secs, expiration non vésiculaire, rude, prolongée et entrecoupée;

3° Pâleur générale, amaigrissement, moral très-affecté.

Dès le douzième jour du traitement, le sommet du poumon malade est entouré de râle crépitant fin qui diminue les jours suivants, et n'existe pour ainsi dire plus le vingt et unième jour. L'appétit, les forces, la respiration, tout est meilleur, et le visage n'est plus pâle; il y a encore des craquements humides dans la fosse sus-épineuse, mais très-peu de bronchophonie. Pas de nouvelles de ce malade.

TUBERCULES AU PREMIER DEGRÉ; AMÉLIORATION PAR UNE PREMIÈRE SAISON. (Docteurs LECLERC et LEVEILLÉ.)

OBS. XVIII. — M. S..., 35 ans, tempérament sanguin, bonne santé apparente, profession de meunier ayant autrefois piqué des meules; toux permanente depuis dix-sept mois à la suite de chaud et de froid. Fièvre d'accès le soir, irrégulière et résistant au sulfate de quinine. MM. les docteurs Leclerc et Leveillé considèrent ce malade comme atteint de phthisie, et après diverses médications bien suivies, mais sans résultat, dirigent leur malade sur les eaux du mont Dore où il arrive au commencement du mois d'août 1860.

Santé générale en apparence bonne. Craquements secs sous la clavicule droite et sous l'aisselle, craquements humides dans la fosse sus-épineuse, expiration entrecoupée prolongée, renforcement de la voix et de la toux dans les mêmes régions, matité peu appréciable, peut-être aussi à cause du développement des muscles. Râle de catarrhe humide dans le lobe inférieur du poumon droit; quelques râles dans le poumon gauche en arrière. Dyspnée, toux, expectoration muqueuse et opaque le matin, sueurs partielles et nocturnes, frissons le soir tous les sept ou huit jours.

Le frisson est revenu le cinquième jour du traitement pour ne plus reparaître, l'appétit et le sommeil sont revenus, la toux et l'expectoration ont beaucoup diminué; des râles crépitants assez abondants masquent les autres bruits respiratoires.

En novembre 1860, j'ai su par voie indirecte que la santé de M. S... était satisfaisante, mais qu'il y avait toujours de la toux et un peu d'expectoration le matin. Ce malade forme le vœu de revenir au mont Dore l'année prochaine.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

UN CAS REMARQUABLE DE SOMMEIL LONG ET PROLONGÉ; par le docteur JOHN WARD COUSINS, chirurgien de l'hôpital royal de Portsmouth.

OBS. — J. C., fermier, âgé de 43 ans, est sujet depuis 20 ans à des attaques de sommeil profond et prolongé qui se produisent de temps en temps. Il n'a jamais souffert d'une affection cérébrale ni d'aucune autre maladie.

L'affection (car en somme, ce sommeil anormal doit être considéré comme un phénomène morbide) a débuté sans cause connue en 1842; elle persista d'abord pendant une année et se passa ensuite.

En 1848, elle reparut au bout de dix-huit mois, disparut de nouveau.

Il y eut alors un intervalle libre de douze ans.

La dernière attaque commença le 19 mai 1860. Depuis cette époque le sommeil de J. C. n'a jamais été naturel.

Il se couche vers dix heures du soir, et tombe presque immédiatement dans un sommeil profond qu'aucun moyen employé jusqu'à présent n'a pu interrompre. Il repose habituellement dans le décubitus latéral, présentant toutes les apparences d'une personne plongée dans un sommeil réparateur. La face et les oreilles sont pâles. La température de la peau de la plus grande partie du corps est normale, les pieds seuls sont souvent froids et livides. Le pouls est lent et faible, les pupilles sont généralement un peu dilatées; la respiration est très-calme et superficielle. Le patient se déplace rarement. De temps en temps, toutefois, il se retourne et change de côté; il ne ronfle jamais; il se réveille subitement, sans que rien l'ait fait pressentir; il paraît toujours reposé comme s'il avait dormi d'un sommeil naturel. Quelquefois il se plaint d'une légère sensation de prurit au front.

Il n'est jamais resté plus de cinq jours et cinq nuits dans cet état. Depuis quelque temps, il est resté assez souvent trois fois ou quatre fois vingt-quatre heures sans se réveiller. La durée moyenne du sommeil est de deux nycthémères. Sur quarante-huit heures il en passe à peu près quatre ou cinq à l'état de veille.

Le sommeil ne s'accompagne jamais de rêves, et il n'y a jamais d'évacuations involontaires. Le malade dit qu'avant de s'endormir, il se trouve parfois stupide; c'est le seul symptôme cérébral qu'on puisse constater chez lui. Il est doué d'une bonne mémoire, et quand il se réveille il se rappelle parfaitement tout ce qui s'était passé la veille, et ne manque jamais de s'enquérir de la durée de son sommeil. Depuis quelque temps il a maigri, et son teint est plus pâle qu'autrefois. Il jouit d'un bon appétit, et les évacuations alvines se font régulièrement. Son caractère est calme et aimable. C'est un bon homme d'affaires, et il aime la lecture. Son intelligence ne laisse rien à désirer, quoique son éducation première ait été un peu négligée.

Pendant l'attaque qu'il eut en 1848, il était sujet à des trismus qui commençaient généralement peu de temps après son réveil, et duraient plusieurs heures. Les mâchoires étaient alors fortement serrées l'une contre l'autre, et en même temps il se plaignait de douleurs dans le dos et au cou, mais ces symptômes n'ont pas reparu depuis cette époque.

On a publié un certain nombre de cas de sommeil prolongé. Ces faits peuvent être rangés dans les trois catégories suivantes: 1° le

sommeil anormal est une affection primitive ne se rattachant pas à des changements organiques dans le cerveau, mais seulement à un trouble de la circulation cérébrale, ces cas sont fort rares; 2° on l'observe comme symptôme des lésions organiques du cerveau : 3° on l'a vu se produire également à la suite d'une dose exagérée d'alcool ou d'opium.

Une analyse attentive de l'observation qui précède conduit M. Cousins à la ranger dans la première de ces catégories. Il s'agit essentiellement pour lui d'une modification du sommeil ordinaire, due à un état anémique et à une nutrition insuffisante du cerveau. Voici en résumé les considérations sur lesquelles l'auteur base cette interprétation.

1° L'état général de l'économie pendant l'état de sommeil. Le teint est pâle, les extrémités souvent froides et livides et dans une résolution complète. Le pouls est mou, lent, la respiration presque imperceptible (environ huit ou neuf inspirations par minute). Les sécrétions sont toujours peu abondantes, ce qui indique un état de torpeur de toutes les fonctions organiques.

2° L'état tout particulier du pavillon de l'oreille. M. Laycock a démontré que l'état de la circulation et de la nutrition de l'oreille interne est souvent associé à un état analogue du cerveau, et que l'on peut jusqu'à un certain point conclure de l'état du pavillon de l'oreille à celui de l'encéphale. Or les pavillons du malade sont habituellement pâles et flasques, et cet état est surtout prononcé quand il dort.

3° La longue durée et la profondeur du sommeil. On a essayé à plusieurs reprises de le faire cesser en agissant vivement sur l'un ou l'autre des sens du malade; en l'exposant à une lumière vive, les yeux étant ouverts, en lui faisant une affusion d'eau froide, suivie d'une friction générale, en secouant une sonnette à ses oreilles, etc.

4° Le malade ne présente aucun symptôme d'une affection du cerveau, et sa santé générale n'a subi aucune atteinte grave. Quand le besoin de dormir se fait sentir chez lui, il éprouve seulement la sensation de fatigue qui est habituelle après une journée de travail. Quand il se réveille, le sommeil a réparé ses forces, et toutes ses facultés intellectuelles s'exercent librement.

L'état d'anémie et de nutrition insuffisante du cerveau peut tenir à une altération des capillaires ou des éléments histologiques de l'encéphale, ou bien à un changement de calibre des gros vaisseaux destinés à la nutrition du cerveau. C'est ainsi que dans un cas rapporté par Copland, un état analogue de sommeil anormal était dû à un rétrécissement des artères carotides. Il résulte, du reste, des observations de Durham, de Brown-Séquard et d'Ackermann que, pendant le sommeil physiologique, le cerveau est dans un état d'anémie relative. Cette observation a été confirmée pour la rétine par M. Hughlings Jackson.

Le trismus qui a été observé chez le malade d'une manière transitoire en 1848, ne paraît pas avoir eu de rapport direct avec le sommeil anormal. Cet accident ne s'est, en effet, produit ni lors de la première attaque ni pendant la troisième. Il est probable que le trismus était dû à quelque irritation périphérique et à une exaltation du pouvoir réflexe de la moelle allongée et du pont de Varole. Ce dernier élément joue peut-être aussi un certain rôle dans la production du sommeil; l'anémie du cerveau peut, en effet, être due à une contraction réflexe des vaisseaux artériels.

M. Cousins n'a pas pu suivre le malade, dont la résidence était fort éloignée de la sienne. Les indications à remplir lui paraissaient être surtout d'améliorer la nutrition du système nerveux par une médication tonique (sulfate de quinine, préparations ferrugineuses), un régime réparateur et un exercice modéré. Les préparations de belladone méritaient peut-être d'être employées à titre d'essai, puisque les expériences physiologiques semblent prouver que ces préparations ont la propriété de dilater les capillaires du cerveau. Il recommanda, en outre, pendant l'état de sommeil, d'empêcher le refroidissement, d'administrer des lavements stimulants et nutritifs, et d'essayer de le faire cesser au bout de douze heures à l'aide de frictions et de l'emploi du galvanisme.

La suite au prochain numéro.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

La question des rétrécissements cicatriciels de la tranchée-artère est de date tout à fait récente. D'abord pour ce qui est même des ulcérations de ce conduit préliminaire indispensable de son rétrécissement, on ne trouverait avant ces dernières années dans les annales de la science qu'un très-petit nombre de documents isolés dus à MM. Cayol (1), Trousseau et Belloc (2), Rayer (3), Barth (4), Tardieu (5), dans lesquels ces auteurs signalent comme causes productrices la phthisie ou la morve. Quant au rétrécissement, les recherches auxquelles s'est livré M. Moissenet lors de la présentation qu'il fit à la Société médicale (séance du 8 septembre 1858) n'ont pu lui faire découvrir qu'une seule observation de ce genre, celle du docteur Worthington en 1841 (6). Il est donc permis de dire qu'avant l'observation de M. Moisseuet, cette grave et intéressante affection était à peu près inconnue. Ainsi qu'il arrive quand l'attention se trouve appelée sur un point, la communication de M. Moissenet en provoquait bientôt une autre de la part de notre ami M. le docteur Charnal (7), lequel vint, à la séance du 21 décembre, lire à la même Société une observation recueillie par lui dans le service de MM. Vigla et Demarquay. Deux autres cas de rétrécissement trachéal ont été depuis observés et opérés par M. Demarquay, ainsi que nous l'avons rapporté déjà (8). Joignons-y l'observation assez contestable de M. Bœcker; et nous aurons enregistré tous les précédents de la discussion actuelle.

Nous ne reproduirons pas ici l'observation de M. Bourdon qui a provoqué cette discussion. Elle n'offre pas de particularités bien distinctes de celles que l'on connaissait déjà, et le défaut d'autopsie (la malade ayant succombé à domicile), y constitue une fâcheuse lacune. Il nous suffira de dire avec ce consciencieux observateur que le diagnostic n'offrait pas de grandes difficultés.

De la dyspnée, un sifflement particulier pendant l'inspiration, véritable *cornage*, la voix conservant son timbre presque ordinaire, et de plus la sensation d'un corps étranger à la région inférieure et moyenne du cou, devaient faire penser tout d'abord à une affection de la trachée-artère et non à une maladie du larynx; que l'on joigne à cela l'absence de tubercules pulmonaires ou de cause de compression de l'arbre aérien, tandis qu'il existait des antécédents de syphilis non douteux, et l'on arrivait tout naturellement à rattacher la maladie à cette diathèse; la toux, l'expectoration de crachats mucosopurulents, nummulaires, striés de sang, militaient en faveur d'un rétrécissement lié à une ulcération. Le diagnostic de M. Bourdon fût donc posé ainsi : *ulcération syphilitique de la trachée-artère, avec rétrécissement de ce conduit; bronchite légère.*

Il manquait bien, à la vérité, pour établir le diagnostic local de la lésion, deux symptômes qu'a observés plusieurs fois M. Demarquay, et auxquels il attache une grande importance, c'est-à-dire l'immobilité du larynx et l'immobilité de cet organe pendant la déglutition et l'exercice de la parole. Mais ces deux signes, que M. Bourdon explique d'ailleurs par le raccourcissement de la trachée résultant de la destruction de plusieurs anneaux cartilagineux et les adhérences qui peuvent s'établir avec les parties voisines, ces deux signes, disons-nous, ne sont pas indispensables; d'ailleurs, l'examen laryngoscopique montrait qu'il n'existait du côté du larynx qu'une simple rougeur, et non une lésion grave et profonde.

Mais là n'est pas l'intérêt de la communication de M. Bourdon; il se trouve dans les deux questions soulevées par lui relativement au traitement.

En effet, pour ce qui est du traitement interne une difficulté se présentait : en administrant les antisyphilitiques et en faisant cicatriser l'ulcération, on pouvait, on devait même presque nécessairement amener une rétraction, et par suite un rétrécissement de la trachée, et l'on s'exposait ainsi à produire des accidents mortels presque foudroyants, comme dans le fait rapporté par M. Charnal. D'un autre côté, en restant inactif, on pouvait craindre que l'ulcération ne gagnât en étendue ou en profondeur, ou qu'il survint quelque autre manifestation syphilitique grave; on pouvait du reste espérer que l'ulcération était peu étendue et que sa cicatrisation n'a-

(1) *Recherches sur la phthisie trachéale.* Thèses de 1810.
(2) *Traité pratique de la phthisie laryngée*, 1837.
(3) *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1837.
(4) *Archiv. gén. de méd.*, 1839.
(5) *Ibid.*, décembre, 1841.
(6) *Médico-chirurgical transactions*, t. XXV, et *Archives gén. de méd.*, 1843. — Reproduite dans l'*Anatomie pathologique* de Cruveilhier.
(7) Charnal. *Considérations sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée. — Thèse de Paris*, 1859.
(8) Voir la *Gazette médicale* du 20 février dernier.

mènerait pas un rétrécissement assez considérable pour compromettre la vie de la malade.

M. Bourdon se décida donc à administrer les préparations mercurielles (pilules de proto, iodure et inhalations d'eau pulvérisée contenant en dissolution du bichlorure de mercure). Ces moyens amenèrent promptement une amélioration dans l'état de la malade, qui put quitter la maison de santé; la dyspnée et le cornage avaient presque entièrement disparu. Que s'est-il passé depuis? Le traitement antisyphilitique ayant été suspendu, l'ulcération en voie de guérison s'est-elle étendue de nouveau et le gonflement du tissu cellulaire sous-muqueux qui s'était dissipé s'est-il reproduit? ou bien doit-on voir dans le retour des accidents le résultat, en quelque sorte fatal, de la cicatrisation? Ce qui prouverait contre la thérapeutique employée, toute rationelle qu'elle ait été.

Quoique manquant des renseignements qu'aurait donnés l'autopsie, M. Bourdon est porté à accepter cette dernière supposition. Peut-être le traitement très-énergique auquel il a soumis la malade a-t-il, en hâtant la cicatrisation, amené trop rapidement la coarctation comme dans le cas de M. Vigla; ne serait-il pas préférable d'employer dans des cas semblables un traitement moins actif, que l'on suspendrait même de temps en temps?

Telle est la première question que posait M. Bourdon, la seule à proprement dire sur laquelle ait porté la discussion. Comme on pouvait s'y attendre, après l'affirmation d'Hippocrate est venue la négation de Galien.

M. Moissenet qui, dans sa communication de 1858, avait conclu à la supériorité du traitement palliatif ou expectant sur le traitement curatif appliqué aux ulcérations syphilitiques de la trachée, a cru devoir, dans cette nouvelle discussion, faire des réserves basées sur l'incertitude ou plutôt la non-certitude de la cause du rétrécissement, et poser en principe que lorsque, par le fait de l'obstacle au passage de l'air par la trachée, la vie du malade est en danger, lorsque surtout le diagnostic de la cause matérielle du rétrécissement trachéal ne peut être précisé avec une rigueur absolue, on doit agir avec énergie et promptitude sur la cause générale supposée syphilitique; car alors, sur le point de tout perdre, en risquant on peut tout gagner.

A l'appui de cette manière de voir, M. Moissenet a donné lecture à la séance suivante d'une observation dans laquelle un traitement antisyphilitique énergique parvint à conjurer des accidents formidables dus vraisemblablement à un resserrement de la trachée par des tumeurs gommeuses.

Il s'agit d'une femme de 65 ans, à antécédents suspects, qui ressentait depuis plusieurs années une légère oppression; celle-ci augmenta d'une façon notable dans le courant d'avril 1863, et l'attention de M. Dubois, médecin de la malade, fut appelée sur une petite tumeur peu apparente du volume d'une noisette située derrière l'insertion du sterno-mastoïdien droit; au bout d'une semaine, la dyspnée prit un caractère tellement grave que l'asphyxie était imminente. M. Moissenet, appelé en consultation, se trouva fort perplexe; fallait-il supprimer le traitement spécifique déjà établi ou au contraire y insister vigoureusement? L'imminence de l'asphyxie et l'existence de la petite tumeur précervicale le firent s'arrêter à ce dernier parti; il prescrivit donc l'iodure de potassium à haute dose et les frictions mercurielles sur le cou. Sous l'influence de cette médication, les accidents les plus graves disparurent en trois jours; la malade a repris ses occupations; seulement elle a conservé un peu de gêne de la respiration comme par le passé.

M. Moissenet pense que chez cette malade la dyspnée habituelle était occasionnée par des engorgements anciens squirrhoïdes ou fibroplastiques comme ceux que produit chez les vieillards la syphilis invétérée, engorgements dont faisait partie la petite tumeur du cou, et que les accidents aigus, victorieusement combattus par le traitement spécifique, étaient dus à des tumeurs de même cause, sinon de même nature, mais de récente formation. Cependant il ne conteste pas qu'on puisse dans ce cas croire à un rétrécissement par des ulcérations ou des tumeurs gommeuses intratrachéales. Dans tous les cas, M. Bourdon a fait remarquer que l'observation de M. Moissenet n'est pas dans les mêmes conditions que la sienne, et que là il n'y avait pas à hésiter. Pour ce qui est de son diagnostic à lui, quoiqu'il ne l'ait établi que par voie d'exclusion, il ne le croit pas moins bien fondé; cette interprétation se trouve confirmée d'ailleurs par les difficultés qu'a présentées pendant l'opération l'introduction de la canule.

Le deuxième point de la communication du médecin de la Maison de santé sur lequel a porté la discussion est relatif à l'opportunité du traitement chirurgical, c'est-à-dire la trachéotomie avec emploi de la canule quadrivalve de M. Demarquay, canule susceptible de se rétrécir très-notablement pour être introduite, et pouvant être élargie à volonté par des mandrins creux de différents diamètres afin de dilater graduellement le calibre de la trachée. Cette manière de voir de M. Bourdon n'a pas été admise par tous les membres de la Société. Ainsi, M. Archambault pense que, d'après les dimensions de cette canule, on risque fort, en ouvrant la trachée trop bas, de ne pouvoir introduire cette canule qui viendrait se heurter contre la bifurcation des bronches; cette dilatation n'est d'ailleurs pas possible dans les cas où le rétrécissement trachéal a une certaine longueur: M. Moissenet a promis de montrer à la Société la trachée d'un malade chez lequel le rétrécissement était long de 2 à 3 centimètres; toute tentative de dilatation aurait entraîné une rupture. Resterait, il est vrai, à déterminer le degré de gravité et de fréquence des accidents consécutifs à cette rupture, par exemple l'emphysème généralisé et les abus du médiastin signalés par M. Béhier. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que nous sommes ici dans une Société essentiellement médicale; des chirurgiens eussent probablement exprimé moins d'appréhension.

Nous sommes arrivés au terme actuel de ce débat qu'est venue prématurément interrompre la discussion sur la thoracentèse M. Vidal doit lire à la Société une observation analogue à celle de M. Moissenet, dans laquelle les antécédents de la malade ainsi que l'ensemble des symptômes rendent excessivement probable l'existence d'un rétrécissement trachéal de cause syphilitique, mais où la marche suivie pour le traitement fut précisément l'inverse; la dyspnée s'étant notablement accrue par les premières doses d'iodure de potassium, M. Vidal suspendit la médication antisyphilitique pour la reprendre ensuite d'une manière moins active et avec des intermittences; la malade a guéri. Cette manière d'agir semblerait donc devoir être la règle, tandis que le cas de M. Dubois constituerait l'exception.

La question, on le voit, reste encore pendante, et de même que l'on manque de notions anatomiques sur le point de départ des ulcérations trachéales, on est obligé de rester dans le doute sur la marche à suivre dans l'administration du traitement spécifique. Attendons que la lumière se fasse.

E. Salva.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 avril. — Présidence de M. Morin.

M. Civiale fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du discours qu'il a prononcé à l'ouverture des conférences cliniques de l'hôpital Necker, sur la création d'un service spécial pour les maladies des organes urinaires dans les hôpitaux de Paris.

— M. Trémaux lit la troisième partie de son travail intitulé: « Transformation de l'homme à notre époque et conditions qui amènent cette transformation. »

— M. le Président présente au nom de l'auteur, M. Tigri, professeur d'anatomie à Sienne, une note écrite en italien et ayant pour titre: « Hæmolipose des globules sanguins. »

L'auteur, dans ce travail, expose les résultats des recherches qui l'ont conduit à reconnaître que le sang peut subir une altération résultant de la formation d'une substance grasse qui s'accumule dans les globules rouges. Ce fait, qu'il n'avait d'abord observé que dans le sang extravasé, mais qu'il a depuis constaté pour le sang encore circulant dans ses vaisseaux, lui paraît fournir l'explication de certains cas de mort, où l'on ne trouve dans tous les organes indispensables à la vie aucune altération apparente.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen des commissaires précédemment désignés pour d'autres communications du même auteur sur l'existence de bactéries dans le sang de personnes mortes de fièvres typhoïdes, commission qui se compose de MM. Velpeau, Rayer et Balard.

Description anatomique d'un monstre humain acéphalien péracéphale; par MM. Fonssagrives et Gallerand.

(Commissaires: MM. Serres, Milne Edwards.)

Il y a quelques mois, un médecin de Lesneven (Finistère), M. le docteur Barbanson, nous adressa, pour l'examiner, un monstre acéphale, né dans les circonstances suivantes. La mère est âgée de 21 ans; elle a eu,

il y a trois ans, un premier enfant bien conformé; cet accouchement n'a présenté rien de particulier, si ce n'est une métrorrhagie abondante après la délivrance. Cette grossesse n'a été signalée par aucun incident; il n'y a eu ni impressions morales, ni chutes, ni contusions sur le ventre. La mère vit dans des conditions de bien-être et d'aisance. Son mari a une excellente conduite et ne s'enivre jamais. Le 24 janvier 1864, à sept heures du soir, M. le docteur Barbanson est appelé par la sage-femme qui avait assisté madame ***, à l'effet d'opérer l'extraction d'un placenta enchatonné. Il apprend alors que la patiente était accouchée une heure auparavant d'une fille parfaitement conformée; que les douleurs avaient persisté après l'expulsion de l'enfant, et que, peu après, elle avait mis au monde un second enfant, également du sexe féminin, auquel manquaient la tête et les membres supérieurs. Le cordon ombilical de cet acéphale était très-grêle, celui de son jumeau était normal. Il n'y avait qu'un seul placenta. Les recherches que nous fîmes au sujet de cette sorte de monstruosité nous ayant donné la certitude qu'il s'agissait d'un cas d'acéphalie peracéphale très-rare, et nous ayant appris en même temps que la plupart des observations de ce genre publiées jusqu'ici sont extrêmement incomplètes, nous nous sommes attachés à étudier celle-ci dans ses détails les plus minutieux. Voici les particularités que cette étude nous a révélées :

Conformation extérieure. — Poids de 1 kilogramme; longueur de 0m,27; largeur au-dessus de l'ombilic de 0m,05, au-dessous de 0m,22; diamètre transverse ombilical de 0m,10. Nutrition remarquablement belle, membres inférieurs charnus, offrant un embonpoint notable. Aspect d'un fœtus à terme, vigoureux, tronçonné à 0m,05 au-dessus de l'ombilic. Extrémité supérieure de l'ovale fortement recourbée en avant, en forme de crochet, sans traces de cicatrices anciennes ou récentes. Un peu au-dessus de l'ombilic, bouquet de poils noirs disposés circulairement et occupant une surface de 0m.03 à 0m,04; cordon ombilical grêle, mais régulièrement conformé, ayant ses éléments anatomiques habituels; anneau ombilical fermé sans exsertion intestinale: organes génitaux femelles d'un aspect normal à l'extérieur : anus perforé; membres inférieurs vigoureux; pieds déviés en valgus, surtout le droit; 3 orteils séparés au pied gauche, 4 orteils syndactyles à droite.

Squelette. — Au sommet, et correspondant à la touffe de cheveux, tubercule osseux sous-cutané pisiforme, lié au sommet du tronçon de colonne vertébrale par un cordon ligamenteux, triloculaire à coque dure, à loges pleines de tissu spongieux sans apparence de matière nerveuse. Ce tubercule est évidemment un rudiment de boîte crânienne sous des proportions incroyablement réduites; il a en effet le volume de l'os pisiforme. Colonne vertébrale réduite aux dernières dorsales et aux lombaires, intimement soudées ensemble et formant le crochet indiqué plus haut: on peut compter 10 vertèbres. Canal vertébral débutant par un pertuis et s'élargissant jusqu'au sacrum, où il s'ouvre largement; 5 costaux à droite, 3 à gauche.

Système musculaire. — Muscles intercostaux apparents à droite; diaphragme rudimentaire largement ouvert en avant; au-dessous de l'ombilic, les muscles sont reconnaissables et disposés régulièrement. Le système musculaire des membres inférieurs est tout à fait normal.

Système nerveux. — 1° Moelle épinière commençant par un cordon fibreux, mais grossissant brusquement; renflement lombaire, queue de cheval; disposition normale des substances blanche et grise; pas de canal intérieur: paires spinales disposées en éventail par suite de l'incurvation du tronçon de colonne vertébrale; plexus lombaire et sacré tout à fait normaux; 2° grand sympathique réduit à sa portion abdominale; quatre ganglions du côté gauche, cinq du côté droit; plexus hypogastrique normal.

Système circulatoire. — Vaisseaux des membres inférieurs parfaitement symétriques; valvules dans la saphène interne; une veine ombilicale divisée en deux branches, dont l'une forme un plexus correspondant aux veines sus-hépatiques, dont l'autre se rend dans un vaisseau analogue à la veine cave inférieure; système lymphatique très-développé; cœur figuré par trois tubercules charnus, rouges, de la grosseur d'un grain de chènevis, auxquels aboutit une veine cave inférieure, et desquels part une aorte ascendante courte, épanouie en un bouquet vasculaire qui échappe à toute description.

Système respiratoire. — Deux poumons confondus, formant une masse cordiforme, et enveloppés dans un sac pleural; trachée rudimentaire.

Système digestif. — Pas d'estomac; intestin grêle rudimentaire figuré par un cul-de-sac de 0m,06; un cœcum et un appendice vermiculaire; gros intestin ayant, une fois déplissé, 0m,40 de longueur.

Système uro-génital. — Vagin terminé en cul-de-sac après un trajet de 0m,01 environ; utérus bicorne présentant une cavité remplie d'un mucus jaunâtre; pas de trompes ni d'ovaires; reins représentés par deux petits corps rougeâtres de la grosseur d'un grain de blé, surmontés d'un petit corpuscule gros comme un grain de millet. Il n'existe ni uretères ni vessie. En dedans du psoas on constate la présence d'un tractus glanduleux qui paraît dû à la persistance du corps de Wolf.

En résumant les particularités anatomiques les plus saillantes offertes par cet acéphalien, on voit qu'il présente :

1° Deux poumons fusionnés en un seul avec un sac pleural et un rudiment de trachée; 2° un thymus très-volumineux; 3° trois vésicules cardiaques avec un système de vaisseaux artériels et veineux, afférents et émergents; 4° une absence complète du foie remplacé par un plexus veineux hépatique émané de la veine ombilicale; 5° un système digestif réduit à un intestin grêle, borgne et très-court, et à un gros intestin avec cœcum et appendice vermiculaire; 6° un tubercule osseux céphalique très-petit, multiloculaire, mais ne renfermant pas de substance nerveuse; 7° un tronçon de moelle et un grand sympathique conformés régulièrement; 8° un appareil urinaire réduit à des reins rudimentaires et un appareil génital consistant uniquement en un vagin incomplet et en un utérus bifide sans trompes ni ovaires; 9° des membres inférieurs offrant, sauf un valgus double et la disposition syndactyle et incomplète des orteils, une structure tout à fait normale.

Ce peracéphale est extrêmement remarquable en ce qu'il confirme certaines données anatomiques qui sont encore controversées dans l'histoire des acéphaliens : nous voulons parler : 1° de l'existence du diaphragme; 2° de celle du cœur; 3° de celle des poumons; 4° et enfin de celle du foie. La description si savante donnée par Geoffroy Saint-Hilaire du type des acéphaliens paracéphales expose sur tous ces points de vue des divergences que les détails de notre observation éclaircissent singulièrement. Elle réduit à néant la théorie tératologique qui explique l'acéphalie par une amputation opérée par le cordon à une certaine époque du développement embryonnaire; enfin elle soulève au point de vue de la physiologie fœtale les questions les plus intéressantes. Nous en aborderons l'étude dans un autre travail; notre but en ce moment a été d'appeler l'attention de l'Académie sur une monstruosité fort rare et qui n'avait été jusqu'ici que très-incomplétement décrite.

Sur la théorie des battements du cœur. Note de M. Hiffelsein, présentée par M. Coste.

(Commissaires : MM. Delaunay, Cl. Bernard, Coste.)

Dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie en 1854, j'ai cherché à établir une théorie, dont j'ai puisé les éléments dans les sciences exactes, sur la cause immédiate du phénomène physique et mécanique (eu égard à sa manifestation extérieure) connu sous le nom de battements du cœur. J'ai attribué ce phénomène à une réaction hémodynamique connue dans les sciences sous le nom de *recul*. Il résulte, d'après mes recherches, de l'issue du liquide sanguin par les deux orifices artériels, sous l'influence des pressions respectives des cœurs droit et gauche, doués, comme on sait, d'une force inégale, en raison de l'inégalité d'épaisseur de leurs parois.

Cette étude est devenue le point de départ de beaucoup de travaux adressés depuis lors à l'Académie et destinés à réfuter ma théorie, mes démonstrations, et parfois à lui en substituer une autre. A l'étranger comme en France, le débat fut ranimé, et mon travail devint l'objet d'études critiques. J'aurais craint d'abuser de la bienveillance de l'Académie en lui adressant autant de réfutations individuelles qu'on lui a adressé d'objections distinctes. Je désire répondre ici aux seuls arguments produits contre les principes fondamentaux sur lesquels je me suis appuyé. Le côté physique et mécanique une fois tranché, le côté physiologique sera, je le crains, l'objet, pendant quelque temps encore, d'appréciations arbitraires.

Harvey n'a pas craint d'écrire : *Ut motum cordis soli Deo cognitum fuisse pene opinarer*. L'extrême rapidité des mouvements semblait justifier cette crainte de son temps. Et aujourd'hui, si longtemps après lui, les commissions les plus compétentes se divisent encore sur la simple constatation des faits qui se passent sous leurs yeux. Je vais plus loin : les conditions anatomiques du cœur, extrinsèques et intrinsèques, peuvent tellement varier, que les conclusions des vivisections que j'ai moi-même pratiquées me paraissent devoir se borner à des généralités, ou bien aux circonstances de chaque espèce expérimentée.

En étudiant les conditions anatomiques dans lesquelles le cœur fonctionne, les plus éminents anatomistes et physiologistes de l'Allemagne, après de longues et patientes recherches, se trouvent dans le plus complet désaccord, par l'impossibilité de juger complétement sur le vivant et de retrouver les rapports invariables après la mort. Bamberger, Ludwig, Hamernick, Skoda, Luschka, etc., sont dans ce cas. Il n'en saurait être ainsi de ma théorie fondamentale, laquelle, si elle est vraie, s'appliquera en principe à tous les cas où les conditions physiques du recul sont anatomiquement réalisées. Aussi ma première et principale réponse s'adresse-t-elle au travail de M. Giraud-Teulon, ancien élève de l'École polytechnique, qui a, le premier, attaqué dans sa base la doctrine du recul. Il nie absolument la justesse de ma démonstration, et mon théorème et son application, et le recul des poches en caoutchouc et celui de mon appareil, dont il critique les dispositions au point de vue de son objet.

Ceci est capital, car ma démonstration étant du domaine de la mécanique, science exacte, l'un de nous deux représente la vérité palpable. Mes études sur les mêmes pessaires, que mon contradicteur dit avoir examinés, m'ont démontré le recul. J'ai débuté par cette vérification dans le laboratoire de notre éminent physiologiste, M. Cl. Bernard. Ce recul se produit également dans des poches musculaires dont j'avais établi l'analogie, comme l'enveloppe de beaucoup de céphalopodes, étudiés par M. Duméril, M. Charles Robin. De même encore se produit-

il par la contraction de la cavité rectale des larves de libellules que M. Blanchard a si bien étudiées. Mais, dira-t-on, ces faits ne sont que des analogues, et si, dans ces cas de recul, même l'animal tout entier est transporté, dans le liquide qu'il habite, par la contraction d'une poche musculaire, ces conditions ne sont pas celles du cœur. Il y aurait bien à répondre à ces exigences inusitées et déplacées en physiologie. J'aime toutefois mieux demeurer sur le terrain positif de la mécanique. Je dois d'abord faire remarquer que l'on s'est mépris en assimilant un point essentiel de ma doctrine à l'opinion de Skoda. Ce grand médecin parle d'un mouvement de haut en bas, qui ne signifie pas recul, physiquement parlant; MM. Chauveau et Faivre également. Il y a là une petite erreur d'interprétation. Ces opinions, ces prétendus déplacements, n'ont rien de commun, probablement, avec ma doctrine.

Je n'ai pas imaginé, inventé un mouvement. J'ai tout simplement donné une explication du battement du cœur, variable de siége, d'étendue, d'intensité, et qui en lui-même est déjà si diversement interprété. Je rappellerai que recul et déplacement sensible ne sont pas synonymes; que la réaction qui produit le recul est indépendante de sa perception extérieure; que si cette réaction peut entraîner virtuellement, il ne s'ensuit pas qu'elle entraîne effectivement; elle peut laisser l'organe sur place, par le fait d'obstacles ambiants, et en conséquence il y aura ou non, selon le cas, ébranlement de la paroi thoracique, soulèvement, etc. Les animaux reculeurs seuls, jusqu'ici, offrent l'exemple manifeste et constant du déplacement du centre de gravité ou mouvement absolu, coïncidant avec le début du mouvement relatif, changement de forme, de volume. Le mode de station, les agents de transmission, sont autant d'éléments à considérer quant à la perception, une fois la réaction produite. Ce sont autant de données *à priori*, découlant des principes physiques sur lesquels j'ai appuyé ma démonstration.

Mais, diront les personnes qui m'ont vu expérimenter sur mon appareil ou qui s'en rapportent à mon travail, vous aviez un recul effectif, donc c'est un pareil recul que vous supposiez dans le cœur. Possible en principe, oui; mais effectué toujours, non. En découvrant toutes les particularités qui font varier ce recul, je n'ai entendu que rendre visible et tangible ce qui ne l'est pas en physiologie. Lorsqu'on sentira chez un mammifère, par exemple, un battement cardiaque, de quelque façon qu'il arrive au dehors, il sera, selon moi, toujours dû essentiellement à cette cause.

Le déplacement est virtuel ou effectué, le choc est ou n'est pas; fort ou faible, quand il est, voilà sa source. On m'a opposé une expérience de Valentin qui a consisté à couper la pointe du cœur, sans que par là on vît changer les mouvements de cet organe. Je n'examinerai pas cette expérience, et je rentrerai hâtivement dans le domaine des sciences exactes qui m'apprennent que la résultante des deux lignes de force ne s'applique ni géométriquement ni anatomiquement à la pointe du cœur. Tant d'éléments peuvent faire varier ce point d'application, qu'il est presque oiseux de le déterminer. D'ailleurs, mon dessin indiquait une région supérieure à la pointe, et comme les effets se produisent en réalité sur toute une région, et non sur un point mathématique, je crois cette objection écartée. Je ne redoute rien tant que les abus des sciences exactes, qui compromettent leur usage dans la science la plus relative et la plus complexe, la biologie.

En présence de tant de divergences, sur des points qui ressortissent des sciences les mieux établies, l'Académie comprendra combien elle servira la science entière en examinant cette question fondamentale que soulève mon mémoire, et dont elle possède les documents, quant aux conditions de recul des corps élastiques et des cavités musculaires. Leur réalité une fois établie, la physiologie pourra, d'après cette base, poursuivre la recherche de données nouvelles, résolvant autrement la question.

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de l'auteur, M. Clos, un exemplaire de l'éloge historique de M. Moquin-Tandon, éloge écrit à la demande de l'Académie des sciences et belles-lettres de Toulouse.

—M. Flourens met sous les yeux de l'Académie un album de microscopie photographique du système nerveux, de M. Duchenne (de Boulogne), et lit l'extrait suivant de la lettre d'envoi :

« Je me propose de représenter par la photographie l'étude microscopique du système nerveux à l'état normal et à l'état pathologique. Aujourd'hui je viens présenter à l'Académie deux séries de ces études formant un ensemble de 31 figures photographiques. La première série montre, à des grossissements de 200 à 1,000 diamètres, l'état des racines dilacérées ou coupées transversalement dans plusieurs cas de l'espèce morbide que j'ai décrite sous le nom d'ataxie locomotrice progressive. La seconde représente à l'état normal, à des grossissements de 10 à 200 diamètres, les différentes parties d'une coupe transversale de la moelle d'un homme. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Haute-Vienne et de la Loire. (Commission des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de M. Peisse et de M. Cerise, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section des membres associés libres.

2° Un rapport de M. le docteur Lacaze, sur le service médical des eaux minérales de Rouzat (Puy-de-Dôme), pour l'année 1862.

3° Une note de M. Dietzembacher, relative à l'action de l'acide pyrogallique sur le brome et l'iode. (Comm., M. Poggiale.)

— M. Grisolle, au nom de M. Johert (de Lamballe), fait hommage d'un volume intitulé : *De la réunion en chirurgie*; et, en son propre nom, de la deuxième édition du *Traité de la pneumonie*.

M. H. Bouley dépose sur le bureau la lettre suivante, adressée à M. le Président :

« Dans les premiers jours de ce mois, le *grease pustuleux* s'est développé, sans origine connue, sur une jument de race anglaise, appartenant à M. Voillemier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

« La maladie était des plus bénignes, les vésico-pustules, peu abondantes, n'existaient que dans la bouche, à l'exception de deux (dont la plus grosse n'offrait que 8 millimètres environ de diamètre et n'avait pas d'induration) qui siégeaient à la face, très-près de l'ouverture buccale, une de chaque côté. A peine les ganglions maxillaires étaient-ils pris.

« La limitation des vésico-pustules dans la bouche et son voisinage le plus immédiat est une circonstance sur laquelle nous appelons l'attention et dont nous garantissons l'exactitude, après un examen des plus minutieux fait non-seulement par nous, mais encore par d'autres personnes, et notamment par MM. S. Bouley, Percheron et Voillemier.

C'est d'ailleurs grâce au savoir et à l'obligeance de ces messieurs que nous avons pu observer cette jument et pratiquer des expériences pour renouveler la source du vaccin.

« Le 8 avril, nous avons chargé une lancette du fluide de la plus grosse des deux vésico-pustules de la face, et, deux heures après, nous avons pratiqué deux inoculations au moyen de cette lancette à la lèvre supérieure d'un cheval hongre, breton, âgé de 9 à 10 ans.

« Ces inoculations ont réussi; le 15 avril, les pustules produites étaient fort belles et offraient une base dure; nous avons facilement transmis le virus de ces pustules à des vaches et surtout à des chevaux.

« En conséquence, nous possédons et nous pouvons offrir à nos confrères deux sources abondantes et pures de vaccin :

« 1° Un virus énergique sur le cheval;

« 2° Un virus adouci sur la vache.

« Nous avons l'honneur, monsieur le président d'être vos très-humbles et très-obéissants serviteurs,

« Auzias-Turenne,
« Mathieu. »

— M. Robinet, au nom de M. Colas, pharmacien, dépose une note sur un nouveau procédé pour préparer le fer destiné à l'usage médical. Ce procédé consiste dans la précipitation d'un sel de fer au moyen du galvanisme.

— M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Lacave-Laplagne, un travail sur l'origine du vaccin, et sur l'identité de ce principe avec la variole et les maladies vaccinogènes.

— M. Gobley, au nom de la commission des eaux minérales, lit trois rapports officiels sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources hydro-thermales.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les mouvements du cœur.

THÉORIE DES MOUVEMENTS DU CŒUR.

La parole est à M. Bouillaud.

M. Bouillaud : Je ne m'occuperai que de la théorie de M. Beau, en regard de la théorie ancienne. Quelle que soit l'unité du corps humain, il est des organes qui jouent un rôle tellement supérieur, tellement exceptionnel, tellement vital, qu'on en a fait le *trépied* même de la vie.

Le cœur est un de ces triumvirs, de ces triconsuls, si l'on veut.

La théorie de M. Beau n'est pas nouvelle : elle a paru en 1835. Voici

sur quelles expériences il l'a fondée, et ces expériences ont été faites sur des grenouilles, sur des oiseaux et sur des mammifères. Je laisse de côté les grenouilles, et je constate d'abord que M. Beau avoue que ses expériences sur les mammifères n'ont pas réussi; il en donne des raisons, que je veux croire bonnes. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il ne reste que les expériences sur les oiseaux. M. Beau ne les rapporte pas une à une; il ne donne que les résultats généraux. Il faut bien nous en contenter. Quel est son résumé général? C'est qu'il y a constaté deux mouvements, un supérieur et un inférieur; c'est ici que commence le renversement des idées simples et claires, adoptées jusqu'ici par M. Beau. Le mouvement supérieur est dû à la réplétion et à la systole des oreillettes; l'inférieur à la réplétion et à la systole des ventricules, c'est une hypothèse, une *imagination*, car M. Beau ne le démontre pas.

Le second mouvement comprendrait tant de choses : diastole et systole ventriculaire, passage du sang dans les artères, battement du pouls, etc., que l'on recule vraiment épouvanté devant cette confusion de toutes ces choses que l'on s'était toujours efforcé de distinguer.

Tenez, messieurs, je mets sous vos yeux un cœur énorme, c'est un cœur de bœuf. Si je vous le présente par les ventricules, si je le présente ainsi aux plus ignorants des hommes, tout le monde reconnaîtra que c'est un cœur; mais si je le présente par les oreillettes, personne ne le reconnaîtra. C'est pourtant le contraire pour M. Beau; pour lui, le cœur est constitué par les oreillettes seulement.

Les ventricules restent naturellement toujours ouverts, tandis que les oreillettes sont toujours affaissées; le premier coup d'œil permet de le constater. C'est, ainsi qu'on le voit tout d'abord, un corps de pompe avec son réservoir, avec ses ouvertures, pour permettre le passage des liquides.

De tous les expérimentateurs qui ont vu le cœur à nu (et cela est fréquent en temps de guerre) aucun n'a jamais eu la pensée d'interpréter ses mouvements comme l'a fait M. Beau. Ce sont toujours les ventricules qui battent et qui exécutent les mouvements. Quant au mouvement des oreillettes, on ne peut pas le voir sur l'homme ni sur les animaux : la poitrine ouverte ne laisse voir que les ventricules.

Les ventricules font voir deux mouvements : un concordant avec la systole et le choc de la pointe du cœur; l'autre, de diastole, et un repos; ces mouvements se succèdant avec une régularité de balancier.

Il faut dire une chose : c'est que depuis la théorie de M. Rouannet, qui attribue les bruits du cœur au jeu des valvules, c'en a été fait de toutes les autres théories. J'étais le président de M. Rouannet lorsqu'il passa sa thèse, dans laquelle est développée sa théorie, et je lui en fis mes sincères compliments.

M. Rouannet ne se fondait pas sur des expériences probantes, mais on peut dire qu'elles ont été confirmées par des milliers d'expériences naturelles, c'est-à-dire par les faits cliniques. Or toutes les fois que les valvules sont altérées, les bruits sont modifiés; tandis que dans les maladies du cœur très-graves, comme les hypertrophies, dans lesquelles les valvules restent intactes, les bruits ne sont pas altérés. Donc il est impossible, avec des sens normaux et une tête saine, de ne pas admettre cette théorie.

Premier bruit : Rapprochement brusque des parois des ventricules, redressement des valvules auriculo-ventriculaires, systole. — *Deuxième bruit* : redressement des valvules sygmoïdes, diastole — repos. — Donc, encore une fois, la double théorie de M. Beau des bruits et des mouvements du cœur est en double contradiction avec l'expérimentation et les faits cliniques.

M. Beau, dans son dernier discours, m'a pris à partie sur ce que je n'ai pas tenu compte des mouvements de l'oreillette. Mais je veux bien les admettre; puisqu'il y a un tissu musculaire, il ne répugne pas qu'il y ait aussi une systole auriculaire. Mais je ne puis voir dans l'oreillette qu'un réservoir où le ventricule pompe le sang; et comment le pompe-t-il? En revenant à ses dimensions normales après s'être contracté pendant la systole, absolument comme une ampoule en caoutchouc revient à sa forme après qu'on l'a comprimée dans la main. Donc, le rôle des oreillettes est très-secondaire dans l'activité du cœur.

Je ne veux rien dire des travaux de MM. Chauveau et Marey, contre lesquels a été dirigée la plus grande partie de l'argumentation de M. Beau, sinon qu'ils confirment exactement la théorie à laquelle je me rattache.

En résumé, messieurs, quel que soit le résultat actuel et ultérieur des expériences et recherches cardiographiques de MM. Chauveau et Marey, toujours est-il que d'ores et déjà, la théorie de M. Beau a succombé sous les coups qui lui ont été portés Il ne restera donc désormais à la cardiographie que le soin d'enregistrer son décès.

Cette conclusion générale repose sur les arguments suivants :

1° L'exploration la plus exacte, soit par la vue, soit par le toucher, démontre que le premier mouvement du cœur, avec choc contre les parois de la poitrine et pulsations artérielles, loin d'être l'effet de la systole des oreillettes, est positivement produit par la systole, et non la dilatation des ventricules;

2° Les mêmes méthodes d'exploration démontrent que le second mouvement, avec retrait de la pointe du cœur et absence des pulsations artérielles, est isochrone, non à la systole ventriculaire, mais bien à la diastole ventriculaire, et, par conséquent, à la systole, telle quelle, des oreillettes;

3° Les mêmes méthodes d'exploration, jointes à l'auscultation, démontrent qu'une révolution complète du cœur se compose de quatre temps distincts et que l'on peut compter, mesurer avec une extrême facilité, et que, par conséquent, la durée de cette révolution n'est pas une mesure à trois temps.

— M. le docteur Collongues met sous les yeux de l'Académie un appareil d'auscultation ou pneumonoscope, destiné à rendre sensible aux élèves, sans fatiguer les malades, les différents phénomènes acoustiques qui se passent dans la poitrine.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1863,
par M. le docteur Ordonez, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Pathologie.

3° Cancroïde du col utérin propagé aux vaisseaux lymphatiques de l'utérus; par M. Cornil.

C..., 64 ans, entrée le 4 février 1863 au n° 14, salle Sainte-Marthe (service de M. Charcot à la Salpêtrière), morte le 8 novembre 1863.

Sa mère était asthmatique et a vécu jusqu'à 70 ans; son père est mort jeune, sans qu'elle sache de quelle maladie. Ses frères et sœurs jouissaient d'une bonne santé. Elle a eu un seul enfant mo t en bas âge.

Établissement des règles à 12 ans. Ménopause à 50 ans, et à l'âge de 60 ans, réapparition des métrorrhagies qui reviennent tous les mois; depuis deux mois seulement ses pertes se sont rapprochées et sont à peu près continuelles.

Depuis l'âge de 45 ans jusqu'à 50 elle s'enrhume tous les hivers, mais ne tousse pas pendant l'été; de 50 à 60 ans (pendant la cessation des métrorrhagies), elle est sujette à des accès d'asthme aussi fréquents l'été que l'hiver, se montrant presque tous les jours, surtout aux changements de temps. Ces accès duraient de cinq à douze heures; ils étaient caractérisés par le manque de respiration et des vomissements. Ils ne s'accompagnaient ni de douleur au cœur ni au bras. Dans l'intervalle des accès elle ne pouvait pas monter les escaliers sans avoir des palpitations. Depuis l'époque (quatre ans) où elle a vu revenir les pertes utérines, les étouffements se sont éloignés de plus en plus, et elle a remarqué un antagonisme entre ses pertes et ses accès. Depuis un an, elle n'a plus eu d'accès d'étouffement.

Elle était autrefois très-grasse et pesait 210 livres, mais elle a maigri depuis trois ans.

État actuel 10 *février* 1863. Femme assez grasse, figure bouffie, teint jaune paille. Les jambes ne sont pas œdématiées. Rien au cœur. Aux poumons, sonorité exagérée, manque de murmure vésiculaire aux deux poumons en arrière, pas de râles.

Perte de l'appétit.

Glandes inguinales assez nombreuses et dures, de la grosseur d'avelines. Au toucher vaginal, le col est porté à gauche, ulcéré, couvert de fongosités dures et petites. Elle perd en rouge sans interruption depuis six jours.

Elle dit avoir eu il y a six mois des crampes dans les jambes, et des douleurs dans les régions iliaques et crurales. Depuis trois semaines, elle ressent une douleur à droite sur le trajet du nerf sciatique avec fourmillements.

Dans les derniers mois de sa vie, œdème des membres inférieurs.

Le sang examiné le 17 octobre 1863 a montré un très-grand nombre de globules blancs (1 sur 50 environ); le sang était aqueux, les globules rouges n'étaient pas déformées.

Autopsie faite le 9 novembre 1863. Cadavre assez gras. Les jambes sont œdématiées ainsi que la cuisse droite.

Péricarde sain. *Cœur* volumineux pesant 420 grammes. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées. L'aorte est suffisante, pas d'altération des orifices.

Plèvres pleines de sérosité. Aux deux *poumons*, emphysème des lobes supérieurs et œdème des lobes inférieurs qui sont fermes et laissent échapper sur une coupe une grande quantité de sérosité spumeuse.

Foie normal. *Vésicule biliaire* revenue sur elle-même contenant un gros calcul qui la remplit. Entre le calcul et les parois se trouve une petite quantité de pus. Les parois de la vésicule sont épaissies et sa muqueuse injectée.

Rate dure de volume ordinaire.

Reins, le droit pèse 80 grammes; le bassinet et l'uretère sont distendus, énormes, le rein droit pèse 170 grammes. La substance corticale et tubuleuse des deux reins est anémiée, comme transparente.

La *vessie* est saine ainsi que le *rectum*.

L'utérus est gros, saillant dans le bassin. A droite, l'ovaire et la trompe forment une tumeur qui proémine dans le bassin; la trompe est grosse comme le pouce, enroulée autour de l'ovaire et contient de la sérosité louche. A gauche, la trompe également distendue est appliquée à la partie postéro-latérale du col au niveau de son union avec le corps. L'ovaire gauche renferme des kystes petits et pleins d'un liquide blanchâtre épais.

Le col utérin est blanc, offre à sa surface des bourgeons blanchâtres et des franges vasculaires. En le coupant dans l'axe de l'utérus, on fait suinter du col un liquide épais, blanc, sous forme de gouttelettes. La coupe en est molle, présente de petites cavités anfractueuses d'où sort le liquide. Ce liquide lui-même est constitué par des cellules épithéliales cylindriques pourvues de noyaux allongés et de nucléoles.

Le canal cervical est oblitéré et la cavité du corps utérin est dilatée, remplie par environ deux cuillerées d'un liquide muqueux jaunâtre, transparent, au milieu duquel nagent des parties opaques blanches arrondies de 1/2 à 1 millimètre de diamètre. Ce liquide contient des éléments cellulaires arrondis, infiltrés de granulations graisseuses. Les corps arrondis précédents sont des amas de cellules cylindriques ou granuleuses et dans ce cas arrondies, qui sont disposées régulièrement de façon à présenter leur grosse extrémité à la périphérie.

La hauteur de l'utérus = 9 centimètres.
L'épaisseur des parois = 1 cent. 1/2.

La surface péritonéale du corps utérin présente des lignes plus ou moins sinueuses, saillantes, moniliformes, parallèles ou anastomosées en réseau, immédiatement situées sous la séreuse. Ces cylindres, qui ne sont autres que le réseau des lymphatiques rempli, ont de 1/2 à 1 centimètre de diamètre. Sur la coupe des parois du corps utérin, ils répondent à des lumières d'où l'on fait sourdre, en pressant sur leur trajet, une grande quantité de liquide blanchâtre et épais. Ce liquide contient des agglomérations de cellules épithéliales cylindriques ou arrondies quand elles sont granuleuses, dont la disposition est très-régulière. Elles forment par leur réunion une masse arrondie ou allongée et sont toutes disposées comme autour d'un axe ou centre fictif de façon à présenter à la périphérie leur extrémité renflée et libre. Ces cellules sont pourvues de noyaux et de nucléoles très-visibles sur celles qui ne sont pas granuleuses.

Les ganglions inguinaux sont gros et durs, mais non dégénérés. Il en est de même des ganglions lombaires.

Les veines iliaques sont libres, bien qu'il y ait un œdème considérable, surtout à la cuisse gauche.

Les nerfs d'origine du sciatique n'ont pas d'autre altération que la compression à droite, causée surtout par la tumeur composée de la trompe de l'ovaire et de l'utérus hypertrophiés.

Cette observation est intéressante par les antécédents de la malade ainsi que par la *forme anatomique* de l'affection utérine, et par l'*altération des vaisseaux lymphatiques*. La néoplasie épithéliale a pris ici la forme d'épithélium cylindrique, et nous y avons constaté un grand nombre des agglomérations spéciales de cet épithélium, qui paraissent être des productions analogues aux globes épidermiques qu'on rencontre si souvent à l'utérus dans les cancroïdes à épithélium pavimenteux.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de la pierre dans la vessie, in-8° de 424 pages, orné de 14 gravures intercalées dans le texte; par le docteur Dolbeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, etc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le livre dont nous avons l'intention de donner ici l'analyse a été écrit pour les praticiens, et dès la préface l'auteur a bien soin d'en prévenir le lecteur et de justifier à l'avance l'absence à peu près complète de notions historiques dans tout le cours de l'ouvrage. Il ne veut pas soulever après bien d'autres les questions de priorité et de personnalités, qui ont toujours occupé une si large place dans les écrits relatifs aux maladies des voies urinaires; empruntant à la pratique de tous, les préceptes les plus sages, il les expose en ayant soin d'élaguer tout ce qui ne lui paraît pas reposer sur une observation sérieuse. Dans quelques parties de son livre, à l'article où il traite de la cystotomie, par exemple, l'auteur néglige un grand nombre de procédés décrits encore dans tous les ouvrages classiques, pour ne s'occuper que de ceux auxquels il croit avoir reconnu une véritable valeur. Cette manière de faire peut soulever des critiques, et quelques lecteurs trouveront sans doute que l'auteur a l'air de marcher en pays conquis; mais il faut en convenir, ce livre acquiert ainsi un caractère de netteté et de précision très-grand. Après avoir lu ce volume avec attention, nous sommes resté parfaitement convaincus qu'il n'est pas destiné à orner la bibliothèque d'un érudit; mais le médecin qui voudra rapidement se mettre au courant des idées principales relatives au traitement de la pierre, les y trouvera exposées et quelquefois discutées avec une clarté incontestable.

L'ouvrage se compose de deux parties principales, la première contenant l'histoire pathologique des calculs de la vessie, la deuxième, qui occupe plus de 300 pages sur 400, a pour objet le traitement de la pierre.

Après avoir passé en revue les divers caractères extérieurs des calculs, leur composition chimique, l'auteur insiste tout particulièrement sur le rôle très-important que joue, dans la production des pierres vésicales, l'inflammation de la vessie. C'est là une notion qui, selon lui, ne doit jamais être oubliée quand on veut s'opposer à la récidive de l'affection calculeuse, les pierres phosphatiques qui se développent presque toujours dans cette circonstance prenant naissance sous l'influence de phlegmasies de l'appareil urinaire qui persistent après l'opération. L'opération une fois terminée, ce doit donc être une préoccupation constante pour le praticien que de mettre fin par un traitement convenable à cette cause incessante de reproduction des calculs.

Les symptômes sont exposés avec soin, et l'auteur montre combien parfois ils sont incertains, tous peuvent manquer à un moment donné, et il se peut que le médecin ne fasse que soupçonner très-vaguement l'existence d'un calcul vésical, c'est alors qu'il doit procéder à ce que l'auteur désigne très-heureusement sous le nom d'*exploration méthodique*. Soit un malade éprouvant des troubles variés de la miction, on peut songer à des affections très-diverses des voies urinaires, et ce n'est que l'exploration directe de l'appareil qui peut conduire à la connaissance exacte des lésions; eh bien! c'est alors qu'il faut procéder du connu à l'inconnu et étudier successivement l'urètre, le col de la vessie et enfin la vessie elle-même. Ce chapitre est rempli d'indications précises et fort utiles pour le praticien; il se termine par l'étude de l'emploi du chloroforme dans le but de favoriser l'exploration de la vessie et les manœuvres de la lithotritie. Malgré des affirmations opposées, M. Dolbeau croit pouvoir conclure d'observations recueillies avec le plus grand soin, que le chloroforme n'agit pas plus sur la vessie qu'il n'agit sur l'utérus. Par l'emploi du chloroforme l'on diminue ou on supprime la douleur du cathétérisme, mais ne supprimant pas les contractions de la vessie, on ne peut espérer manœuvrer plus librement et plus impunément dans cette cavité. L'auteur réserve avec raison la question de l'emploi du chloroforme chez les enfants que l'on doit lithotritier, et dans une autre partie de son livre il arrive à cette conclusion, que chez ces petits malades l'anesthésie rend des services en s'opposant aux mouvements désordonnés auxquels ils se livrent le plus souvent.

L'exploration méthodique a dû faire reconnaître l'existence de la pierre; mais pour qu'elle ait donné des résultats complets, il faut que les dimensions et la densité du calcul aient été appréciées avec soin, car on ne doit procéder à une opération que lorsqu'on possède sur ces divers points les notions les plus exactes.

Au début de la deuxième partie, la plus importante de son livre, l'auteur pose par avance cette conclusion qui domine l'esprit général du reste de l'ouvrage: « Le traitement médical a peu ou pas d'importance relativement à la cure de l'affection calculeuse de la vessie; il « faut autant que possible employer la lithotritie, mais dans un bon « nombre de cas, il est sage et parfois absolument nécessaire de re- « courir à une autre opération que nous proposons d'appeler la *litho-* « *tritie périnéale*. » Disons-le immédiatement, si M. Dolbeau appelle de tous ses vœux la réalisation de ce programme, il ne soutient pas qu'il soit possible de le remplir dès aujourd'hui, car actuellement la *lithotritie périnéale*, en donnant à ce mot la vraie signification que lui attribue son auteur, est encore à l'étude, et dans bon nombre de cas la cystotomie proprement dite doit être employée.

Après avoir étudié la lithotritie dans les cas simples, l'auteur aborde l'examen des cas compliqués. L'existence d'un rétrécissement de l'urètre, d'un spasme du col et de la vessie, etc., etc., constituent-ils des contre-indications à la lithotritie? Non; mais avant de procéder au broiement de la pierre, on doit triompher de la complication; il faut d'abord traiter le rétrécissement, rendre au canal toute la souplesse possible; il faut vaincre le spasme du col par des tentatives successives de cathétérisme de l'urètre, etc.

Il existe parfois dans la vessie des fongus, recouverts d'une couche calcaire, et dans ces cas l'on voit les malades endurer les souffrances

les plus vives, parce que de très-petits fragments se détachent et viennent s'arrêter de temps à autre au niveau du col vésical. L'expérience a démontré qu'alors des manœuvres de lithotritie faites avec grande douceur dans le but de débarrasser de son enveloppe solide la production morbide, apportaient un véritable soulagement, et c'est là une pratique que M. Dolbeau recommande particulièrement.

A l'occasion du catarrhe vésical et de l'importance qu'il offre par rapport à l'opération de la lithotritie, M. Dolbeau s'est demandé s'il existait dans la muqueuse vésicale des glandes auxquelles on pouvait rattacher cette supersécrétion de mucosités. Des recherches souvent répétées lui ont démontré qu'il n'y avait pas de glandules vésicales, et malgré l'opinion de Huseke, Koelliker, Wirchow, il nie leur existence. Tout dernièrement M. Sappey (*Traité d'anatomie*, t. III, p. 515) a émis une opinion qui concorde parfaitement avec celle de l'auteur.

Dans une suite de paragraphes fort importans nous trouvons des indications précieuses sur les divers accidents qui peuvent suivre les manœuvres du broiement de la pierre, telles que la fièvre, l'orchite, l'engagement des fragments calculeux au col vésical ou dans l'urètre, l'hémorragie, la rétention d'urine, etc., etc.

La lithrotitie chez la femme et chez l'enfant forme l'objet de deux chapitres dont la lecture dispose volontiers à admettre que d'une façon presque absolue la taille doit être rejetée chez la femme, et que malgré les beaux résultats que cette opération a donnés dans l'enfance, on doit encore souvent lui préférer la lithotritie.

Quelle place la taille doit-elle occuper dans le traitement des calculeux? Pour M. Dolbeau, c'est un moyen extrême qui ne doit être employé que quand la lithotritie est devenue complétement impossible. Les principales indications de cette opération sont : la présence d'une grosse pierre ou de plusieurs pierres assez grosses, l'existence d'un rétrécissement très-serré, une très-grande sensibilité de la vessie.

Dans les cas où l'on voudra pratiquer la taille, on devra, suivant l'auteur, tenir un grand compte des renseignements fournis par l'exploration méthodique, et à ce sujet, M. Dolbeau divise les calculeux en deux catégories, ceux dont la pierre a moins de 3 centimètres, ceux dont la pierre a plus de 3 centimètres. Chez les premiers seuls on doit tenter d'extraire la pierre par la plaie, sans procéder à un broiement préalable.

La taille étant adoptée en principe, comment faut-il la pratiquer? Doit-on pratiquer la taille latéralisée, la taille bilatérale de Dupuytren? M. Dolbeau rejette ces méthodes, il prend vigoureusement en main la défense de la taille médiane, à laquelle il reconnaît le grand avantage d'éviter les hémorragies et d'être d'une exécution très-simple. Mais ici une grande question se présente. Peut-on atteindre la vessie sur la ligne médiane sans produire des lésions sérieuses, c'est-à dire sans blesser le rectum ui le bulbe? Oui, répond M. Dolbeau, et pour justifier cette assertion il se fonde, et sur l'observation faite à l'amphithéâtre, et sur l'observation faite sur le vivant. J'ai eu personnellement l'occasion d'assister à quelques recherches entreprises dans ce but, et je suis disposé à me ranger du côté de l'auteur. L'incision des couches extérieures pratiquée sur la ligne médiane, il divise la prostate avec le lithotome double, et exécute alors ce que l'on appelle la taille médio-bilatérale.

Un long paragraphe est consacré à la taille prérectale de M. Nélaton; l'auteur loue grandement l'innovation du professeur de la Clinique, mais nous devons dire qu'un peu plus loin il fait remarquer que cette méthode, qui n'est pas applicable à tous les âges, notamment chez les enfants, si elle permet d'éviter assez sûrement le bulbe et si elle met à même d'extraire des pierres assez volumineuses, entraîne souvent comme conséquence l'existence d'une fistule urinaire permanente.

L'auteur a une grande tendance à rejeter d'une manière absolue l'emploi de la taille hypogastrique. Enfin, il reconnaît que dans certains cas, vu le volume extrême et la densité de la pierre, l'on doit renoncer complétement à toute opération et se borner à un traitement palliatif.

Dans un chapitre intitulé : *Accidents secondaires de la taille*, un paragraphe surtout attire l'attention, c'est celui qui est consacré à l'étude des incrustations calcaires que l'on remarque quelquefois au niveau de la plaie, et à la description de véritables lambeaux membraneux qui s'échappent de la vessie, constitués assez souvent par des portions de muqueuse qui se sont détachées de la face interne de la poche urinaire. Cette partie du sujet est traitée très au long et présente d'autant plus d'intérêt qu'il s'agit là de faits généralement peu connus. L'auteur rapporte trois observations qui lui sont personnelles.

Avant de terminer cette analyse, nécessairement très-incomplète, nous voulons attirer d'une façon toute particulière l'attention sur la proposition de l'auteur, de substituer à la taille ce qu'il désigne sous le nom de *lithotritie périnéale*. Dans un chapitre historique intéressant, il fait voir que depuis bien longtemps des chirurgiens embarrassés pour extraire une pierre volumineuse par une plaie faite au périnée, ont eu la pensée de fragmenter le calcul pour l'amener ensuite au dehors; mais ce qu'il revendique à juste titre, c'est l'idée d'ériger en méthode usuelle une pratique qui jusque-là n'avait, en réalité, constitué qu'un expédient.

D'ailleurs, il veut éviter de diviser les tissus dont la section est à juste titre redoutée par les chirurgiens, et il pense ainsi diminuer la mort en diminuant les chances d'infection purulente. Aussi se borne-t-il à couper l'urètre dans la portion membraneuse sans entamer la prostate, puis à l'aide d'un instrument spécial il dilate le col de la vessie, et des expériences répétées lui ont démontré que cette dilatation pouvait sans inconvénient être poussée jusqu'à ce que l'orifice vésical possède un diamètre de 2 centimètres. Un lithotriteur de dimension et de force plus grandes peut alors servir à broyer la pierre en une seule séance; l'extraction des fragments doit aussi être faite séance tenante, l'on évite ainsi les accidents qui pourraient résulter de leur engagement dans le col de la vessie.

La *lithotritie périnéale* donnera-t-elle tout ce qu'elle semble promettre? C'est à l'expérience de répondre, mais nous devons dire aujourd'hui que c'est là une opération fondée sur des données scientifiques qui nous donnent foi en elle. C'est ainsi que l'a sans doute compris la commission de la Faculté de médecine en accordant un prix à M. Dolbeau pour son *Mémoire sur la lithotritie périnéale*.

L'ouvrage dont nous venons de donner une idée est remarquable par la clarté d'exposition. Les hommes qui ont beaucoup étudié le sujet spécial dont il traite, pourront trouver que l'auteur donne parfois peu de place à la discussion; mais tous ceux, et c'est le plus grand nombre, auxquels cette question n'est pas familière, rencontreront dans ce livre, débarrassées de mille détails inutiles, les notions qui pourront les conduire à une saine pratique.

D[r] Léon Labbe,
Agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

VARIÉTÉS.

— Un arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 21 avril 1864, a déterminé de la manière suivante les sujets de thèse que pourront traiter à leur choix les candidats du concours pour cinq places d'agrégés vacantes dans les Écoles supérieures de pharmacie de l'empire (section d'histoire naturelle et de pharmacie), qui sera ouvert le 15 octobre prochain :

1° Des solanées;
2° Des quinquinas;
3° Des préparations mercurielles; mercure et composés mercuriaux usités en médecine.

— M. le docteur Broquier vient d'être nommé chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille.

— Par décret impérial du 20 avril courant, M. Bourot, médecin aide-major de première classe à l'armée du Mexique, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société impériale de médecine de Marseille vient d'être cruellement éprouvée par la perte de trois de ses membres, les docteurs Marseille, ancien chirurgien en chef des hôpitaux, et Girard, membres titulaires, et le docteur Thiébaut, membre honoraire.

— D'après la statistique de l'*Almanach de médecine et de pharmacie*, publié par l'administration de l'*Union médicale*, il existe dans le département de la Seine 1.706 docteurs, dont 1,600 exercent la médecine. Si l'on ajoute à ce nombre 270 officiers de santé, il y aura pour le département de la Seine 1,870 praticiens : ce qui fait 1 médecin pour 875 habitants, en supposant la population fixe de 1,500,000 âmes.

Certains arrondissements, le quatrième par exemple, et les rues limites, renferment près de 200 médecins, tandis que quelques arrondissements excentriques en comptent à peine 25.

D'après la même statistique, il existe 623 pharmaciens de première classe, dont 582 tenant officine, savoir : 523 pour Paris et 59 pour les arrondissements de Saint-Denis et de Sceaux.

— La littérature médicale vient de voir naître en Amérique un nouvel organe, sous ce titre : *The New-York medical independant and pharmaceutical Reporter*. Ce journal paraît une fois par semaine.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : THÉORIE DE L'ESPÈCE. — TRANSFORMATION DE L'HOMME. — PROCRÉATION DES SEXES A VOLONTÉ. — THÉORIES DES MOUVEMENTS DU CŒUR.

Toutes les communications académiques sont en ce moment à la physiologie et à la physiologie la plus générale. C'est la question de l'espèce, de la transformation de l'homme à notre époque; c'est la procréation des sexes à volonté; c'est la théorie du cœur; toutes questions, comme on voit, qui sortent de l'esprit de détail et s'élèvent aux plus grandes hauteurs de la science.

Il est difficile d'aborder de semblables sujets autrement que comme ces spectateurs de la galerie qui disent leur impression sans prétendre aller au delà. Pour entrer en lice sur de pareils sujets, la grande condition serait d'abord de les isoler et d'en circonscrire l'examen à chacun d'eux; mais par le temps qui court, et à l'abondance des communications qui se succèdent avec une ardeur et une rapidité de chemin de fer, il faut bien se borner à saluer au passage la plupart de celles qu'il est impossible de suivre et encore moins possible d'arrêter dans leur course.

Commençons par la question de l'espèce. Cette question, controversée depuis que la science existe, a toujours divisé les esprits en deux camps. L'espèce est-elle fixe, est-elle restée telle qu'elle est sortie des mains du Créateur; ou bien a-t-elle varié ou varie-t-elle incessamment de manière à pouvoir considérer la multiplicité des espèces, non pas comme un témoignage de la richesse, toujours croissante de l'observation scientifique, mais comme la preuve d'une création et d'une variation incessantes de formes chez les êtres organisés? Un livre nouveau, publié en Angleterre, l'ouvrage de Darwin, sur l'origine des espèces, est venu raviver d'anciennes querelles, non pas seulement avec un nouvel art dans la disposition des anciens arguments, mais avec des arguments nouveaux. Pour Darwin, l'espèce n'est pas fixe : elle varie et progresse incessamment; de cette variation et de cette progression, posées en fait, il induit que, vu la très-grande ancienneté du monde, les espèces constituent des séries, des chaînes dont les anneaux ont procédé les uns des autres. Cette doctrine allégue comme arguments nouveaux ce que l'auteur appelle l'*élection naturelle*, une sorte de sélection de fait, et la *concurrence vitale*, sorte de guerre perpétuelle que les animaux se font entre eux pour leur subsistance, et d'où naîtrait la prédominance des plus forts. L'une serait le moyen ou la voie de l'autre; le résultat de la lutte serait le choix et le progrès. Les êtres élus changeraient ainsi en progressant et les êtres vaincus en dépérissant. Ce n'est pas le lieu de suivre l'auteur anglais dans les ingénieux développements de sa thèse; on doit se borner à indiquer cette thèse et à renvoyer, pour en connaître la valeur, à un examen *ex professo*, auquel l'illustre secrétaire de l'Académie des sciences n'a pas dédaigné de la soumettre, dans un de ces petits et charmants volumes que M. Flourens a le talent de rendre populaires. Dans son examen du livre de Darwin, le continuateur de Cuvier a suivi son adversaire pied à pied, ligne à ligne; il s'est pris corps à corps avec lui, et sans oser nous prononcer entre deux athlètes d'aussi grande force, on est obligé de convenir que pour le maniement des armes, la fécondité des vues, la netteté des idées, la précision des termes, l'écrivain français se place bien au-dessus du penseur anglais. Pour juger lequel des deux a absolument raison, il faudrait en savoir plus qu'eux, connaître le dernier mot de la question, avoir la vraie théorie de la formation des espèces : le juge gratifié de cette connaissance, qui est et sera longtemps un mystère, pourrait seul dire celui qui se rapproche le plus de la vérité. Dans la crainte où nous sommes que l'humanité reste éternellement à la porte du temple, nous ne pouvons qu'admirer les efforts de ceux qui s'ingénient de toutes les manières à y entrer. Nous ne saurions dissimuler que M. Darwin est de ceux qui offrent ce genre d'intérêt, et que la science et la raison de M. Flourens (nous ne parlons pas de son art, qui est infini) sont de ceux qui se placent au-dessus de l'inventeur pour en montrer et dissiper les illusions. La conclusion de M. Flourens est que M. Darwin a jeté un nouveau jour sur la théorie des variétés de l'espèce et de nouvelles obscurités sur l'origine de ces dernières.

De l'origine des espèces aux variations de l'homme à notre époque, il n'y a qu'un pas. Un savant, qui a beaucoup lu et beaucoup retenu de ses voyages sous les différentes régions solaires, vient donner un nouvel appui aux partisans de l'unité spécifique de l'homme. Pour lui la différence des types, non pas seulement les différences de couleur, mais les différences de structure, sont des modifications secondaires opérées sous l'influence du temps et des milieux. M. Trémeaux a vu, en effet, ce qu'on savait déjà, que le blanc devient noir et le noir devient blanc par leurs migrations respectives, sous les zones torrides et tempérées. Jusque-là tout est bien; et le fait invoqué prouverait sans doute qu'à l'origine l'homme a subi l'influence du milieu et qu'il a transmis par voie d'hérédité le produit de cette influence. Mais le changement de structure, mais cette conformation de la tête, ces traits du visage, cette différence d'instinct et de l'intelligence, sont-ils bien aussi des produits d'une différence d'insolation et de climatologie? M. Trémeaux ne le prétend pas; il convient, au contraire, que les déformations des crânes et le changement de teint ne dépendent pas des mêmes causes « puisque l'on voit des peuplades « très-noires, ayant de beaux traits et de l'intelligence, tandis qu'on « en voit d'autres dont les traits déformés sont alliés à un teint moins « foncé. » Mais, ajoute l'auteur, le teint chez l'homme est le petit côté de la question. Le grand côté de la transformation est celui qui touche aux types physiques si divers qui régissent les facultés de l'homme. On ne saurait mieux préciser la difficulté. Comment M. Trémeaux essaye-t-il de la résoudre? Il signale d'abord cette coïncidence, peu remarquée jusqu'ici, de l'infériorité de l'espèce avec l'antiquité du sol. Suivant lui, les types les plus inférieurs se rencontreraient toujours sur les terrains de première formation; et, réciproquement, le développement et la perfection des types coïncideraient avec les perfectionnements géologiques du globe. D'où l'auteur conclut que les types humains se sont améliorés par la migration des races primitives dans les terrains de nouvelle formation. La coïncidence très-générale des deux ordres de faits telle que l'a établie l'auteur, mérite à coup sûr la plus sérieuse attention comme fait; mais ce fait prouve-

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

OUVERTURE DU CORPS DE S. E. LE CARDINAL DE FLEURY.

I.

Sous l'ancien régime, un ecclésiastique qui montait au pouvoir ne se contentait point de la feuille des bénéfices. A l'autorité effective et à la souveraine influence qu'il tirait du gouvernement des affaires et de la distribution des grâces, son ambition ajoutait l'honneur suprême du cardinalat. Richelieu ayant donné l'exemple, Mazarin fut cardinal comme lui; et ce faquin de Dubois, peu satisfait d'avoir remplacé Fénelon sur le siége archiépiscopal de Cambrai, força à son tour les portes du sacré collége.

« Le jour qu'il reçut la calotte des mains du roi, après avoir fait son remercîment, il détacha sa croix épiscopale, la présenta à l'évêque de Fréjus, Fleury, et le pria de la recevoir, parce que, dit-il, elle portait bonheur. Fleury la reçut en rougissant, aux yeux du roi et de la cour, et, qui plus est, fut obligé, en confusion, de s'en décorer. » (Duclos.)

Dubois avait raison. Fleury, précepteur de Louis XV, se mit si bien dans l'esprit de son maître, que le régent conçut le projet de l'éloigner du centre des intrigues en lui faisant offrir l'archevêché de Reims. Mais le vieux courtisan préféra son crédit qui croissait tous les jours, à une dignité sans pareille dans la hiérarchie de l'Église de France, puisqu'elle conférait au dignitaire les honneurs et priviléges de premier duc et pair du royaume. Pour ne pas désobliger son tout-puissant protecteur, il accepta le don d'une simple abbaye, dont le revenu était de 70,000 livres. Plus habile que ses prédécesseurs, Fleury ne voulut point du titre de premier ministre; mais il en eut toute la puissance et sut la conserver jusqu'à sa mort.

L'intègre Duclos a dit que son ministère, qui dura dix-sept ans environ, fut un heureux interrègne, et que ce ministre gouvernait un royaume comme une famille. Ami de la paix, économe, désintéressé, s'il ne fut avare que pour l'Etat; sa succession ne valait pas 10,000 écus. Sans faste, ajoute Duclos, avec un extérieur modeste, préférant le solide à l'ostentation du pouvoir, il en eut un plus absolu et moins contredit que Mazarin avec ses intrigues, et Richelieu en coupant des têtes. On sait avec quelle indulgence dédaigneuse il traita ces jeunes ambitieux qui servaient à divertir le roi, et qui tentèrent follement cette révolution de palais si ridicule, qui fut appelée la *conjuration des marmousets*.

Fleury eut le chapeau de cardinal en 1726. Dans sa jeunesse, il s'é-

t-il que l'homme change réellement de type en changeant d'habitation? La liaison de ces deux ordres de faits est loin d'être aussi facile à admettre. Nous laissons le soin de cette solution à MM. les commissaires de l'Académie.

On en pourrait dire autant de la théorie de M. Thury sur l'origine des sexes. Il y a longtemps qu'on a dit de la femme qu'elle est un homme imparfait. Suivant l'auteur de la théorie, cette imperfection remonterait à l'œuf. Le produit est toujours du sexe mâle quand la fécondation porte sur des œufs *à complète maturité ;* et il est toujours femelle quand elle porte sur des œufs *à maturité moins avancée*. Les faits invoqués en faveur de cette théorie, dont on s'est peut-être un peu pressé de répandre la formule pratique, sont ceux-ci : dans les troupeaux des espèces ovine et bovine, on peut faire naître à volonté des mâles ou des femelles suivant que l'accouplement a lieu plus loin ou plus près de l'époque du rut; au début des femelles, au milieu et à la fin des mâles.

Les faits pourraient exister que l'explication n'en serait pas pour cela inattaquable. Déjà M. Coste a montré que chez les gallinacés à fécondation simultanée, mais à maturation successive, l'ordre de succession de la ponte n'est pas toujours conforme à la loi proposée par M. Thury : ainsi ce sont alternativement des mâles et des femelles. Mais les choses ne se passent pas aussi simplement que l'un et l'autre paraissent le croire. On a introduit depuis quelques années dans l'étude de la fécondation deux faits nouveaux, tendant à établir que la fécondation du même œuf peut s'opérer en plusieurs temps et peut-être par plusieurs mâles, ou bien enfin rester comme à l'état latent et ne produire d'effet, c'est-à-dire le développement de l'embryon, que longtemps après le dépôt du principe fécondant. On a remarqué, en effet, que des portées d'animaux témoignent par des ressemblances avec des mâles qui n'avaient pas concouru à la dernière fécondation, mais à une fécondation précédente, que celle-ci a pu s'opérer à des distances très-éloignées du travail embryogénique. Nous en avons observé nous-même un très-curieux exemple.

Des dindes noires avaient été mises en rapport durant toute une saison avec des coqs d'Inde blancs, appartenant, comme on sait, à une race tout à fait différente et fixe. A la fin de l'automne, les dindes noires furent transportées dans une ferme où il n'y avait que des coqs noirs. Quand vint le printemps, une des femelles noires qui avait cohabité pendant toute la saison précédente avec des coqs blancs, donna des œufs d'où sont éclos trois dindons blancs, un mâle et deux femelles. Les autres œufs, au nombre de douze ou quinze, produisirent des dindons noirs mâles et femelles indistinctement. Ce fait, qui n'est pas le seul dans l'espèce, attestant les fécondations à longues dates, ne témoigne-t-il pas : 1° qu'il est impossible d'apprécier le degré de maturation ou de développement des œufs d'après la date de la fécondation ; 2° que la fécondation peut remonter bien au delà du commencement du développement de l'embryon ; 3° que peut-être plusieurs imprégnations peuvent concourir à la fécondation du même œuf?

— La théorie du cœur a fait simultanément irruption à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. A l'Académie des sciences c'est M. Hiffelsheim qui maintient, à l'encontre d'un grand nombre d'objections, et la nouveauté et le bien-fondé de sa théorie du recul. Sans oser nous constituer juge des prétentions de l'auteur, qui reposent sur une foule d'expériences délicates, et d'appréciations plus délicates encore, on ne saurait rendre trop justice à la manière tout à la fois ferme et réservée avec laquelle il fait intervenir les données de la physique et de la mécanique : « Je ne redoute rien tant, dit-« il, que les abus des sciences exactes, qui compromettent leur usage « dans la science la plus relative et la plus complexe, la biologie. » De la part d'un homme qui s'en sert avec tant de succès, cette déclaration est toute une garantie d'exactitude et de circonspection.

A l'Académie de médecine, la théorie du cœur s'est reproduite dans tous ses développements. Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE connaissent de longue date les travaux de MM. Marey et Chauveau, puisqu'elle a eu l'honneur d'en être la première dépositaire. C'est à l'occasion du rapport de MM. Béclard et Gavarret sur ces travaux un peu contraires à la théorie non moins connue de M. Beau que la discussion s'est ouverte. Déjà MM. Beau, Bouillaud et Béclard ont été entendus. Nous n'avons, en ce moment, à nous prononcer ni sur la théorie ancienne, représentée par la commission et MM. Marey et Chauveau, ni sur celle de notre savant collègue M. Beau. Chacun des partisans a prononcé de savants et même d'éloquents discours. Après M. Beau, qui a été vif et convaincu, on a entendu M. Bouillaud, qui a été général et sympathique ; puis est venu M. Béclard, qui a donné, avec un véritable succès, le second spécimen de son véritable talent de dialecticien et d'orateur scientifique. Quant au fond, nous oserons avouer que ni les uns ni les autres n'ont prouvé que la physiologie doive en rester où elle en est dans l'explication du mécanisme des mouvements et des bruits du cœur. La science nous semble réclamer non-seulement d'autres faits et d'autres données, mais surtout une appréciation des faits et des données connus à un point de vue autre que celui de ce dynamisme d'action limité à la dilatation et à la contraction des oreillettes et des ventricules dans leurs rapports avec les mouvements de l'organe. Il nous a toujours semblé que, pour arriver à quelque chose de plus plausible, il ne fallait pas isoler la considération des mouvements du cœur de l'ensemble de l'acte circulatoire, dont il n'est qu'un point, ni de l'acte respiratoire, qui en est une condition, ni enfin de la physiologie comparée, dans laquelle le problème de la circulation se présente avec des données singulièrement variables et des résultats pourtant à peu près identiques.

JULES GUERIN.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

RECHERCHE DES MATIÈRES ORGANIQUES CONTENUES DANS LES EAUX (mémoire lu à l'Académie des sciences dans la séance du 25 avril 1864); par M. EUG. PELIGOT.

Ayant eu occasion, dans une de mes leçons du Conservatoire des arts et métiers, de soumettre à un examen comparatif les différentes eaux qui alimentent Paris, je fus frappé de l'aspect et de l'abondance du dépôt que fournissent les eaux de la Seine et du canal de l'Ourcq quand on y verse une dissolution neutre et concentrée d'azotate d'ar-

---

tait distingué par ses succès scolaires, et il aima toute sa vie les belles connaissances. Il fut lié d'amitié avec Fontenelle, et il échangea avec lui des lettres ou plutôt des billets très-remarquables par leur laconisme. Dans une réponse au compliment d'usage que lui avait adressé son correspondant, le 1er janvier 1740, le cardinal-ministre s'intitule le *médecin malgré lui*, faisant allusion au traitement que réclamaient alors les affaires politiques de l'Europe. Fleury avait à cette date 90 ans, étant né en 1653 (à Lodève), et Fontenelle était son cadet d'environ quatre ans. Sa mort arriva à Issy, près Paris, le 29 janvier 1743.

Mairan, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, fit son éloge, qui est un des meilleurs de ce sobre écrivain. Pibrac fit l'ouverture de son corps, et nous reproduirons la relation qu'il en a donnée et que nous avons découverte parmi les papiers de l'Académie de chirurgie, après avoir dit quelques mots de ce chirurgien.

Gilles de Bertrand-Pibrac, né dans une petite ville du diocèse de Comminges (en Gascogne), appartenait à une famille de notables qui comptait de hauts dignitaires dans la magistrature. Un de ses ancêtres était le fameux auteur des *quatrains moraux*, « si graves et si sentencieux, que Caton même se ferait honneur de les avoir composés, suivant la remarque de Bayle, qui note en passant que ce sage et fameux Pibrac fut à la fois le chancelier et l'amant de Marguerite de Valois, reine de Navarre.

Notre Pibrac avait en grande vénération la mémoire du magistrat-poëte, quoiqu'il fût lui-même très-peu lettré, ainsi qu'on le verra d'après son orthographe. Son éducation fut de très-bonne heure tournée vers la pratique de la chirurgie. A 17 ans, il était en pension à Toulouse, chez le chirurgien en chef de l'hôpital, et fort assidu aux leçons du célèbre Astruc, qui venait d'obtenir au concours la chaire d'anatomie et de médecine. Pibrac alla se perfectionner successivement à Bordeaux et à Montpellier, et vint à Paris en 1717, âgé d'environ 24 ans, « avec le plus grand désir de s'avancer, » suivant les termes de Louis dans son Eloge.

L'ambition de Pibrac fut satisfaite, et son avancement fut aussi facile que rapide. On en peut juger d'après un état de ses services, des différentes places et charges qu'il occupa et des grâces et faveurs dont le comblèrent ses protecteurs, qui étaient nombreux et très-influents.

En 1719 il assista, en qualité d'aide-major des armées du roi, aux siéges de Fontarabie et de Saint-Sébastien. En 1721, sur la présentation de Mareschal, il était nommé chirurgien-major du régiment royal-dragons, fonctions qu'il remplit jusqu'en 1733. Pibrac quittait souvent son régiment et venait se pousser à Paris. En 1724, il entrait au service du duc d'Orléans comme chirurgien ordinaire, et il garda cette place jusqu'à la mort du duc, en 1751. Son nouveau titre lui conférait le privilége d'être agrégé au collége de Saint-Cosme ; il fut dès lors maître en l'art et science de chirurgie de cette célèbre corporation, qui fournit tant d'habiles maîtres à l'Académie royale de chirurgie. L'année suivante, Pibrac se faisait nommer chirurgien ordinaire et conseiller de Louise-

gent. Cette expérience a été le point de départ des recherches dont je viens entretenir l'Académie.

On sait que l'azotate d'argent sert à déceler la présence des chlorures dans les liqueurs acidulées par l'acide azotique. Les eaux de la Seine et du canal de l'Ourcq donnent, dans ces conditions, un précipité très-abondant de chlorure d'argent. Mais comme elles ont une réaction légèrement alcaline, à cause du carbonate de chaux qu'elles tiennent en dissolution, le dépôt blanc fourni par le même réactif à l'état neutre est beaucoup plus considérable. Ses éléments principaux sont le carbonate et le chlorure d'argent. Son poids est de 0gr,3 environ par litre d'eau. En chauffant ce précipité dans un petit tube de verre, il devient noir et il donne des vapeurs ammoniacales très-sensibles à l'odorat et au papier rouge de tournesol. Il contient, par conséquent, une petite quantité de matière organique azotée.

L'azotate de plomb, substitué au sel d'argent, donne des indications encore plus nettes, bien que le précipité qu'il développe soit d'une nature plus complexe. Soumis à la calcination, il noircit en fournissant des vapeurs ammoniacales et des produits empyreumatiques qui rappellent l'odeur de la laine brûlée.

La plupart des dissolutions métalliques agissent de la même manière sur ces eaux. Le sulfate de cuivre, le sulfate de protoxyde de fer, le protochlorure et surtout le perchlorure de fer, ajoutés en quantité convenable, y font naître des précipités nuageux qui se déposent plus ou moins rapidement au fond des vases. Avec le chlorure ferrique, le dépôt se sépare au bout de quelques minutes sous forme de flocons ocreux. Avec le sulfate de cuivre, l'eau n'est débarrassée du précipité verdâtre qui s'y développe, qu'après douze à quinze heures de repos.

Ces précipités sont des mélanges de carbonates, de divers autres sels minéraux et d'oxydes en combinaison avec une ou plusieurs matières organiques que ces eaux tiennent en dissolution. Le carbonate de chaux, qu'elles ont dissous à la faveur de l'acide carbonique, agit à la manière d'un carbonate alcalin. Aussi, la nature du précipité varie avec les quantités respectives des sels mis en présence. Avec le sulfate de cuivre, par exemple, on a du sous-sulfate précipité si le carbonate de chaux dissous dans l'eau n'est pas en excès par rapport au réactif employé. Dans le cas contraire, le dépôt est formé principalement de carbonate basique de cuivre. Avec les sels de fer employés en léger excès, le précipité ocreux est formé essentiellement d'hydrate ferrique et d'oxyde de fer uni à la matière organique. Le perchlorure de fer exerce sur plusieurs des matières organiques contenues dans les eaux un effet des plus prompts et des plus marqués. C'est un désinfectant très-énergique, très-efficace, qui enlève instantanément aux eaux marécageuses et même aux eaux putrides leur odeur caractéristique.

Il est essentiel d'ajouter le sel métallique en proportion exactement convenable pour agir sur le carbonate calcaire; quand le réactif est employé en trop grande proportion, l'eau reste parfaitement limpide. Aussi convient-il de déterminer préalablement la composition de cette eau par un essai hydrotimétrique. Mes expériences sur les eaux de la Seine et de l'Ourcq, ou sur le mélange de ces eaux que la ville distribue à ses abonnés, ont été faites depuis le mois de février 1863 jusqu'au mois de mars de cette année. Le titre hydrotimétrique a varié entre 20 et 34 degrés; elles contenaient, par conséquent, par litre, environ 0gr,2 à 0gr,3 de substances minérales. Le carbonate de chaux forme, comme on sait, la plus grande partie, les trois quarts à peu près, du résidu qu'elles laissent à l'évaporation.

J'indique dans mon mémoire les moyens très-simples dont j'ai fait usage pour obtenir en quantité suffisante pour mes études le dépôt ocreux produit par l'addition d'une dissolution titrée de sesquichlorure de fer sublimé dans les eaux de la Seine et de l'Ourcq. La quantité de ce réactif doit être sensiblement égale à celle des matières minérales qu'elles renferment. Avec une moindre proportion, le précipité ferrugineux renfermerait du carbonate de chaux qu'on peut, d'ailleurs, en séparer à l'aide de l'acide chlorhydrique très-étendu, après avoir desséché et réduit en poudre ce précipité. On constate, à l'aide du prussiate de potasse, que l'eau limpide qui surnage le dépôt renferme un léger excès de fer en dissolution.

Le poids du dépôt ocreux sec a varié entre 0gr,094 et 0gr,131 par litre d'eau.

L'analyse de ce dépôt a été faite par les procédés ordinaires; l'oxyde de fer a été dosé par calcination; le carbone et l'hydrogène par l'oxyde de cuivre; l'azote par la chaux sodée et l'acide sulfurique titré très-dilué.

Sa composition est représentée par les nombres suivants :

Hydrate ferrique	77,5
Matière organique azotée	4,8
Oxyde de fer combiné avec cette matière	17,7
	100,0

Ces nombres ne représentent qu'une approximation; mais celle-ci est suffisante, puisqu'il ne s'agit ici que de mélanges qui, selon la nature des eaux et les conditions de l'expérience, présentent eux-mêmes des proportions assez variables dans leurs éléments.

La matière organique, dont je donnerai ci-après la composition élémentaire, appartient à la classe de ces matières nombreuses, encore mal définies, qu'on a désignées sous le nom de *produits humiques*. C'est, par conséquent, une matière de couleur brune. Aussi, quand on traite par la potasse caustique le dépôt ocreux, qui en renferme environ 5 pour 100, on obtient une dissolution brune, exempte de fer, dans laquelle le produit organique se trouve en combinaison avec l'alcali. Ce produit, à l'état isolé, contient environ 3 pour 100 d'azote.

Ainsi, l'eau de la Seine et l'eau du canal de l'Ourcq, prises dans l'intérieur de Paris, contiennent en dissolution une matière organique brune. Cette substance s'y trouve en si faible poids qu'elle n'affecte pas leur couleur. Un litre d'eau ne contient que quelques milligrammes de cette matière colorante.

Il est fort probable que ces eaux renferment encore d'autres matières organiques, qu'on arrivera plus tard à en séparer par d'autres procédés.

Si faible qu'en soit la quantité, la présence d'une matière brune et azotée dans des eaux publiques me semble présenter un intérêt réel. Pour l'eau comme pour l'air atmosphérique, il n'est point de petits faits. Loin de dédaigner les corps qui s'y rencontrent en très-faible

---

Elisabeth d'Orléans, reine douairière d'Espagne, et en 1725, il prenait la place du premier chirurgien, vacante par la retraite du titulaire. Il resta en charge jusqu'à la mort de cette reine fantasque et dévote, en 1742.

A la fondation de l'Académie de chirurgie, en 1728, Pibrac fut un des quarante conseillers du comité perpétuel, ou, comme on dirait aujourd'hui, un des quarante membres fondateurs. Lié d'amitié avec M. Hérault, conseiller d'État et lieutenant général de police, il reçut de ce magistrat commission d'examiner les prétendues guérisons miraculeuses qui s'opéraient, par l'intercession du diacre Pâris, dans le cimetière de la paroisse de Saint-Médard. Pibrac s'acquitta consciencieusement de ses fonctions de commissaire-inspecteur, et fit voir que les convulsions de tous ces farceurs qui faisaient des tours de force prodigieux, n'étaient que des manifestations d'un fanatisme sombre ou d'une charlatanerie impudente. « Il a exécuté à cet égard les ordres de Sa Majesté pendant trois années de suite avec probité et à la satisfaction de la cour, » suivant les propres termes de l'état de ses services, signé de son nom et rédigé apparemment par lui-même ou sous sa dictée; car cette pièce, qui est un feuillet in-folio écrit sur les deux côtés, porte des additions et corrections de sa main.

Cette charge de commissaire royal pour l'inspection des convulsionnaires augmenta la réputation et le crédit de Pibrac. En 1743, il fut nommé par le ministre pour examiner et visiter 33,000 hommes qui furent appelés à tirer au sort pour former un corps de miliciens. La visite dura dix-huit jours, et l'inspecteur du roi fit preuve de zèle et de désintéressement. Comme tous les hommes que Pibrac eut occasion d'examiner en cette circonstance étaient inscrits sur son registre par ordre, suivant le canton ou le quartier qu'ils habitaient, il essaya de déterminer, d'après ses notes, l'influence de l'habitation sur la santé en général et plus particulièrement sur le développement et la nature des maladies ou infirmités qu'il lui avait été donné de constater. C'était un premier essai de statistique appliquée à l'hygiène des villes et à la pathologie locale, mais un essai seulement. Louis loue l'idée de Pibrac, en principe, tout en faisant des réserves très-sensées.

« Chaque quartier, dit-il, a pour ainsi dire un climat qui lui est propre. Les rues ont des dispositions différentes par rapport à l'aspect du soleil et au souffle des vents. Chaque maison est sous des influences particulières, qui rendent son habitation plus ou moins saine à différents égards. Mais on ne pouvait rien conclure de l'examen précipité d'un si grand nombre d'hommes, dont les incommodités anciennes auraient été attribuées exclusivement au quartier qu'ils n'habitaient peut-être pour la plupart que depuis très-peu de temps. »

Cette charge de chirurgien inspecteur dans une circonstance aussi extraordinaire avait mis Pibrac plus que jamais en évidence, tout en lui donnant une grande autorité dans ces matières de révision. Le gouvernement l'employait de préférence pour l'examen des militaires qui

proportion, c'est surtout à la recherche de ces corps qu'il faut s'attacher désormais.

La matière organique brune que ces eaux contiennent paraît y être, en partie du moins, en combinaison avec l'oxyde de fer qu'elles renferment en très-petite quantité. Son affinité pour cet oxyde est très-grande, et, par suite, sa séparation de ces dépôts ocreux très-difficile. Quand on ajoute à ces eaux la quantité de soude pure nécessaire pour saturer l'acide carbonique et pour en précipiter, par conséquent, le carbonate de chaux, celui-ci entraîne la matière ferrugineuse azotée. Les dépôts que fournissent les sels de plomb, de cuivre, etc., contiennent toujours aussi cette même matière associée au fer.

J'indique dans mon mémoire les moyens que j'ai employés pour concentrer sur une même quantité d'oxyde de fer la matière organique contenue dans plusieurs hectolitres d'eau.

La composition élémentaire de cette substance a été déterminée au moyen du composé qu'elle forme avec l'oxyde de plomb. On ajoute aux eaux de la Seine ou de l'Ourcq 0gr,2 à 0gr, 4 d'azotate de plomb par litre; le poids du précipité blanc-jaunâtre qu'on recueille varie entre 0gr,4 et 0gr,5. Cette matière donne par la calcination des vapeurs ammoniacales très-sensibles, bien qu'elle ne contienne guère que 1/10000 d'azote.

En déterminant chacun des éléments constituants de ce mélange, à l'exception de la matière organique qui est dosée par différence, on trouve qu'il est formé de :

Carbonate de plomb	79,6
Sulfate de plomb	13,2
Sous-azotate de plomb	0,6
Matière organique azotée	2,1
Oxyde de plomb combiné avec cette matière	4,5
	100,0

Il est facile, sinon d'isoler complétement la matière organique, au moins de la séparer de la plus grande partie des corps qui l'accompagnent. On traite le dépôt plombeux par l'acide azotique étendu et en léger excès : tout se dissout, à l'exception du sulfate de plomb. En ajoutant à la liqueur une quantité convenable de lait de chaux, il se fait un abondant précipité de sous-azotate de plomb qu'on sépare par l'eau bouillante. Le précipité jaune qui reste est traité par l'eau chaude jusqu'à ce que la liqueur qui traverse le filtre soit exempte de plomb.

Ce précipité est séché sur la chaux vive, puis à 110 degrés. Il renferme 65,7 d'oxyde de plomb et 34,3 de matière organique. Celle-ci présente la composition suivante :

Carbone	53,1
Hydrogène	2,7
Azote	2,4
Oxygène	41,8
	100,0

Un autre échantillon, préparé par un procédé différent, a donné 3 d'azote pour 100 de matière organique.

Ces nombres suffisent pour établir non pas la formule de cette substance, car je suis loin d'admettre qu'elle constitue une espèce chimique, mais pour montrer de quelle classe de corps il convient de la rapprocher. Ses propriétés et son origine lui assignent une parenté très-prochaine avec les acides crénique et apocrénique que Berzélius a découverts dans les eaux minérales, notamment dans l'eau de Porla. Cette eau, bien que provenant d'une source très-abondante, contient cependant ces corps en si grande quantité, qu'elle en est jaune. Au contact de l'air, ajoute le célèbre chimiste suédois, elle laisse déposer une ocre brune qui contient du crénate basique de peroxyde de fer et de l'apocrénate. Berzélius fait bouillir le dépôt ocreux avec une dissolution de potasse; le liquide brun qu'il obtient est saturé par l'acide acétique, puis mélangé avec de l'acétate de cuivre. On sépare ainsi l'apocrénate de cuivre. Quant au crénate, on l'isole à l'aide du même réactif après avoir saturé la liqueur par un léger excès de carbonate d'ammoniaque.

Dans mes expériences, je n'ai pas osé suivre la méthode de Berzélius; j'ai évité soigneusement l'emploi d'un acide végétal et de l'ammoniaque pour isoler une substance organique peu abondante et pauvre en azote.

D'après Berzélius, ces deux acides doivent être considérés comme étant le produit de la décomposition des substances végétales. Dans son rapport annuel sur les progrès de la chimie, présenté en 1841 à l'Académie des sciences de Stockholm, il les rapproche des éléments organiques provenant de la terre arable, à l'occasion des travaux de M. Hermann et de M. Mulder sur les matières du terreau. Il donne l'analyse de l'apocrénate de cuivre faite par M. Mulder. En ce qui concerne la matière organique, les nombres obtenus sont les suivants :

Carbone	54,8
Hydrogène	3,7
Azote	3,3
Oxygène	41,2
	100,0

L'acide apocrénique avait été extrait par M. Mulder de trois échantillons de terres cultivées pris en Hollande.

Ces nombres, qui s'écartent assez de ceux que j'ai obtenus, suffisent pour établir l'analogie, l'identité même probablement, qui existe entre ce produit et celui que j'ai séparé des eaux de Paris. Le composé de matière organique colorée, d'alumine et de peroxyde de fer que M. Chevreul a signalé dès 1824 dans le sol de la caverne de Kuyloch; plusieurs des nombreuses substances qu'il a extraites du suint de mouton; enfin les produits bruns que M. Paul Thenard a séparés du jus de fumier et des terres arables appartiennent à la même famille.

Ces diverses substances ont pour origine commune la décomposition de certaines matières organiques qui, avant de subir cette combustion définitive qui les rend à la circulation sous forme d'eau, d'acide carbonique, d'ammoniaque ou d'acide azotique, se métamorphosent en des produits bruns, très-aptes à se combiner à certains oxydes, jouissant encore d'une assez grande stabilité relative. Ces produits, entraînés par les eaux pluviales avec les éléments minéraux

---

prétextaient des infirmités. « Le ministre, suivant le texte de son état de services, continue toujours de lui renvoyer les soldats qui s'adressent à sa personne pour demander d'entrer aux Invalides, souvent pour des infirmités supposées. Les ordres passent par les mains de M. le lieutenant général de police, qui envoie en conséquence les siens au sieur Pibrac, lequel donne son avis par un certificat auquel l'on ajoute foi toujours. »

En 1749, il fut chargé de la part du ministre et par le lieutenant général de police, de visiter et soigner les pauvres malades qui étaient, paraît-il, en assez grand nombre parmi les mendiants qu'on avait renfermés par ordre du roi, dans l'hôpital Saint-Louis. « Dans toute sorte de temps, » ajoute Pibrac, dans l'état de ses services, parlant à la troisième personne, « il a été employé pour visiter certains prisonniers à la Bastille, quelquefois à Vincennes. Toujours les ministres l'ont honoré de cette marque de confiance, afin de leur rendre compte de la santé ou maladie des prisonniers. Pour exécuter ces ordres, il fallait ouvrir au sieur Pibrac les portes qu'intéressait le secret de l'État. »

Tant de services gratuits méritaient une récompense. Le roi conféra à Pibrac, en 1752, la distinction qui était alors la plus enviée, et que l'on considérait comme la marque d'une très-haute faveur, et un témoignage précieux de l'estime royale. Notre chirurgien reçut des lettres de noblesse, ou plutôt, comme il dit lui-même se souvenant de ses ancêtres, de confirmation de noblesse, enregistrées dans toutes les cours souveraines. L'année suivante, grâce à l'intervention spontanée du duc de la Vrillière, Pibrac fut nommé chevalier de l'ordre du roi (1er janvier 1753), et reçu dans le chapitre que tinrent les chevaliers, le 8 mai. Morand fut reçu le même jour.

La même année vit naître l'École royale militaire, sous l'intendance de M. Paris-Duverney, ami intime de Pibrac. Celui-ci fut présenté pour remplir la charge de chirurgien-major des jeunes cadets de l'École, et agréé tout aussitôt par le comte d'Argenson, ministre de la guerre. Ici s'arrête l'état des services de Pibrac, qui porte la date du 22 octobre 1753. Au sujet de la nomination de cet homme heureux à la place de chirurgien-major de l'École royale militaire, Louis fait la réflexion suivante : « Avec des amis en crédit, on est pourvu sans sollicitation et sans intrigue des emplois dont ils disposent. Peut-être regardera-t-on le soin constant de cultiver les gens en place comme une sollicitation habituelle, qui prépare de loin les succès qu'on croit avoir recherchés avec le moins d'ardeur. » La réflexion nous paraît excellente et parfaitement applicable à ces prétendus philosophes qui affectent l'indifférence la plus profonde pour toute sorte d'honneurs et de distinctions, et qui tout doucement, sans efforts apparents, avec une habileté sournoise, se hissent un beau jour au sommet de la roue. Ces maîtres passés en l'art de parvenir, sont la fine fleur des intrigants et les plus roués des politiques. La plupart nous viennent de la Gascogne : sous l'ancienne monarchie, la palme était aux courtisans gascons. Pibrac ne démentit point son origine.

qu'elles empruntent au sol, se retrouvent à l'état de dissolutinn, soit dans quelques eaux minérales, soit même dans les eaux des rivières. C'est à cette cause qu'il faut sans doute attribuer la couleur jaune des eaux des terrains tourbeux et des eaux des landes de Bordeaux.

Il était intéressant de rechercher dans d'autres eaux publiques, réputées pour leur bonne qualité, la matière organique que j'ai rencontrée dans les eaux de la Seine et de l'Ourcq. Me trouvant au Havre au mois de septembre dernier, je soumis à quelques expériences les eaux de diverses origines que l'administration municipale distribue aux habitants de cette ville, eaux dont j'avais pu apprécier l'excellente nature.

Celles que j'ai examinées provenaient des terrains crayeux de l'embouchure de la Seine, des sources de la rivière de Gournay et de Saint-Laurent. Elles sont fraîches, limpides, d'un goût excellent. L'administration havraise les distribue avec une libéralité dont elle n'a pas trouvé ailleurs la tradition; car des fontaines très-nombreuses, coulant à plein robinet, les déversent jour et nuit dans toutes les rues de la ville.

J'ai examiné le dépôt ocreux fourni en ajoutant à 10 litres de cette eau une quantité convenable de sesquichlorure de fer; il donne par la calcination des vapeurs acides; il renferme en effet du sous-sulfate de fer. Chauffé avec la potasse, il ne fournit pas de vapeurs ammoniacales. Son analyse par la chaux sodée permet d'y constater l'absence de toute matière azotée.

Ainsi cette eau paraît être exempte de tout principe organique; elle contient néanmoins des principes minéraux en quantité relativement considérable, double au moins de celle que renferme l'eau de la Seine. Elle marque à l'hydrotimètre 35 à 40 degrés. Un litre laisse par l'évaporation à siccité 0gr,560 de résidu.

Celui-ci renferme :

Carbonate de chaux....................	64,1
Sulfate de chaux.......................	12,7
Sel marin..............................	15,2
Autres sels alcalins, silices, etc., non dosés.	8,0
	100,0

Cette eau, excellente pour la boisson, très-supérieure à celle qu'on consomme à Paris, ne convient pas pour le savonnage. Mais on sait qu'au Havre presques toutes les maisons sont pourvues de citernes fort bien construites, et que l'eau de citerne convient mieux qu'aucune autre pour cet emploi.

Qu'il me soit permis, à l'occasiou de cette étude comparative, de soumettre à l'Académie quelques réflexions sur l'usage un peu abusif qu'on a fait du procédé hydrotimétrique comme moyen d'apprécier la qualité des eaux. Sans doute, quand il s'agit, ainsi que l'ont indiqué les auteurs de ce procédé, de savoir si une eau convient plus ou moins pour le savonnage, l'emploi d'une dissolution titrée de savon doone une indication utile. Mais c'est là le petit côté de la question, en ce qui concerne la valeur réelle des eaux; sauf ce cas tout spécial, uue eau potable peut être infiniment supérieure à une autre pour ses qualités les plus essentielles, bien qu'elle fournisse un degré hydrotimétrique beaucoup plus élevé.

C'est ainsi que l'eau de Saint-Laurent du Havre. tout en marquant environ 40 degrés hydrotimétriques, est bien préférable à l'eau de la Seine, qui n'en marque que 18 ou 20. Ces eaux viennent néanmoins toutes deux des terrains calcaires; elles renferment les mêmes principes minéraux; mais la plus pure est, à mon sens, celle qui en renferme le plus, parce que, bien que chargée de substances minérales, elle est exempte de produits organiques.

J'irai plus loin. Je suis porté à admettre que, dans certains cas, le degré hydrotimétrique d'une eau est en raison inverse de sa qualité. J'ai fait à ce sujet quelques expériences sur l'eau de la Seine.

On a pris, en pleine rivière, le même jour, le 4 avril, un échantillon d'eau à Bercy, un autre dans le grand bras de la Seine, après le Pont-Neuf, un troisième après le pont de la Concorde :

L'eau de Bercy marquait....	21,5	degrés hydrotimétriques.
L'eau du grand bras......	20,8	—
L'eau de la Concorde.....	20,8	—

Néanmoins, l'eau de Bercy était évidemment meilleure que l'eau qui avait traversé la ville (1).

Chacun peut remarquer, surtout pendant l'été, l'aspect différent que présente l'eau du grand bras de la Seine après le Pont-Neuf, et celle du petit bras où se trouve l'écluse de la Monnaie. Retardée par le barrage, elle est toujours beaucoup plus trouble. et elle offre souvent un état d'altération si marqué, que les bateliers qui séjournent sur cette partie de la rivière vont chercher ailleurs l'eau potable dont ils ont besoin.

Deux échantillons de ces eaux, prélevés au même instant, m'ont donné :

Grand bras........	21,6
Petit bras........	20,1

Ainsi, dans ces circonstances particulières, l'eau la meilleure est celle qui contient en dissolution la plus forte proportion de substances minérales.

Ce résultat n'a rien qui puisse surprendre et qui ne soit de nature à être facilement expliqué. En traversant la grande ville, l'eau reçoit des matières organiques de nature et d'origine très-diverses, des composés ammoniacaux, des eaux ménagères et savonneuses qui en séparent des produits calcaires et qui les remplacent; avant d'arriver dans le flacon de l'opérateur, elle a déjà subi partiellement son essai hydrotimétrique. C'est pour cette raison et aussi a cause de la déperdition de l'acide carbonique et du dépôt de carbonate de chaux qui en est la conséquence, que l'eau de la Seine laisse pendant l'été, quand la rivière est très-basse, un résidu moins abondant que pendant l'hiver. Cette eau, pendant la saison chaude, est néanmoins très-odorante, surtout au sortir de la ville; à Grenelle, au Bas-Meudon, à Sèvres, il est souvent impossible de la boire sans une répugnance très-fondée.

En exagérant les conséquences de cette opinion, je me suis de-

(1) Pour constater des différences aussi petites, le procédé hydrotimétrique doit subir quelques légères modifications que j'indique dans mon mémoire.

Voici en quels termes Louis, de son pinceau le plus délicat, a tracé le portrait moral du personnage : « La sociabilité a été son caractère spécial. Il n'a jamais connu sur la fortune les précautions de la timide prévoyance, et il a usé convenablement de ses faveurs. Par sa table et ses manières engageantes, il a fait les honneurs de l'Académie, et l'on pourrait presque dire ceux de la nation. aux étrangers distingués en médecine et en chirurgie qui venaient à Paris. Il aimait fort la représentation; sa vaisselle d'argent était magnifique, et ses vêtements fort recherchés. Aristippe n'a point eu de plus fidèle imitateur. » Le tableau est achevé.

Il est juste d'ajouter que Pibrac, si favorisé de la fortune, si bien en cour, si heureux dans toutes ses entreprises, comblé et accablé de faveurs et d'honneurs, sans avoir pour ainsi dire rien sollicité, usait de sa position pour faire le bien, et que sa bienfaisance était aussi prévenante que délicate. C'est lui qui avait imaginé de secourir un confrère réduit à l'indigence, dans un âge avancé, en lui faisant adresser par un tiers des consultations écrites sur lesquelles on demandait son avis, si bien qu'il recevait la charité sous la forme d'honoraires. Une touchante indiscrétion de Louis nous a révélé le secret du bienfaiteur.

Il y a trois mémoires de Pibrac dans le recueil imprimé de l'Académie royale de chirurgie, l'un contre l'abus des sutures, l'autre contre l'emploi des onguents dans le traitement des plaies avec perte de substance, le troisième contre l'usage du sublimé corrosif (1). Malgré sa longue expérience, Pibrac n'a guère produit que ces quelques travaux, qui font d'ailleurs honneur à son excellent jugement dans la pratique. Il était praticien dans toute la force du mot, et plus propre à l'exécution ou à l'action qu'à la réflexion. Il en convenait lui-même, en homme qui avait l'habitude de voir, et dont les sens très-exercés nuisaient peut-être à la contemplation des choses qui passaient sous ses yeux.

Pibrac passe pour avoir renouvelé en France, avant Morand, l'opération de la taille par le haut appareil. C'est là un point de controverse historique qu'il est très-malaisé de discerner nettement, à cause que le témoignage de Senac à ce sujet n'est point assez explicite. Nous saurions aujourd'hui à quoi nous en tenir, si Pibrac qui prenait, sans faire semblant, tant de soin de sa fortune, eût travaillé davantage pour sa gloire scientifique. Nommé plusieurs fois directeur de l'Académie royale de chirurgie, Pibrac en exerçait les fonctions lorsque la mort le frappa le 14 juillet 1771, dans sa 78e année. Le célèbre Lemoine. sculpteur du roi, de l'Académie royale de peinture et sculpture, avait fait son buste en marbre, qu'il estimait une de ses meilleures productions. Ce buste fut légué à l'Académie royale de chirurgie, et en bonne justice il devrait appartenir aujourd'hui à l'Académie de médecine.

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. III, p. 408; t. IV, p. 65, p. 153.

mandé si l'eau qui se répand dans la Seine à la sortie du grand égout collecteur qui débouche à Asnières ne marquerait pas un degré hydrotimétrique moins élevé que l'eau de la rivière prise en amont de cet égout. Cette eau est très-infecte, très-moussense. A l'aide des procédés qu'on doit à M. Boussingault, M. F. Boudet y a trouvé dix à douze fois plus d'ammoniaque que dans l'eau de la Seine prise dans les conditions ordinaires. Le 12 mai dernier, elle était en pleine putréfaction, avec une réaction alcaline bien marquée. Filtrée, elle contenait par litre 0gr,867 de matières en dissolution, et cependant elle ne marquait que 35 degrés hydrotimétriques. Ce résultat est dû à ce que les matières organiques ont fort peu d'influence sur l'hydrotimètre. L'eau de la Seine, prise en amont de l'égout, marquait 22 degrés. Par conséquent, l'expérience n'a pas confirmé ma prévision : les différences ne sauraient être utilement appréciées qu'autant qu'on opère dans des conditions plus normales; elles ne peuvent être, d'ailleurs, que peu considérables.

Mais la nature de l'eau sortie de l'égout d'Asnières, son odeur d'urine putréfiée, m'ont conduit à la soumettre à un examen plus attentif. Le résidu sec laissé par l'évaporation de moins d'un litre de cette eau a été traité par l'alcool absolu, et la dissolution a été à son tour évaporée au bain-marie. Le nouveau résidu a été dialysé, c'est-à-dire soumis à ce procédé de séparation si précieux dont M. Graham a récemment enrichi la chimie analytique. En évaporant l'eau dans laquelle plongeait le dialyseur et en traitant le résidu par l'acide azotique, j'ai obtenu des cristaux qui m'ont présenté les caractères de l'azotate d'urée.

L'eau de la Seine, prise à une centaine de mètres au-dessous de l'égout, a donné les mêmes indices, en étudiant avec le microscope l'action de l'acide azotique sur les résidus moins abondants soumis aux mêmes épreuves.

Ces résultats pouvaient être prévus. On trouve dans l'eau de la Seine ce qu'on y met. Il me paraît probable qu'on exagère beaucoup la promptitude avec laquelle les matières organiques doivent disparaître sous l'influence de l'air qui se trouve en dissolution dans l'eau. Les résidus organiques, qu'ils proviennent de l'homme même ou de son industrie, présentent une certaine stabilité, par cela même que ce sont des résidus. Vauquelin a montré, il y a quarante ans, que la décomposition totale de l'urée est beaucoup plus lente qu'on ne le suppose généralement.

Cet examen de l'eau d'Asnières montre que ce n'est pas sans raison que les habitants des rives baignées par ces eaux infectes se plaignent de la manière dont on pratique la centralisation à leur égard. Il est assurément bien à souhaiter que le travail de l'égout collecteur soit continué et que l'agriculture soit mise promptement en possession de matières dont elle tirera le plus utile parti, et qui sont actuellement pour les pays qui les reçoivent une cause de malaise et de désolation.

En revenant aux questions que j'ai traitées avant cette digression, j'arrive à l'une des conclusions pratiques de ce travail. A mesure que l'industrie prend un plus grand développement, l'eau des rivières qui traversent les grands centres de population devient moins pure ; car sa masse restant la même, les matières qu'on y déverse deviennent chaque jour plus abondantes.

Les professeurs qui, comme moi, font depuis longues années et périodiquement l'examen comparatif des eaux de Paris, ont bien dû reconnaître que les eaux de la Seine et de l'Ourcq ne sont plus aujourd'hui ce qu'elles étaient il y a vingt ou trente ans. Les industries les plus gênantes au point de vue de l'hygiène publique sont assurément celles qui sont fondées sur le traitement des produits dérivés des animaux : comme elles ne peuvent exister qu'en raison d'une grande agglomération d'individus, on ne peut pas songer à les déplacer. Il faut donc se résigner à leur sacrifier la rivière dans laquelle on les contraint à envoyer, par la voie la plus étanche et la plus courte, tous les débris de leur fabrication.

La Seine échappe moins que toute autre rivière à cette cause d'altération incessante. Aussi doit-on savoir grand gré à l'administration municipale d'avoir devancé l'opinion publique sur la nécessité prochaine de pourvoir la cité d'eaux de meilleure qualité et applaudir aux efforts qu'elle fait depuis plusieurs années pour réaliser cette importante amélioration.

Remarques de M. Dumas à l'occasion de la précédente communication.

M. Dumas remercie son excellent confrère et ami, M. Peligot, des soins qu'il a donnés depuis plusieurs années à l'analyse des eaux de la Seine, et dont il lui avait permis de suivre jour par jour les progrès. Les faits nouveaux et les principes importants dont ils enrichissent la science s'accordent d'une manière si exacte avec les vues soutenues depuis dix ans par l'administration municipale, que ceux de ses membres qui s'en étaient faits les défenseurs doivent à M. Peligot une reconnaissance particulière.

Naguère, la ville de Paris rejetait ses immondices en amont et puisait ses eaux en aval. Tous les travaux tendent à renverser ces conditions, à rejeter les immondices en aval et à puiser les eaux en amont. Convaincu en outre que la pureté des eaux de la Seine irait toujours en s'altérant, même en amont, on s'est décidé à aller au loin chercher des eaux de source, à multiplier les puits artésiens, et récemment à demander à la Marne, au-dessus de Paris, par conséquent, 40,000 mètres cubes d'eau par jour.

M. Dumas, qui a si souvent engagé sa responsabilité dans ces questions, comme président du conseil municipal, est heureux de voir confirmés par une étude directe les quatre principes qui l'ont constamment guidé : 1° exclusion, dès qu'on le pourra, des eaux prises en aval de Paris; 2° préférence accordée aux prises en amont; 3° conviction arrêtée que les matières organiques qui se mêlent aux eaux sont très-lentes à détruire; 4° séparation le plus tôt possible des eaux domestiques ou potables et des eaux municipales destinées à laver les rues et les égouts.

Nous avons trouvé dans les collections de l'ancienne Académie de chirurgie trois pièces relatives à Pibrac : la première est cet état de ses titres et services, signé de son nom et qui nous a été particulièrement utile pour la rédaction de cette notice biographique. La seconde est la copie du rapport sur l'ouverture du corps de S. Em. le cardinal de Fleury, également revêtue de sa signature, avec une lettre d'envoi entièrement de sa main. Cette lettre vaut la peine d'être textuellement transcrite. La copie que nous en offrons à nos lecteurs est la reproduction exacte de l'original.

« Monsieur,

« uos deux lestres mont éste randues dens le moment que jarive de uincenes ou jetois de puis hier pour un malade, je uous en uoye si jouaint la copie du raport de louuerture du corps de feu s é m au quel je uous suplie dajouter foy je lay fait en presance de monsieur du monlain auéc toutte lécsactitude posible et coy que je feuse sertain qnil ni auoist aucqune groseur a la gorge comme mr gendron lasuroit et que uous enstes la bonte de me fortifier dens mon santiment, malgray cela jey uouleu, man écclersir enpresance de mr dumoulain, uous aurois la bonte de lirre le raport et uous uerais auéc quelle precaution jay séparé les parties de la gorje afain de les écsaminer fasilement, chacqune en partiqulier se raport est éxactement uroy ; ne donttes pas Monsieur je uous suplie et mr Chicoaynaut ausi du dézir que jaurois eu que nous husies éste presans à lonnuerture du corps, la famille dist le jour que s ém mourent quil faloist lounrir le landemain je le dis a mr marcot qui me pareut ne point ce sousier di rester a cause quil estoit fatigué, il me re comanda de bieu examiner les parties de la gorge ; un momant après mesieurs les abes de fleury me direst que peutestre ils ne le feroist point ouurir, quils ne sauoist point si lon labilleroit auec les ornemens et abits pontificaux pour lesposer quelque jour auant de faire le conuoy ce mesieurs ne uouloist rien desider, capres éstre de retour de uersailles et dauoir ueu le roy, je reuins a paris et le landemain a 10 hures je feus auerty et mr dumoulain pour aler faire louuerture et lambaumement a 2 hures sans auoir rien de prest mr dumoulain me pria de faire louuerture sur le champ afain de sen retourner promptement a paris, jaurois ésto charme de pouuoir adjouter ancore uostre temouegnaje au raport, et cela auroist éste une nouuelle ocasion pour moy de pouuoir uous asurer du tres profont respet auec lecquel jay lhoneur destre

Monsieur

Votsre tres humble et
tres aubeisent seruitur
Pibrac.

a Paris le 2 feuurier 1743
a 7 hnres du soir

Pour copie conforme.
J. M. Guardia.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

Nouvelles recherches sur l'action curative des eaux du mont Dore dans la phthisie pulmonaire; par le docteur Jules Mascarel. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

(Suite — Voir les nos 15, 16 et 18.)

Deuxième classe. — Première partie.

Deuxième genre : genre féminin.

PLEURÉSIE CHRONIQUE; PROBABILITÉ DE TUBERCULES AU SOMMET GAUCHE; GUÉRISON PROGRESSIVE DE TOUS LES ACCIDENTS.

Obs. XIX. — Madame Aa..., 33 ans, lymphatico-nerveuse, brune, faible constitution, mère de deux enfants qu'elle n'a pu nourrir; le dernier est âgé de 7 ans. Madame Aa... est peu réglée, le sang est appauvri, surtout depuis deux ans, époque où il y a eu à gauche une pleurésie aiguë qui a toujours laissé une toux sèche et de la dyspnée.

A l'arrivée au mont Dore, 24 juillet 1858, nous constatons une faible diminution de son dans tout le côté gauche de la poitrine, siége de l'ancienne pleurésie, craquements sous-pleurétiques dans la région subclaviculaire et sous l'aisselle, craquements humides à la fosse sus-épineuse sans bronchophonie, bruit de frottement très-fort au milieu de la verticale abaissée du creux de l'aisselle; respiration puérile dans tout le côté droit; dyspnée, toux sèche, fatigante, très-rarement suivie d'expectoration, inappétence, frissons le soir, sueurs nocturnes partielles, deux ou trois fois des stries de sang dans les crachats.

Les eaux coupées avec du lait furent mal supportées, elles passèrent mieux additionées de sirop de gomme, et bientôt la malade put boire jusqu'à quatre verres et sans aucun mélange. Une amélioration très-notable eut lieu sur place, diminution de la dyspnée, cessation de la toux et de l'expectoration, disparition de la respiration puérile à droite et renforcement du bruit respiratoire à gauche, règles plus abondantes et plus rouges. Le bruit de frottement pleurétique a beaucoup diminué, il ne reste plus que quelques craquements secs au sommet du poumon gauche.

Les eaux transportées sont bues au mois de novembre; l'hiver se passe très-bien, et le 15 septembre 1860, madame Aa... se porte très-bien.

TUBERCULES AU PREMIER DEGRÉ; FORME ÉRÉTHIQUE; CESSATION COMPLÈTE DES ACCIDENTS A LA SUITE D'UNE PREMIÈRE SAISON.

Obs. XX. — Mademoiselle Ee..., 22 ans, fille unique, très-nerveuse, réglée aux époques fixes, mais faiblement, sujette à s'enrhumer chaque hiver, présente en août 1858 une sonorité parfaite dans tous les points de la poitrine. Mais sous la clavicule droite, la respiration est saccadée, le murmure vésiculaire n'est pas pur, il n'y a pas d'expansion, et la toux développe des craquements secs qui sont encore plus nombreux dans la fosse sus-épineuse sans bronchophonie; toux sèche, dyspnée en montant l'escalier. Le traitement thermal rend le sang plus riche, diminue l'oppression, mais ne fait pas cesser complétement le bruit de craquement.

L'hiver s'est bien passé sans rhume important, et aujourd'hui, août 1859, j'apprends par une parente que la toux sèche ne s'est pas reproduite et que la santé est très-bonne.

SIGNES DE BRONCHITE CATARRHALE SIBILANTE ET TUBERCULEUSE; AMENDEMENT DANS TOUS LES SYMPTÔMES. (Docteur Lepetit.)

Obs. XXI. — Madame Ii..., 41 ans, lymphatique, bien réglée. Toux depuis deux ans, sèche d'abord, accompagnée depuis six mois d'expectoration abondante, arrive au mont Dore, d'après les indications de M. le docteur Lepetit, au mois d'août 1859.

Les signes de la tuberculisation, même au second degré, sont très-prononcés.

Matité subclaviculaire dans l'étendue de deux travers de doigt, râle humide à petites bulles, résonnance de la voix et de la toux; râle sous-crépitant humide à la base des poumons et sifflants. Dyspnée revenant par accès comme dans l'asthme, toux grasse, fréquente expectoration de mucosités aérées et semblables à une solution de gomme arabique.

L'association de l'asthme et des tubercules étant un fait rare, nous engage à classer cette observation dans la catégorie des affections tuberculeuses non confirmées, et nous oblige aussi à modifier le traitement thermal.

La toux, l'expectoration et l'oppression avaient considérablement diminué au départ de la malade, la bronchite sibilante et catarrhale avait disparu, mais les signes stéthoscopiques existaient toujours sous la clavicule comme au moment de l'arrivée.

La malade prit les eaux transportées à l'entrée de l'hiver suivant, et nous eûmes la bonne fortune de rencontrer cette dame à la fin de la saison froide; elle nous dit qu'elle se portait très-bien, qu'elle ne toussait plus qu'à de longs intervalles et qu'elle crachait très-peu. Il ne nous a pas été donné de pouvoir l'ausculter.

TUBERCULES AU PREMIER DEGRÉ, ACCIDENTS DEPUIS DEUX ANS, HÉMOPTYSIE, BONS EFFETS DES EAUX-BONNES PRISES TRANSPORTÉES. DISPARITION DES ACCIDENTS PAR UNE SEULE SAISON AUX EAUX DU MONT DORE.

Obs. XXII. — Mademoiselle Oo..., 38 ans, tempérament sec, nerveux, cheveux noirs, petite stature, malade depuis deux ans par suite d'un rhume négligé, deux hémoptysies de quelques cuillerées de sang chacune depuis deux ans, la dernière fois il y a deux mois. Menstruation régulière, mais courte (deux jours au lieu de cinq à six jours). Amaigrissement, malgré le bon état des voies digestives, forte constipation.

Toux sèche, oppression, douleurs vagues dans tout le côté droit de la poitrine, dans le dos et plus souvent sous le sein, disparaissant et revenant sans cause. Mademoiselle Oo...a pris fort longtemps les *eaux-bonnes* transportées qui lui ont fait du bien, mais excitée par plusieurs de ses amies et ses médecins, elle se rend au mont Dore à la fin de juin dans l'état suivant :

Diminution de son dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule droite, respiration rude râpeuse tuhoïde, prolongée dans cette partie avec râles de craquements secs et quelques-uns humides, toux retentissante mais sans bronchophonie, respiration faible dans le bas. En arrière et à droite, même état.

Du côté gauche absence complète de matité, bruits respiratoires exagérés en étendue et en intensité.

Sous l'influence du traitement thermal, l'état local et général s'améliora d'une manière fort remarquable : appétit, sommeil, embonpoint, retour des forces, plus de dyspnée. La respiration est moelleuse partout, excepté en haut du poumon droit où la respiration est encore un peu rude, mais sans bruit de craquement; la matité a disparu ainsi que la toux et l'oppression, et la malade part fort satisfaite de sa saison.

Nous avons revu cette malade au commencement du mois de décembre. La santé ne s'était pas dérangée, il n'y avait ni toux ni oppression, plus de douleur costale. Le sommet du poumon droit respire très-bien, mais le bruit respiratoire n'est pas aussi pur, aussi moelleux que du côté gauche; il est impossible de constater un bruit de craquement et la menstruation est revenue ce qu'elle était avant la maladie, c'est-à-dire qu'elle se montre pendant cinq jours avec abondance et sous bon aspect.

RÉFLEXIONS SUR LES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES.

En rassemblant ici vingt-deux observations de phthisie sous le titre de *phthisie douteuse ou au 1er degré*, nous n'avons eu d'autre but que d'élargir en quelque sorte le cercle du diagnostic, de manière à laisser le moins de doute possible dans l'esprit du lecteur; car, à part quelques faits qui laissent peut-être à désirer sous ce rapport, nous nous trouvons bien réellement en présence de cette terrible maladie avec le cortége habituel de symptômes qui annonce et accompagne son arrivée. D'ailleurs nous n'avons fait le plus souvent que confirmer ce que des maîtres habiles dans l'art de l'auscultation et de la percussion avaient vu avant nous et sans nous.

En décomposant ces vingt-deux observations, nous comptons

13 hommes
et...................... 9 femmes.

Des 13 hommes, il y en a 9 pour lesquels la maladie est accidentelle et 4 chez lesquels elle est héréditaire.

Sur les 9 femmes, il y a 4 cas de phthisie acquise contre 5 cas d'héréditaire.

Total général :	Maladie par cause d'hérédité.........	9
	Maladie par cause accidentelle.......	13
	Total.......	22

Notons aussi en passant que l'influence de l'hérédité est plus grande chez les femmes que chez les hommes pour les malades faisant partie du groupe que nous étudions.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est qu'à l'heure où nous écrivons, novembre 1860, aucun de nos malades n'est mort. Tous ou presque tous ont éprouvé une amélioration sur place, amélioration qui s'est soutenue et confirmée longtemps après le départ des eaux, que la maladie fût accidentelle ou de cause héréditaire.

On nous objectera qu'il ne s'est pas encore écoulé un assez long laps de temps pour que nous puissions assurer qu'il n'y aura pas de retours. Qu'on jette cependant les yeux sur les quatre premières observations de notre deuxième genre. Il en est trois qui appartiennent au docteur Guérineau, professeur à l'École de médecine de Poitiers; de ces trois cas, madame A... et madame de E... présentaient plutôt les signes de la maladie au second degré qu'au premier, et si nous

les avons conservés dans ce premier groupe, c'est pour donner le moins de prise possible à l'erreur et laisser au diagnostic son éclat et sa pureté; car si ces deux dames n'étaient pas phthisiques et phthisiques héréditaires, il faut convenir ou que le diagnostic de cette maladie n'existe pas, ou que le médecin distingné que nous venons de citer s'est trompé avec nous. L'entier rétablissement de ces malades qui s'est accompli en deux ans pour la première et en trois années pour la seconde, bien que chacune n'ait pris les eaux sur place que pendant deux années, pourra troubler le sommeil de ceux qui croient que le tubercule ne peut guérir qu'à la condition de laisser dans les parenchymes des traces hiéroglyphiques, indélébiles de son passage. N'y aurait-il dans tout ce mémoire que l'histoire de ces deux faits, qu'il serait toujours très-encourageant de soumettre aux mêmes influences thérapeutiques thermo-minérales, les cas analogues si nombreux qu'on rencontre à chaque pas dans la pratique. Nous n'omettrons pas d'ajouter qu'après leur départ des eaux, ces malades ont été soumises à toutes les règles d'une hygiène appliquée d'une manière aussi intelligente que constante. La cure thermale terminée, nous avons très-scrupuleusement exploré les sommets de ces poumons naguère si gravement malades, et nous devons à la vérité de déclarer qu'il nous a été impossible de retrouver autre chose qu'un peu de faiblesse dans le bruit d'expansion pulmonaire, précisément dans les mêmes points où nous avions primitivement constaté la matité, les râles de craquements secs et humides, l'expiration prolongée, la bronchophonie et comme complément l'hérédité; et que constatons-nous maintenant? Toux nulle, expectoration nulle, dyspnée nulle, retour des forces, retour de l'embonpoint; madame A... surtout, si triste et si désespérée de guérir l'année dernière, si gaie aujourd'hui! S'il y a eu des tubercules, que sont-ils devenus? Il faut au moins avouer qu'ils sont repassés à l'état latent, puisque tout le monde ou presque tout le monde ne veut de l'absorption. S'il n'y a pas eu de tubercules, c'est donc un état congestif des poumons survenu sans cause! Pour fortifier la croyance de ceux qui voudraient adopter cette dernière supposition, n'oublions pas de rappeler les changements survenus dans les organes lésés pendant la durée de la cure thermale.

Parmi les divers phénomènes qui se produisent, il en est un surtout qui a fixé notre attention : c'est la production du râle crépitant humide. Ce véritable râle crépitant *de retour* que nous croyons avoir signalé le premier, apparaît du septième au quatorzième jour, et quelquefois seulement à la fin du traitement. Sa durée n'est que de huit à dix jours et quelquefois moins; il annonce assurément qu'un travail de résolution s'opère dans l'organe, et alors il y a un peu de toux, un peu d'expectoration, glaireuse ou gommeuse aérée. Or c'est ce que nous avons observé dans les deux cas précités et dans beaucoup d'autres qui suivront. L'engorgement lobulaire ou vésiculaire ne saurait donc être nié, mais nous laissons à l'appréciation du lecteur le soin de discerner si l'état pneumonique partiel est essentiel idiopathique ou s'il est symptomatique. Les développements dans lesquels nous sommes entrés ne nous laissent pas de doutes sur cette dernière opinion, partagée également par le docteur Guérineau.

Nous nous sommes longuement étendus sur ces deux faits, parce qu'ils nous ont paru très-simples et bien accentués, et qu'ils forment comme les premiers anneaux de la chaîne que nous sommes en voie de dérouler.

Le troisième anneau, l'observation I..., ne nous donne pas les mêmes résultats thérapeutiques, mais notons aussi qu'aucune règle de l'hygiène n'a été suivie, que pendant la cure, des courses à cheval trop multipliées et par tous les temps ont considérablement affaibli les effets du traitement, le malade faisant abus de la parole et du plaisir.

L'obs. IV ne nous a pas donné de nouvelles depuis un an. Mademoiselle O... se portait bien un an après son court séjour au mont Dore, mais il y avait toujours de la toux.

Quant à l'obs. V, qui appartient à M. le docteur Oulmont, la disparition de l'engorgement pulmonaire a été complète sur place, mais on peut conserver quelques doutes sur la nature tuberculeuse de la maladie.

L'obs. VI nous offre l'exemple rare, le seul que nous ayons rencontré ici, d'une vomique du poumon sans qu'il nous ait été possible, malgré nos explorations réitérées et les plus attentives, de retrouver le siége de la cavité purulente. L'engorgement pulmonaire chronique nous paraît bien réellement tuberculeux, l'hérédité et l'opiniâtreté de la maladie achèvent de le démontrer.

Deux fois le traitement thermal procure une amélioration très-grande, plus grande encore cette année, mais seulement une amélioration; espérons qu'une troisième saison achèvera la cure si, comme le malade nous l'a promis, il prend pendant l'hiver prochain toutes les précautions hygiéniques et diététiques que commande son état.

L'obs. VII nous offre un exemple d'amélioration telle que le malade ne juge pas à propos de revenir boire les eaux; il en a été probablement de même de l'obs. VIII; cependant nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

Analysons maintenant les cas de maladie acquise, plus nombreux que ceux de cause héréditaire, nous retrouverons la même proportion pour tous les malades classés dans la seconde partie de ce mémoire.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

SUR LES SOUFFLES ARTÉRIELS AU DÉBUT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur W. S. KIRKES, professeur de médecine à l'hôpital Saint-Barthélemy, Londres.

La question soulevée dans ce travail a été indiquée d'abord il y a déjà une vingtaine d'années par M. Ogier Ward, dans un travail publié par la *Medical Gazette*. Elle fut ensuite étudiée par M. Latham, qui en entretint assez longuement les élèves de l'hôpital Saint-Barthélemy dans des leçons cliniques sur les maladies du cœur. M. Latham désignait, comme du souffle dont il s'agit, l'espace compris entre le bord supérieur du deuxième cartilage costal et le bord inférieur du troisième, d'une part, et d'autre part entre le sternum et une ligne verticale abaissée à une distance de 1 pouce en dehors de la limite de ces cartilages. C'est dans cet espace ou dans une partie de cet espace que M. Latham disait avoir entendu souvent un bruit de souffle systolique, alors qu'un bruit analogue ne se faisait entendre ni dans la région précordiale, ni sur le trajet de l'aorte, ni dans les autres artères. Il la décrivait comme un bruit de soufflet doux, sur la nature duquel il n'était pas possible de se méprendre, et, sans fixer un chiffre exact, il déclarait qu'il l'observait fréquemment chez des sujets manifestement phthisiques ou présentant des indices très-probables de tuberculisation pulmonaire.

M. Kirkes a repris la question avec soin, pensant que le signe en question pourrait rendre parfois d'utiles services pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à son début, à une phase où il est si souvent entouré de grandes difficultés. Les signes dont on est souvent obligé de se contenter sont, en effet, fort douteux et d'une constatation difficile. Un peu d'affaiblissement ou de rudesse du murmure vésiculaire, une légère diminution de la sonorité à la percussion, doivent souvent suffire, et il ne saurait être indifférent d'ajouter à ces signes un autre élément de diagnostic.

M. Kirkes a trouvé, comme M. Latham, que le bruit de souffle dont il est question existe tout à fait indépendamment d'un souffle cardiaque, et qu'il ne saurait, par conséquent, être considéré comme un souffle propagé.

L'indication donnée par M. Latham assignerait le nom de l'artère pulmonaire comme siége à un souffle. D'après M. Kirkes, il en est réellement ainsi chez un certain nombre de sujets, mais il est plus fréquent encore de percevoir le bruit anormal immédiatement au-dessous de la clavicule, près de son extrémité humérale; on l'entend presque aussi fréquemment à droite qu'à gauche, et généralement là où les autres signes sthétoscopiques indiquent la présence d'un dépôt tuberculeux.

L'intensité du souffle varie beaucoup : il est quelquefois extrêmement doux, mais il peut présenter tous les timbres, et parfois c'est un souffle râpeux extrêmement éclatant.

Chez un malade observé par M. Kirkes, ce dernier caractère était tellement prononcé, que l'on crut d'abord avoir affaire à un anévrisme. Le timbre et l'intensité du souffle varient également beaucoup d'un jour ou d'un moment à l'autre chez le même sujet. On l'entend quelquefois changer complétement de caractère sous l'oreille, et même disparaître complétement.

L'intensité du souffle est souvent en rapport intime avec les mouvements respiratoires; elle est ordinairement à son maximum à la fin de l'inspiration ou au commencement de l'expiration, et chez certains

sujets c'est seulement à ce moment qu'on l'entend. Il est plus intense quand l'action cardiaque est énergique que lorsqu'elle languit, etc.

A quelles circonstances faut-il rapporter la production de ce bruit de souffle? Ce n'est pas un souffle anémique, car on ne l'entend pas à la base du cœur, et il existe souvent en l'absence de tout bruit analogue dans d'autres artères. Les variations d'intensité que le souffle présente fréquemment doivent faire penser que les circonstances qui l'occasionnent sont elles-mêmes variables. On s'expliquerait facilement ces variations en admettant que le souffle est la conséquence d'une compression subie par un tronc artériel. Celle-ci, en effet, peut et doit varier aux différents moments des actes respiratoires, etc. M. Kirkes pense donc que le souffle est dû le plus souvent à la compression que des dépôts tuberculeux exercent sur l'un ou l'autre des troncs artériels intrathoraciques. Il cite une observation de Hope, suivie d'autopsie, dans laquelle il en était manifestement ainsi. L'artère comprimée serait tantôt l'artère pulmonaire, tantôt, et plus fréquemment, l'une des sous-clavières ou le tronc brachio-céphalique.

Pour ce qui est de la valeur séméiologique de ce souffle, M. Kirkes fait remarquer que son absence n'autoriserait pas le médecin à conclure à l'absence de tubercules pulmonaires. Le siége de ceux-ci est, en effet, tel très-souvent que les conditions pathogéniques du souffle ne soient nullement réalisées. D'autre part, le souffle existe de préférence dans la première phase de la tuberculisation, et bien moins dans la période de ramollissement, ce qui se comprend facilement. Le poumon, quand il est creusé de cavernes a, en effet, subi des pertes de substance considérables, il a diminué de volume. En outre, dans les phases avancées de la tuberculisation pulmonaire, la masse du sang a diminué, et l'énergie contractile du cœur a baissé considérablement.

Observations de fistules vésico-intestinales; par MM. Mc Whinnie et Bainbridge.

M. Mc Whinnie a observé un des cas les plus singuliers de fistule vésico-intestinale qui existent dans la science. Elle s'était produite sans aucune cause connue chez un médecin âgé de 35 ans, qui s'en était aperçu d'abord par le passage de quelques gaz par l'urètre. Pendant plusieurs années, l'urine ne cessa d'être mélangée de temps en temps de matières intestinales, et le passage des gaz par l'urètre était très-fréquent. Pendant longtemps aussi, la santé générale ne parut pas se ressentir de la présence de cette fistule. Plus tard, des accidents d'obstruction intestinale se produisirent à plusieurs reprises, et c'est à des accidents de ce genre que le malade succomba finalement, au bout de quatorze ans seulement. M. Mc. Whinnie négligea malheureusement de faire l'autopsie, de sorte que la cause de la communication anormale resta inconnue. Il est évident toutefois qu'il existait un rétrécissement de l'intestin, mais il est également certain que ce n'est pas cette lésion qui avait produit la fistule qui existait bien avant que les premiers signes de coarctation intestinale se fussent manifestés.

Quoi qu'il en soit, ce fait est intéressant en ce qu'il montre de la manière la plus évidente qu'une fistule vésico-intestinale peut exister pendant un grand nombre d'années sans compromettre la santé en aucune manière.

Dans l'observation de M. Bainbridge, il s'agit également d'une fistule vésico-intestinale qui persista pendant assez longtemps, deux ans environ. Elle était due probablement à un foyer purulent intrapéritonial, ouvert à la fois dans la vessie et dans l'intestin. La malade succomba du reste à des accidents indépendants de la fistule.

Sur un instrument destiné a fixer le laryngoscope; par le docteur Morell Mackenzie.

On comprend sans peine le but que M. Mackenzie se proposait d'atteindre en inventant cet instrument. Quant à l'exécution, il est probable, à en juger d'après quelques expressions de l'auteur, qu'elle laisse encore à désirer. Quoi qu'il en soit, voici en quoi l'instrument consiste: c'est une lame métallique que l'on fixe contre le palais, immédiatement derrière les incisives supérieures, et qui arrive au niveau du bord inférieur de ces dents. Cette plaque porte à sa base inférieure une rainure dans laquelle on peut fixer la tige qui supporte le miroir laryngé.

Pour fixer la plaque, M. Mackenzie se sert d'un ressort qui va passer sur le sommet de la tête et prendre son second point d'appui au dessous de l'occiput.

Lorsqu'on veut se servir de cet instrument, il faut employer un laryngoscope coudé à angles plus obtus que les laryngoscopes ordinaires. M. Mackenzie s'en est servi à plusieurs reprises pour faire des applications topiques à l'intérieur du larynx, pour galvaniser les cordes vocales et pour enlever des excroissances de la muqueuse laryngée.

Sur l'emploi du laminaria digitata pour faire des tentes utérines; par le docteur I. G. Wilson, professeur d'accouchements à l'Université d'Anderson, à Glasgow.

La substitution du *laminaria digitata* à l'éponge préparée pour faire des tentes utérines est due au docteur Sloan (d'Ayr), et c'est sur ses recommandations que M. Wilson s'est décidé à se servir également de cette substance.

Les tiges de cette plante ont une forme cylindrico-conique. Quand elles ont été desséchées et qu'on les expose ensuite à l'humidité, elles triplent ou quadruplent de volume. Les mucosités sécrétées par le col utérin produisent facilement ce changement de volume; du reste, quand l'imbibition se fait incomplétement, on peut l'activer au moyen d'injections tièdes faites de temps en temps.

Les tiges récentes, jeunes de *laminaria* doivent être préférées aux autres. M. Wilson en taille des tentes longues de 1 pouce 1/2 à 1 pouce 3/4. Il recommande de les faire terminer assez brusquement en pointe plutôt que de leur donner une forme conique; cette dernière forme ne produit pas une dilatation assez régulière et elle facilite le déplacement de la tente. Il convient d'enlever aussi peu que possible l'iodure qui recouvre les tiges, cette écorce possédant un pouvoir d'expansion plus marqué que la partie centrale.

M. Wilson a l'habitude de laisser macérer les tiges qu'il emploie et de les laisser se dessécher ensuite à deux ou trois reprises, de manière à les débarrasser autant que possible des substances salines qui les imprégnent. Grâce à cette préparation, d'ailleurs, il paraît que la propriété expansive de la tige, loin de se fatiguer, augmente au contraire.

M. Wilson ne prétend pas substituer d'une manière absolue la *laminaria* à l'éponge préparée. Il déclare même expressément que dans certains cas il se sert volontiers de celle-ci pour compléter la dilatation, mais la laminaire lui paraît toujours préférable pour le début; elle est plus résistante que l'éponge, et on l'introduit plus facilement dans la cavité du col.

Par contre, M. Wilson croit que la laminaire remplacera toujours avec avantage les tentes faites avec la racine de gentiane ou d'autres substances du même genre.

Les tentes de laminaire ont encore sur celles faites avec de l'éponge préparée un grand avantage: c'est qu'elles sont loin de provoquer un écoulement aussi fétide que celles-ci. En outre, elles sont d'un prix beaucoup moins élevé.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

Production des sexes; par M. Coste.

Quelles sont les causes de la production des sexes? Tel est le problème dont le solution préoccupe en ce moment les physiologistes et intéresse au plus haut degré les agriculteurs.

M. Thury pense que le produit est toujours du sexe mâle quand la fécondation porte sur des œufs à complète maturité, et qu'il est toujours femelle quand elle porte sur des œufs à maturité moins avancée.

Il a un moyen bien simple de résoudre ce problème, c'est de choisir pour sujet d'expérience les espèces à maturation successive et chez lesquelles cependant une seule imprégnation féconde toute la série d'œufs qui se détachent de l'ovaire durant une période de huit, dix, douze, quinze et même dix-huit jours. Nous savons, en effet, que, chez la poule, un seul accouplement suffit à féconder les 5, 6 ou 7 œufs qu'elle va pondre et qui sont échelonnés dans son ovaire suivant l'ordre de leur maturation. Or, en pareil cas, si la théorie est exacte, les premiers œufs tombés devront toujours produire des mâles et les autres des femelles, sans que cet ordre puisse être interverti. Mais pour bien analyser le phénomène, il ne faut pas oublier que, chez les vertébrés à fécondation interne, sans en excepter l'espèce humaine, l'imprégnation s'opère toujours dans l'ovaire ou dans le pavillon, et jamais dans l'ovi-

ducte, comme je l'ai démontré par des preuves directes dans mon grand ouvrage sur le développement des corps organisés. L'oubli de ce fait fondamental donnerait prise à des divergences d'opinion qui ne seront plus possibles quand la question sera circonscrite dans ses véritables limites.

Ceci posé, nous avons, de concert avec M. Gerbe, l'habile naturaliste attaché à ma chaire d'embryogénie comparée, formulé un programme d'expériences que M. Gerbe exécute, et dont les résultats seront communiqués à l'Académie.

En attendant, je me bornerai aujourd'hui à signaler un premier fait. Une poule, séparée du coq au moment de sa première ponte de cette année, a donné 5 œufs féconds en l'espace de huit jours.

L'œuf pondu le 15 mars a produit un mâle.
L'œuf pondu le 17 mars a produit un mâle.
L'œuf pondu le 18 mars a produit une femelle.
L'œuf pondu le 20 mars a produit un mâle.
L'œuf pondu le 22 mars a produit une femelle.

Le trait caractéristique de cette expérience, c'est la naissance d'un produit mâle après un produit femelle, ce qui ne devrait pas avoir lieu suivant la théorie. Mais n'est-ce là qu'une simple exception? ou bien faut-il considérer le fait comme une objection radicale? Nous verrons un peu plus tard ce que, sur ce point, nous apprendront les recherches auxquelles M. Gerbe se livre.

M. Flourens rappelle à cette occasion une expérience qu'il a faite il y a une trentaine d'années.

Aristote avait observé que l'espèce du pigeon pond ordinairement deux œufs, et que, de ces deux œufs, l'un donne ordinairement un mâle et l'autre une femelle. Il voulut savoir quel était l'œuf qui donnait le mâle et quel était l'œuf qui donnait la femelle. Il trouva que le premier œuf donnait toujours le mâle et le second œuf toujours la femelle.

J'ai répété cette expérience jusqu'à onze fois de suite, et onze fois de suite le premier œuf a donné le mâle et le second œuf la femelle.

J'ai revu ce qu'avait vu Aristote.

— M. Jobert de Lamballe fait hommage à l'Académie d'un volume qu'il vient de publier sous ce titre : « De la réunion en chirurgie. »

Note sur un moyen d'augmenter la salubrité des grandes villes; par M. Robinet. (Extrait par l'auteur.)

(Commissaires, MM. Dumas, Regnault, Combes.)

Malgré les progrès réalisés dans l'art de remédier à l'insalubrité des grandes villes, il reste encore beaucoup à faire sous ce rapport.

Les égouts, par exemple, sont encore, dans beaucoup de cas, des foyers permanents d'infection, et il paraît nécessaire de rechercher les moyens d'éloigner ou de détruire les miasmes qui s'en dégagent. Le problème ne sera résolu qu'à cette condition.

Après avoir décrit sommairement, dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, les procédés mis en pratique ou proposés, je crois pouvoir indiquer aux autorités chargées de veiller à l'entretien de la salubrité des villes un moyen qui, suivant moi, porterait un remède radical au mal dont il s'agit.

Ce moyen consisterait dans un appel énergique exercé sur le réseau des égouts d'une ville par les foyers des usines ou établissements grands consommateurs de houille. L'air méphitique des égouts, extrait par cet appel, se purifierait en traversant les foyers et n'irait plus altérer l'atmosphère, comme cela a lieu actuellement.

Il résulte de quelques chiffres présentés dans mon mémoire, que la consommation de Paris, en houille et coke, étant de 700 millions de kilogrammes au moins par an, en supposant que la combustion de la dixième partie seulement de cette quantité puisse être utilisée pour l'appel proposé, il serait introduit par jour, dans les égouts, 4 millions de mètres cubes d'air pur, ou près de sept fois le volume d'air confiné dans ces canaux.

Cette ventilation paraît plus que suffisante. J'ajouterai, comme prévision plus ou moins réalisable, qu'au moyen de quelques dispositions spéciales le tirage opéré dans les égouts pourrait de ceux-ci s'étendre aux latrines et aux fosses d'aisances, de façon à faire disparaître aussi l'infection provenant de ces indispensables dépendances des habitations.

Au besoin, un système particulier de tuyaux parallèles à ceux destinés à l'eau et qui circulent déjà dans les égouts pourrait servir à la ventilation tout au moins d'une partie des fosses et latrines. Dans cette hypothèse, l'air provenant de la ventilation des fosses ne se mêlerait plus à l'atmosphère des égouts, qui n'en serait pas moins renouvelée par une partie du tirage ou appel exercé par les foyers.

Enfin, je pense qu'il n'est pas impossible de prévoir l'utilisation de cet appel pour la ventilation gratuite des hôpitaux et de certains établissements insalubres.

— M. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet un mémoire destiné au concours pour le prix de statistique, et qui a pour titre : « Du goître à Plancher-les-Mines (Haute-Saône), statistique comparative du goître dans cette commune suivant la provenance des eaux potables, etc., etc. » L'auteur est M. Poulet, médecin à Plancher-les-Mines.

Nous reproduirons seulement de ce travail, qui est fort étendu, les conclusions que l'auteur présente dans les termes suivants :

« La statistique démontre qu'à Plancher-les-Mines la provenance des eaux potables est sans influence sur le nombre des goîtreux. Chaque espèce d'eau potable en fournit effectivement une proportion sensiblement égale. L'eau de Belfahy, village très-voisin de Plancher-les-Mines, et dans lequel n'existe pas le goître endémique, offre identiquement les mêmes éléments que l'eau de cette dernière localité. Ni l'une ni l'autre ne renferme de traces d'iode. Il en résulte qu'il faut chercher ailleurs que dans l'eau potable la cause qui engendre les endémies goîtreuses.

« Plus on s'élève en gravissant les pentes de la vallée, moins on trouve de goîtreux, et quand on arrive au sommet de la montagne, on cesse tout à coup d'en rencontrer.

« Quand on dit que l'air des vallées ne présente rien d'anormal appréciable à nos sens, on se trompe. Effectivement, la vitesse des vents y est en moyenne beaucoup moindre que dans les autres localités, et personne ne niera l'influence capitale que cette circonstance doit avoir sur la pureté de l'air, sur son renouvellement, sur l'expulsion des émanations putrides et des miasmes. Jusqu'à présent l'habitation dans les vallées étroites et profondes où l'air, imparfaitement balayé par les vents, reste imprégné d'humidité et probablement de matières organiques d'une ténuité extrême, est la seule cause que l'on soit en droit d'accuser comme susceptible d'exercer une influence positive sur la production du goître endémique.

« C'est donc à purger autant que possible l'air des vallées de l'humidité qui le sature, c'est à empêcher le dégagement dans l'atmosphère des émanations organiques, que l'on doit s'attacher pour le moment.

« A ce point de vue, le drainage d'une part, de l'autre l'assainissement, par l'application des règlements de police aux fosses d'aisances et aux fumiers, se recommandent, dès maintenant, comme les mesures les plus urgentes et les plus utiles à l'extinction ou du moins à l'atténuation de l'endémie à Plancher-les-Mines. » (Renvoi à la commission du prix de statistique.)

Transformation de l'homme à notre époque et conditions qui amènent cette transformation. Troisième partie du mémoire de M. Trémaux. (Extrait par l'auteur.)

(Commissaires précédemment nommés : MM. Serres, Flourens, de Quatrefages.)

Ayant montré précédemment, soit dans les faits généraux du globe, soit en Europe, les coïncidences des types de l'homme avec l'âge du sol qu'il habite, nous allons maintenant passer en revue les autres parties du monde. Prenant d'abord ce que l'on appelle la race indo-européenne, nous voyons qu'elle n'offre le même type qu'autant qu'elle demeure sur un même sol, mais qu'elle est au contraire extrêmement différente lorsque le sol diffère beaucoup lui-même. Ainsi cette race est belle dans le sud et l'ouest de l'Europe, la Géorgie, la Circassie, la Perse, où le sol richement entre-coupé laisse prédominer les terrains les plus récents. Dans l'Inde, quand le terrain le comporte, on trouve d'assez beaux peuples; mais dans le Téraï et les Nilgheries, régions primitives soumises à une saison pluvieuse, on trouve des peuples ayant la peau noire et la laideur du singe dont on leur a donné le nom. Et ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que dans la même péninsule, sous la même latitude, près de Bombay, on voit un des types les plus beaux, les plus nobles du monde. Aussi le sol appartient à des terrains récents, lequels se relient à des terrains volcaniques qui ne doivent pas être confondus avec les terrains anciens : témoin, entre autres, l'île de la Réunion, qui contient un peuple noir, mais d'un beau type. Cette noble race de l'Inde ne doit pas être attribuée à une migration récente; car en comparant le type des basses castes avec celui des bas-reliefs des temples d'Elephanta, dont nous possédons les documents photographiés, on voit que ces types se ressemblent et ont toujours appartenu à la même région. Cette contrée, étant en quelque sorte protégée par l'incapacité des peuples qui l'entourent, nous montre une fois de plus que la civilisation se développe d'abord sur les points où les peuples trouvent en même temps fertilité et sécurité.

La chaîne de l'Himalaya se compose en grande partie de granit, gneiss, gypse et pics volcaniques; elle renferme de belles et fertiles vallées, où ses glaciers entretiennent l'humidité et une végétation parfois des plus vigoureuses; aussi ses populations sont-elles très-variées. Mais les documents sont insuffisants pour préciser en même temps la nature du sol et les types correspondants.

Déjà dans l'antiquité les Perses et les Mèdes étaient réputés pour leur beauté. Aujourd'hui, malgré les changements survenus, les mêmes types appartiennent toujours aux mêmes contrées. Chacun connaît la belle physionomie des Persans; les Orientaux, en peuplant leurs sérails de Géorgiennes et de Circassiennes, nous disent assez que les deux versants du Caucase n'ont pas dégénéré de leur antique réputation. Ces contrées renferment, en effet, un heureux mélange de terrain. Mais pour peu qu'on s'en éloigne, chez les montagnards kourdes, où dominent les

terrains anciens, on trouve de grandes bouches aux lèvres épaisses, de petits yeux et une expression sauvage qui contraste avec la noblesse de leurs voisins.

Le type germain comprend les Scandinaves du Danemark, les Pays-Bas, le nord de la Belgique, situés sur un même sol. Il se montre aussi en Alsace, en Franche-Comté et en Bresse, où l'on voit de petites zones d'un terrain analogue. Pourtant il ne comprend pas le centre et le sud de l'Allemagne; c'est qu'en effet le terrain y est différent. Les Bohêmes et les Serbes offrent le type slave le plus caractérisé; l'un et l'autre de ces pays laissent dominer les terrains anciens. Les autres Slaves, dit-on, sont plus ou moins mêlés de races diverses; mais si nous consultons le sol, nous voyons qu'ils sont simplement dans d'autres conditions géologiques. La Hongrie forme au centre de ces régions un pays composé de terrains récents; aussi hommes et animaux y sont supérieurs, et un proverbe de ce pays dit: « Hors de la Hongrie on ne vit pas; ou si l'on vit, ce n'est pas ainsi. » La ceinture de terrains plus anciens qui circonscrit ce pays explique suffisamment le dicton. Tout ceci nous montre que le type ne correspond pas à son appellation d'indo-européen, mais bien à la nature du sol.

Dans l'extrême Orient, nous voyons le plus beau type mongol dans les environs et le sud de Pékin, où sont des terrains récents; le plus laid vers les régions primitives d'où sort l'Iéniséï.

En Australie, les premiers explorateurs trouvèrent des peuples très-difformes dans les montagnes primitives qui entourent ce continent. Dans l'intérieur, les récents voyageurs ont signalé des populations mieux partagées, ce qui a fait taxer d'exagération les premiers. Si l'on remarque que ces derniers rencontrèrent en même temps que des peuples mieux partagés des terrains plus récents, ces différents rapports se trouvent expliqués et conciliés.

A propos de la race papoue, les documents géologiques sont presque muets; seulement nous voyons ces régions composées d'îles ou d'étroits continents montueux qui ne représentent, on peut le dire, que les sommets des régions immergées. Comme les sommets élevés appartiennent en général aux terrains les plus anciens, cela peut, à défaut de mieux, donner la raison de la laideur des types papous, que les explorateurs nous représentent surtout comme des peuples retirés dans les montagnes.

La formation du sol de l'Amérique est mieux connue; aussi y trouvons-nous des faits les plus remarquables. En prenant par exemple la zone transversale située près du tropique du Capricorne, on voit à l'est, dans des régions élevées et primitives du Brésil, les Batacondos, qui « sont les représentants les plus barbares et les moins intelligents du rameau brasilio-guaranien. » Ils occupent, en effet, le nœud principal des montagnes primitives. En se reportant au milieu du continent, sous la même latitude, on trouve le riche bassin du Paraguay et du Picolmayo, où dominent les terrains récents, et où l'on trouve des peuples que l'on compare aux Européens. Mais un peu plus loin, nous retrouvons dans les Andes un sol primitif et en même temps des types les plus laids. Plus au nord, dans le Pérou, le P. Marcoy nous montre dans les Andes deux peuples parlant des idiomes différents, mais offrant les mêmes difformités, étant sur un même sol. A l'orient de cette chaîne, les peuples s'améliorent en même temps que le terrain.

Le Brésil, qui laisse grandement dominer les terrains les plus anciens, montre en général un peuple difforme, ayant la tête pyramidale et le front étroit. Ces caractères sont encore un exemple de la persistance du même type dans la même contrée, car Lund a trouvé dans les cavernes du Brésil des crânes humains associés aux ossements d'espèces éteintes et offrant les mêmes caractères.

Les Californiens ont quelque ressemblance avec les Esquimaux du nord comme avec ceux du Labrador, quoique très-éloignés et séparés par d'autres régions; mais, selon toutes les données recueillies, ils occupent un terrain analogue. Signalons encore les habitants de Terre-Neuve qui, bien que sous la latitude de Paris, sont des sortes de nègres par cela seul que ce pays est généralement formé par des terrains anciens et soumis à de fortes pluies.

D'ailleurs, chacun de nous peut voir, même en France, des différences de types que l'on reconnaît encore, malgré la division des terrains. Bien que les basses classes même du Limousin, de l'Auvergne, de la Savoie, comme les Bohêmes, quittent leurs montagnes primitives pour se répandre périodiquement dans d'autres pays, profiter de leur meilleur sol, y contracter des croisements favorables, etc., on reconnaît encore les influences locales.

A propos de ma dernière communication, le *Courrier de Saône-et-Loire* fait la citation suivante: « Quel est celui d'entre nous qui n'a pas remarqué les différences qui existent entre les populations de deux « communes voisines, de deux arrondissements limitrophes, cette dissemblance entre le métayer morvandiau et les vignerons de Mercurey « ou les riverains de la Saône? Les terrains qui environnent Châlon sont « d'une formation bien plus récente que les plateaux du Morvan; de là « une plus grande beauté de type, plus d'aptitude à la civilisation dans « nos plaines que dans l'arrondissement d'Autun. » Je me plais d'autant plus à citer ce fait, qu'étant né au village de Charcey, situé sur la route qui joint ces deux régions, j'en connais l'exactitude. A ce village aboutissent sommet granitique, gisement houiller, plusieurs calcaires, gypse, terrain d'alluvion, etc. Là il serait superflu de demander à quelle contrée appartiennent les gens qui viennent échanger leurs charbons ou leur avoine contre nos vins ou des produits de la plaine.

Après avoir montré par de nombreux exemples que le principe que nous développons s'applique présentement à l'ensemble du globe, comme anciennement à la marche que nous montre la paléontologie, à chacune des parties du monde comme aux localités d'un même pays, nous pensons que l'on demeurera convaincu de sa réalité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 MAI 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un rapport de M. le docteur Lemaire, sur une épidémie de variole qui a régné dans l'arrondissement de Cosne (Nièvre). (Comm. des épidémies.)

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Trélas (Tarn), par M. le docteur Pasturel, et les eaux minérales du département des Landes, par MM. les docteurs Batbédat, Massie et Arrat-Balous. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend:

1° Une lettre de M. Legoyt, qui se présente de nouveau comme candidat à la place vacante dans la section des académiciens libres.

2° Un travail sur l'origine de la vaccine, par M. le docteur Bourguet (de Rodez). (Comm. de vaccine.)

3° Une note de M. Préret, sur le carouba. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

4° Le modèle et la description d'un nouveau *porte-caustique*, par M. le docteur Durand. (Comm., M. Malgaigne.)

5° L'indication d'un remède contre la rage, par M. Nicolaï Zarondnoi, du district de Volkofsky (Pultava).

6° Une lettre de M. le docteur Baratte, qui prie M. le secrétaire perpétuel d'offrir à l'Académie la première partie d'une *Iconographie des médecins célèbres*, dont les portraits authentiques sont reproduits, par la photographie, des peintures, sculptures et gravures les plus renommées.

M. le secrétaire perpétuel fait circuler ces photographies, qui représentent les médecins: Tulpius, Lapeyronie, Jenner, Cullen, de la Mettrie, Van Swieten, Astley Cooper, Gall, Haller, Banks, Humphrie Davy, J. B. Silva, Loder, Huffeland, Gui Patin, Claudius Gendron, sir John Haighton, John Hunter, Fagon, Leuwenhoëc, de la Chambre, Gaubius, M. A. Petit, Quesnay, Mathieu et François Geoffroy, Aldrovandi, S. Collins, De le Boë.

— M. Mélier présente, au nom de M. le docteur le Bret, une brochure sur le *Traitement de la pellagre par les eaux sulfureuses*, et un ouvrage de M. le docteur Launay, intitulé: *Le médecin du bord.*

— M. Velpeau, au nom de M. le docteur Namias, médecin en chef du grand hôpital de Venise, présente un travail sur l'infection du sang par la bile.

— M. Michon, au nom de M. Duménil, dépose sur le bureau une brochure relative à la mortalité dans la ville de Rouen.

— M. J. Béclard fait hommage, au nom de M. Cloquet, d'un *Voyage en Sibérie* en quatre volumes in-4, dont trois de texte et un de gravures.

— M. le docteur Namias lit une note sur deux cas de paralysie du septième nerf cérébral, traitée et guérie par l'électricité.

L'auteur, sans entrer dans les détails des observations qu'il se propose d'envoyer plus tard à l'Académie, signale seulement les bons résultats des courants électriques immédiats, intermittents et directs, c'est-à-dire selon la direction des nerfs, dans les paralysies périphériques. (Comm.: MM. Gavarret et Briquet.)

Sur une fonction puissante et méconnue du pancréas de l'homme; par le docteur Lucien Corvisart.

Je viens rendre compte à l'Académie d'expériences que j'ai pu faire chez un homme entré à l'hôpital pour une luxation du fémur, soumis à l'inhalation du chloroforme au milieu d'une pleine santé, et subitement surpris par la mort.

Permettez-moi de vous rappeler, messieurs, qu'en 1858 je publiai un travail expérimental que j'eus l'honneur d'offrir à l'Académie.

Une propriété, celle de dissoudre les aliments albuminoïdes, avait été entrevue, en 1834, par Purkinje et Pappenheim dans le

pancréas ; puis, faute de preuves valables, repoussée par l'universalité des physiologistes, et confondue, à cause de deux méprises expérimentales, avec la putréfaction par l'un de nos habiles physiologistes.

Dans mes expériences, au contraire, cette propriété, loin de se montrer sous ce jour, m'apparut comme une fonction et une grande fonction.

Trois séries d'expériences avaient entre mes mains fourni la démonstration de cette fonction qui, s'effectuant au milieu des liquides de l'intestin, n'a besoin du concours nécessaire d'aucun d'eux pour s'exercer.

D'un côté, chez l'animal vivant, j'avais introduit des aliments dans le duodénum fermé, dans lequel nulle trace de suc gastrique, ni de bile, ne pouvait persister ou paraître, mais où le suc pancréatique continuait à couler : ces aliments s'y étaient d'abord largement digérés, puis avaient été absorbés en peu d'heures.

D'un autre côté, transportant à l'extérieur les digestions, je les avais tentées en prenant ici par infusion son ferment au pancréas saisi au moment même du sacrifice et au moment où il est chargé au maximum de son ferment spécial ; là, en provoquant par l'un des canaux excréteurs l'issue, pendant la vie, du seul suc pancréatique par une opération connue, mais faite également au moment favorable, c'est-à-dire à la même époque du chargement glandulaire.

Sans le concours ni du suc gastrique, ni de la bile, par les digestions internes, dans le corps de l'animal vivant ; sans le concours ni de la bile, ni du suc gastrique, ni du suc intestinal, dans les digestions extérieures, le suc pancréatique, — qu'il fût obtenu par la fistule ou les infusions dans les circonstances précitées, — avait révélé sa fonction dissolvante et transformatrice digestive sur les aliments azotés, avec une puissance remarquable.

Invoquer un phénomène de putréfaction eût été insensé. Or, le suc pancréatique était seul ; donc cette fonction lui appartenait en propre.

D'où venait donc qu'on avait méconnu, ou confondu avec la putréfaction, des effets si formels ?

De deux méprises expérimentales :

On niait les effets digestifs, parce qu'au lieu de prendre le pancréas ou son suc au moment où la glande est chargée au maximum de son ferment, époque de toute sa puissance, comme je l'ai exécuté et déterminé, on le prenait à un autre moment, celui de son repos et de son impuissance.

On confondit les effets digestifs avec des effets de putréfaction, parce qu'on laissait arriver ceux-ci après ceux-là, faute de savoir l'extrême rapidité que j'ai découverte dans la digestion pancréatique.

Telles furent les deux méprises fatales à la découverte d'une fonction propre du pancréas et des plus importantes pour l'économie.

Cette fonction était si puissante que j'étais arrivé à conclure expérimentalement que les substances assimilables, c'est-à-dire les peptones produites par l'exercice de la seule digestion pancréatique auraient pu renouveler en trois cents jours le poids intégral de tout le corps, puissance de très-peu inférieure à celle de l'estomac.

Le pancréas, sans action nouvelle sur les aliments que l'estomac avait déjà transformés, en avait, au contraire, une complète sur les autres.

Que ceux-ci fussent crus ou cuits, qu'ils aient quitté l'estomac ramollis ou divisés, qu'ils aient échappé à cet organe absolument intacts, ou qu'ils n'eussent jamais été même en contact avec lui, ils tombaient également sous le coup de la digestion par le suc pancréatique. Ainsi le pancréas nous parut devoir à l'avenir être considéré comme le véritable organe complémentaire de l'estomac pour la digestion des aliments azotés.

La fonction propre, rapide, puissante du pancréas présentait une particularité singulière, et que toutes mes expériences vérifièrent, à savoir : qu'il exerçait une égale action, une égale puissance digestive sur les aliments azotés, que le suc digestif du pancréas fût alcalin, fût acide ou fût neutre, privilège bien remarquable, si l'on se rappelle que le suc gastrique ne digère qu'à l'état acide.

Enfin une loi d'harmonie séparative peu prévue, mais fort importante, si elle est réelle, me parut exister : pour que les deux digestions, gastrique et pancréatique, donnassent tout leur produit, il fallait qu'elles fussent séparées, s'exerçassent chacune sur un théâtre distinct, tandis que leurs agents *réunis s'entre-détruisaient.* Loi qui faisait songer aussitôt que la nature prévient ce conflit par trois moyens : 1° le pylore qui sépare les deux ferments ; 2° la digestion gastrique même par laquelle la pepsine en digérant s'épuise et s'abolit ; 3° la bile, qui, ainsi que l'ont démontré Purkinje et Pappenheim, anéantit l'activité du ferment gastrique.

Je ne parlerai pas d'autres points. J'eus le tort d'accumuler en peu de pages le résultat de trop de recherches.

Ces données éveillaient l'attention sur plus d'un trouble intestinal ou gastrique inconnus dans leurs causes, en conséquence peu saisissables dans leur traitement, et faisaient supposer qu'ils pourraient être enfin saisis dans la pratique :

La cause au moins d'une dyspepsie gastrique s'expliquait nettement par le reflux biliaire ;

Une cause de dyspepsie intestinale paraissait être saisie dans l'afflux gastrique prématuré au milieu du duodénum ;

Enfin, une altération organique non étudiée dans ses effets, l'insuffisance pylorique de l'estomac, se présentait à l'observation clinique comme pouvant avoir une importance aussi grande qu'ignorée.

En France, et depuis 1858, ces données, qui me paraissaient avoir quelque gravité, ne furent, à cause d'une pénurie regrettable de physiologistes, ni confirmées, ni infirmées expérimentalement.

J'ai attendu, car le temps ne fait rien à l'affaire.

Mais ailleurs, et en Allemagne surtout, nos travaux furent soumis aussitôt à l'honneur d'une controverse sensée, sérieuse, expérimentale.

Halwachs, Screbiski, Brinton, Pavy nous combattirent. Je m'appesantis sur les bonnes conditions expérimentales que j'avais suivies, mais signalées seulement, et je répondis.

Bientôt Meissner à Gœttingue, ainsi que Wittish et Bach, Danilewski, Stockvis en Allemagne, Harley en Angleterre, Schiff en Suisse, ici Longet en 1862, avaient répété les faits physiologiques nombreux que j'avais accumulés, et confirmé les données fondamentales que j'avais fait connaître.

Une fonction scientifiquement méconnue pendant bien longtemps apparaissait donc, et l'on peut dire presque facilement, même dans ses détails, à l'aide de l'investigation expérimentale.

Mais il s'agissait d'animaux.

Dans quelle mesure, maintenant que le terrain était découvert et préparé, l'homme allait-il infirmer ou confirmer cette fonction ?

Dans quelles circonstances le hasard allait-il fournir les moyens d'observation ?

Nous avions reconnu dans les expériences provoquées chez les animaux vivants que la santé était nécessaire pour que l'agent du pancréas qui digère les aliments azotés se produisît ; qu'il fallait, pour que la glande en fût chargée au maximum, que la digestion gastrique se trouvât régulièrement arrivée de la quatrième à la septième heure de son accomplissement, lorsque les aliments ingérés étaient solides, et plus tôt s'ils étaient liquides.

Or dans quel état était l'homme que, par suite d'une malheureuse circonstance, la science allait interroger ?

Il était fort, vigoureux ; un accident venait de lui luxer le fémur ; sa blessure avait si peu altéré sa santé générale, qu'il avait mangé la veille le maximum de la ration hospitalière.

Trois heures avant l'inhalation chloroformique, il avait bu 200 grammes de lait.

Soumis à cette inhalation, il avait subitement été frappé.

Les conditions d'observation que le hasard nous offrait étaient donc favorables.

Enfin, une température exceptionnellement froide avait conservé le corps absolument frais.

Nous pouvions donc essayer de nous livrer à l'expérience.

Le pancréas fut aussitôt finement découpé, il fut rapidement mis pendant une demi-heure dans 400 grammes d'eau pure et froide, de temps à autre doucement agitée, pour aider à l'enlèvement de son ferment à la glande ; la liqueur, qui avait l'odeur fraîche d'une infusion de viande récemment abattue, fut filtrée rapidement aussi et recueillie.

Cette liqueur fut alors mêlée avec divers aliments, puis portée et maintenue avec eux dans une étuve d'une température constante de + 40 degrés centigrades.

Une partie mesurée fut employée en lui ajoutant une trace d'acide chlorhydrique, de manière à lui communiquer une réaction acide franche au tournesol. elle resta acide jusqu'à la fin ;

Une autre partie égale fut alcalinisée dans la même proportion et se conserva alcaline ;

Une troisième fut maintenue dès le début et resta jusqu'à la fin — neutre.

Essayées en double, — et sur la fibrine et sur l'albumine, — ces trois liqueurs égales donnèrent le résultat digestif complet, malgré la variation de la réaction acide, neutre ou alcaline, ainsi que cela s'était passé constamment chez les animaux expérimentés par nous.

Une autre portion beaucoup plus considérable fut essayée sur l'albumine cuite et concrète, celle-ci fut rapidement dissoute — aux sept à huit dixièmes — en quatre heures.

Une autre portion fut mise en contact avec une grande quantité de fibrine crue; au bout d'une demi-heure celle-ci était méconnaissable, elle était entièrement dissoute en une heure. Cette rapidité extrême ne fut pas ce qui frappa le moins vivement l'un des membres éminents de cette Académie.

Une troisième portion avait été mise avec un fragment, pesant 6 grammes, du tissu cru du pancréas même qui avait fourni l'infusion, et il commença à disparaître à la deuxième heure par une autodigestion.

Toutes ces digestions conservaient l'odeur *sui generis* et fraîche des aliments et de l'infusion dès le début. Parler de putréfaction eût été absurde.

MM. J. Béclard, Robin, Liégeois, Martin Magron, etc., nous avaient fait l'honneur d'assister aux expériences qui s'accomplissaient en leur présence.

Nous ajouterons que celles-ci avaient été disposées de façon à pouvoir apprécier le poids total d'aliment que la totalité du ferment de ce pancréas fût capable de digérer.

La totalité du ferment extrait avait pu digérer en quatre heures 180 grammes d'albumine concrète, soit la valeur de six œufs.

C'était bien autre chose pour la fibrine, car en une heure 420 grammes en avaient pu être digérés! poids équivalent à la moitié environ de la ration journalière en aliments azotés du cavalier français.

L'action propre et personnelle du pancréas, son action indépendante de la bile, du suc gastrique, du suc intestinal, puissante, rapide, privilégiée sous le rapport de l'indifférence de la réaction, complémentaire de celle de l'estomac, existe donc chez l'homme comme chez les animaux. Les diverses lois que nous avons indiquées méritent donc de fixer l'attention et la critique, et cette grande fonction devra compter désormais parmi les préoccupations des praticiens auprès des malades, car on ne saurait le méconnaître, qu'on nous excuse de dire toute notre pensée : sans la connaissance préalable et rigoureuse des fonctions, — dans tous leurs détails, — dans toutes leurs lois, — dans leur hiérarchie, la médecine, même avec l'expérience clinique la plus consommée, reste encore une aventure.

C'est ce qui vous a fait, messieurs, défendre les droits de la physiologie expérimentale.

Nous avons réuni ce que nous avons publié sur l'existence, les lois de cette fonction, comme sur les conséquences qui en découlent dans *Collection de mémoires sur une fonction peu connue du pancréas*, 1864. — V. Masson. Paris.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

La parole est à M. Béclard.

DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR.

M. Béclard : Messieurs, permettez-moi, avant de commencer, de rectifier une allégation échappée à notre honorable collègue M. Beau; il vous a exprimé le regret qu'un aussi long intervalle ait séparé le moment de la lecture du rapport de M. Gavarret de celui où il a pu vous faire entendre ce qu'on peut appeler sa protestation; M. Beau ne doit s'en prendre qu'à lui : quand M. Gavarret est venu à cette tribune, la discussion sur la fièvre jaune touchait à sa fin; quand la lecture du rapport en séance fut résolue, les membres de la commission avaient décidé que si les conclusions étaient contestées, la discussion serait rejetée après celle de la fièvre jaune; or ces conclusions furent adoptées sans protestation. Plus tard, M. Beau est venu au sein du conseil demander la parole; il était impossible de revenir sur des conclusions adoptées par l'Académie; mais notre honorable collègue avait le droit de soulever une question nouvelle, seulement il lui fallait attendre son tour de parole; lui-même d'ailleurs a demandé ensuite une remise. Ceci bien établi, entrons dans la discussion même.

Messieurs, je suis de ceux qui estiment très-haut les expériences de MM. Chauveau et Marey. Je suis persuadé que ces expériences ont éclairé une foule de questions obscures, entre autres la durée des mouvements, leur enchaînement et leur corrélation; mais elles étaient superflues pour réfuter la doctrine de M. Beau.

La presque unique difficulté quand on veut aborder l'étude des mouvements du cœur avec le seul aide de la vue ou du toucher, c'est la rapidité avec laquelle ils se succèdent, puisqu'une évolution entière du cœur dure moins d'une seconde. Cependant, il est un certain nombre de faits sur lesquels on peut dire que tous les physiologistes sont d'accord; tous savent qu'en pressant entre les mains le cœur d'un animal vivant, on constate la faiblesse de la contraction des oreillettes, et par contre l'énergie de la contraction ventriculaire; pendant que les oreillettes et les ventricules se contractent, le cœur est projeté contre la cage thoracique, c'est ce qu'on appelle le choc précordial; celui-ci a lieu au moment de la systole ventriculaire, voilà encore un point sur lequel tout le monde s'accorde. Il suffit d'introduire la main entre le cœur et la paroi pectorale d'un cheval pour constater le fait. Quant à ce qui est de l'homme, je ne citerai pas les faits d'ectopie du cœur, parce que ces faits peuvent être contestés; mais il y a eu des cas où l'on a pu faire cette constatation par le toucher; ainsi on trouve dans les *Archives d'anatomie et de physiologie* de Virchow un fait dû à M. Bamberg, dans lequel il s'agit d'un homme qui avait reçu un coup de couteau dans le cœur; l'expérimentateur ayant introduit le doigt par la plaie sentait le cœur lui presser le doigt au moment du choc précordial. Eh bien! d'après M. Beau, ce choc serait isochrone à la contraction des oreillettes.

Notre honorable collègue a si bien vu la difficulté de concilier un tel effet avec une si faible cause, qu'il a été obligé d'admettre le concours d'autres circonstances qui n'existent pas. Ainsi il a d'abord supposé qu'au moment de la contraction des oreillettes les ventricules sont vides; or pour que cette condition se réalise, il faut que les valvules auriculo-ventriculaires ferment la communication entre les deux réservoirs en tout temps, sauf pendant la contraction des oreillettes; or c'est précisément le contraire qui a lieu; la contraction ventriculaire ferme mécaniquement ces valvules.

Si maintenant nous demandons à M. Bean une preuve expérimentale, il dira : Je me suis transporté à Alfort, j'ai fait une incision chez un cheval à la région du cœur, et introduisant l'extrémité du doigt sur les valvules par une plaie pratiquée à l'oreillette, j'ai senti qu'elles fermaient toute communication, sauf pendant la contraction auriculaire. A cela, je ne répondrai qu'une chose : M. Beau est le seul qui interprète ainsi la sensation qu'on éprouve dans cette expérience; il se trouve là en contradiction avec les autres expérimentateurs.

Non content de défendre sa doctrine, M. Beau a cherché à trouver en défaut ses contradicteurs, et il adresse à la théorie ancienne plusieurs objections. Pour ménager les instants de l'Académie, je ne m'arrêterai qu'aux deux principales.

Voyons d'abord la première :

Que devient, nous demande-t-il, l'ondée sanguine projetée par la contraction des oreillettes? puisque, suivant vous, les ventricules contiennent déjà du sang. A cela il est facile de répondre : les ventricules ne sont pas remplis au maximum au moment où cette contraction a lieu, cette contraction n'écoule dans leur intérieur qu'une petite proportion de sang, laquelle peut être évaluée au tiers de la masse liquide qu'elles contiennent. Cette petite proportion tend au maximum le sang contenu dans les ventricules; le ressort ventriculaire part, et l'ondée sanguine est projetée.

Je passe à un deuxième argument, qui a séduit un moment mon collègue M. Verneuil, lequel est revenu depuis à la théorie ancienne. Lorsqu'on examine sur un cadavre la position du cœur, on constate que la pointe de cet organe correspond à la partie moyenne de la cinquième côte, tandis que chez le vivant, elle se trouve battre entre la cinquième et la sixième, c'est-à-dire un peu plus bas. Le cœur s'allongerait donc au moment du choc précordial; or la systole doit raccourcir les ventricules dans tous leurs diamètres; je veux bien l'admettre; mais cet abaissement de la pointe du cœur est dû à ce que le cœur tout entier descend. Ce fait, que Skoda avait présumé, a été vérifié. M. Hamberg, dans l'observation que nous venons de citer, observa que le cœur descendait sur la pulpe de son doigt pour remonter ensuite. Pourquoi le cœur descend-il? Parce qu'il est constitué par des parois élastiques; la même élasticité se retrouve essentiellement dans les gros vaisseaux qui partent de sa base; le cœur n'est libre que du côté de sa pointe, il descend là où il peut descendre.

L'observation et le raisonnement suffisaient donc pour faire voir le peu de fondement de la doctrine de M. Beau; mais l'étude des mouvements du cœur n'avait pu être faite jusqu'ici qu'à l'aide de la vue et du toucher, ce qui peut être une source d'illusions. Voici venir maintenant le cardiographe de MM. Chauveau et Marey, à l'aide duquel non-seulement la succession, mais encore la durée des mouvements du cœur, peut être enregistrée. Les tracés obtenus au moyen de cet ingénieux instrument ont d'abord fourni une preuve éclatante de la vérité de la doctrine ancienne. Ensuite ils ont fait voir que la contraction des oreillettes est faible, ce que l'on savait, et qu'elle est très-courte, ce que l'on ne savait pas; ils ont fait voir encore que la contraction des ventricules est énergique, ce que l'on savait, et de plus qu'elle est assez longue, ce que l'on ne savait pas; sa durée est égale au quart de la durée totale d'une évolution du cœur; enfin ils ont permis de vérifier que le choc précordial est isochrone à la systole des ventricules.

M. Beau objecte, il est vrai, que ces tracés ne parlent pas tout seuls; c'est vrai; il ajoute qu'il faut les interpréter; non, il faut d'abord les lire; en voulant les interpréter on risque de leur faire parler un langage différent de la vérité. C'est ce qui est arrivé à M. Beau, lequel a voulu prouver l'exactitude de sa doctrine en s'armant du premier tracé de MM. Chauveau et Marey : ce premier tracé lui suffit, il s'y renferme; quant aux autres, il les rejette. Bien que ce premier tracé ne soit pas capable de prouver ce que M. Beau veut lui

faire prouver, est-il équitable, je le demande, de ne pas en vouloir d'autres? Or, qu'est-il arrivé à MM. Chauveau et Marey? N'ont-ils pas dû, comme tous les inventeurs, perfectionner successivement leur instrument? N'ont-ils pas dû n'obtenir d'abord que le gros? Or ce sont les perfectionnements que M. Beau repousse; il refuse les bons appareils pour consulter les mauvais.

L'orateur termine en relevant le reproche que lui a fait M. Beau d'avoir, dans la dernière édition de son *Traité de physiologie*, écrit que la contraction des ventricules suit immédiatement celle des oreillettes. Cela, il est vrai, a été reconnu n'être plus exact, dit M. Béclard, et je le changerai dans ma prochaine édition. Je mettrai qu'il y a entre ces deux contractions un intervalle d'à peine un dixième de seconde; mais c'est, encore une fois, aux travaux de MM. Chauveau et Marey que l'on doit la notion de ce fait.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE 1863, par M. le docteur DUMONTPALLIER, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CAS DE GENÈSE HÉTÉROTOPIQUE DENTAIRE, présenté par MM. Ch. ROBIN et GEORGES FELIZET, étudiant en médecine.

Le 2 septembre 1863, un cheval *âgé de 18 mois*, de race percheronne, de taille moyenne et de couleur *gris de fer* fut amené à M. Félizet, vétérinaire à Elbeuf-sur-Seine. A la portion *antéro-supérieure de la fosse temporale droite* existait une tumeur devenue suppurante, assez volumineuse.

Après avoir injecté de la liqueur de Villate, on débrida la tumeur par le histouri, et l'on vit une dent d'apparence de petite molaire, mais offrant, comme on le verra plus loin, la structure générale des incisives permanentes; elle s'enfonçait dans un alvéole creusé dans un pédicule osseux. Ce pédicule pyriforme, dirigé horizontalement en dehors, entouré de tissu lamineux, s'insérait par une extrémité cylindrique amincie sur la *suture temporo-pariétale au niveau du cartilage sentiforme*. Cet appendice, résultat d'une génèse hétérotopique curieuse, fut arraché, et l'opérateur observa que l'origine du pédicule n'offrait de connexion qu'*avec la table supérieure de la boîte osseuse du crâne*.

Un semblable phénomène d'hétérotopie se manifeste au même point de la fosse temporale gauche. On suit les évolutions de cette nouvelle genèse qui est en voie d'accroissement lent.

Le produit accidentel enlevé se compose de deux parties, l'une osseuse, l'autre dentaire.

La partie osseuse est pyriforme, longue de 3 centimètres 1/2. Sa partie rétrécie ou pédicule, au point où elle adhérait aux os du crâne, est épaisse de 1 centimètre; l'extrémité opposée est épaisse de 2 centimètres, rugueuse comme un os brisé. De cette partie sort latéralement une dent large de 18 millimètres sur une longueur de 21 millimètres. Cette dent est cylindroïde, à sommet ou face de frottement mousse à trois tubercules, limitant une petite dépression médiane, d'où partent trois sillons peu profonds qui se perdent sur les faces latérales de la dent. Un trait de scie a montré que la dent s'enfonçait par une racine cylindroïde unique dans un alvéole creusé au sein de la pièce osseuse, et s'avançait jusqu'à 6 millimètres de l'extrémité du pédicule qui adhérait aux os du crâne. Cette racine était longue de 15 millimètres sur une largeur de 8 à 9 millimètres et d'une direction oblique par rapport à l'axe de la couronne. Dans cette racine existe une cavité pour le bulbe dentaire, longue de 1 centimètre, large de 3 millimètres à son extrémité supérieure en cul-de-sac et très-rétrécie vers son orifice au bout de la racine.

Sur la coupe de la dent, dans l'axe de sa couronne, au niveau de la dépression médiane entre les trois tubercules indiqués sur la surface de frottement, on remarque *un cornet dentaire extérieur* plein de ciment, long de 17 millimètres, large de 1 à 4 millimètres, ciment qui se réfléchit pour tapisser la surface extérieure de la face de frottement et de la périphérie de la couronne, en se réduisant brusquement à une épaisseur de 2 à 3 dixièmes de millimètre. L'*émail central* et l'*émail d'encadrement* qu'il recouvre n'offrent rien de particulier à noter non plus que l'ivoire.

Le tissu osseux dans lequel était creusé l'alvéole dentaire était compacte comme celui des lames du maxillaire inférieur, et contenait dans sa partie la plus renflée deux autres petites masses dentaires, prismatiques, longues et larges de 2 et 3 millimètres, entièrement incluses chacune dans une petite cavité distincte, sans communication avec l'alvéole de la grosse dent.

II. — PATHOLOGIE.

1° NOTE SUR UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT CHEZ UN PEINTRE EN BATIMENTS; par AUGUSTE OLLIVIER.

Homme de 46 ans, fortement constitué, peintre en bâtiments. Il n'a jamais eu de maladies syphilitiques ni fait d'excès alcooliques; sa santé a toujours été bonne jusqu'en 1860. A cette époque, il fut pris pour la première fois de coliques de plomb qui furent assez violentes. Ultérieurement et à différentes reprises, il eut des coliques semblables. Au commencement de septembre, il eut quelques accidents cérébraux, et le 8 octobre, il entrait à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Nonat, avec tous les symptômes d'une encéphalopathie saturnine. Il mourut dans le coma le lendemain matin.

A l'autopsie, on constata une augmentation notable de la pulpe cérébrale qui parut augmentée de volume. Les reins étaient irréguliers à leur surface extérieure : l'un avait le volume normal et l'autre était beaucoup plus petit. La capsule fibreuse se détacha facilement, et au-dessous d'elle existait un grand nombre de granulations. A la coupe, la substance corticale présenta une coloration jaunâtre très-prononcée. L'examen microscopique permit de constater tous les caractères d'une maladie de Bright fort avancée. L'urine ne fut malheureusement pas examinée pendant la vie, et la vessie fut trouvée vide à l'autopsie.

SÉANCES DE NOVEMBRE.

I. — PATHOLOGIE.

1° PARALYSIE INFANTILE; CANCER DES SEINS; AUTOPSIE : ALTÉRATIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, DES NERFS ET DES MUSCLES; GÉNÉRALISATION DU CANCER; par V. CORNIL.

Laurent, âgée de 49 ans, allumeuse de cierges à Saint-Thomas d'Aquin, entre à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, le 16 mars 1863.

Elle fut placée en nourrice à la campagne au moment de l'invasion des alliés dans le midi, en 1815. Sa nourrice fut obligée de se réfugier un certain temps au milieu des bois, où, toute enfant, elle eut à souffrir de l'humidité et du froid. De retour chez ses parents, elle fut prise à l'âge de deux ans de paralysie des membres inférieurs. Cette paralysie s'étendit progressivement et fut très-longue à s'amender. La petite malade ne put marcher qu'à l'âge de 8 ans. Depuis cette époque, la marche était possible, bien que pénible, et dans les mouvements, les muscles de la cuisse et du bassin étaient seuls actifs. Les muscles de la jambe et du pied étaient atrophiés et paralysés, surtout du côté gauche, et ne supportaient pas toujours bien le poids du corps, surtout si la malade s'appuyait sur le bord interne ou externe. Dans ce cas, son pied tournait et elle-même tombait; ce qui lui arrivait souvent. Dans une de ces chutes faites il y a environ dix ans, elle se fractura le tibia. Le chirurgien qui la soigna à Lariboisière s'étonnait qu'elle ait pu marcher avec une paralysie musculaire aussi marquée. Dans la convalescence de cette affection chirurgicale, elle fit une nouvelle chute suivie de fracture du même os.

Son père est mort d'une hernie à l'âge de 66 ans; sa mère est morte à 56 ans; sa sœur est bien portante.

Le 28 août 1862, la malade fut opérée d'un cancer du sein droit par M. Maisonneuve. Six mois après l'opération, elle éprouva des douleurs dans la cicatrice et dans le sein gauche; depuis le commencement du mois de mars, son bras droit devint œdémateux. A partir de cette époque, elle eut à plusieurs reprises des frissons et des douleurs suivant le trajet des six ou sept premiers nerfs intercostaux du côté droit.

C'est pour ces accidents que la malade vint dans la salle Sainte-Rosalie (infirmerie des Incurables), où elle fut couchée au n° 24.

État actuel, 25 juin 1863. A la place du sein droit existe une cicatrice horizontale de 5 centimètres de longueur, ulcérée en un point, indurée et mamelonnée dans le reste de son étendue. Le bras droit est énorme, œdémateux et dur. La pression est douloureuse sur le côté droit de la colonne vertébrale, en arrière, et c'est là que la malade reporte ses douleurs. On applique en cette région un vésicatoire qui ne calme que momentanément la souffrance.

23 août. Depuis trois jours, la malade éprouve des accès fébriles caractérisés de la façon suivante : vers midi, elle est prise de frissons qui durent une heure environ, qui sont suivis de chaleur et accompagnés de gêne dans la respiration. La face de la malade devient très-rouge. Cet état dure toute la journée et la nuit jusqu'à deux heures du matin, moment où commence la sueur qui est peu abondante. Vers trois heures du matin, la rémission s'établit. On prescrit 0,50 de sulfate de quinine.

27 août. L'administration du sulfate de quinine n'a pas empêché le retour des accès, qui sont seulement reculés et ne débutent plus que vers quatre heures du soir. Ils sont toujours caractérisés par le frisson, la chaleur et la moiteur. La nuit précédente, elle a vomi trois ou quatre fois des matières muqueuses. L'auscultation ne fait rien entendre à droite ni à gauche.

1er septembre. La malade n'a plus de frissons, mais elle s'affaiblit de plus en plus, et, au milieu de la nuit, elle éprouve toujours des accès d'oppression, avec chaleur à la peau suivie de sueur.

15 septembre. Hier, vers une heure de l'après-midi, la malade ressentit un violent point de côté à gauche, sous l'aisselle et sous le mamelon. A onze heures du soir, accès d'étouffement, frisson, chaleur et fièvre pendant toute la nuit. Le matin du 15 septembre, le point de côté persiste, la respiration est fréquente, la peau couverte de sueur. La percussion et l'auscultation ne révèlent rien de positif, mais seulement de l'obscurité du murmure vésiculaire des deux côtés. Le pouls est fréquent, caché, sans irrégularité. Les jours suivants, le point de côté diminue; on entend en dehors du sein gauche un bruit de frottement sec pendant l'expiration; la malade éprouve des accès de suffocation avec toux quinteuse qui durent un quart d'heure environ et reviennent plusieurs fois par jour.

Sur toute la peau du thorax, du côté droit, sur le devant de la poitrine et dans l'aisselle du côté gauche se développe une *éruption de petits tubercules durs, à peine saillants, sans changement de coloration des téguments*. Ces petites nodosités sont parfois *plus sensibles au toucher qu'à la vue*, et l'on apprécie bien par le toucher qu'ils siégent dans l'épaisseur du derme.

Les extrémités inférieures sont atrophiées, les pieds sont presque complétement paralysés et leur position est indifférente. Le pied gauche est dévié en dedans. Le pied et la jambe gauches sont œdématiés. La sensibilité tactile paraît obtuse sur ce membre. Les autres modes de sensibilité sont conservés intacts.

Jusqu'à sa mort, les accès de dyspnée persistent : la percussion et l'auscultation ne donnent que des renseignements peu positifs, cependant, la sonorité du côté droit était moindre que celle du côté gauche; le murmure vésiculaire s'entendait peu à droite et l'on y percevait des râles sous-crépitants.

Mort le 10 octobre.

AUTOPSIE faite le 11 octobre. La couche de tissu cellulo-graisseux sous-cutané est assez épaisse partout, surtout sur le ventre où elle mesure 1 centimètre environ.

En ouvrant le sujet, on voit que les muscles pectoraux unis à la peau d'une part et aux côtes de l'autre par un tissu dur et lardacé, sont envahis par des granulations du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, granulations qui sont de nature cancéreuse, et donnent un liquide à la pression. Des granulations analogues se remarquent dans le *sein* gauche.

La *plèvre* contient à gauche un liquide séro-sanguinolent peu abondant, et à droite elle est tout à fait adhérente. La plèvre costale gauche présente à sa surface des granulations cancéreuses. En décollant la plèvre, on voit que *deux des nerfs intercostaux* sont en contact avec des granulations cancéreuses de la grosseur d'un petit pois. L'une de ces granulations appartient à la plèvre, l'autre est adhérente à la côte. Au niveau de cette dernière qui entoure le nerf, celui-ci présente lui-même un petit *névrome cancéreux*. En l'examinant au microscope, on reconnaît les éléments propres au cancer (noyaux et cellules) *et les tubes nerveux eux-mêmes sont infiltrés de granulations graisseuses*.

La surface du *poumon droit* est couverte de grosses granulations. Sur une coupe de ce poumon, les tractus fibreux interlobulaires, le pourtour des bronches et des vaisseaux, se montrent comme le siége principal des granulations cancéreuses.

Le poumon gauche est altéré de la même façon, mais à un moindre degré.

La muqueuse de la partie inférieure du *larynx*, de la *trachée* et des *bronches* jusqu'à leurs plus petites branches, est le siége de *granulations de même nature, dures, blanches, opalines, parfois réunies en plaques saillantes, et donnant un suc laiteux très-ténu sur une coupe*.

La *rate* est grosse. Le *foie* et les *reins* présentent des granulations semblables à leur surface.

Les autres organes (péricarde, cœur, tube digestif, vessie, utérus) sont sains.

La dissection de l'*aisselle* montre une dégénération squirrheuse très-dure des ganglions lymphatiques et du tissu cellulaire, la même altération des parois veineuses avec oblitération complète, et des névromes cancéreux du nerf médian.

Les muscles de la jambe et quelques-uns de ceux de la cuisse gauche ont une coloration jaune semblable à celle d'une masse graisseuse. Néanmoins leur volume est conservé à peu près normal, ainsi que leur forme. On distingue même très-bien à l'œil nu les faisceaux longitudinaux. Les muscles de la jambe droite sont moins altérés.

En examinant au microscope ces faisceaux musculaires, la préparation est encombrée de gouttelettes huileuses visibles à l'œil nu; après avoir lavé la préparation à l'alcool, on voit les éléments du sarcolemme et des vaisseaux (artériels et veineux) parfaitement normaux. Par la dissection des éléments on obtient des tubes à deux contours, grêles, allongés, hyalins, mesurant 3 millièmes de millimètre en diamètre, qui se gonflent par l'acide acétique et sur lesquels se trouvent çà et là des noyaux allongés. Ce sont des tubes de sarcolemme vides. En aucun point on n'aperçoit de striation. Les grosses gouttelettes huileuses étaient situées entre les tubes du sarcolemme. Dans un des muscles de la cuisse qui est moins altéré, on peut étudier tous les degrés de la dégénération graisseuse des fibres musculaires.

Les nerfs sciatiques sont petits, le gauche plus que le droit. Le sciatique poplité externe du côté gauche est très-atrophié. La couleur de ces nerfs est jaune; ils sont infiltrés de globules graisseux, et l'examen microscopique y montre, comme dans les muscles, une dégénération graisseuse de la substance médullaire des tubes nerveux aboutissant en dernière analyse à l'atrophie de ces tubes.

La moelle épinière est petite, surtout aux régions dorsale et lombaire. Après l'avoir fait durcir dans l'acide chromique, et pratiqué des coupes transversales à diverses hauteurs, les mensurations prises au micromètre avec un grossissement de 12 diamètres montrent que l'épaisseur des cordons antérieurs, mesurée du bord antérieur de la moelle à la commissure blanche, est moindre que la même épaisseur mesurée sur une moelle saine. La mensuration n'ayant pas été faite sur un assez grand nombre de coupes à diverses hauteurs, nous ne pouvons pas en donner une moyenne qui possède un degré suffisant de précision, mais nous pouvons dire que la masse des faisceaux antéro-latéraux de la moelle avait subi une atrophie très-appréciable. Ainsi sur une coupe faite au niveau du commencement du renflement lombaire vue à 12 diamètres, les cordons postérieurs ont une surface beaucoup plus étendue relativement à celle des cordons antéro-latéraux, qu'elle ne le serait sur une moelle normale. Aussi voit-on que la circonférence des cordons antéro-latéraux, au lieu de continuer la courbe des cordons postérieurs, appartient à une circonférence d'un plus petit rayon. Sur le diamètre antéro-postérieur l'épaisseur des cordons antérieurs mesure 22 divisions du micromètre, l'épaisseur des cordons postérieurs mesure 50 divisions, et l'épaisseur des cordons antéro-postérieurs est d'un quart à un cinquième plus petite qu'elle ne serait à l'état normal.

En examinant les coupes de la moelle a de plus forts grossissements, nous avons constaté qu'il existait *dans toute l'étendue de la moelle, depuis les premières paires cervicales jusqu'à sa terminaison, une altération anatomique caractérisée par la présence en quantité considérable de corpuscules amyloïdes*. Ces corpuscules étaient surtout abondants dans les cornes antérieures de substance grise, principalement au niveau des vaisseaux, et dans les cordons antérieurs. Néanmoins on en trouvait aussi dans les cordons postérieurs.

Ainsi, en résumant les points principaux de cette observation, il en résulte qu'une paralysie infantile datant de l'âge de 2 ans, a donné comme lésions anatomiques à l'âge de 49 ans :

1° Une substitution graisseuse complète des muscles avec atrophie des fibres primitives;

2° Une dégénération graisseuse des nerfs avec atrophie des tubes nerveux;

3° Une atrophie des faisceaux antéro-postérieurs de la moelle avec production de corpuscules amyloïdes dans toute son étendue.

Ces lésions des organes moteurs sont d'autant moins prononcés qu'on remonte de la périphérie, c'est-à-dire des muscles au centre, où à la moelle.

L'exemple que nous venons de donner d'une lésion médullaire dans la paralysie infantile est le premier fait de ce genre qui ait été publié; mais il n'est pas le seul qui ait été observé jusqu'à présent. Au commencement de l'année 1863, un enfant atteint de cette affection est mort dans le service de M. Roger à l'hôpital des Enfants-Malades. Mon excellent collègue M. Laborde, qui avait pris l'observation clinique du malade, m'a remis la moelle pour en faire l'examen, et j'ai trouvé dans les faisceaux antérieurs une plus grande quantité qu'à l'état normal de corpuscules de tissu conjonctif. (Cette observation doit figurer dans un travail complet que MM. Roger et Laborde préparent sur la paralysie infantile.)

Ce sont là les deux seules autopsies de cette paralysie où l'on ait trouvé des lésions dans la moelle; mais pour être peu nombreuses, elles n'en sont pas moins positives : resterait à déterminer si, dans ces cas, la lésion affecte primitivement les muscles, les nerfs ou la moelle. Nous n'avons aucune raison certaine tirée de l'anatomie pathologique pour résoudre cette question, l'analyse des symptômes observés pendant la vie conviendrait mieux pour la décider.

Aussi, bien que nous croyions que les organes périphériques, les muscles et les nerfs soient atteints les premiers, nous n'avons pas de preuves assez certaines pour entraîner la conviction.

M. Charcot nous a communiqué une observation très-curieuse qu'il a faite, prouvant que les membres paralysés dans la paralysie infantile n'obéissent pas comme les membres sains à la rigidité cadavérique. Voici cette observation :

Un enfant paralysé du pied et de la jambe droite depuis le mois d'août 1862 meurt du croup le 26 novembre 1863, à cinq heures du soir. A huit heures et demi du même soir, le membre inférieur gauche était dans la rigidité absolue; il pouvait être élevé tout d'une pièce et paraissait plus long que celui du côté opposé. Le membre droit, paralysé pendant la vie, était au contraire flasque dans toutes ses parties. A dix heures un quart, la hanche et le genou droit s'étaient un peu

roidis dans l'extension. Le pied était resté tout à fait flasque. Le membre gauche avait conservé sa roideur.

Ainsi, dans ce cas, la partie paralysée reste soustraite à la rigidité cadavérique pendant que le membre sain est envahi par elle presque aussitôt après la mort.

2° Empoisonnement par une application de nitrate acide de mercure sur une large surface de la peau; mort le neuvième jour après l'accident; par M. E. Vidal.

Une femme de 26 ans, d'une faible constitution, chloro-anémique, souffrant depuis plusieurs années de dyspepsie et de douleurs névralgiques, entrait à l'Hôtel-Dieu le 27 juillet 1863, en proie aux plus vives douleurs que puisse causer une cautérisation, sur une large surface, par un liquide caustique. Par une inconcevable méprise, la personne chargée de lui donner des soins, se trompant de fiole, au lieu du liniment ordonné, avait employé en friction une partie du contenu d'un flacon de nitrate acide de mercure.

La friction avait été faite avec un linge imbibé de ce liquide et avait duré de cinq à six minutes, malgré les cris de douleur de la patiente.

Au moment de l'entrée, on constatait sur le côté gauche de la poitrine, dans une étendue de la largeur des deux mains, les traces d'une cautérisation profonde du derme. Cette portion de la peau était d'un rouge brunâtre, tuméfiée et saillante au-dessus des parties restées saines, et ses contours étaient indiqués par une ligne d'un blanc jaunâtre, large de 4 à 5 millimètres. Sur le dos, au niveau de la partie moyenne de l'omoplate gauche, existait une seconde escharre, ayant à peu près les dimensions de la main; le derme, vivement enflammé, était d'un rouge vif, ecchymotique, parsemé de taches d'un jaune brun.

Cette large brûlure était également circonscrite par un liséré blanc jaunâtre. Il en partait une traînée jaune d'un centimètre de largeur, traversant le dos obliquement et descendant vers la hanche droite. Cette traînée indiquait que le liquide caustique avait été employé en quantité et qu'une partie avait coulé au delà des limites de la région frictionnée.

La malade était dans un état d'anxiété extrême. Pendant la nuit, elle tomba dans une grande prostration et fut prise à cinq ou six reprises de vomissements de matières bilieuses.

Le lendemain 28 juillet, je trouvai cette malade dans l'état cholériforme le plus grave :

Refroidissement général, algidité très-marquée des extrémités, du nez et de la langue, traits tirés, yeux excavés, pâleur livide de la face, cyanose des lèvres et des extrémités. Voix très-faible, presque éteinte; sentiment de lipothymie et d'anxiété épigastrique; nausées continuelles. Pouls petit, presque filiforme, très-fréquent.

Une potion additionnée de rhum et de teinture de musc, des boissons chaudes excitantes réchauffèrent un peu la malade; cependant les vomissements continuèrent pendant la journée et pendant la nuit.

Constipation et anurie.

29 juillet. Les vomissements bilieux contiennent quelques filets de sang, la face est toujours grippée, les extrémités encore cyanosées bien que l'algidité soit moins prononcée que la veille. Les souffrances sont très-vives. L'intelligence est très-bien conservée.

Depuis la veille au soir, la malade sent que ses gencives sont enflées. Elles sont en effet gonflées et saignent facilement; la muqueuse buccale est rouge et tuméfiée dans les replis des lèvres. Il n'y a pas de salivation, mais, particularité bien remarquable, il s'est produit depuis la veille un liséré noirâtre des plus tranchés sur le bord libre des gencives. Ce liséré, très-prononcé autour de la sertissure des dents incisives et canines de la mâchoire inférieure et de la mâchoire supérieure, est moins marqué autour des molaires. Le ventre est rétracté, la constipation persiste. La malade n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures; la vessie est vide. Les vomissements persistent, malgré la glace et l'eau de Seltz.

30 juillet. Les escarres sont entourées d'une auréole inflammatoire et commencent à se détacher. Les vomissements sont glaireux, filants et encore très-fréquents, bien que diminués un peu par l'administration d'une potion de Rivière. Deux évacuations alvines, brunâtres et demi-liquides. Ténesme vésical. Impossibilité d'uriner; la sonde, introduite dans la vessie, ne ramène que quelques gouttes de mucosités sanguinolentes.

1er août. Les vomissements ont diminué, mais la diarrhée est abondante et accompagnée de coliques. Les évacuations sont involontaires et la malade, très-affaiblie, se plaint de céphalalgie, d'éblouissements et de tintements d'oreille. Le refroidissement persiste; le pouls est petit, filiforme, à 140 pulsations.

2 août. L'algidité augmente, la faiblesse extrême, la voix éteinte; la malade ne répond plus que par signes, lorsqu'on la tire de l'état demi-comateux dans lequel elle est plongée. Les vomissements ont cessé. La diarrhée est séreuse, jaunâtre; les évacuations sont fréquentes.

3 août. L'escarre du dos est détachée et laisse à nu une large plaie couverte de bourgeons charnus et en pleine suppuration.

4 août. Les vomissements n'ont pas reparu, l'anurie continue; les selles sont toujours diarrhéiques; le pouls d'une fréquence extrême est à peine perceptible, les extrémités sont cyanosées. La malade ne répond plus et est dans un état de coma qui annonce une fin prochaine. Elle meurt sans agonie à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. Les viscères de la poitrine et de l'abdomen étaient congestionnés d'une coloration analogue à celle qu'ils présentent chez les asphyxiés. Ils étaient gorgés d'un *sang noir, fluide*, contenu également en assez grande quantité dans le cœur et dans les veines caves.

On ne trouvait dans les plèvres, même au voisinage des escarres, aucune trace d'inflammation.

La surface interne de l'estomac était rouge, arborisée, ponctuée d'ecchymose, en quelques points de la grande courbure. Cette même arborisation inflammatoire et des ecchymoses nombreuses, existaient sur la muqueuse de la vessie. On les retrouvait également dans presque toute la longueur de l'intestin.

Le *foie* semblait un peu augmenté de volume ainsi que les *reins*.

L'examen microscopique de ces derniers organes fait constater une injection prononcée du parenchyme rénal, principalement au niveau des glomérules de Malpighi, qui forment un pointillé rougeâtre. Les cellules épithéliales sont les unes déformées et granuleuses, les autres partiellement détruites : on en retrouve les débris à l'intérieur des tubuli.

Le *cerveau* ne paraissait pas altéré, un sang noir, fluide, remplissait les sinus.

L'escarre de la partie latérale gauche de la poitrine atteignait en profondeur l'aponévrose musculaire; toute l'épaisseur du derme et du tissu cellulaire sous-jacent avait été pénétrée par le caustique.

A l'examen au microscope d'un morceau de ce derme, on voyait çà et là des points noirâtres de substance amorphe, mais on ne trouvait pas le mercure sous forme de globules reconnaissables.

M. Flandrin, interne en pharmacie, très-habile dans les manipulations chimiques, voulut bien se charger de rechercher le mercure dans le foie, les reins, le cœur et le cerveau.

Le résultat de cette analyse a démontré la présence d'une quantité sensible de mercure dans le foie : les autres organes n'en ont point offert de traces.

II. — Pathologie comparée.

Tubercules du foie et des reins chez une truie; par M. le professeur Rayer.

M. Collonties, inspecteur de l'abattoir de Château-Landon, a bien voulu m'adresser plusieurs pièces pathologiques dont voici la description détaillée :

Une truie âgée de 2 ans, d'un poids de 130 kilogrammes, et qui avait fait deux ou trois portées, fut abattue sans avoir présenté aucun signe de maladie.

A l'autopsie, on trouva le foie et les deux reins farcis d'une multitude de noyaux blanchâtres, arrondis, très-rapprochés les uns des autres. Les plus volumineux pouvaient offrir 5 à 6 centimètres de diamètre, et faisaient saillie à l'extérieur. Dans l'intervalle, le parenchyme hépatique et rénal était parfaitement normal.

Examinées au microscope, ces petites tumeurs présentent une quantité considérable de petits noyaux à forme irrégulièrement sphéroïdale, à contours nettement accusés, finement granulés et contenant un ou plusieurs nucléoles, et résistant à l'action de l'acide acétique. Ils sont environnés d'un grand nombre de gouttelettes graisseuses.

Tous les autres organes de l'animal étaient parfaitement sains.

Feu de Saint-Antoine chez un porc mâle.

Cet animal a été frappé avec une telle intensité que, dans l'espace d'une heure après le début de la maladie, il est devenu indispensable de l'abattre.

On a trouvé l'estomac chargé d'un liquide noirâtre, au milieu duquel nageaient quelques aliments non encore digérés. La muqueuse gastrique était tuméfiée et fortement injectée. L'intestin grêle, ballonné par des gaz excrémentitiels, offrait aussi une injection notable. La moelle épinière était plongée dans un liquide sanguinolent, comme chez les animaux surmenés. Enfin le derme était le siége d'une injection sanguine des plus intenses, et qui pénétrait à plusieurs centimètres de profondeur dans le lard.

Les reins de cet animal, qui nous ont été envoyés, offraient un rouge vif, et se trouvaient parsemés de petits points visibles à l'œil nu : c'étaient les glomérules de Malpighi très-fortement injectés, ainsi que l'examen histologique a permis de le constater.

Séances de décembre.

I. — Physiologie.

Notes pour servir a l'histoire de l'asphyxie; par M. Paul Bert.

I. *Résistance à l'asphyxie des animaux à sang chaud nouveau-nés.* — La lenteur avec laquelle survient la mort des mammifères nouveau-nés

quand on les immerge dans l'eau est vulgairement connue depuis les recherches de R. Boyle (1670), de Buffon, de Legallois, etc... Ces expérimentateurs ont constaté que cette résistance à l'asphyxie persiste pendant les jours qui suivent la naissance, mais va en diminuant jusqu'à une époque qui n'a pas été nettement déterminée et qui bien évidemment varie pour chaque espèce.

La plupart des auteurs classiques s'accordent à faire coïncider cette époque avec l'oblitération des orifices (trou de Botal, canal artériel), qui font chez le fœtus communiquer directement les cavités droites avec les cavités gauches du cœur, sans que le liquide nourricier soit obligé de passer par la circulation pulmonaire. On conçoit en effet que cette voie toujours ouverte, permettant au sang de cheminer librement, alors que la respiration est suspendue et le poumon gorgé, puisse aider à la prolongation de la vie.

Je ne veux pas dans cette simple note insister sur les objections presque sans réplique qu'on aurait pu opposer à cette manière de voir. Il vaut mieux en physiologie expérimenter que discuter. J'ai donc appelé à mon aide l'investigation directe, et je me suis proposé de chercher : 1° si, chez certains animaux, la résistance à l'asphyxie avait encore lieu après l'oblitération des orifices fœtaux; 2° si en sens inverse, chez certains autres, les nouveau-nés dont les orifices vasculaires seraient encore perméables au sang ne présenteraient pas une résistance moindre que les adultes.

Première question. — Une double précaution est prise dans toutes les expériences qui vont être rappelées : l'eau où les animaux sont immergés est tiède (20 à 30° C.), et les animaux y sont entièrement libres, sans aucune compression, et maintenus seulement par un diaphragme qui les empêche de remonter à la surface.

Voici les résultats fournis par de jeunes rats albinos :

N° 1,	âgé de	12 à 15 heures,	fait un dernier mouvement à	30m
N° 2	—	3 jours	—	20m
N° 3	—	id.	—	27m
N° 4	—	6 jours	—	15m
N° 5	—	7 —	—	12m
N° 6	—	10 —	—	11m,30s
N° 7	—	13 —	—	7m,20s
N° 8	—	20 —	—	1m,35s

1m,35s est le temps au bout duquel meurent en moyenne les rats adultes immergés.

Or, à partir du n° 5 (inclusivement), l'examen nécroscopique fait avec le soin le plus minutieux montre que le trou de Botal comme le canal artériel sont complétement oblitérés. Cependant la résistance à l'asphyxie est évidente pendant plusieurs jours encore. Il n'y a donc aucun rapport entre cette résistance et la perméabilité des communications fœtales.

Deuxième question. — La réponse m'a été fournie par de jeunes poulets nouvellement éclos. En effet, tandis qu'un poulet voisin de l'âge adulte se noie en trois ou quatre minutes et quelquefois un peu plus, j'ai vu les jeunes éclos depuis vingt-quatre heures, ou même sortant de la coquille, mourir dans l'eau tiède en 1m,20s ou en 1m,25s. Bien plus, en brisant l'œuf avec précaution quelques jours avant l'éclosion, il m'a été facile de constater que le fœtus qui était déjà tout recouvert de plumes succombait à peu près aussi vite qu'après l'éclosion. Et il est bien évident que dans toutes ces circonstances, canal artériel comme trou de Botal étaient entièrement ouverts.

Mais il ne faudrait pas croire que tous les jeunes oiseaux présentent la même exception à la règle établie pour les mammifères. Si, au lieu d'expérimenter sur les gallinacés, dont les jeunes mangent eux-mêmes et courent à peine éclos, on s'adresse à ces oiseaux dont les petits sont nus pendant plusieurs jours après l'éclosion, et incapables de pourvoir à leurs besoins (passereaux, etc.), on retrouve la résistance signalée depuis si longtemps chez les chiens, lapins, etc.

En effet, de jeunes moineaux (*passer domesticus*, L.), n'ayant pas encore de plumes, ont mis à se noyer de 7m à 7m,40s; des mésanges à tête noire (*parus major*, L.), dont les plumes commençaient à sortir, sont mortes en 2m,20s à 2m,45s, et des hirondelles de cheminée (*hirundo rustica*, L.), dont les plus longues rémiges avaient déjà 5 centimètres, ont résisté de 1m,30s à 1m,50s. Or les parents de ces jeunes oiseaux meurent en un temps qui varie de 30s à 50s.

Il y a donc une différence considérable au point de vue de l'asphyxie entre les jeunes appartenant à ces deux grandes divisions de la classe des oiseaux établies par Ch. Bonaparte, les *altrices* et les *nutrices*. Quelque chose d'analogue, mais de beaucoup moins accentué, avait été signalé par W. Edwards entre les mammifères qui viennent au monde les yeux fermés, incapables de marcher (chiens, chats, lapins), et ceux qui naissent les yeux ouverts, dans un état de développement beaucoup plus avancé (cochons d'Inde, chevreaux, etc.). En résumé, les faits rapportés ci-dessus démontrent de la manière la plus évidente que la résistance à l'asphyxie présentée par la plupart des animaux nouveau-nés n'est en aucune façon, liée à la persistance du trou interauriculaire et du canal interartériel.

II. *Différences présentées par l'asphyxie dans l'acide carbonique, dans l'azote, etc. (jeunes mammifères).* — Mon intention n'est pas d'aborder la difficile question de savoir comment agit l'acide carbonique dans l'asphyxie; je veux seulement indiquer un fait qui n'a pas été, je crois, signalé jusqu'ici.

On sait que les grenouilles meurent beaucoup plus vite dans l'acide carbonique que dans l'azote ou l'hydrogène; mais on n'avait pas, à ma connaissance du moins, tenté de répéter l'expérience sur les mammifères, à cause de la trop grande rapidité de leur mort dans un milieu non oxygéné. Mais la longue résistance des nouveau-nés à l'asphyxie m'a conduit à expérimenter sur eux, et voici quels résultats j'ai obtenus :

Première expérience. — Rats albinos de quatre ou cinq jours, pesant 6 à 7 grammes. L'expérience est disposée comme il suit : le gaz étant renfermé dans une cloche de 120° sur le mercure, l'animal est passé rapidement à travers le métal, et introduit dans la cloche; un large bouchon est immédiatement ajouté de la même façon, de manière à éviter au jeune rat le contact refroidissant du liquide; puis le tout est porté sur un poêle où est entretenue une température d'environ 20°.

N° 1. Hydrogène préparé par Zn et SO^3,HO. L'animal fait des mouvements d'inspiration pendant vingt-trois minutes.

N° 2. Azote préparé par le phosphore à chaud et à froid. L'animal se débat pendant une minute environ, puis tombe sur le flanc, et fait des mouvements d'inspiration pendant seize minutes. Retiré, puis ouvert, on voit battre le cœur au contact de l'air.

N° 3. CO^2 bien pur. L'animal tombe bientôt sur le flanc, et ne fait plus aucune inspiration au bout d'une ou deux minutes. Retiré à vingt minutes, le cœur ne bat plus à l'air.

N° 3'. CO^2 id. L'animal s'agite pendant une minute environ, puis tombe et ne fait plus aucune inspiration. Retiré à dix minutes, le cœur ne bat plus à l'air.

Deuxième expérience. — Rats du même âge à peu près que les précédents (sans poils encore, yeux fermés; pesant 6gr,5).

N° 1. Azote préparé par le phosphore à chaud, et laissé sur l'eau en présence du phosphore à froid pendant quatre jours. L'animal se débat pendant une minute environ, puis exécute des mouvements inspiratoires pendant vingt-deux minutes. Retiré à vingt-cinq minutes, le cœur exposé à l'air bat encore et répond aux excitants.

N° 2. Noyé dans eau de 25 à 30°. S'agite pendant 1m,30s, fait des mouvements inspiratoires jusqu'à trente et une minutes. Retiré à 35 minutes : les oreillettes battent encore.

N° 3. CO^2 bien pur. Agitation une minute; mouvements inspiratoires deux à trois minutes. Retiré à sept minutes. Le cœur ne bat plus.

Troisième expérience. — Rats un peu plus âgés que ceux de la première et de la deuxième expérience (6 à 7 grammes, commençant à avoir du poil, yeux fermés).

N° 1. Azote pur. Agitation une minute. Fait trois ou quatre inspirations, reste immobile trois ou quatre minutes, puis inspire à 6m,30s, 9m, 12m, 13m, 13m,30s, 14m,30s, 15m. Retiré alors, il inspire encore : réchauffé, frictionné, il revient à la vie.

N° 2. CO^2 pur. Agitation une minute. Fait huit ou dix inspirations de moins en moins fortes jusqu'à six minutes où a lieu la dernière. Retiré à dix minutes, déjà froid, le cœur exposé à l'air ne bat plus.

Quatrième expérience. — Rats frères des rats de la seconde expérience, faite sept jours après celle-ci (poils déjà longs, yeux fermés, pesant 13 grammes).

N° 1. Azote préparé comme le précédent, et depuis huit jours au contact du phosphore sur l'eau. Agitation trente secondes. Mouvements d'inspiration réguliers. L'animal, retiré à 7m,30s, réchauffé, revient à la vie.

N° 2. CO^2 bien pur. Agitation trente secondes; à partir d'une minute, fait de nombreuses et petites inspirations, dont la dernière a lieu à 3m,40s.

Ces courtes indications sont très-suffisantes pour faire voir que, malgré quelques différences de détail dont la raison ne m'est pas encore bien connue, la mort dans l'acide carbonique est infiniment plus rapide que dans l'eau ou dans l'hydrogène et l'azote. Voici donc vérifié pour les mammifères ce qui avait été constaté pour les batraciens. Je me contente d'indiquer ce fait, sans vouloir encore en tirer des conséquences théoriques.

II. — Tératologie

Mémoire sur la production de certaines formes de monstruosités simples; par M. Dareste.

Les expériences que je poursuis, depuis plusieurs années, sur la production artificielle des monstruosités animales, m'ont permis d'étudier plus de 300 poulets monstrueux qui se sont formés dans mes appareils d'incubation. Comme ces monstres ont été retirés de la coquille à des époques différentes de l'incubation, et que, par conséquent, ils m'ont présenté des degrés très-inégaux de développement suivant l'âge auquel je les observais, il m'a été possible de constater par des observations directes, pour un certain nombre de types monstrueux, la série des modifications anatomiques qui écartent l'organisation de l'état normal, et qui impriment au développement de l'être une direction nouvelle.

J'ai actuellement tout lieu d'espérer qu'en multipliant mes expériences je pourrai faire connaître l'origine et les divers états organiques qui se succèdent dans tous les types des anomalies simples.

J'ai pour objet de faire connaître ce que ces observations m'ont appris sur le mode de formation des trois types d'anomalies simples qui se sont le plus fréquemment produites dans mes expériences. Ces trois types d'anomalies sont le développement nul ou incomplet des membres, les éventrations, et les hernies de l'encéphale, ou, d'après la nomenclature de M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, les ectromélies, les célosomies et les exencéphalies. Ils sont bien différents les uns des autres, quant à leur nature et quant aux régions du corps qu'ils affectent. Mais elles sont si fréquemment associées deux à deux, et même toutes les trois ensemble sur le même sujet, que j'ai dû me demander si elles ne seraient point les effets divers d'une seule et même cause.

La recherche de cette cause m'a déjà conduit à la connaissance d'un fait très-remarquable : en effet, tous les monstres que j'ai observés et qui appartenaient à l'une de ces trois familles, m'ont présenté une condition anatomique commune, consistant dans un arrêt de développement de l'amnios. J'ai montré comment cet arrêt de développement de l'amnios devient lui-même la cause d'un arrêt de développement de l'allantoïde, et comment cet arrêt de développement de l'allantoïde devient lui-même, à un moment donné, un obstacle à l'exercice de la respiration, et amène ainsi d'une manière fatale la mort par asphyxie de l'embryon, à une époque antérieure à l'éclosion.

Je me propose aujourd'hui d'expliquer comment cet arrêt de développement de l'amnios est en rapport direct avec la production des trois formes d'anomalies que je viens d'indiquer et d'un certain nombre d'anomalies secondaires qui paraissent, dans bien des cas, en être la conséquence : en effet, la célosomie s'accompagne fréquemment de courbures anormales de la colonne vertébrale, et l'exencéphalie est presque toujours associée à diverses anomalies des yeux ou de la face.

Et d'abord, il est bien évident que la célosomie ou l'éventration, quel que soit du reste le nombre des organes qui font hernie en dehors de la cavité thoraco-abdominale, qu'ils soient réduits au ventricule du cœur ou qu'ils comprennent le cœur, le foie, l'estomac, la plus grande partie de l'intestin, jusqu'aux poumons et aux vésicules aériennes, ne peut se concevoir sans un arrêt de développement des parois thoraco-abdominales, et sans un arrêt de développement de l'amnios. Il faut en effet, de toute nécessité, que l'ouverture ombilicale reste plus ou moins largement ouverte, pour laisser une issue aux viscères qui sont ordinairement contenus dans la cavité du corps. Mais il s'agit de savoir si l'arrêt de développement de l'amnios est antérieur ou postérieur à l'éventration.

L'étude d'un grand nombre de faits m'a convaincu que, du moins le plus ordinairement, l'éventration précède l'arrêt de développement de l'amnios. J'ai constaté en effet, dans bien des cas, l'existence d'adhérences entre les viscères déplacés et certaines parties de l'aire vasculaire, ou bien entre ces mêmes viscères et certaines parties des parois de l'ouverture ombilicale elle-même. Ces adhérences résultaient de la formation de brides membraneuses. Il est bien évident pour moi que ces adhérences, lorsqu'elles existent, sont le point de départ de l'éventration. Nous savons en effet que les blastèmes qui doivent former les parois abdominales de l'embryon et que l'on désigne sous les noms de *lames ventrales* ou *viscérales*, se forment des deux côtés des lames dorsales, et qu'ils sont par conséquent, à leur origine, considérablement écartés l'un de l'autre. Plus tard, les lames ventrales se recourbent au-dessous de l'embryon et se rapprochent l'une de l'autre en marchant vers la ligne médiane, de manière à transformer la lame embryonnaire primitive en une cavité cylindrique qui enferme les viscères. Rien n'est donc plus facile de comprendre que, si les viscères ont contracté des adhérences avec l'aire vasculaire, ils forment un obstacle à la réunion médiane des lames ventrales, et qu'ils empêchent, par conséquent, la formation de l'amnios à la région antérieure des corps. Ici, comme on le voit, l'arrêt de développement de l'amnios est un fait postérieur à l'anomalie.

Ici toutefois je dois ajouter que je n'ai pas toujours constaté l'existence de ces brides membraneuses. J'ai lieu cependant de supposer que ces brides peuvent exister à un moment donné, qu'elles peuvent, par conséquent, agir pour déterminer des anomalies, puis se déchirer et disparaître sans laisser aucune trace appréciable de leur existence : car elles sont d'une très-grande minceur, et par suite, d'une très-grande fragilité. Il m'est arrivé fréquemment, dans mes expériences, de les voir se rompre d'elles-mêmes, sous la seule influence des mouvements légers que j'imprimais à mes embryons pour les étudier. Rien n'empêche donc de supposer que la cause prochaine des éventrations consiste, pour le plus grand nombre des cas, dans l'existence de ces brides membraneuses, et que cette cause est beaucoup plus générale que l'observation seule ne semblerait l'indiquer : seulement je ne suis pas en droit d'affirmer que les éventrations, dans quelques cas particuliers, ne pourraient avoir une tout autre origine.

Dans la célosomie, l'arrêt de développement de l'amnios est donc consécutif à la formation de l'anomalie. Il n'en est pas de même des autres anomalies qui sont le sujet de ce mémoire : elles sont évidemment pour moi la conséquence de l'arrêt de développement de l'amnios.

On comprend tout d'abord que si l'amnios cesse de s'accroître à un moment donné de son existence, sans que l'embryon cesse simultanément de s'accroître, l'embryon, au lieu de flotter librement dans l'intérieur du liquide amniotique, se trouvera immédiatement en contact avec les parois de l'amnios, et sera par conséquent exposé à subir des pressions plus ou moins étendues sur divers points de sa surface. Le développement embryonnaire sera donc plus ou moins complétement entravé, et l'on verra, sous l'influence de ces causes purement mécaniques, se produire un certain nombre d'anomalies, consistant tantôt dans des changements de position, et tantôt dans le défaut plus ou moins complet du développement de certains organes.

J'ai déjà dit que la célosomie s'accompagne très-fréquemment de courbures anormales de la colonne vertébrale. Ces courbures sont très-diverses quant à leur nature, et ne peuvent par conséquent se prêter à une description générale ; mais quelque grande que soit leur diversité, elles m'ont toujours présenté le caractère commun d'être liées à un arrêt de développement de l'amnios. J'ai même remarqué que ces incurvations de la colonne vertébrale étaient surtout fréquentes dans les cas de célosomie où l'amnios s'était arrêté aux premiers temps de sa formation, et présentait encore un ombilic amniotique plus ou moins largement ouvert. Ici l'influence de la cause mécanique était parfaitement évidente ; car la longueur de l'embryon étant plus considérable que celle de la cavité de l'amnios, les courbures de la colonne vertébrale ont été la conséquence nécessaire de cette différence de longueur entre le contenant et le contenu.

Ces considérations s'appliquent également aux faits de déviations des membres que j'ai eu à diverses reprises occasion d'observer. On comprend en effet qu'une pression extérieure peut imprimer aux différents segments des membres des positions vicieuses, et que, par suite de ces positions vicieuses, les surfaces articulaires des os peuvent être plus ou moins modifiées. Je puis citer à cette occasion plusieurs cas de déviation des pieds qui rappelaient d'une manière plus ou moins exacte les dispositions observées dans les pieds bots.

Les ectromélies, c'est-à-dire les anomalies caractérisées par une atrophie partielle ou totale des membres, peuvent également s'expliquer par le fait d'une compression extérieure qui a mis obstacle au développement de ces parties.

Tous ces faits ne présentent aucune difficulté et s'expliquent de la manière la plus satisfaisante, du moment que l'on admet l'existence d'une compression déterminée par l'amnios. Aussi plusieurs anatomistes, parmi lesquels je dois citer M. Cruveilhier, ont-ils cherché, avant moi, à expliquer l'origine de certaines monstruosités, et particulièrement de celles qui sont caractérisées par le déplacement et le changement de position de certains organes, par l'action de pressions extérieures exercées sur l'embryon. Mais ils n'ont fait valoir à l'appui de leur thèse que des considérations purement théoriques, tandis qu'ici je raconte ce que j'ai vu.

Or si, dans certains cas, il était facile d'expliquer théoriquement, par une pression extérieure, la formation de plusieurs anomalies, il y a d'autres anomalies où ce mode de production ne pouvait être soupçonné : telles sont les exencéphalies. Ici l'observation seule pouvait m'apprendre qu'un très-grand nombre d'exencéphalies résultent d'une pression exercée par l'amnios. C'est là assurément une des conséquences les plus curieuses et les plus inattendues de mes recherches tératologiques.

L'encéphale est, à son origine, constitué par un certain nombre de vésicules pleines de sérosité, dont les parois s'épaississent peu à peu par la formation de la matière nerveuse. Ces vésicules sont recouvertes par trois membranes extrêmement minces qui sont les points de départ de la peau, du crâne et de la dure-mère, mais qui sont trop molles pour pouvoir protéger les organes qu'elles revêtent contre des pressions extérieures.

J'ai observé plusieurs fois des exencéphalies en voie de formation, et j'ai pu constater parfaitement l'existence d'une compression exercée par l'amnios sur les vésicules encéphaliques. Par suite de cette compression, les vésicules changèrent de forme : au lieu de conserver leur forme sphérique, elles s'aplatissaient de haut en bas, et en même temps s'élargissaient sur les côtés, de manière à former un rebord saillant qui débordé latéralement les parois de la tête, ce qui est séparé du reste de la tête par un sillon plus ou moins profond. Rien n'empêche dans ces conditions nouvelles la formation de la matière nerveuse dans l'intérieur des vésicules ; mais la formation des parties cartilagineuses et osseuses du crâne ne peut se faire que d'une manière incomplète, et s'arrête au fond du sillon qui sépare du reste de la tête les vésicules encéphaliques ainsi déformées. J'ai d'abord constaté ce fait pour les hernies totales de l'encéphale, qu'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire désignait sous les noms d'hyperencéphalies et de podencéphalies, et qui ne diffèrent l'une de l'autre que par l'étendue plus ou moins considérable de l'ossification au-dessous de la tumeur herniaire. J'ai eu, dans ces derniers temps, occasion d'observer plusieurs encéphalies partielles en voie de formation, et j'ai pu constater qu'elles se forment par le même mécanisme.

Maintenant je dois faire observer que si j'ai constaté le fait d'une compression dans un grand nombre de cas, je ne suis pas cependant en droit d'affirmer que ce fait existe dans tous les cas. En effet, j'ai rencontré, rarement il est vrai, quelques embryons encépbales qui flot-

taient dans un liquide amniotique très-abondant, et chez lesquels, par conséquent, je n'ai pu constater aucun fait actuel de compression. Mais j'ai lieu de supposer que la compression avait primitivement existé, qu'elle avait modifié la forme des vésicules encéphaliques, puis qu'elle avait cessé à un certain moment, par suite, soit d'un changement de position de l'embryon par rapport à l'amnios, soit d'une augmentation de la sécrétion du liquide amniotique.

Il faut encore ajouter ici que la race des poules de Padoue présente, entre autres caractères, celui d'une hernie normale et héréditaire des hémisphères cérébraux, et qu'ici, par conséquent, le fait d'une compression ne peut être invoqué comme cause prochaine de l'anomalie.

Cette anomalie, si remarquable à bien des égards, que présentent les poules de Padoue, nous montre donc qu'on ne saurait mettre trop de réserve dans la détermination des causes des monstruosités, puisque les mêmes déviations organiques peuvent être le résultat de causes diverses. Je n'ai donc pas la prétention de dire ce qui se produira dans tous les cas possibles; mais je rappelle que mon mémoire est entièrement fondé sur l'observation directe des faits. Je crois donc pouvoir conclure que les arrêts de développement de l'amnios sont tantôt l'effet et tantôt la cause de certaines anomalies, et je ferai remarquer à ce sujet que si l'amnios joue ainsi un grand rôle dans la production des monstruosités, ces monstruosités ne doivent point se rencontrer chez les batraciens et chez les poissons dont l'embryon est dépourvu d'amnios.

III. — Pathologie.

Ataxie locomotrice; cancroïde utérin; mort; mensuration des diamètres et examen microscopique de la moelle; par V. Cornil.

Roux (Marie), âgée de 44 ans, couturière, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, le 4 septembre 1863.

Elle est amaigrie, brune, de tempérament nerveux. Réglée pour la première fois à 17 ans, elle a eu trois enfants, et depuis six mois a éprouvé des pertes utérines abondantes qui ont cessé depuis six semaines. C'est pour ces pertes et son affection utérine qu'elle entre à la Salpêtrière. Au toucher utérin, le col est aplati, large, bourgeonnant, à bords renversés en dehors. L'utérus est fixé.

En outre, elle nous dit qu'elle a été traitée il y a six ans pour une paraplégie. Elle est restée alors deux mois à l'hôpital de la Charité, avec des douleurs en ceinture et des douleurs fulgurantes dans les masses musculaires des extrémités inférieures. On lui a posé alors quatre cautères dans la région lombaire. Cette paraplégie a été amendée sous le rapport des douleurs, mais n'a pas été guérie, ainsi qu'on s'en assure en voyant marcher la malade. Alors en effet les mouvements sont irréguliers, non coordonnés; les pieds sont jetés à droite et à gauche; la station est impossible quand on lui ferme les yeux, et l'on s'assure qu'elle a perdu la notion de position des extrémités inférieures. Les extrémités supérieures sont atteintes, mais à un plus faible degré.

On institue le traitement au nitrate d'argent le 2 octobre et on le continue jusqu'au 2 décembre. Pendant le cours de ce traitement, les douleurs des membres et celles en ceinture n'ont pas été observées. Le nitrate d'argent avait causé des démangeaisons sans éruption à la peau et le liseré caractéristique des gencives.

Pendant le mois de novembre, elle vomit souvent et éprouva des pertes utérines assez considérables. Le 5 décembre, une métrorrhagie très-abondante se manifesta, dura plusieurs jours, et laissa après elle une anémie profonde qui enleva la malade le 29 décembre, à six heures du soir.

Autopsie faite le 31 décembre 1863. — *Ouverture du thorax : péricarde sain*. Le *cœur* présente à la surface endocardique, sur les colonnes musculaires du premier ordre, des points jaunâtres ou des lignes entre-croisées qui sont constituées par une dégénérescence graisseuse partielle des muscles dans ces points. Les orifices du cœur, non plus que son volume, ne présentent rien d'anormal.

Les *poumons* sont anémiés et emphysémateux à un faible degré.

Abdomen. Le *foie* est gros, pesant; sa surface est lisse et jaune, ainsi que sa coupe. Il est gras à un haut degré.

La *rate* est normale, ainsi que l'*estomac* et le *tube digestif*.

Le *rein droit* est gros; sa capsule se détache facilement; le bassinet, les calices et l'uretère distendus sont remplis par un *pus* légèrement jaunâtre bien lié; la substance corticale offre aussi, le long des artères, de petits foyers purulents miliaires. Après avoir lavé la muqueuse du bassinet et de l'uretère, on voit à sa surface une injection vasculaire bien marquée.

Le *rein gauche* présente les altérations de la néphrite parenchymateuse : substance corticale jaunâtre, tubes contournés remplis de cellules épithéliales infiltrées de granulations graisseuses.

La *vessie* est vascularisée à sa surface et contient du pus.

Le *col utérin* est gros, entr'ouvert, bourgeonnant. A la lèvre postérieure existe un gros champignon composé de bourgeons secondaires.

A l'examen microscopique du col, on trouve des globes épidermiques, des cellules prismatiques, des corps fibro-plastiques et des acini glanduliformes.

Les membres inférieurs sont œdémateux, sans qu'on trouve de caillots anciens dans les veines iliaques et fémorales.

Centres nerveux. Le crâne est mince; les méninges cérébrales et le cerveau n'offrent aucune lésion.

Les nerfs optiques sont gris, mous, semi-transparents et atrophiés. Les nerfs olfactif, acoustique, etc., sont sains.

Moelle épinière. La pie-mère spinale est adhérente, épaissie et opaque dans sa partie postérieure. Les racines postérieures sont atrophiées. Les cordons postérieurs sont semi-transparents et grisâtres.

Mensurations et examen microscopique. Pour apprécier exactement les dimensions des divers diamètres de la moelle de cette malade comparativement avec ceux de la moelle saine, j'ai fait durcir par le même procédé cette moelle et celle d'une femme du même âge morte sans lésion médullaire. Pour cela, on les a mises deux jours dans l'alcool, puis deux ou trois jours dans une solution d'acide chromique. Cela fait, on a pratiqué des coupes exactement transversales de ces deux moelles à chacune des origines des nerfs rachidiens. Ces coupes, assez minces pour être vues à un faible grossissement et comprenant toute l'épaisseur de la moelle, ont été mesurées au micromètre avec un grossissement de 12 diamètres (oculaire 2, objectif 2 dédoublé de Hartnach), en ayant soin de ne pas les recouvrir d'un petit verre qui aurait pu les aplatir. On a mesuré ainsi les diamètres transversal et antéro-postérieur. Dans ce dernier, on a mesuré l'épaisseur des cordons antérieurs étendus de la surface antérieure de la moelle à la commissure blanche, et le diamètre des cordons postérieurs étendu de la surface postérieure de la moelle à la commissure grise.

Pendant que le diamètre transversal a été trouvé sensiblement le même dans les deux moelles, le diamètre antéro-postérieur était diminué d'une façon constante sur toutes les coupes de la moelle d'ataxique. Le rapport approximatif des moyennes des mensurations du diamètre antéro-postérieur de la moelle saine à celui de la moelle malade était de 100/80, c'est-à-dire que ce dernier était diminué de 1/5. Cette diminution de diamètre avait lieu uniquement aux dépens du diamètre antéro-postérieur des cordons postérieurs, dont le rapport avec le même diamètre mesuré dans la moelle saine était de 2/3, en sorte *que le diamètre des cordons postérieurs de la moelle de l'ataxique avait diminué d'un tiers*.

L'examen microscopique fait à de plus forts grossissements nous a paru offrir de l'intérêt à cause de cette circonstance que notre malade avait succombé à une affection indépendante de la moelle, à un épithélium utérin, et que les lésions des tubes nerveux de la moelle n'étaient pas arrivées à leur période ultime, ainsi qu'on le verra bientôt. Voici les résultats obtenus sur des coupes horizontales comprenant toute l'épaisseur de la moelle, et sur des coupes verticales passant par les cordons postérieurs. Sur les premières, on voit, à un grossissement de 80 diamètres (obj. 4, oc. 2 Harth.), que, tandis que les cordons antéro-latéraux présentent des tubes nerveux de même diamètre, rendus opaques par la substance médullaire qu'ils contiennent, la coupe des faisceaux postérieurs présente des points arrondis opaques parsemés sur un fond transparent. Ces faisceaux postérieurs examinés à 220 diamètres (obj. 7, ocul. 2), montrent que les points opaques sont formés par des granulations graisseuses disposées autour d'un cylindre d'axe dont la coupe apparaît au centre de ces granulations comme un point brillant. Le tissu environnant, plus clair, est constitué par les mailles étroites de tissu cellulaire, au centre desquels passe le cylindre d'axe atrophié et pâle des tubes nerveux arrivés à la dernière période de l'atrophie. Ces mailles de tissu connectif contiennent des noyaux généralement allongés et sont en certains points le siége de fines granulations graisseuses. De distance en distance on voit des corpuscules amylacés généralement situés autour des vaisseaux dont la paroi est épaissie, sans dégénération athéromateuse.

Sur les coupes verticales, on a la confirmation des mêmes lésions sous une autre apparence. Les tubes nerveux se voient alors dans le sens de leur longueur : un certain nombre d'entre eux paraissent opaques à un faible grossissement, et l'on reconnaît avec un objectif plus fort que leur opacité est due à des granulations graisseuses qui entourent le cylindre d'axe bien conservé. Ces granulations graisseuses sont parfois réunies dans une enveloppe (corpuscules granuleux de Gluge). Le tissu voisin, qui constitue la majeure partie des cordons postérieurs, offre des lignes parallèles pâles qui sont le vestige des tubes nerveux atrophiés et pâles.

Les cellules nerveuses de la substance grise, ainsi que celles des ganglions spinaux, sont intactes.

Ainsi, dans ce cas, l'atrophie des tubes nerveux des cordons postérieurs n'est pas arrivée à sa dernière limite, et l'on voit très-bien une phase du processus morbide, *la dégénération graisseuse de la substance médullaire de ces tubes*.

Cet examen microscopique est en résumé une confirmation complète de l'observation qu'ont faite MM. Vulpian et Charcot sur les lésions de l'ataxie locomotrice, à savoir : que dans les tubes altérés la substance médullaire se segmente en fines granulations graisseuses, et que cette dégénérescence précède leur atrophie qui s'effectue absolument comme dans la partie périphérique des nerfs séparés des centres nerveux.

IV. — Pathologie comparée.

Affection vermineuse insolite chez les gallinacés; par M. Legros, interne des hôpitaux.

Au mois de septembre dernier, me trouvant dans les environs de Grenoble, j'ai vu une mortalité inusitée sévir sur les poules d'une basse-cour où plusieurs variétés de ces oiseaux étaient rassemblées. C'étaient surtout les poules de Crèvecœur qui succombaient à cette épidémie : on les voyait maigrir, devenir tristes, et mourir épuisées sans avoir jamais perdu l'appétit; elles paraissaient au contraire, pendant les derniers jours de la vie, offrir une voracité inusitée.

Ayant fait l'ouverture de deux de ces oiseaux, j'ai trouvé le gésier hérissé de petits vers, dont les uns étaient entièrement cachés dans l'épaisseur de la muqueuse, tandis que les autres, insérés par l'une de leurs extrémités dans cette membrane, flottaient librement par l'autre bout dans la cavité stomacale. Ces petits entozoaires étaient tellement serrés les uns contre les autres, que dans certains endroits ils formaient une espèce de tissu.

M. le professeur Robin, ayant examiné les pièces, a reconnu l'espèce à laquelle appartenaient ces petits vers : c'est le *spiroptera nasuta* de Rudolphi, helminthe assez rare, et qui n'a guère été rencontré que chez les moineaux.

On se demande comment ils ont pu résister à l'action puissante des muscles du gésier, qui broie les aliments les plus durs à l'aide des cailloux dont il est rempli. On est forcé de croire que pendant la digestion, ces petits vers se réfugient dans l'intérieur de la muqueuse, dont l'épithélium assez épais suffit sans doute pour les protéger.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. **Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne**; par MM. les docteurs Belhomme, ancien interne du Midi et de Lourcine, et Aimé Martin, ancien interne de Saint-Lazare. — Paris, A. Coccoz, libraire-éditeur, 1864.

II. **De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle**; par le docteur Aimé Martin, ancien interne de Saint-Lazare, etc. — Paris, A. Coccoz, libraire-éditeur, 1863.

« Nous avons eu pour but, disent MM. Belhomme et A. Martin dans leur préface, de faire un livre qui fût non-seulement l'expression fidèle des progrès accomplis en syphiliographie pendant ces dernières années, mais qui fût aussi un guide pour le praticien aux prises avec les difficultés cliniques que présente si souvent cette branche de la médecine... Étrangers à tout parti pris, nous avons cherché, sans arrière-pensée, sans idée préconçue, à trouver la vérité dans le chaos des opinions qui se heurtent à chaque pas. »

Tels sont le programme et la profession de foi de nos jeunes confrères, qui ont divisé leur traité en trois parties :

1° Dans la première, ils décrivent les diverses manifestations de la syphilis, en commençant par l'accident primitif, le chancre infectant, puis en étudiant successivement les différents autres symptômes selon l'ordre des tissus et des régions dans lesquels ils se produisent.

2° La deuxième partie est consacrée au chancre simple (chancre mou, chancroïde, chancrelle), qui, selon les auteurs, n'a aucun lien avec la syphilis.

3° La blennorrhagie chez l'homme et chez la femme, ainsi que les différentes affections qui peuvent la compliquer, constituent la troisième partie qui s'accompagne d'un chapitre sur la prophylaxie des maladies vénériennes.

Enfin, un formulaire syphiliographique d'une vingtaine de pages complète et termine cet ouvrage.

Si l'on tient compte de l'influence capitale que les diverses théories exercent sur la solution des nombreux problèmes syphiliographiques, ainsi que sur la thérapeutique de la plupart des maladies vénériennes, on comprend à merveille que les auteurs de cet ouvrage aient donné dans leur introduction l'historique et l'exposé des théories diverses qui ont été émises sur la syphilis. Par la même occasion, ils signalent aussitôt leurs préférences doctrinales, et c'est ainsi qu'ils évitent de revenir plusieurs fois sur les mêmes questions théoriques.

Pour MM. Belhomme et Martin, l'origine moderne de la vérole dont l'apparition n'aurait eu lieu en Europe qu'à la fin du XV[e] siècle, et, d'un autre côté, l'ancienneté du chancre simple qui aurait existé de toute antiquité, constituent d'excellents arguments à invoquer en faveur de la doctrine de la dualité qu'ils croient devoir adopter complétement.

En vérité, nous comprenons peu l'importance qu'on attache à ces preuves historiques, alors surtout que les doctrines rivales invoquent des témoignages identiques et se servent parfois de l'interprétation des mêmes textes pour la défense de leur cause. M. Rollet, si nos souvenirs ne nous font pas en ce moment défaut, n'a-t-il pas également trouvé des preuves historiques qui octroient au chancre mixte une origine antique et de nobles aïeux?

Pour nous, nous préférons à de tels arguments ceux qui se déduisent de l'observation clinique et de l'expérimentation. Or, c'est à ces deux points de vue surtout qu'il faut examiner la légitimité de la doctrine dualiste.

Un des points capitaux de cette théorie qui serait révélé par l'expérimentation, c'est que, nous dit-on, le chancre infectant ne s'inocule pas au sujet qui le porte, tandis que le chancre simple peut s'inoculer à l'infini.

Déjà, en 1861, M. Melchior Robert, de regrettable mémoire, s'était élevé avec force contre l'absolutisme de cette distinction, et ses nombreuses expériences étaient en contradiction formelle avec les faits avancés par les promoteurs de la dualité. Aujourd'hui, nous trouvons des documents confirmatifs de l'opinion de M. M. Robert dans une intéressante brochure que vient de publier M. J. L. Bidenkap, médecin de réserve de l'hôpital de Christiania (1).

Il s'agit ici de la syphilisation et des procédés qui sont mis en œuvre pour obtenir ce résultat. « La matière qui est employée aux inoculations, dit à la page VII M. Bidenkap, fut prise les premières années indistinctement des chancres infectants et non infectants et des bubons suppurants. Dans les dernières années, après que les doctrines dualistes commencèrent à s'introduire entre les syphilidologues, la matière employée a été prise des chancres infectants. *Cette matière s'est montrée tout aussi inoculable que la matière prise des chancres non infectants, et elle parcourt autant de générations*; peut-être même elle est plus sûre et plus régulière dans ses effets. Il est d'ailleurs trop tôt de juger si l'on en obtient un traitement plus prompt. »

Et plus loin, à la page XIII : « La diathèse syphilitique, outre cette tendance à recommencer par de nouveaux symptômes, montre encore une autre particularité par laquelle elle se distingue des exanthèmes aigus : c'est que l'organisme syphilitique conserve la réceptivité pour les effets locaux de la matière virulente. Il a été *complétement* démontré *par une masse d'expériences* faites à l'hôpital de l'Université, que la matière du chancre infectant se laisse parfaitement inoculer et multiplier pendant une longue série de générations dans l'organisme syphilitique, *de manière que ceci doive être regardé comme une chose certaine*, d'autant plus que nous employons tous les jours la sécrétion des chancres qui sont dérivés de chancres infectants, pour la syphilisation. »

Est-ce clair et précis? Et si nous ajoutons que l'auteur base son opinion sur trois cent dix-huit cas de syphilisation pratiquée par M. le professeur Boeck à l'hôpital de l'Université de Christiania, nous aurons signalé la valeur scientifique du chirurgien qui a présidé à l'expérimentation et la considération que méritent les résultats obtenus.

Est-ce à dire, d'autre part, que les inoculations négatives de MM. Clerc, Rollet, etc., soient sans signification aucune? Telle ne saurait être notre manière de voir. Mais, au lieu d'en conclure avec leurs auteurs à la négation absolue de l'auto-inoculabilité du chancre infectant, nous croyons plus logique de circonscrire leurs déductions dans les strictes limites des diverses conditions physiologiques et morbides au milieu desquelles l'inoculation a été pratiquée.

Car, il ne faut point se le dissimuler, ni M. Melchior Robert ni M. Boeck n'ont jamais prétendu que le pus du chancre infectant soit toujours et fatalement inoculable. Bien mieux, M. Bidenkap relate avec beaucoup de soin les diverses circonstances dans lesquelles l'inoculation syphilitique échoue le plus souvent.

C'est ainsi que, d'après notre confrère de Norwége, tandis que tout traitement mercuriel préalable dérange les effets de la syphilisation et rend la durée des inoculations irrégulière, celles-ci ne réussissent point souvent « chez les enfants atrophiés, atteints d'une syphilis héréditaire, et chez les adultes quand il intervient une maladie qui affaiblit l'organisme, par exemple la fièvre typhoïde, et en général toutes les maladies accompagnées de fièvre.

(1) *Aperçu des différentes méthodes de traitement employées à l'hôpital de l'Université de Christiania contre la syphilis constitutionnelle*; 1863.

Remarquons, en passant, qu'on ne précise nullement dans cette circonstance sur quelle espèce de chancre a été pris le pus qui a servi à ces inoculations négatives. De sorte qu'en admettant que, même dans quelques cas seulement, la matière à inoculation ait été puisée sur des chancres simples, la théorie dualiste se trouve encore ici en défaut, puisque, d'après elle, le chancre simple est inoculable à l'infini sur le sujet lui-même ou sur d'autres sujets.

Ajoutons que cette absence d'indications sur le choix du pus chancreux, ainsi que les déductions qui en découlent, s'appliquent également aux considérations qui vont suivre; car là ne se bornent point les circonstances dans lesquelles échoue l'inoculation du pus syphilitique.

Selon M. Bidenkap, en effet, dès le début des inoculations les différents organismes présentent des différences dans la *réceptivité* ou la faculté de multiplier le virus syphilitique. Ainsi, quelquefois ce peu de réceptivité se montre seulement comme un phénomène temporaire occasionné, ou par un affaiblissement de l'organisme provoqué par une maladie passagère, ou par une mauvaise hygiène, on même assez souvent par l'état chloro-anémique déterminé par l'éruption de la syphilis constitutionnelle.

Et il est tellement vrai que, dans ces conditions, l'insuccès des inoculations syphilitiques tient moins à une différence de pus chancreux qu'à l'influence d'un organisme profondément débilité, que le quinquina, le fer et une bonne nourriture font disparaître cette immunité temporaire; on remarque souvent alors, d'après M. Bidenkap, que les inoculations, quand elles recommencent à prendre, donnent plus de résultat et peuvent se continuer pendant plus longtemps que d'ordinaire.

Mais, en dehors de ces influences générales, il est encore des conditions locales qui favorisent plus ou moins le succès des inoculations, puisque, selon notre distingué confrère de Christiania, la réceptivité du virus syphilitique est plus grande sur les cuisses que sur les bras, et plus grande sur ceux-ci que sur le corps.

Enfin, il n'est pas jusqu'à certaines conditions éventuelles de l'ulcération chancreuse qui ne puissent mettre obstacle au résultat final que l'on recherche. « Il est démontré par des expériences avec la matière chancreuse inoculable, dit encore M. Bidenkap, que celle-ci, quand elle est mêlée avec une matière indifférente, de l'eau par exemple, occasionne peu d'effet, et que si l'on prend une plus grande proportion d'eau (une partie de matière sur dix d'eau), les pustules ne se forment ordinairement pas du tout par l'inoculation. Ce mélange de la matière chancreuse existe certainement souvent, quand on prend la matière avec la lancette des ulcères naturels, surtout quand ceux-ci ont été couverts de compresses d'eau, ou quand ils sont situés sous le pli d'une muqueuse, par exemple sur le gland, et se mêle avec la sécrétion d'une balanite. »

Comme on le voit, la pratique de la syphilisation met complétement à néant les faits capitaux sur lesquels repose la doctrine de la dualité. Le chancre infectant et le chancre simple sont également inoculables chez les sujets qui en sont atteints, et les insuccès des inoculations syphilitiques, qui s'observent également avec les deux pus chancreux, témoignent plutot d'influences générales ou locales inhérentes au sujet, que d'une différence capitale dans la nature des deux ulcérations chancreuses.

Mais, ajoute-t-on, le chancre infectant s'accompagne toujours d'infection générale, ou constitue la première manifestation locale de la diathèse syphilitique, tandis que le chancre simple est une lésion essentiellement locale qui ne réclame par conséquent jamais de traitement général. Cette distinction repose sur un fait d'observation clinique, en vertu duquel les accidents constitutionnels éclatent d'autant moins vite et avec d'autant moins de violence que les chancres primitifs sont plus nombreux, et donnent par conséquent lieu à une suppuration plus abondante.

Mais, si l'on n'oublie point que le chancre infectant est généralement solitaire (quatre fois sur cinq selon M. Clerc), tandis que le chancre simple est ordinairement multiple, on entrevoit immédiatement les conséquences qui en découlent au bénéfice de la doctrine dualiste. Et si nous ajoutons encore que l'affection syphilitique peut, dans quelques cas, subir une évolution excessivement lente, d'autant plus que les manifestations tertiaires peuvent survenir sans l'intermédiaire obligé et préalable des accidents secondaires, il est facile de conclure de ces diverses conditions pathologiques à l'absence de tout indice plus ou moins immédiat de syphilis constitutionnelle.

Mais l'observation clinique ne s'est pas montrée dans tous les cas aussi favorable aux lois de la théorie de la dualité, et des faits nombreux relatés par M. Melchior Robert et par d'autres observateurs ont démontré que les chancres simples ne mettent pas à l'abri de l'infection syphilitique générale. Pour notre part, nous avons été fréquemment témoin de pareils résultats dans le cours de notre carrière militaire, et il nous a été d'autant plus facile de contrôler ce fait, qu'attaché pendant quelques années au service régimentaire nous avons pu observer les mêmes soldats pendant trois ans consécutifs.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur l'examen de cette importante question, et, ces réserves une fois faites, nous allons poursuivre l'analyse de cet ouvrage et de la thèse de M. Martin.

Quelle est la signification pathologique de l'accident syphilitique primitif? Question très-intéressante à résoudre, et dont la solution dépend en grande partie de l'interprétation que l'on donne à l'existence de l'incubation des virus. Suivant que l'accident local est, en effet, la source ou la conséquence de l'infection générale de l'organisme, il est possible ou non de s'opposer aux effets consécutifs des inoculations virulentes en détruisant l'accident primitif de la maladie par la cautérisation ou par tout autre moyen.

Tandis que la première opinion a été patronée par MM. Ricord, Sigmund et Michaelis (de Vienne), la seconde a eu pour défenseurs chaleureux MM. Baumès, Cazenave, Vidal de Cassis, Clerc, Rollet, etc.

Mais, si l'on envisage cette question au point de vue de la pathologie générale; si l'on tient compte des expériences diverses pratiquées par le professeur Renault (d'Alfort) sur les animaux, à l'effet de déterminer si les virus de la morve et de la clavelée étaient absorbés immédiatement après leur inoculation, et, finalement, si l'on consulte les résultats obtenus par M. Aimé Martin à Saint-Lazare et par M. Fernet à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans leurs expérimentations nombreuses avec le virus-vaccin, on arrive à conclure que les virus de la morve, de la clavelée et de la vaccine, inoculés à un individu sain, sont absorbés presque immédiatement; et il reste ainsi acquis à la science que la maladie générale n'est en rien subordonnée au développement d'un travail local qui peut manquer et qui n'est, dans tous les cas, qu'un résultat de l'infection de l'économie.

S'il en est ainsi pour ces maladies, disent MM. Belhomme et Martin, il est permis d'en induire que les choses doivent se passer de la même façon pour la syphilis. Et de cette analogie découlent les conclusions suivantes que nos intelligents confrères n'hésitent pas à admettre :

1° Le virus syphilitique introduit dans les tissus est rapidement absorbé.

2° La période dite d'incubation est le temps nécessaire au virus pour pénétrer l'organisme tout entier et pour se reproduire.

3° La destruction, par la cautérisation ou par tout autre moyen, du chancre infectant n'empêche en rien le développement de la maladie générale.

4° Le chancre infectant n'est que la première manifestation de la diathèse syphilitique.

Quant à la durée moyenne de l'incubation du chancre infectant qui peut être évaluée, suivant M. Clerc, à 14 jours, et selon M. Rollet à 25 jours, M. A. Martin préfère se ranger à l'opinion de M. Diday qui admet que l'incubation est en moyenne de 14 jours, lorsque une lésion primitive a donné la vérole, tandis qu'elle est de 29 jours, lorsque l'infection provient d'un accident secondaire.

Toutes les questions relatives à la contagion syphilitique ont constitué, depuis une vingtaine d'années surtout, un des points les plus intéressants et les plus controversés de l'histoire de la syphilis. L'accident primitif est-il seul contagieux? Les accidents secondaires et tertiaires sont-ils aussi transmissibles? Peut-on contracter la vérole par l'inoculation du sang ou des sécrétions d'un syphilitique? Tout autant de questions, sur la solution desquelles les dissidences se sont dissipées aujourd'hui en grande partie.

Tandis que, pour la doctrine dualiste, le chancre infectant est le seul accident primitif qui puisse donner lieu à un nouveau chancre infectant, la théorie de l'unicité considère le chancre simple et le chancre infectant comme dérivés de la même cause et pouvant se reproduire l'un par l'autre.

Unicistes ou dualistes, tous admettent aujourd'hui que les accidents secondaires sont contagieux, et que le résultat de la contagion secondaire est toujours un chancre. Mais tous les accidents secondaires sont-ils contagieux? et s'ils le sont, le sont-ils tous au même degré? MM. Belhomme et A. Martin adoptent complétement l'opinion de M. Bertherand qui a établi que les accidents secondaires à forme suppurative étaient surtout contagieux. Ainsi l'accident syphilitique secondaire le plus facilement contagieux est, sans contredit, la plaque muqueuse; vient ensuite la diphthérite, lésion décrite pour la première fois en 1861 par M. A. Martin; et enfin, en dernier lieu, ce sont les syphilides pustuleuses (ecthyma, impétigo, acné, rupia).

Quant aux accidents tertiaires, ajoutent les mêmes auteurs, s'ils sont peut-être transmissibles par hérédité, ils ne le sont pas à coup sûr par inoculation, les expériences entreprises par M. Diday l'ayant démontré d'une façon péremptoire.

On ne saurait plus aujourd'hui contester au sang d'un syphilitique sa contagiosité; toutefois il est présumable que, dans l'évolution syphilitique, il existe une limite au delà de laquelle le sang perd son pouvoir contagieux. Pour MM. Belhomme et Martin, il est hors de doute que le sang d'un individu atteint de syphilis tertiaire peut être impunément inoculé à un individu sain, et il est probable aussi qu'à une certaine époque, déjà avancée, de la période secondaire, il en est de même; mais on ne peut révoquer en doute ni négliger complétement les inoculations positives de Waller, de l'anonyme du Palatinat, et surtout celles de M. Pelizzari. Ainsi il est évident pour nous, concluent nos sagaces confrères, que le sang d'un syphilitique secondaire peut être contagieux; mais il l'est moins facilement à coup sûr que le pus de l'accident primitif ou des papules muqueuses.

Enfin, relativement à la contagion par la salive, le lait, la sueur et les sécrétions diverses, MM. Belhomme et Martin déclarent que, dans l'état actuel de la science, rien n'autorise à accepter comme démontrée la contagion de la syphilis par les sécrétions diverses normales ou morbides; mais que cette contagion est possible, probable même, puisqu'elle a lieu dans certaines maladies virulentes autres que la syphilis.

Nous ne nous appesantirons point sur les conditions qui sont le plus favorables à la contagion de la syphilis à la suite des rapports sexuels. Selon MM. Belhomme et Martin, ces conditions sont :

1° Le dépôt du virus syphilitique sur un point de la peau ou des muqueuses;

2° Il faut, très-vraisemblablement du moins, une excoriation, une dépidermation, une déchirure quelconque (si facilement produites par le coït du reste), au point où le virus a été déposé;

3° Il faut admettre que l'individu soumis à la contagion n'y soit pas réfractaire, ou bien qu'il n'ait pas eu la syphilis constitutionnelle ni acquise ni héréditaire. Ajoutons que cette dernière règle souffre de nombreuses exceptions, ainsi que nous en avons fourni des exemples lors de l'article que nous avons consacré en avril 1861 dans la *Gazette médicale* à l'analyse du *Nouveau traité des maladies vénériennes* de M. Melchior Robert.

Qu'est-ce que le *bubon d'emblée*, et faut-il réellement admettre son existence? Cette question, qui a de tout temps suscité des discussions passionnées, est loin d'avoir reçu de tous les syphilographes la même solution. Pour MM. Belhomme et Martin, il ne peut s'agir ici que de l'adénopathie poly-ganglionnaire symptomatique de l'infection constitutionnelle, et non pas du bubon vénérien symptomatique du chancre simple. Puisqu'on doit admettre que, dans certains cas, le chancre infectant peut manquer, de même que l'accident primitif de toute maladie virulente, l'adénite symptomatique de l'infection qui surviendra nécessairement pourra, à la rigueur, se nommer *bubon d'emblée*, puisqu'elle n'aura été précédée d'aucun autre symptôme. Mais, outre que cette exception à la règle générale est fort rare, elle est aussi d'une bien minime importance. Somme toute, la facilité de l'absorption des virus par certaines muqueuses empêche de dire que l'existence du bubon d'emblée soit impossible.

Relativement au siége et à la fréquence du chancre infectant, M. Martin a fait connaître et dans sa thèse et dans son traité, des détails statistiques du plus haut intérêt au point de vue de l'étiologie. C'est ainsi que le *chancre infectant général* existe dans une proportion qu'on peut évaluer à peu près à 95 pour 100 en moyenne. Sur une statistique comprenant 403 cas de chancres infectants, M. Clerc en a noté 393 siégeant aux organes génitaux. M. Fournier a noté seulement 26 chancres extragénitaux sur 471 chancres infectants. Ajoutons que les chancres infectants du gland et du prépuce sont de beaucoup les plus nombreux, ce qui contraste avec la rareté relative de ceux du fourreau de la verge.

Mentionnons en passant que, par l'écartement forcé des lèvres du méat, M. Fournier a constaté 17 fois le chancre larvé urétral sur un relevé de 445 chancres infectants.

Le chancre infectant extragénital a été noté 10 fois sur 403 par M. Clerc, 26 fois sur 471 par M. Fournier, 4 fois sur 54 par M. Burlet, 6 fois sur 65 par M. Nodet, et 12 fois sur 45 par M. Martin à Saint-Lazare. Les 26 cas observés par M. Fournier ont été constatés 6 fois à l'anus, 12 fois aux lèvres, 3 fois à la langue, 1 fois au nez, 1 fois à la pituitaire, 1 fois à la paupière, 1 fois aux doigts et 1 fois à la jambe.

Quant à la fréquence relative du chancre infectant, il est fort difficile de l'exprimer d'une manière même approximative, puisque les diverses statistiques connues jusqu'à ce jour ont donné les résultats les plus contradictoires, ce qui dépend essentiellement de la catégorie sociale sur laquelle ont porté ces relevés numériques.

Nous terminerons l'analyse de cet excellent ouvrage par une esquisse rapide de la *diphthérite syphilitique secondaire*, dont la description figure pour la première fois dans un traité de pathologie syphilitique.

Selon M. A. Martin, cette lésion consiste le plus ordinairement en une simple rougeur sans saillie de la muqueuse, recouverte d'une plaque pseudo-membraneuse d'un blanc mat, à bords tranchés, très-peu épaisse, assez adhérente, et se reproduisant avec une merveilleuse facilité. Cette fausse membrane, d'étendue variable, dépasse légèrement le niveau de la muqueuse; elle est entourée d'une aréole presque linéaire, d'un rouge bien moins vif que celle qui circonscrit la pellicule du chancre infectant. Tantôt ces fausses membranes sont en assez grand nombre, et offrent alors un très-petit diamètre; tantôt elles forment de larges plaques isolées qui se propagent facilement aux muqueuses, avec lesquelles elles ont un contact direct.

La diphthérite fournit à la vulve une suppuration très-abondante, et coexiste souvent avec des plaques muqueuses qui, d'ordinaire, disparaissent plus vite sous l'influence d'un traitement interne mercuriel. En général, sous l'influence de ce traitement, la diphthérite se ramollit du centre à la circonférence, et lorsqu'elle a disparu, elle ne laisse après elle qu'une ulcération superficielle, une simple desquammation épithéliale qui ne tarde pas à se cicatriser.

La fausse membrane de la diphthérite vulvaire symptomatique de la syphilis secondaire est un tissu de formation nouvelle, résultat d'une sécrétion, déterminée chez certains sujets par un état particulier de l'organisme qui complique la diathèse, ou bien produit simplement par la diathèse elle-même. On retrouve dans cette fausse membrane tous les éléments anatomiques constitutifs de la diphthérite ordinaire.

La diphthérite secondaire, probablement contagieuse, a été observée à la vulve, à la gorge, sur les amygdales, les gencives, les lèvres, le pourtour de l'anus et le col de l'utérus.

Un traitement général mercuriel fait disparaître assez rapidement cette lésion secondaire, tandis que le traitement local, ou du moins la cautérisation, produit un effet tout contraire, et, dans le plus grand nombre des cas, les fausses membranes s'étendaient et se multipliaient après une ou deux applications de caustique (nitrate d'argent, acide sulfurique monohydraté ou nitrate acide de mercure).

Signalons encore les deux propositions suivantes que nous trouvons à l'occasion de la diphthérite secondaire :

1° L'évolution de la syphilis secondaire n'est pas identique chez l'homme et chez la femme; l'ordre de succession des accidents, leur siége et leur fréquence relative diffèrent d'une manière notable.

2° Le champ principal d'évolution de la syphilis secondaire chez l'homme, c'est la gorge; chez la femme, la vulve.

L'examen de cet ouvrage, auquel nous venons de nous livrer, permettra au lecteur d'apprécier par lui-même la valeur de ce *Traité de pathologie syphilitique* que nous ne saurions trop lui recommander. Si nous n'avons point partagé toutes les idées doctrinales de MM. Belhomme et Martin, nous sommes cependant heureux de leur dire que leur œuvre, riche de nombreux documents statistiques et bibliographiques, expose avec concision et d'une manière complète les travaux les plus récents de la syphiliographie.

SISTACH.

VARIÉTÉS.

— CONCOURS. Onze candidats se sont fait inscrire pour le concours à deux places de chirurgien au Bureau central des hôpitaux, qui doit s'ouvrir le 18 mai. Ce sont : MM. Bastien, Després, Duchaussoy, Guéniot, Labbé (Léon), Liégeois, Parmentier, Péan, de Saint-Germain, Sée, Tarnier.

— Le docteur Sichel commencera un cours de clinique ophthalmologique à son dispensaire, rue du Jardinet, n° 3, lundi prochain, 9 mai, à deux heures de l'après-midi, et le continuera les jeudis et lundis à la même heure.

— COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. Bouchut commencera ce cours le lundi 9 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis et vendredis suivants.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

COUR D'ASSISES DE LA SEINE : QUESTIONS PROFESSIONNELLES.

Nous n'avons pas à nous occuper ici du lamentable procès qui a amené un médecin devant la justice, accusé des crimes les plus horribles. La grande publicité qui porte chaque jour d'un bout de l'Europe à l'autre les moindres circonstances de ce drame lugubre nous dispense de les reproduire dans la Gazette Médicale. Mais dans les affaires de cette espèce, les moindres questions acquièrent, du retentissement et de l'intérêt de l'affaire principale, une importance qu'elles n'auraient pas en temps ordinaire. Cette importance occasionnelle est toute au profit des idées qui peuvent y intervenir; et c'est à ce titre, et à ce titre seulement, que la Gazette Médicale croit pouvoir s'occuper de quelques faits, de quelques incidents qui regardent moins la science que la profession.

Il n'a pu échapper à aucun de nos confrères combien le public est disposé à saisir les moindres circonstances propres à mettre en question la certitude de notre science et les délicatesses de notre profession. Dans le procès qui absorbe à un si haut degré l'attention publique, on a eu à s'occuper des rapports des médecins avec les sociétés d'assurances. Il a paru établi qu'un médecin contractant avec ces sociétés, pour lui ou pour les siens, est dans une condition exceptionnelle. Ainsi on a reproché à l'intermédiaire de l'accusé auprès des compagnies, d'avoir tu sa qualité de médecin; et ce fait particulier est devenu l'occasion d'une déclaration générale d'incompatibilité entre ce titre et le droit de contracter avec les sociétés d'assurances sur la vie. D'où vient cette exception presque injurieuse pour la profession? Elle vient, nous devons le dire en toute franchise, 1° de la possibilité où le médecin se trouve de connaître le dessous des cartes et d'en abuser; 2° d'être dans une position exceptionnelle pour abréger criminellement les jours de la personne ou des personnes qu'il a fait assurer. Il est à peine nécessaire d'ajouter quelques développements à ces deux propositions pour en faire ressortir la portée.

Il se présente deux circonstances où le médecin peut abuser du privilége qu'il a de mieux connaître que les compagnies l'état de santé des personnes assurées : ou c'est lui-même qui s'assure, ou il fait assurer les siens. Dans le premier cas, il n'est pas douteux qu'il puisse abuser de la bonne foi des compagnies : il peut porter en lui le germe d'une maladie incurable, certaine pour lui, inaccessible aux investigations d'un homme de l'art, un cancer, par exemple; dans le second cas, il peut avoir les mêmes renseignements, soit par luimême, soit par les familles, et sur des maladies antérieures, et sur des prédispositions héréditaires, etc. Ces suppositions ne sont pas toujours restées à l'état d'hypothèses; dans plusieurs circonstances on a eu à reprocher à des médecins de s'être laissé aller à de pareils abus.

Le second ordre de faits, à savoir, la possibilité où sont les médecins d'attenter plus facilement et avec plus de sûreté aux jours des personnes assurées, est encore moins contestable que le premier; et les faits ont malheureusement rendu toute discussion inutile à cet égard. Le crime, qui trouve des consciences perverses dans toutes les classes de la société a rencontré dans notre profession les Palmer et les Castaing. Le fait n'a donc que trop confirmé jusqu'ici les appréhensions du préjugé.

Que faire en présence de ce double motif de suspicion inséparable du médecin qui veut s'assurer ou assurer les siens? S'abstenir, renoncer de la manière la plus absolue à ces sortes de contrats. La médecine, dans ces circonstances, est comme la femme de César : elle ne doit pas être soupçonnée. C'est le moyen de rehausser sa considération et surtout de la mettre à l'abri de ces inductions blessantes qui ne cherchent que l'occasion de se faire jour. Il devrait donc ressortir de cette dernière épreuve la consécration d'un principe, à savoir : qu'il est du devoir de tout médecin de renoncer à jamais à toute espèce d'assurance, à tout contrat viager pour lui et pour ceux qui lui touchent.

Un second ordre de faits a pu fixer l'attention dans les tristes débats actuellement en cours : nous voulons parler des substances toxiques ordonnées par des médecins et délivrées par des pharmaciens. On a remarqué qu'à propos de la mort de la belle-mère de l'accusé il a été constaté que ce dernier avait prescrit 10 centigrammes de digitaline et 25 centigrammes d'hydrochlorate de morphine. Ces doses sont, en effet, plus que suffisantes pour donner la mort. Or le pharmacien qui a délivré ces doses devait-il le faire sans précautions ni observations? devait-il se borner, comme le magistrat l'a dit, d'après les comptes rendus de l'audience, à exécuter l'ordonnance, à l'enregistrer et à la garder par devers lui pour couvrir sa responsabilité? En fait, il n'est pas douteux que le silence et l'abstention du pharmacien ne puissent favoriser un crime ou une méprise. Les exemples des deux catégories ne manquent pas. Or le pharmacien n'est pas obligé, et il n'en a pas le droit, cela est vrai, de contrôler l'ordonnance du médecin; mais doit-il l'exécuter purement et simplement? Oui, à la rigueur; cependant la conduite contraire aurait pu, dans bien des cas, prévenir les plus déplorables accidents. Si le médecin n'a eu, en prescrivant un médicament à dose toxique, d'autre but que d'agir suivant sa conscience et conformément aux indications de la science, il ne peut pas trouver mauvais que le pharmacien lui demande, avec la discrétion et les ménagements convenables, s'il a bien entendu prescrire la dose qu'il a prescrite. Sur la réponse affirmative de ce dernier, il exécute avec toute sécurité et en toute connaissance de cause. Existe-t-il un médecin qui puisse se formaliser d'une telle démarche? Nous ne le pensons pas, et nous dirons plus : c'est un service dont il faut savoir gré au pharmacien, et nous ne craignons pas de le reconnaître, ce service a été plusieurs fois rendu au plus grand avantage de la profession et des malades. Des erreurs graves, des distractions regrettables, surtout en ce qui concerne les quantités prescrites, n'ont pas eu, grâce à l'éveil officieux du pharmacien, leurs suites fatales. Par contre, il a pu se rencontrer des cas où l'amour-propre du médecin l'a quelquefois empêché de profiter de l'appel fait à son attention. On ne doit pas oublier les tristes conséquences qui sont résultées de cette regrettable susceptibilité.

On peut donc conclure sur ce point que, si les pharmaciens n'ont aucun droit de contrôle à l'endroit des ordonnances médicales, on ne doit que leur savoir gré de provoquer une confirmation des vo-

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

OUVERTURE DU CORPS DE S. EM. LE CARDINAL DE FLEURY.

II.

Pibrac, en homme de cour des mieux appris, connaissait bien la langue et ne mettait point l'orthographe. Cette singulière épître, que nous avons scrupuleusement transcrite d'après l'autographe, prouve que ce chirurgien si renommé, lisait peu et qu'il écrivait en se conformant à la prononciation de sa province, à la gasconne. Les lecteurs qui connaissent les *Aventures du baron de Fœneste*, par Théodore Agrippa d'Aubigné, remarqueront que le célèbre écrivain huguenot a suivi un système d'orthographe analogue à celui qui était à l'usage de Pibrac, lorsqu'il fait parler son héros, en ayant soin toutefois de distinguer les mots et d'observer les règles. Mais ce n'est pas le lieu de faire des remarques grammaticales et des observations de linguistique. Remarquons seulement que les réformateurs de la langue écrite, qui voudraient que l'écriture ne fût que la reproduction exacte de la parole, devraient commencer par obtenir une réforme préalable, à savoir : l'uniformité de prononciation dans toutes les provinces du royaume, pour emprunter le vieux style.

Revenons à la lettre de Pibrac, et sachons, s'il est possible, à qui elle était adressée. A la manière dont elle était pliée, on voit qu'elle devait être sous enveloppe; mais celle-ci a disparu, de sorte que la suscription manque, c'est-à-dire l'indice essentiel. Au verso du deuxième feuillet, qui est en blanc, vers le haut on lit ces mots, qui remplissent trois lignes : « Relation de l'ouuerture du cadaure de S. Em. le cardinal de Fleury, » d'une écriture hâtée et peu régulière, qui ne ressemble en rien à celle de Pibrac, et qui est certainement de la même date.

Ces trois lignes, autant qu'il est permis d'en juger par comparaison, sont probablement de la main de Lapeyronie, premier chirurgien du roi, et à ce titre, président perpétuel de l'Académie de chirurgie. Les registres de cette compagnie ne fournissent aucune indication touchant ce rapport; mais ils nous apprennent que la séance du mardi 8 février 1743 fut présidée par Lapeyronie en personne (1). Or la lettre de Pibrac

(1) *Registres de l'Académie royale de chirurgie*. t. II (1730-1750), année 1743, p. 8.

lontés du médecin quand il s'agit de substances prescrites à doses toxiques, et ils ne peuvent qu'y être invités dans l'intérêt des malades et de la profession.

Le procès actuellement pendant a soulevé bien d'autres questions de médecine légale et de médecine professionnelle; mais la prudence et les convenances nous font un devoir d'en renvoyer l'examen après la conclusion de cette déplorable affaire.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

TUMEUR VOLUMINEUSE FORMÉE PAR HYPERGÉNÈSE DE LA SUBSTANCE GRISE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ UN FOETUS DE 6 MOIS; par MM. RAYER et BALL.

L'observation sur laquelle nous désirons appeler l'attention nous a paru digne d'intérêt, non-seulement parce qu'elle représente le premier cas d'une hypergénèse de la substance grise de la moelle épinière qui ait été publié jusqu'à ce jour, mais encore parce qu'elle appartient à un groupe d'affections du système nerveux qui, jusqu'à présent, n'a peut-être pas suffisamment attiré les recherches des anatomistes.

OBS. — Au mois de novembre 1863, une jeune fille de 18 ans est accouchée avant terme d'un fœtus qui portait, au bas des reins, une tumeur volumineuse. L'accouchement fut opéré sans la moindre difficulté; le placenta ne présentait aucune disposition anormale. L'enfant a vécu près de quatre heures.

M. le docteur Lebœuf (de Cahors), qui avait assisté la mère, jugea utile d'adresser cette pièce à la Faculté de médecine de Paris. Les renseignements qui précèdent nous ont été fournis par cet honorable confrère.

Ce fœtus est du sexe féminin; son âge n'a pas été spécifié, mais il paraît, d'après sa taille, d'après le développement des poils et quelques autres caractères, avoir atteint le sixième mois de la vie intra-utérine. A l'exception de la tumeur que nous allons décrire, il est de tout point régulièrement conformé.

Tous les viscères abdominaux et thoraciques sont parfaitement sains, et ne présentent aucune trace de productions anormales.

Le crâne offre une forme régulière; le cerveau, complétement ramolli au moment où nous l'examinons, ne paraît d'ailleurs offrir aucune lésion appréciable. Son poids total est de 230 grammes.

Entre les deux jambes, immédiatement au-dessous du bassin, est située une tumeur d'un volume au moins égale à celui de la tête de l'enfant. Sa forme est régulièrement sphéroïdale. A sa face antérieure, recouverte par la peau, on aperçoit une petite ouverture circulaire qui correspond à l'anus; un stylet, plongé dans cet orifice, parvient dans le rectum. Au-dessus, dans une région complétement indépendante de la tumeur, on aperçoit la vulve, l'orifice vaginal et le méat urinaire.

A la face postérieure, la peau qui recouvre la portion inférieure de la tumeur se continue avec une membrane plus mince, et d'un aspect violacé, qui se confond, au-dessus de la région sacrée, avec les téguments. Soulevée, à ce niveau, par une petite accumulation de liquide, elle présente une fluctuation manifeste : partout ailleurs, la tumeur possède une consistance demi-molle, analogue à celle du cancer cérébriforme non encore ramolli.

Une incision pratiquée sur le siége de la fluctuation donne issue à un flot de liquide blanchâtre, mêlé de sang, qui provient manifestement du ramollissement de la partie supérieure de la tumeur et des portions inférieures de la moelle épinière (1). L'écoulement de ce liquide permet d'apercevoir un orifice étroit, à travers lequel un stylet pénètre dans le canal rachidien.

L'écartement des deux lèvres de l'incision permet de voir au-dessous une tumeur arrondie, mamelonnée, d'un blanc rougeâtre, sillonnée par de nombreux tractus vasculaires, et qui paraît formée de plusieurs lobules agglomérés. A la coupe, cette tumeur offre quelques variations de consistance : certains points sont un peu plus durs que d'autres; mais d'une manière générale, la masse est assez molle, et sur certains points presque diffluente.

Une dissection attentive permet de constater :

1° Que les muscles fessiers en sont complétement indépendants; depuis leurs insertions sacrées jusqu'à leurs insertions trochantériennes, ils ne contractent aucune adhérence avec la masse qui leur est juxtaposée;

2° Que le canal rachidien est bien conformé jusqu'à la partie inférieure du sacrum, où il existe un spina-bifida peu prononcé. C'est à travers cette étroite ouverture que la pie-mère rachidienne se prolonge sur la tumeur, dont elle forme l'enveloppe la plus immédiate.

L'enveloppe extérieure se confond avec le tégument cutané en haut et en bas, tandis qu'une membrane moyenne, située entre les deux autres, remonte en haut pour se confondre avec les aponévroses d'enveloppe de la région lombaire.

Il n'existe point de nerfs, visibles à l'œil nu, sur les parois de l'espèce de poche fibro-vasculaire dans laquelle la tumeur est renfermée.

La moelle épinière, qui présentait, à l'époque où nous avons pratiqué l'autopsie, un ramollissement assez marqué dans la région supérieure, ne paraissait avoir subi aucune altération pathologique sur ce point. Mais à sa partie inférieure, grâce sans doute aux progrès de la décomposition, elle était devenue complétement diffluente; il n'a donc pas été possible d'en étudier nettement la terminaison ni de préciser les rapports qu'elle affecte avec la masse pathologique développée au-dessous d'elle. Toutefois les nerfs du plexus sacré suivaient leur distribution accoutumée; mais l'état de l'axe médullaire n'a pas permis d'en saisir nettement le point d'origine.

L'examen histologique de la tumeur fait apercevoir, au milieu d'une matière amorphe qui en constitue la masse principale, une quantité considérable de noyaux à contours foncés, tantôt ellipsoïdes, tantôt sphéroïdaux offrant un diamètre de 5 à 8 millièmes de millimètre, finement granulés, et renfermant, pour la plupart, un ou deux nucléoles à l'intérieur. A côté de ces éléments, il existe quelques cellules plus volumineuses et plus pâles, dont le diamètre atteint 10 à 12 millièmes de millimètre, et qui contiennent des noyaux semblables aux précédents.

Le contact de l'eau ne fait subir aucun gonflement soit aux cellules, soit aux noyaux libres. L'acide acétique dissout les cellules, après les avoir préalablement pâlies et gonflées; mais il resserre les noyaux et augmente la netteté de leur circonférence, sans cependant les rendre plus transparents.

Il existe en outre dans cette tumeur un assez grand nombre de vais-

(1) L'examen histologique y montre des éléments identiques à ceux de la tumeur, quoique très-altérés.

---

est du 2 février, et il est probable que Lapeyronie, qui l'avait reçue, non pas le jour même (la lettre ayant été écrite à sept heures du soir), mais le lendemain, dut en donner lecture à l'Académie, et la joindre au rapport, qu'il avait reçu en même temps. C'est ainsi que ces deux pièces, relatives à un même objet, ont trouvé place dans les archives de l'Académie royale de chirurgie.

Avant de m'arrêter à cette conjecture, que je crois très-fondée, je m'étais demandé à quel archiâtre Pibrac avait pu adresser son rapport avec cette lettre si respectueuse, et j'hésitais entre Senac et Ferrein.

Senac, qui fut en 1752, à la mort de François Chicoyneau, premier médecin du roi, était en 1743 médecin consultant; Pibrac lui avait plus d'une obligation et lui devait en partie sa fortune, et il reconnaissait en lui un de ses plus puissants protecteurs. Quant à Ferrein, qui jouissait alors d'un grand crédit à la cour, grâce à la bienveillance du cardinal de Fleury et à l'amitié de Chicoyneau, sans parler de son mérite éclatant, Pibrac le cultivait sans aucun doute; mais il ne nous reste aucun témoignage des relations qui étaient entre eux.

Le rapport de Pibrac étant une pièce officielle, ne pouvait être adressé qu'à un médecin ou à un chirurgien remplissant de hautes fonctions. Ce qui achève de me persuader que le rapport et la lettre étaient pour Lapeyronie, c'est cette phrase de Pibrac : « Ne doutez pas, monsieur, je vous supplie, et M. Chicoyneau aussi, du désir que j'aurais eu que vous eussiez été présents à l'ouverture du corps.» Il me semble que cela signifie que Pibrac aurait voulu avoir pour témoins de l'autopsie du cardinal-ministre le premier médecin et le premier chirurgien du roi.

C'est en méditant cette phrase que j'ai été porté à croire que la lettre était adressée, non à un médecin, mais à un chirurgien, à un supérieur. Or, en chirurgie, pour ce qui est du moins des charges et des fonctions, Pibrac ne reconnaissait guère qu'un supérieur, le premier chirurgien du roi, qui était, pour ainsi dire, le grand prévôt des chirurgiens et le grand maître de la chirurgie en France. Dans tous les cas, Pibrac écrivait certainement à un homme de l'art, puisqu'il invoque son autorité et son témoignage en faveur d'un diagnostic porté par lui-même en contradiction avec un médecin de grande réputation, qui avait aussi assisté le cardinal-ministre dans sa dernière maladie.

Nous reviendrons d'ailleurs sur les hommes de l'art dont il est question dans le rapport de Pibrac, après avoir transcrit cette pièce. Elle remplit quatre feuillets petit in-quarto, en forme de cahier. Sur le premier feuillet, en guise de titre : « Copie du Rapport de l'ouverture du corps de feu S. E. Monseigneur le Cardinal de Fleury, le 30 janvier 1743. » Au-dessous, la cote suivante : « N° 149, » de la main de P. Sue, le même qui a fait l'Eloge de Louis, et qui a le premier classé les papiers provenant de l'Académie royale de chirurgie. Le verso de ce premier feuillet est en blanc. Le rapport commence au feuillet suivant, et il est ainsi :

seaux capillaires; on trouve aussi, sous le champ du microscope, des globules sanguins libres et beaucoup de gouttelettes graisseuses. Enfin, çà et là, il existe quelques fibres de tissu lamineux (1).

Les résultats de l'analyse microscopique qui vient d'être rapportée ne peuvent laisser subsister aucun doute sur la nature de cette singulière production. En effet, les éléments qu'on y rencontre appartiennent exclusivement à la structure normale de la moelle épinière; on n'y reconnaît aucun tissu nouveau, aucune production étrangère, et le rôle principal appartient à ces noyaux sphéroïdaux, offrant un ou plusieurs nucléoles, quelquefois privés de nucléoles, auxquels M. le professeur Robin a donné le nom de myélocytes. Partout où il existe, au sein des centres nerveux, de la substance grise, ces éléments se rencontrent; ils sont surtout très-abondants dans le cervelet, et leur prolifération exagérée donne lieu à des tumeurs que, jusqu'à ces derniers temps, on avait coutume de ranger dans la classe des cancers.

On n'a pas souvent l'occasion de rencontrer cette altération particulière du système nerveux, et pour ce qui touche à la moelle épinière, nous ne connaissons aucun cas de ce genre qui ait été jusqu'à présent publié : cependant M. le professeur Robin nous a appris qu'il en avait rencontré quelques exemples, restés inédits jusqu'à ce jour; mais des lésions analogues ont été observées sur d'autres points du système nerveux.

Ainsi, la *rétine* est quelquefois le siége de végétations fongueuses, molles, pultacées, grisâtres, qu'on a décrites sous le nom de cancers, et qui sont presque entièrement composées de myélocytes. C'est ainsi que chez un enfant atteint d'un double cancer de l'œil, la tumeur implantée sur la rétine a été examinée par M. le professeur Robin; elle ne présentait, au microscope, qu'une hypergénèse des éléments normaux de cette membrane : la couche des bâtonnets offrait une prolifération évidente; mais c'était surtout la couche des cellules sous-jacentes qui avait subi le principal développement; aussi les myélocytes formaient-ils la portion principale de ce produit pathologique qui, sous le rapport clinique, avait suivi la marche ordinaire des tumeurs malignes. La relation de ce fait intéressant a été publiée dans le *Moniteur des hôpitaux* par M. le docteur Doumic (2), et reproduite, avec une planche à l'appui, dans l'*Iconographie ophthalmologique* de M. le docteur Sichel (3).

Un cas analogue a été publié (4) par M. le docteur Schweigger. Il s'agit d'un enfant de 5 ans, chez lequel une tumeur intraoculaire avait nécessité l'amputation de l'œil : à l'autopsie on trouva une masse arrondie implantée sur la rétine, et envahissant les deux tiers environ du corps vitré; elle s'insérait à la face postérieure du cristallin, et présentait un canal central très-étroit, qui se rendait au point d'entrée du nerf optique. La rétine, épaissie et détachée de ses adhérences, présentait des végétations disséminées qui, par leur réunion, constituaient la masse de la tumeur : à l'examen histologique, on découvrait de nombreux vaisseaux; mais les éléments constitutifs de la tumeur étaient des cellules rétiniennes (myélocytes) en quantité innombrable, avec quelques tractus de tissu conjonctif.

M. le professeur de Graefe, dans le service duquel cette observation a été recueillie, a rencontré peu de temps après un cas analogue (1). Il s'agissait d'un enfant de 3 ans, chez qui l'amputation de l'œil fut pratiqué pour une tumeur semblable à la précédente. A l'autopsie, on trouva la rétine envahie par une multitude de petites végétations qui, après avoir acquis un certain volume, s'accolaient les unes aux autres pour constituer une seule masse, d'une consistance analogue à celle du fromage de Brie. L'examen microscopique, pratiqué par M. le professeur Virchow, a montré, vers la surface de cette tumeur, de petites cellules arrondies, renfermant un ou plusieurs noyaux contenant des granulations pigmentaires et des globules graisseux; dans la partie profonde de la tumeur, les cellules deviennent beaucoup plus grosses, et les noyaux acquièrent le volume des globules du pus. On voit, par conséquent, qu'il s'agit encore ici d'une hypergénèse avec hypertrophie des cellules normales de la rétine. M. le professeur Virchow considère cette tumeur comme un sarcome médullaire.

M. le docteur Horner (de Zurich) (2) a publié l'année dernière une observation semblable. Il s'agissait ici d'une petite fille de 2 ans et demi : l'extirpation de l'œil ayant été pratiquée comme dans les cas précédents, on trouva une tumeur énorme de la rétine, ayant envahi les deux tiers de l'œil, et constituée exclusivement par une grande quantité de petites cellules arrondies, renfermant un ou plusieurs noyaux brillants, et semblables en tout point aux éléments normaux de la couche cellulaire de la rétine.

Les tumeurs de ce genre peuvent aussi se rencontrer dans l'encéphale, où elles se trouvent surtout au voisinage de la couche corticale, qui renferme la substance grise où les myélocytes existent à l'état normal. M. le professeur Robin en a récemment observé un exemple chez un enfant de 14 ans; mais c'est plutôt dans le cervelet que dans les hémisphères que ces productions pathologiques, d'ailleurs peu communes, il faut le dire, sont sujettes à se développer. Il est du reste évident que jamais ces tumeurs intracrâniennes ne peuvent acquérir le volume de celle que nous avons sous les yeux : les phénomènes de compression qui en seraient la conséquence viendraient mettre un terme à la vie, longtemps avant que la tumeur fût parvenue à un tel développement.

On voit, par conséquent, que beaucoup d'altérations du tissu nerveux, décrites jusqu'ici sous des noms divers, rentreraient probablement dans la catégorie des tumeurs à myélocytes; ce seraient de simples hypergénèses des éléments nerveux, et non, comme on l'a cru longtemps, des produits hétéromorphes.

(1) L'examen histologique dont nous venons de rapporter les résultats a été pratiqué par M. le professeur Robin.
(2) *Monit. des hôpitaux*, 1854, p. 989.
(3) Sichel, *Ophthalmologie iconographique*, n° 75.
(4) *Fall von intraocularem Tumor von Netzhautdegeneration*, in *Archiv für ophthalmologie*, Sechster Band, Abtheilung II, p. 324.

(1) *Archiv für ophthalmologie*, Siebenter Band, Abtheilung II, p. 42.
(2) *Klinische Monatsblatter für Augenheilkunde*, von Dr Zehender. Erlangen, août 1863, p. 341.

« L'ouverture du corps d'André Hercule, Cardinal de Fleury, grand Aumônier de la Reine, Ministre d'État, Grand-maître et sur-intendant des Postes, décédé le mardi 29 janvier 1743, à midi vingt-cinq minutes, a été faite le lendemain 30 dudit mois, à trois heures après-midi, par M. Pibrac, premier chirurgien de feu la Reine d'Espagne, ordinaire de Monseigneur le Duc d'Orléans et maître-chirurgien de Saint-Côme, en présence de Mr. Molin, médecin-consultant du Roi.

« La poitrine ayant été ouverte, et le sternum relevé, on a trouvé les poumons mollasses, sans être flétris et sans aucune marque d'altération d'aucunes maladies. Nous avons seulement remarqué une très-petite adhérence du lobe droit avec la plèvre; le péricarde contenait suffisamment d'eau, le volume du cœur n'était pas considérable, ses ventricules ne contenaient que de très-petits filets de sang coagulé; l'aorte, à la sortie du cœur et sa valvule n'étaient pas ossifiées, comme on le remarque presque à tous les vieillards.

« Dans la capacité du bas-ventre, qu'on a ensuite examiné, nous avons trouvé l'omentum ou l'épiploon entièrement atrophié, mince; à peine reconnaissait-on que ses attaches. L'estomac et les intestins ne contenaient presque que du vent, n'y ayant trouvé que très-peu de matière chyleuse et des matières stercorales; le mésentère était dans son état naturel. Nous n'avons trouvé aucunes obstructions dans les glandes.

« Le foie était petit, sa substance était ferme, sa couleur naturelle; la vésicule du fiel contenait une médiocre quantité de bile.

« La rate était gorgée de sang et sa substance fort mollasse.

« Le pancréas, les reins, les uretères, la vessie dans leurs états naturels.

« Les artères iliaques ossifiées en deux endroits; une hydrocèle qui contenait environ une livre d'eau.

« Après avoir examiné toutes les parties contenues dans les deux capacités que nous venons de nommer, nous avons séparé les deux clavicules, que nous avons levées totalement avec le sternum pour avoir plus de facilité d'examiner les parties intérieures de la gorge.

« Nous avons fait une incision à la peau, depuis le menton jusqu'à la partie inférieure et antérieure du col, et ayant séparé la peau à droite et à gauche, nous avons cerné la base de la bouche pour séparer en entier ces parties d'avec la mâchoire inférieure, tant en dedans qu'en dehors, jusqu'à la partie antérieure du col, et nous avons levé toutes les parties de la gorge en entier.

« Nous avons examiné l'œsophage, depuis la bouche jusqu'à l'entrée de l'estomac, où nous n'avons trouvé aucuns obstacles ni resserrement, pas même la plus petite marque d'inflammation ni d'excoriation.

« La trachée-artère a été examinée depuis la langue jusqu'aux bronches du poumon, sans avoir rien trouvé que l'état naturel de toutes ces parties, n'y ayant remarqué aucunes matières de crachats ni la moindre grosseur en aucun endroit.

Les altérations de ce genre, quoique beaucoup plus fréquentes dans la première enfance qu'à toute autre période de la vie, n'ont jamais été jusqu'à présent constatées chez le fœtus. Sous ce rapport, notre observation offre donc un intérêt particulier. Nous ajouterons qu'il n'existe aucun autre cas. à notre connaissance, où une lésion semblable ait coïncidé avec le spina-bifida. Enfin nous signalerons une particularité histologique qui nous paraît digne d'être notée : c'est que les éléments anatomiques avaient parfaitement conservé leur volume ordinaire ; les myélocytes offraient les mêmes dimensions que dans la substance grise de la moelle épinière à l'état normal. C'est là un fait peu conforme à la règle habituelle, car l'hypertrophie coïncide presque toujours avec l'hypergénèse.

Sous le triple rapport du volume de la tumeur, de son siége exceptionnel, et de la période de la vie à laquelle ce produit morbide s'est développé, nous nous croyons donc autorisés à considérer ce fait comme un cas jusqu'à présent unique dans la science.

La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

THÉRAPEUTIQUE.

Action de l'arsenic sur les parties génitales externes ; par M. le professeur Imbert-Gourbeyre, médecin aux eaux de Royat.

Salmuth est, à ma connaissance (1), le premier observateur qui ait signalé l'action élective de l'arsenic sur les parties génitales externes. Il raconte dans ses *Centuries* (2) avoir été appelé un matin auprès d'un prisonnier qui s'était empoisonné pendant la nuit avec de l'arsenic, et qui mourut un quart d'heure après sa visite. L'autopsie est faite dans la soirée ; le dos du cadavre était livide, *imprimisque pudenda nigra prorsus.*

Deindé, disait Stahl (3), accidit feré in viris *specialissima* repentina sphacelatio, et post mortem præceps putredo in genitalibus. — Stahl, en mentionnant cette action *spéciale*, cite l'observation précédente de Salmuth, et la corrobore par deux faits qui lui sont personnels. Dans le premier, il s'agit d'un mari empoisonné par sa femme, *cujus genitalia pari modo planè denigrata reperta fuerunt* ; dans le second, *membrum virile, extensum, turgidissime inflatum et penitus nigrum.*

Deux soldats s'étaient lavé le corps avec une eau arsenicale, pour se défaire de la gale : elle disparut en effet. — Sed utrinsque genitalia tanta inflammatio atque intumescentia invasit, ut aspectu horrendum esset.... totusque locus affretus brevi tempore contrahebat nigredinem gangrænosam, ut de perfecto sphacelo jam sollicitus essem. Tandem verò, multâ adhibitâ curâ, separatio sphacelati succedebat, et paulatim laborantes restituebantur (Deguer, *Acta nat. curiosorum*).

Au huitième jour d'un empoisonnement sur un meunier, dit Pfann dans son recueil (1), tout le corps était convert de pustules noires et brûlantes ; le gland était ulcéré et tout noir. L'empoisonnement avait eu lieu par le cobalt ; les savants médecins d'Erlangen furent consultés au sujet de l'éruption et des accidents des parties génitales, et ils répondirent qu'ils ne savaient pas si le cobalt pouvait en être cause.

Dumont, garçon apothicaire, pile en deux jours trois quintaux d'arsenic, ayant son bonnet sur les yeux, et une serviette quadruple qui lui couvrait le menton, la bouche ou le nez ; trois jours après, aux symptômes ordinaires de l'empoisonnement, se joignit un gonflement avec douleur insupportable à la verge et ardeur d'urine. Le lendemain, les reins, la vessie, la verge lui causaient des douleurs cruelles, les urines étaient supprimées (Dehenne, *Journ. de méd. de Vandermonde*, 1759).

Schefler, dans son *Traité d'hygiène des Mineurs* (2), note les ulcérations des parties génitales chez les ouvriers employés à la fabrication de l'arsenic.

Dès 1781, Caëls avait donc raison de dire dans sa description générale de l'empoisonnement arsenical : « Gangræna aut sphacelus ventriculi et intestinorum, *et nonnunquàm etiàm genitalium* (3). »

Hahnemann parle dans sa *Monographie* (4) de la lividité et de l'enflure des parties génitales, sans citer, contre son habitude, aucun témoignage ; il classe le fait parmi les symptômes rares. Plus tard, dans sa *Patogénésie* (1816), il se contente de citer Pfann et Deguer, plus une observation empruntée à un recueil allemand (5) où il est question, par suite d'empoisonnement, d'enflure très-douloureuse des parties génitales.

A la fin du siècle dernier, Gmelin complétant l'ouvrage de Murray, note également le fait d'action élective arsenicale : « Videas partes nonnullas et præsertim genitales, viridi, luteo, nigro colore fœdatas et tumidas (6). « Quelques années plus tard, Frank insiste sur le même fait dans sa *Toxicologie* (7).

On lit dans le *Magazine* de Pyl (8) l'observation d'un individu empoisonné par l'arsenic, et mort en deux ou trois heures : la partie

(1) Sallin (*Recueil périodique*, t. VII, an VIII) parle de l'impression de l'arsenic sur les organes générateurs, et renvoie aux observations de Fabrice, de Libavius et de Wepfer. Je n'ai rien trouvé dans ce dernier à ce sujet, ainsi que dans Fabrice *ab Aquapendente*. Je n'ai pu consulter ni Libavius ni Fabrice Hildan.

(2) Salmuthi *Observationum medicarum centuriæ tres.* Brunswigæ, 1648, I, obs. X.

(3) *Stahlii opuscula.* Halæ Magdeburgicæ, 1715, p. 454.

(1) Pfann. *Sammlung verschied. Merkwuerd. Falle.* Nurnberg, 1750.

(2) *Gesundheit der Berglente.* Chemnitz, 1770.

(3) *Ratio occurrendi morbis à mineralium abusu producti solitis.* Amstelodami, 1781.

(4) *Ueber die Arsenikvergiftung.* Leipzig, 1786.

(5) *Neue med. chir. Wahrnehmungen.* Altenburg, 1778.

(6) Murray, *Apparatus medicaminum*, t. VII. Gœttingue, 1795.

(7) Franck, *Manuel de toxicologie*, 1803.

(8) Pyl, *Magazine für die gerichtl.* Arzneikunde-Stendal, 1784.

« Les cartilages du larynx et (ceux du) pharynx étaient en partie ossifiés.

« La voûte du palais était enflammée et plus considérablement derrière la cloison.

« Tout ce détail prouve évidemment qu'il y avait paralysie aux muscles qui servaient à la déglutition.

« Nous avons ensuite ouvert la teste, quoique la nature du mal dont Son Eminence est décédée ne permettait pas d'y soupçonner la moindre altération, ayant joui jusqu'au dernier moment de sa vie de toute la netteté d'esprit.

« Nous avons trouvé le cerveau et le cervelet bien constitués, aucune mollesse extraordinaire dans sa substance, aucune eau dans les ventricules et rien qui ne parût sain.

« An reste, tout le corps était d'une maigreur extrême et les parties entièrement desséchées (1). »

« A Issy, près Paris, le 30 janvier 1743. »

« Signé Molin. »

« G. Pibrac. »

(1) Ce rapport est de la main d'un copiste ; il a été revu par Pibrac : on y remarque quelques corrections et rectifications où se reconnaissent aisément son écriture et son orthographe. Peut-être a-t-il été écrit et rédigé par Dumoulin, le médecin présent à l'autopsie. Si nous possédions le moindre autographe de ce dernier, toutes ces conjectures seraient superflues.

Il résulte de cette relation que le cardinal de Fleury était mort de vieillesse et un peu aussi d'inanition. Point de désordres ni de lésions notables. L'observation est en quelque sorte purement anatomique ; à part l'intérêt assez mince qu'offrait un tel cas au point de vue de la pathologie, il est aisé de voir par ce procès-verbal très-clair, mais très-sec d'une ouverture de corps, que l'anatomie pathologique n'avait alors guère avancé, malgré l'initiative de Théopbile Bonet, à la fin du dix-septième siècle, et les efforts de son continuateur et commentateur Manget, au début du dix-huitième. Près de vingt ans devaient encore s'écouler avant la publication du grand ouvrage de Morgagni, le vrai législateur, sinon le créateur de cette partie de la médecine. Cet incomparable maître fit de bonne heure école en France, et bientôt Liétaud devait entrer à la suite dans une voie qui a été parcourue et explorée en tous sens, non sans fruit pour la connaissance des maladies.

Pibrac, après avoir ouvert successivement toutes les cavités, décrit à mesure la forme et l'état apparent des organes et des viscères, et ne va pas au delà. On ne demandait pas alors autre chose au chirurgien qui

postérieure du corps, les lèvres, les ongles, le gland et le scrotum étaient tout bleuâtres.

Chez un vieillard mort très-rapidement par le poison, les parties génitales étaient d'un rouge obscur, et le scrotum tuméfié. (Nissen, *Nord. Archiv. von Pfaff*, 1799.)

Un homme âgé de 28 ans se saupoudre la tête avec de l'arsenic, et meurt au bout de vingt jours. Enflure générale à laquelle participe le scrotum; le gland est enflammé. (Schulze, *Annal. der Staatsarznei von Knape*, 1805.)

Murray (*Edinb. medical journal*, t. XVIII), dans un cas d'empoisonnement, constate à l'autopsie que le scrotum et le pénis sont œdématiés et d'un rouge bleuâtre. Bachmann cite le cas d'une femme empoisonnée par l'arsenic : les parties extérieures de la génération étaient excoriées et frappées de gangrène. (*Abhandl. der med. phys. Gesellschaft zu Erlangen*, 1812.) C'est le premier cas où l'action élective de l'arsenic ait été constatée sur les organes génitaux externes chez la femme ; il est probable que sur le nombre considérable d'empoisonnements racontés dans nos archives scientifiques, plusieurs faits de cette nature ont dû échapper aux observateurs qui n'y auront pas regardé d'assez près.

Dans un cas publié par Sonderland (*Rhein. Jahrb.*, 1820) à propos d'un jeune homme qui s'était empoisonné volontairement et qui était mort en vingt-trois heures, il y avait des traces de gangrène au scrotum et au prépuce.

Sur un autre jeune homme mort en trente-six heures, on voyait des taches gangréneuses au bas-ventre; elles étaient encore plus considérables aux parties génitales. (Kaiser, *Henke's Zeitsch.*, 1827.)

Schreyer, en faisant l'autopsie d'un homme victime d'un empoisonnement arsenical, autopsie faite sept jours après la mort, note que le scrotum était très-tuméfié et gros comme une tête d'enfant. (*Id.*, 1832.)

Le docteur Schindler a raconté longuement l'histoire de son frère chimiste empoisonné par le gaz hydrogène arsénié: dans la troisième semaine, lorsque le malade entrait lentement en convalescence, il se produisit chez lui une nouvelle action arsenicale. Tout le prépuce et le gland se couvrirent de vésicules purulentes qui firent bientôt place à de petites ulcérations circulaires et superficielles; on en comptait soixante-cinq rien que sur le prépuce. Ce nouvel accident dura dix à douze jours, et ce fut le dernier. (*Journal von Graefe und Walther*, 1838.)

Biett disait avoir vu un jeune homme être affecté de paralysie des organes génitaux pour avoir pris imprudemment 60 gouttes de teinture de Fowler par jour.

Un ouvrier pulvérisait et tamisait de l'arsenic, et quoiqu'il eût eu la précaution de se couvrir la figure et la bouche d'une serviette, bientôt survinrent des accidents multiples : pustules nombreuses dans le cuir chevelu; enflure considérable de toute la face et des oreilles avec rougeur érysipélateuse et larges vésicules; même inflammation aux mains et aux parties recouvertes du corps, mais moins intense, à l'exception du *scrotum qui était fortement atteint, très-enflé* et *couvert de vésicules* qui s'affaissèrent promptement en prenant un aspect gangréneux. En outre, douleurs violentes, vertiges, délire, insomnie, contractions dans les membres, tremblement des mains, angoisse considérable, dyspnée, et parfois vomissement, ainsi que fièvre. Convalescence de quatre semaines, pendant laquelle chute des cheveux et tiraillements douloureux des membres. (*Horst. med. Zeitung vom Verein in Preussen*, 1840.)

Bramer a parlé dans le *Journal de Casper* (1840) des éruptions survenant chez les ouvriers employés à la pulvérisation et au tamisage de l'arsenic. *Elles choisissent de préférence le scrotum* et les parties des jambes où la peau est fine, et dans les cas intenses, elles attaquent aussi d'autres endroits de la peau qui transpirent fortement et qui sont recouverts d'un épiderme très-mince.

Le scrotum était livide et un peu excorié en avant sur le cadavre d'un homme mort en vingt-quatre heures d'un empoisonnement volontaire. Chez une jeune fille de 19 ans qui s'empoisonna et mourut en trente-six heures, les grandes lèvres étaient d'un rouge bleuâtre. (*Franque med. Jahrb. f. d. Herzogth.* Nassau, 1846.)

Brockmann raconte que les ouvriers employés aux mines arsenicales du Harz sont sujets à des ulcérations du scrotum très-rebelles et profondes (1).

Langendorff, autre médecin allemand, qui a étudié les maladies des mineurs (2), dit que les premiers phénomènes de l'action arsenicale sont une démangeaison violente ou une sensation de brûlure à la peau, suivie d'une éruption de pustules pruriantes. Ces éruptions *apparaissent d'abord aux parties génitales*, puis à la figure, à la tête, aux bras, aux mains et à la poitrine.

Le *Dictionnaire d'hygiène de Pappenheim* (3) signale chez ces mêmes mineurs les inflammations érysipélateuses et les éruptions pustuleuses du visage, des mains et du scrotum.

Ces accidents, étudiés en Allemagne chez les mineurs du Harz, ont été également constatés en Angleterre aux mines cupro-arsenicales de Cornwall et de South Wales. (*Kesteven Associat. und Journal*, 1856.)

Deux bergers avaient passé neuf heures consécutives à laver des moutons atteints de la clavelée avec une solution d'arsenic et de carbonate de potasse. Le lendemain, ils furent pris des mêmes symptômes. L'un d'eux fut visité par le médecin au quatrième jour. La peau du scrotum était couverte d'un eczéma rubrum, et pendait en lambeaux, comme si l'on y eût appliqué un vésicatoire ; il y avait aussi

(1) Breckmann, *Die metallurgischen Krankheiten der Oberharzes.* Osterode, 1851.

(2) Langendorff, *Ueber die Gesundheitsrücksichten bri Anlage und Unterhaltung von Hütten werhen.* (Henke's Zeitschrift, 1857.)

(3) Pappenheim, *Handbuch der Sanitaetspolizei.* Berlin, 1858.

---

pratiquait une ouverture de corps sous la direction d'un médecin présent à l'ouverture, n'y intervenant autrement que pour indiquer ou prescrire l'ordre qu'il fallait suivre dans cette opération. Jusqu'après la mort, la médecine conservait la prééminence, et le chirurgien, considéré comme un serviteur ou tout au plus comme un auxiliaire, tenait le couteau, lorsque le docteur faisait une démonstration anatomique ou voulait constater l'état des organes après décès. Tout ce qui était œuvre manuelle se faisait par le ministère du chirurgien ; quant au médecin, il ne se servait de ses mains que pour interroger le pouls et palper le ventre.

Dans la relation de l'ouverture du corps de Son Eminence le cardinal de Fleury, il est question de trois médecins : Dumonlin, Gendron et Marcot. Comme ce dernier n'avait pas grande importance et qu'on sait d'ailleurs peu de chose sur son compte, nous remarquerons seulement qu'il était employé à la cour, et qu'ayant assisté le cardinal-ministre dans sa dernière maladie, il partageait apparemment l'epinion de Gendron sur la nature du mal, autant qu'il est permis de le conjecturer, d'après la recommandation faite par lui à Pibrac de bien examiner les parties de la gorge.

Gendron (Claude Deshais) était un des plus renommés médecins de son temps. Docteur de la Faculté de Montpellier, il s'établit de bonne heure à Paris, et fut successivement médecin de Monsieur, frère de Louis XIV et du duc d'Orléans, régent du royaume. Sa réputation extraordinaire n'était pas due uniquement à une habileté consommée dans le traitement des affections cancéreuses et des maladies des yeux. Praticien excellent et bon théoricien, Gendron joignait à un savoir profond et à sa rare capacité pour les sciences naturelles, une grande aménité de mœurs et de manières, et un très-beau caractère. Ami passionné des belles connaissances en tout genre, il était aussi en relations d'amitié avec les hommes qui cultivaient avec le plus de succès les sciences et les lettres. Il avait connu familièrement Boileau-Despréaux ; il habita après lui cette maison d'Auteuil, à jamais célèbre par les vers du poëte, et continua d'y recevoir les beaux-esprits et les savants. Voltaire, dans sa jeunesse, alla offrir à M. Gendron un de ses ouvrages dans sa retraite d'Auteuil, et il fit ainsi son compliment :

C'est ici le vrai Parnasse
Des vrais enfants d'Apollon :
Sous le nom de Boileau ces lieux virent Horace,
Esculape y parait sous celui de Gendron.

Ce spirituel impromptu, tout rempli de souvenirs mythologiques, est remarquable par l'à-propos de ce rapprochement ingénieux qui met sur la même ligne le poëte et le médecin, l'ancien maître du logis et le nouveau. Celui-ci ne pouvait qu'être flatté d'un éloge aussi bien tourné. Gendron, à sa mort, arrivée en 1750 (il était âgé de 87 ans), légua ses manuscrits à son neveu Louis-Florent Deshais Gendron, docteur, comme

des vésicules sur les cuisses. (Watson, *The Lancet*, 1857.) Le docteur Watson ajoute que d'autres bergers ont eu aussi, grâce au même procédé, diverses éruptions aux mains, aux avant-bras, au scrotum et aux cuisses.

Obs. I. — N..., âgé de 17 ans, entré à l'hôpital le 27 septembre 1858, était occupé depuis huit jours seulement chez un fabricant de fleurs, à tremper les graminées dans un pot de couleur verte arsenicale.

Dès le second jour de ce travail, le tour de la bouche et des ailes du nez, puis le menton, sont devenus le siége d'une éruption de pustules rouges à la base, assez semblables pour la forme et le volume à celles de l'impétigo. Ces pustules n'ont pas tardé à se recouvrir de croûtes d'un jaune grisâtre, mamelonnées, opaques.

Le gland est recouvert de vésicules; à la racine de la verge, à son union avec le scrotum et sur le raphé, existe une ulcération ayant succédé à une pustule; une autre ulcération tout à fait semblable se voit sur le côté externe du scrotum du côté droit. Ces ulcérations, de la grandeur d'une pièce de dix sous, sont tout à fait superficielles, très-nettement taillées dans la peau qui, à l'entour, conserve sa consistance et sa couleur naturelle; le fond en est légèrement jaunâtre. A la face interne et supérieure des cuisses existe de chaque côté une plaque d'érythème papuleux d'un rouge framboisé, de la grandeur de la paume de la main et accompagné de démangeaisons. Bains d'amidon. Sorti guéri le 15 octobre. (Beaugrand, 1855.)

M. Beaugrand prétend que c'est le contact des doigts avec les organes génitaux en urinant, qui y déterminent le développement des éruptions.

M. Vernois qui a étudié aussi dans un excellent mémoire (1) les accidents des ouvriers employés à la fabrication des fleurs, mentionne les éruptions scrotales, mais il affirme que ces éruptions arsenicales ne se rencontrent point sur les organes génitaux externes de la femme.

Le médecin anglais Hassall a observé chez les fabricants de fleurs artificielles les mêmes accidents que M. Vernois, et a donné deux observations d'ouvriers frappés d'éruptions au scrotum, aux aines et ailleurs. (*The Lancet*, 1860.)

Tout récemment, M. le docteur Charvet a fait dans sa thèse (Paris, 1863), une bonne description des accidents éprouvés par les ouvriers employés à la fabrication de la fuchsine, accidents qu'on doit rapporter à l'arsenic qui sert à préparer cette matière colorante. Nous lui empruntons l'observation suivante :

Obs. II. — C..., 59 ans, entré à l'hôpital le 3 mai 1863, travaille depuis un mois à la fabrication de la fuchsine. Depuis huit jours, il souffre d'une cuisson vive aux bourses, avec œdème des mêmes parties. Les pieds et les mains sont, depuis le même temps, le siége d'une éruption avec prurit extrême. Actuellement la verge et les bourses sont considérablement œdématiées; les mains et les pieds présentent un léger œdème et une éruption ortiée, qui occasionnent un prurit successif. Le malade tousse un peu; on entend à l'auscultation quelques râles bronchiques disséminés.

Le 7 mai, le malade montre à la plante des pieds des bulbes volumineuses et irrégulières.

Le 8, éruption d'eczéma impétigineux sur la main droite.

Le 13, il veut sortir, ses pieds sont guéris; son éruption de la main droite persiste encore, mais ne le fait pas souffrir.

Il résulte de tous ces faits qu'il existe une électivité remarquable de l'arsenic sur les parties génitales externes, tant de l'homme que de la femme, et c'est là une des nombreuses caractéristiques de ce médicament; ce qui lui est commun du reste avec d'autres agents de la matière médicale.

Gangrènes rapides, précédées ou non d'inflammation, enflure de la verge et du scrotum, ulcérations des parties génitales, inflammation du gland, éruptions vésiculeuses remplacées par des ulcérations quelquefois gangréneuse, eczéma du scrotum (1), paralysie des organes génitaux (2) : tels sont les divers accidents causés par l'arsenic dans cette sphère anatomique.

Je suis disposé à soutenir ici de nouveau sur le terrain de l'arsenic la même thèse que j'ai développée ailleurs à propos de l'antimoine (3), en considérant comme des effets dynamiques purs les éruptions arsenicales au lieu d'élection, même dans le cas d'empoisonnement externe. C'est là une question de pharmacodynamie générale intéressante, que les théories mécaniques parviendront difficilement à renverser en présence des faits.

L'action élective de l'arsenic sur les parties génitales a été peu mise en relief par nos médecins légistes modernes. Devergie, Casper, Van Hasselt (4) se taisent sur la question. Christison ne cite que le fait de Bachmann. Taylor ne parle que de l'action générale de l'arsenic sur la peau, sans spécifier la région génitale, tout en rapportant les observations de Watsen. Stahl et Hahnemann, dit Orfila, indiquent comme ayant été produits par l'acide arsénieux, l'inflammation et le gonflement des parties génitales, portés jusqu'à la gangrène, avec douleurs énormes; la gangrène subite aux organes masculins.

Concluons avec *Wurmb*, médecin homœopathe des plus distingués, que l'arsenic jouit d'une affinité particulière pour les organes sexuels des deux sexes, et qu'il est à regretter que ses propriétés aient été si

(1) Vernois, *Mémoire sur les accidents produits par les verts arsenicaux.* (*Annales d'hygiène*, 1859.)

(1) Dans mes *Etudes sur quelques symptômes de l'arsenic* (*Gazette médicale*, 1862), j'ai cité un fort bel exemple d'eczéma du scrotum survenu à l'un de mes élèves dans une expérience sur l'arsenic à dose infinitésimale (Obs. CIII).

(2) Ce fait de paralysie des organes génitaux par l'arsenic signalé par Biett, est jusqu'à présent, à ce que je crois, le seul fait connu dans l'espèce. Il faut l'ajouter aux nombreux cas de paralysies que j'ai cités dans mes *Etudes sur la paralysie arsenicale* (*Gazette médicale*, 1858).

(3) *Mémoire sur les éruptions antimoniales* (*Gazette médicale*, 1861). Cfr. Guérard (*Thèse de Paris*, 1862).

(4) Professeur hollandais dont l'ouvrage a été traduit en allemand sous ce titre : *Handbuch der Giftlehre*. Braunschweig, 1862.

son oncle, de la Faculté de Montpellier, qui fut nommé professeur royal et démonstrateur oculiste à Saint-Côme, en 1762.

Dumoulin n'était guère moins renommé que Gendron. Son vrai nom était Molin (Jacques), et c'est ainsi qu'il a signé le procès-verbal de l'ouverture du corps de Son Eminence le cardinal de Fleury. Il dut présider à cette ouverture en sa qualité de médecin-consultant du roi, député par le premier médecin Chicoyneau. « M. Dumoulin, dit Pibrac dans sa lettre d'envoi, me pria de faire l'ouverture sur-le-champ, afin de s'en retourner promptement à Paris. »

Dumoulin avait une immense clientèle, et il ne perdait pas une minute, car le temps pour lui valait de l'or, et il était d'une avidité insatiable. Dévoué à ses malades et exerçant sa profession avec toute l'ardeur d'un artiste, cet homme singulier se préoccupait très-fort des honoraires. Quand on réclamait ses soins dans une riche maison, il ne manquait pas de réclamer le prix de sa visite aussitôt après avoir vu le malade; et si par oubli ou par négligence on manquait à le satisfaire, il s'en allait sans rien dire et ne revenait pas.

Dumoulin thésaurisait avec passion. Vivant de peu et fort chichement, il poussa sa carrière jusqu'à l'âge de 92 ans, et laissa en mourant 1,600 mille livres, somme qui vaudrait aujourd'hui trois ou quatre millions (1755). Il est beaucoup question de Dumoulin et de son avarice dans un ouvrage très-intéressant du siècle passé, intitulé : *Anecdotes de médecine*. On y raconte, entre autres choses, qu'un pince-maille, jaloux de la réputation que s'était acquise notre médecin avare, alla lui rendre visite un jour d'hiver, à huit heures du soir. Il le trouva dans un réduit enfumé, avec une petite lampe d'une clarté douteuse, et lui ayant fait son compliment, témoigna tout aussitôt le désir de recevoir d'un tel maître des leçons d'économie. « Ne venez-vous que pour cela? répondit brusquement M. Molin. Prenez ce siége, » et en même temps, éteignant la lampe : « Nous n'avons pas besoin d'y voir pour parler. » Et son interlocuteur, stupéfait, reconnut qu'auprès d'un tel maître il n'était qu'un petit garçon, et promit toutefois de profiter de la leçon. Dumoulin le laissa se retirer à tâtons.

« Dumoulin, dit Bordeu, ne faisoit pas façon de convenir du plaisir qu'il avoit à ramasser de l'argent; il avoit, pour ainsi dire, réduit son avarice en système; il étoit le premier à rire de cette passion; mais il avouoit que c'étoit la sienne (1). »

« Dumoulin, dit encore Bordeu, pressé de quitter Paris pour aller voir un malade à soixante lieues ou environ, demanda cent louis pour son

(1) *Rech. sur l'hist. de la méd.*, ch. V, § 1, p. 628 des *Œuvres complètes*.

peu étudiées sous ce rapport (1). C'est pour cela que j'ai voulu appeler l'attention sur ce point de pharmacodynamie arsenicale, en compilant tous les faits que j'ai pu recueillir çà et là dans nos archives scientifiques; question que j'avais traitée incidemment dans un autre travail (2).

Dans ses expériences personnelles sur l'arsenic (3), Hahnemann ne parle nullement de son action sur les parties génitales; si l'on voulait décrire avec minutie les nombreux accidents qui ont été constatés dans cette sphère sous l'influence du célèbre poison, on augmenterait encore ces *innombrables symptômes* que les homœopathes, au dire de MM. Trousseau et Pidoux, ont découverts à l'arsenic, et que ces deux honorables médecins caractérisent de *rêveries d'hypochondriaques*. J'ai déjà démontré plus d'une fois avec quelle légèreté scientifique et quelle ignorance des faits la raison sociale du *Traité de thérapeutique et de matière médicale* avait abordé la question de l'homœopathie sur le terrain de l'arsenic. Les faits à la main, il faut donc agrandir la pathogénésie arsenicale. Ces *innombrables symptômes* sont encore plus nombreux que ne l'a dit Hahnemann, et que ne pensent MM. Trousseau et Pidoux; qu'y faire? — En ce qui touche M. Trousseau dans ses opinions souvent exprimées sur l'homœopathie soit de concert avec M. Pidoux, soit dans ses autres ouvrages, il me sera facile de prouver que ses assertions si tranchantes ne sont qu'un tissu d'erreurs, de paralogismes et de contradictions. L'illustre professeur abuse étrangement sur ce point de sa position scientifique, et j'espère bien le lui démontrer plus ou moins prochainement, s'il plaît à Dieu : *ab uno disce omnes*. Tels sont les faits physiologiques relatifs à l'action de l'arsenic sur les parties génitales externes. Il en ressort, au double point de vue de la loi de similitude et de la loi d'électivité, des déductions thérapeutiques importantes. Malheureusement les faits sont rares pour apporter leur critérium à une théorie féconde (4). Il faudra demander à la clinique ce que l'arsenic peut faire dans les nombreuses affections de la région génito-externe. La loi de similitude et la loi d'électivité sont deux guides sûrs pour arriver à la spécialisation d'action des médicaments, et pour dégager cette inconnue, il n'y a qu'à se servir de la formule *similiter et electivè*, tout en tenant compte du critérium final : *ab usu in morbis*.

(1) Wurmb, *Der Arsenik, nach den vorhandenen pharmakognostichen und klinischen Materialen bearbeitet*. (*Oesterr. Zeitsch. f. Homeopathie*. Wien, 1845.)

(2) *Histoire des éruptions arsenicales*. (*Moniteur des hôpitaux*, 1857.)

(3) *Matière médicale pure*, première édition allemande.

(4) Cfr. *Mémoire sur le prurit vulvaire*. (Imbert-Gourbeyre, *Moniteur des hôpitaux*, 1858.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Sur la chorée considérée dans ses rapports avec les affections valvulaires du cœur; par le docteur W. S. Kirkes, professeur de médecine à l'hôpital Saint-Barthélemy, Londres.

Les travaux de MM. Begbie, Watson Fodd, Sée, ont fait accepter assez généralement l'opinion que la chorée est fréquemment une manifestation de la diathèse rhumatismale. Nous n'avons pas besoin de rappeler sur quel genre de preuves cette manière de voir s'appuie. Il suffit de remarquer que dans cette hypothèse, quand on trouve une affection cardiaque chez un sujet rhumatisant, on la considère comme étant une expression de la diathèse rhumatismale au même titre que la chorée; la chorée et l'affection cardiaque sont donc envisagés comme des effets d'une même cause, et il n'y a pas de relation logique entre l'une et l'autre de ces affections.

M. Kirkes est arrivé, par des observations répétées, à comprendre les faits d'une manière différente. Déjà, dans un travail publié en 1850 dans la *Medical Gazette*, il avait fait voir qu'il est extrêmement fréquent de trouver une affection récente des valvules cardiaques dans les cas de chorée mortelle. Les faits qu'il a observés depuis l'ont confirmé dans cette opinion, et lui ont montré que dans tous les cas où la chorée paraît être en rapport avec un rhumatisme aigu, les valvules du cœur gauche sont atteintes d'inflammation. Il en conclut qu'il ne faut pas rattacher la chorée directement à la diathèse rhumatismale, mais qu'elle est subordonnée à l'affection cardiaque engendrée par le vice rhumatismal. Les recherches qu'il a faites lui ont montré que les ventricules cardiaques étaient atteintes d'une affection aiguë dans presque toutes les observations de chorée liée au rhumatisme qui ont été publiées. Dans les autopsies qu'il a faites lui-même, il en était toujours ainsi.

On rencontre fréquemment des cas de chorée dans lesquels cette affection des valvules cardiaques est le seul élément morbide concomitant, et dans lesquels il n'y a aucune raison pour admettre l'existence de la diathèse rhumatismale. On entend chez presque tous les sujets choréiques un souffle cardiaque, et le plus souvent c'est à la pointe du cœur; on ne saurait alors le considérer comme un souffle anémique. Quelques personnes ont voulu expliquer ce souffle par des contractions irrégulières, choréiques, des muscles papillaires, mais cette hypothèse paraît peu probable. Rien ne démontre que les muscles de la vie animale puissent être atteints de mouvements choréiques. D'autre part, si le souffle dont il s'agit était dû à des contractions choréiques des muscles papillaires, il devrait être intermittent, tandis qu'en réalité il n'en est rien.

Une autre remarque dont il importe de tenir compte, c'est que l'absence d'un bruit de souffle ne prouve en aucune manière l'inté-

---

voyage; il ne partit que lorsqu'il eut reçu ses honoraires, et il dit en partant qu'on y voyoit toujours plus clair lorsque la lumière alloit devant (1). »

Cette singulière réflexion prouve que Dumoulin avait de l'esprit. Son cœur était excellent. Cet avare semait les bienfaits à pleines mains, et les répandait avec profusion sur les pauvres. Non moins singulier dans sa générosité que dans son avarice, il n'entendait point recevoir des remerciments, et il ne mettait point d'autre condition à ses bonnes œuvres. Appelé dans un couvent pour une demoiselle d'une grande naissance, on lui annonça en tremblant, après sa visite, que la malade était très-pauvre. Dumoulin partit sans faire aucune observation, et à sa prochaine visite il laissa sur la table un rouleau de dix louis d'or, afin qu'on pût le payer d'une partie de cet argent, et dissimuler ainsi aux assistants l'indigence de la noble demoiselle. On n'a de ce célèbre praticien qu'un recueil d'observations sur le rhumatisme.

J. M. Guardia.

— Société de biologie. Dans son testament daté de Jérusalem, le 3 septembre 1862, M. le docteur Ernest Godard a inséré la clause suivante :

« Je lègue à la Société de biologie de Paris ou, si elle n'est pas reconnue par l'Etat, je lègue à son président une somme de 5,000 francs, dont les revenus, tous les deux ans, formeront le capital d'un prix qui sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard. »

Les conditions légales ayant été remplies, et la famille d'Ernest Godard ayant généreusement pris à sa charge le payement des droits, la Société de biologie a décidé, dans sa séance du 7 mars 1863, que, dans celle de ses réunions la plus rapprochée du 6 janvier, jour de la naissance du testateur, elle décernerait tous les deux ans, au nom d'Ernest Godard, un prix d'une valeur indiquée par la teneur de la clause ci-dessus. Le premier de ces prix sera décerné en janvier 1865.

Les savants étrangers à la Société de biologie, qui désireraient concourir au prix Ernest Godard, devront, en conséquence, adresser leurs mémoires, imprimés ou manuscrits, répondant à la teneur de la clause testamentaire, à M. le président de la Société de biologie, rue de Londres, 14, avant le 1er novembre 1864.

(1) Id., ibid., ch. VIII, § 2, p. 726.

grité des valvules cardiaques. M. Kirkes a fait plusieurs fois des autopsies dans lesquelles il a trouvé des endocardites valvulaires manifestes sans que nul bruit anormal en eût dénoté l'existence pendant la vie; c'est ainsi qu'on trouvait de l'épaississement, des dépôts fibrineux, etc. sur la face auriculaire de la valvule mitrale, mais à une certaine distance de son bord libre. Il n'y avait par conséquent eu ni rétrécissement ni insuffisance.

A cela ne se bornent pas les altérations des valvules; on y constatait une vascularisation anormale, du ramollissement, une texture moins serrée, une surface irrégulière, rugueuse, et parfois des érosions manifestes.

Les altérations de texture des valvules sont toutefois, dans beaucoup de cas, assez légères pour qu'elles puissent échapper à un examen superficiel. C'est ainsi que les petites granulations fibrineuses ou autres formées à la surface des valvules enflammées sont souvent très-peu adhérentes, et on les détache facilement, sans s'en apercevoir, quand on n'apporte pas à l'autopsie toute l'attention nécessaire.

Ces lésions ne retracent d'ailleurs que fort incomplétement le travail morbide qui s'est fait pendant la vie, pas plus que les bourgeons charnus d'une plaie ne donnent la mesure de la suppuration qu'elle fournit. Une endorcadite valvulaire légère en apparence peut donc avoir exercé sur la crase du sang une influence délétère très-grave, sans que les lésions constatées à l'autopsie dans le cœur semblent l'indiquer.

M. Kirkes admet chez les sujets dont la chorée se rattache, pour lui, à l'endocardite, une prédisposition qu'il ne définit pas très-nettement. Quant aux rapports qui unissent l'endocardite à la chorée, il lui paraît assez facile de les comprendre sans recourir à l'hypothèse d'une sympathie spéciale entre le cœur et les centres nerveux. Chez les sujets dont il s'agit, le sang est souvent vicié par une affection rhumatismale antécédente. L'endocardite aggrave cette dyscrasie en introduisant dans le sang des produits inflammatoires ou des débris de concrétions fibrineuses. On comprend ainsi sans peine que la chorée survienne fréquemment plusieurs mois après une attaque rhumatismale à laquelle a succédé l'affection cardiaque. Pendant une attaque de rhumatisme, du reste, les douleurs incessantes et l'insomnie fatiguent considérablement le système nerveux et le disposent à subir d'autant plus facilement l'influence d'une nouvelle cause de trouble.

On le voit, M. Kirkes arrive à faire une assez large part à l'endocardite ulcéreuse dans la pathogénie de la chorée. D'une autre part, il ne lui paraît pas inadmissible qu'une partie des symptômes ne puisse se rattacher à l'obstruction d'un certain nombre de capillaires du système nerveux par des fragments de concrétions fibrineuses, balayés et entraînés par le courant sanguin.

OBSERVATIONS SUR LE CATARRHE D'ÉTÉ; par le docteur W. ABBOTS SMITH, médecin du Metropolitan free hospital, Londres.

L'histoire pathologique du catarrhe d'été, naguère encore si obscure, a fait un grand pas depuis la publication de la remarquable monographie du professeur Phœbus, mais le traitement de cette bizarre affection est encore aujourd'hui fort incertain. Le seul précepte que les auteurs les plus compétents formulent avec quelque assurance consiste à recommander un changement de résidence. Or c'est là une recommandation à laquelle beaucoup de malades ne veulent ou ne peuvent pas se conformer, et il est bon de connaître au moins les moyens qui permettent alors, sinon de faire cesser rapidement les accidents, au moins de les pallier et d'en abréger quelque peu la durée. M. Abbots Smith, qui a observé à plusieurs reprises la fièvre de foin, recommande à cet effet d'une manière spéciale la teinture de lobelia, qui avait déjà été employée précédemment dans le même but par le docteur Gordon (de Welton). Il en donne de 2 à 4 grammes toutes les quatre heures ou toutes les six heures, en ajoutant à la potion un peu d'acide sulfurique étendu. Il prescrit en outre à ses malades un purgatif salin de temps en temps. Pour calmer l'irritation insupportable de l'arrière-gorge et la soif, il leur fait sucer de petits morceaux de glace. Les douches froides en pluie lui ont également paru utiles pour hâter la guérison et pour prévenir les récidives. Quant au régime, il insiste pour que l'on en retranche tous les aliments qui sont d'une digestion difficile.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITER LES MALADIES EN AGISSANT SUR LA CIRCULATION SANGUINE DANS DIFFÉRENTES PARTIES DU CORPS; par le docteur JOHN CHAPMAN.

La méthode thérapeutique proposée par M. Chapman est basée essentiellement sur les rapports intimes qui unissent les fonctions organiques des diverses parties du corps à celles du système nerveux cérébro-spinal et sympathique. C'est à l'aide d'une action exercée directement sur la moelle épinière et le grand sympathique que M. Chapman se propose d'agir sur les parties qui reçoivent leurs nerfs de cette source. Le moyen dont il se sert à cet effet est assez simple : c'est l'action du froid et de la chaleur employés soit séparément, soit associés méthodiquement. Nous citons ici textuellement les termes dans lesquels il s'exprime à cet égard :

« J'ai découvert (c'est M. Chapman qui parle), que l'on peut modifier à son gré la circulation sanguine dans le cerveau, dans la moelle épinière, dans les ganglions du système du grand sympathique, et en outre, par l'intermédiaire de ces centres nerveux, dans tout autre organe de l'économie, en agissant à l'aide de la chaleur et du froid sur diverses parties du dos. De cette manière, on peut modifier immédiatement l'excitabilité réflexe ou le pouvoir excito-moteur de la moelle épinière, et la force contractile des artères de toutes les parties du corps.

« Pour abaisser seulement le pouvoir excito-moteur de la moelle épinière, j'applique une poche en caoutchouc, large d'environ 2 pouces, le long de la partie de la colonne vertébrale qui renferme la partie de la moelle sur laquelle je me propose d'agir. Conformément au même principe, on peut exalter la vitalité de la moelle épinière en appliquant alternativement des poches en caoutchouc pleines, les unes de glace, les autres d'eau chaude, quand il est nécessaire d'agir très-énergiquement. Dans les cas où une action moins intense est suffisante, je me sers seulement d'applications de glace ou d'eau glacée qui sont faites pendant un court espace de temps seulement et à des intervalles prolongés.

« Lorsqu'il est désirable d'activer la circulation dans une partie donnée quelconque du corps, on peut, d'après mes recherches, obtenir ce résultat en exerçant une action incessante, sédative, dépressive ou paralysante (suivant l'intensité de l'effet que l'on recherche) sur les ganglions du grand sympathique qui envoient les nerfs vasomoteurs aux parties sur lesquelles on veut agir. On obtient ce résultat en appliquant de la glace sur le milieu du dos dans une étendue transversale de 4 pouces à 4 pouces 1/2, et dans la hauteur des segments particuliers du grand sympathique ou de la moelle épinière qu'il s'agit de modifier.

« C'est ainsi que, dans le but de déterminer un afflux sanguin plus abondant et plus uniforme vers le cerveau, j'applique de la glace à la nuque et entre les épaules; j'obtiens par le même procédé une circulation plus active et une augmentation de température dans les extrémités supérieures. On peut agir d'une manière semblable sur les viscères du thorax et de l'abdomen, à l'aide d'applications faites sur les régions dorsale et lombaire. De même encore, une poche pleine de glace, appliquée sur la région dorsale, suffit pour activer très-énergiquement la circulation dans les extrémités inférieures, au point de rétablir la température normale dans les pieds qui sont le siége, au plus haut degré, de cette sensation anormale de froid si pénible à tant de personnes.

« Les poches dont je me sers ont des longueurs variables; elles sont rétrécies à leur orifice dans le but d'en rendre l'occlusion plus facile. Quand elles ont été remplies de glace je les divise, à l'aide de ligatures fortement serrées, en deux ou trois segments, suivant leur longueur. Par cet artifice, on empêche la glace contenue dans la partie supérieure de ces poches de descendre vers le fond à mesure qu'elle se liquéfie.

« En théorie, je suis assuré que par la méthode que j'ai décrite, les médecins seront à même de se rendre maîtres du plus grand nombre des maladies; expérimentalement, des preuves nombreuses et remarquables m'ont fait voir que cette conviction est bien fondée. A l'aide de la méthode que j'ai décrite, j'ai réussi à arrêter complétement les attaques de beaucoup d'épileptiques et à guérir les maladies suivantes :

« Paralysies; céphalalgies rebelles et insupportables; vertiges habituels; somnolence extrême; sensation de défaut de solidité dans l'attitude verticale et de sécurité dans la marche; hallucinations habituelles; perte de mémoire; faiblesse et obscurcissement de la vue;

spectres oculaires; inégalité des pupilles; anesthésie unilatérale; spasmes insurmontables des muscles préposés à l'ouverture et à l'occlusion de la bouche; crampes des extrémités (dans deux cas, crampes des mains qui mettaient les patients dans l'impossibilité de se livrer à leurs travaux); engourdissement des doigts, empêchant les malades de saisir de petits objets, de travailler à l'aiguille, etc.; paralysie de la vessie; impossibilité de retenir l'urine pendant plus de quelques minutes (dans deux cas de ce genre, j'ai obtenu la guérison à un degré surprenant); menstruation profuse et trop fréquente, ou irrégulière et insuffisante; douleurs dysménorrhéiques excessives; leucorrhée profuse avec ténesme utérin prolongé et douleurs extrêmement vives dans le dos; constipation habituelle; diarrhée opiniâtre; refroidissement général de la surface cutanée persistant depuis un grand nombre d'années; un état analogue incurable jusqu'alors des pieds. »

Nous avons préféré cette citation un peu fatigante à une simple analyse pour ne laisser aucun doute sur la pensée de l'auteur. Nous nous en tiendrons là. Ce que nous avons dit du point de vue théorique auquel se place l'auteur et des résultats qu'il dit avoir obtenus est suffisant pour appeler et diriger le contrôle qui, pour cette fois, ne nous paraît pas inutile.

Nous ajouterons seulement d'abord que, dans un article subséquent, M. Chapman annonce qu'il a modifié sensiblement l'état de deux diabétiques à l'aide de sa méthode; et ensuite que M. Jackson, *assistant-physician* de l'hôpital des paralysés et des épileptiques, n'est arrivé qu'à des résultats à peu près négatifs en cherchant, avec le secours de l'ophthalmoscope, s'il est possible de modifier sensiblement, par la méthode de M. Chapman, la circulation du fond de l'œil.

III. BRITISH MEDICAL JOURNAL.

Les numéros du 3 janvier au 30 décembre 1863 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Sur les colorations anormales de la peau*, par M. Wilson. 2° *Fracture comminutive compliquée des deux jambes; double amputation; guérison*, par M. Martin. 3° *Sur la mortalité dans les districts cotonniers*, par M. Beddoe. 4° *Sur les distinctions pathologiques en fait de diabète*, par M. Noble. 5° *Sur la tunique fibreuse du globe oculaire*, par M. Walton. 6° *Sur l'emploi de l'acide nitrique dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus*, par M. Hailey. 7° *Remarques pratiques sur la syphilis*, par M. Marston. 8° *Causes et conséquences des écoulements utérins*, par M. Nourse. 9° *Les applications cliniques du laryngoscope*, par M. Walker. 10° *Sur la diphthérie*, par M. Newman. 11° *Cas de cœur graisseux*, par M. Tenison. 12° *Sur un cas d'affection du cœur droit et sur l'apnée cardiaque*, par M. Spender. 13° *Sur les rétrécissements du conduit lacrymal*, par M. Walton. 14° *Cas d'accouchement subit*, par M. Brown. 15° *Observation démontrant la nécessité d'un toucher soigneux et d'un examen détaillé des caillots à la suite de l'avortement*, par M. Copeman. 16° *Sur un cas difficile*, par M. Norris. 17° *Sur l'action que l'atropine exerce sur l'œil*, par M. Lawson. 18° *Abcès fécal; guérison*, par M. Smith. 19° *Communication directe entre le rectum et la vessie*, par M. Price. 20° *Corps étranger dans la trachée*, par M. Page. 21° *Sur le phimosis congénital*, par M. Jordan. 22° *Sur les opérations pratiquées au dix-neuvième siècle pour le glaucome*, etc., par M. Solomon. 23° *Remarques pratiques sur le traitement de l'ophthalmie purulente des enfants*, par M. Wordoworth. 24° *Recherches pathologiques et pratiques sur diverses formes de paralysie*, par M. Meryon. 25° *Sur le cauchemar et l'action des anesthésiques*, par M. Hodgkin. 26° *Sur la diphthérie*, par M. Walker. 27° *Sur le goître enophthalmique*, par M. Fletcher. 28° *Chorée; rhumatisme; péricardite*, par M. Habersbon. 29° *Sur les opérations à faire pour les abcès du foie*, par M. Cooper. 30° *Cas d'hydrocéphalie aiguë; guérison*, par M. Candy. 31° *Sur le traitement des convulsions puerpérales*, par M. Jones. 32° *Sur les cas de pustule maligne observés en Angleterre*, par M. Budd. 33° *Eclampsie puerpérale; maladie de Bright; autopsie*, par M. Belcher. 34° *Notes sur le croup*, par M. Day. 35° *Cas de calcul rénal*, par le même. 36° *Empoisonnement par des champignons*, par M. Mitchell. 37° *Cas de fistule pleurale*, par M. Whitwill. 38° *La fève de Calabar*, par M. Ogle. 39° *Cas de diphthérie*, par M. Humphry. 40° *Traitement des premières phases de la coxalgie chez les enfants*, par M. Price. 41° *Observations de convulsions puerpérales*, par M. Prosser. 42° *Obstruction du rectum par une tumeur cancéreuse; colotomie lombaire, suivie de succès*, par M. Hutchinson. 43° *Anus artificiel*, par M. O'Connor. 44° *Hernie crurale étranglée; réduction par l'altitude renversée*, par M. Griffith. 45° *Remarques sur le traitement du délire alcoolique par la digitale*, par M. Miller. 46° *Sur les diverses formes d'aliénation mentale*, par M. Sankey. 47° *Rétino-choroïdite avec épanchement sous-rétinien; évacuation du liquide; guérison*, par M. Walton. 48° *Traitement de la folie par la digitale*, par M. Robertson. 49° *Cas de phthisie compliquée de pneumothorax et d'un abcès ayant détruit les cartilages costaux*, par M. Gimson. 50° *Observations de plaies par armes à feu*, par M. Pridham. 51° *Sur l'inflammation ulcérative des valvules du cœur, considérée comme cause de pyémie*, par M. Kirkes. 52° *Sur le porrigo*, par M. Dunn. 53° *Sur la transposition des gros vaisseaux du cœur*, par M. Cockle. 54° *Cas curieux d'épilepsie*, par M. Robinson.

A part quelques travaux très-étendus et inaccessibles à notre analyse, la plupart des articles ci-dessus indiqués sont relatifs à des observations isolées, dont quelques-unes seront consultées avec fruit. La plupart toutefois n'offrent qu'un médiocre intérêt, et les faits sur lesquels nous désirons, pour notre compte, appeler l'attention, se réduisent à un nombre minime. Au surplus, nous ne pouvons que les mentionner très-rapidement.

SUR LES DISTINCTIONS PATHOLOGIQUES A FAIRE DANS LES CAS DE DIABÈTE; par le docteur D. NOBLE (de Manchester).

Les recherches modernes ont démontré de la manière la plus certaine qu'il est un certain nombre de cas de diabète, caractérisés par tous les symptômes classiques, dont le point de départ primitif se trouve dans le système nerveux. Il est également bien acquis à la science aujourd'hui que beaucoup d'affections du système nerveux cérébro-spinal central ou périphérique sont l'occasion d'une glycosurie passagère, qui n'entraîne à sa suite aucune des conséquences désastreuses du diabète sucré.

Entre ces deux séries de faits il faut en inscrire un certain nombre d'autres, sur lesquels M. Noble s'est proposé surtout d'appeler l'attention, et dont il cite quelques exemples. Le point de départ, l'origine du mal, ici encore, est dans le système nerveux, et habituellement dans une surexcitation excessive du cerveau. Le sucre existe en quantité notable dans l'urine, dont la densité est augmentée en conséquence, et qui présente des réactions chimiques habituelles. Mais la quantité de l'urine sécrétée dans les vingt-quatre heures n'est pas sensiblement augmentée. Les malades n'éprouvent ni une soif excessive ni un appétit désordonné; leur peau ne présente pas non plus la sécheresse et l'acidité du diabète classique. L'état général n'en est pas moins gravement atteint. La fatigue, la perte des forces, l'accablement moral arrivent au même degré que dans le véritable diabète.

Les cas de ce genre échappent facilement au diagnostic, et pourtant il est de la plus haute importance pratique de savoir les reconnaître, car ils sont de ceux dans lesquels l'axiome, si souvent faux, *sublatâ causâ tollitur effectus*, trouve ses plus heureuses applications. Il suffit en effet de supprimer les influences pathologiques qui produisent l'état de fatigue ou d'irritation des urines, cause de tout le mal, pour faire cesser, au bout de quelque temps, tous les accidents, tandis que leur marche déjoue toutes les tentatives thérapeutiques tant que cette indication première n'a pas été remplie.

OBSTRUCTION DU RECTUM CAUSÉE PAR UNE TUMEUR CARCINOMATEUSE; COLOTOMIE LOMBAIRE; SUCCÈS; par le docteur T. B. CURLING.

La malade dont il est question dans cette observation aurait fatalement succombé en peu de jours aux accidents de l'obstruction intestinale sans l'opération d'anus artificiel faite par M. Curling, et elle survécut plusieurs mois à la colotomie. M. Curling fait remarquer que ce cas est le huitième dans lequel il a fait ou vu faire la colotomie dans des circonstances analogues, et que sur les huit opérés, cinq ont survécu et ont joui plus ou moins longtemps des bienfaits de l'opération. Nous recommandons ces faits à l'attention des chirurgiens qui refusent encore de faire la colotomie lombaire dans les cas d'obstruction de l'extrémité inférieure du gros intestin par une dégénérescence à laquelle il n'est pas de remède.

SUR UN CAS DE MALADIE DU COEUR DROIT ET SUR L'APNÉE CARDIAQUE; par le docteur SPENDER, chirurgien de l'*Eastern Dispensary*, à Bath.

Il s'agit dans ce fait d'une hypertrophie considérable du ventricule droit, à l'exclusion du cœur gauche, qui était survenu à la suite

d'une coqueluche prolongée. M. Spender saisit cette occasion pour insister sur les services remarquables qu'une petite saignée peut rendre dans les cas de ce genre quand les accidents graves de l'asys tolie se produisent. L'anplolie étant due, de même que l'affection cardiaque tout entière, à un obstacle circulatoire dans le poumon, la saignée est en effet tout spécialement indiquée alors. M. Spender recommande en outre, en dehors des accidents ultimes, l'emploi des préparations ferrugineuses qu'il emploie dans le but de rendre du ton aux parois musculaires, dégénérées du cœur.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

— L'Académie procède, par voie du scrutin, à la nomination de la commission chargée de décerner, s'il y a lieu, le prix Barbier (découvertes concernant diverses branches de l'art de guérir).

MM. Rayer, Velpeau, Bernard, Serres et J. Cloquet réunissent la majorité des suffrages.

ANOMALIE DANS LA MANIFESTATION DES PROPRIÉTÉS DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE; par M. AUG. HOUZEAU.

Dans une précédente communication, j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie des conclusions que m'avaient suggérées mes recherches sur l'atmosphère déjà si savamment étudiée par Lavoisier, Thenard et Gay-Lussac, Théodore de Saussure, MM. Dumas et Boussingault. J'ai montré combien l'air atmosphérique, au lieu de présenter une grande stabilité dans ses propriétés, offrait de contrastes dans sa manière d'agir, puisque du jour au lendemain mes réactifs tournesol bleu et tournesol vineux mi-ioduré se trouvaient impressionnés d'une façon fort différente dans la même station. La divergence des résultats obtenus, quoiqu'en faisant usage des mêmes instruments, est souvent si grande, que deux chimistes qui sans se connaître viendraient à se communiquer leurs observations faites en même temps, mais séparément, dans deux stations à proximité, comme Paris et Saint-Maur, Rouen et son faubourg, resteraient convaincus d'avoir opéré sur deux airs presque aussi dissemblables que le sont entre eux l'azote et l'oxygène. De là la nécessité d'admettre en météorologie, du moins pour nos climats, la variabilité normale des propriétés de l'air atmosphérique, c'est-à-dire qu'à un jour donné les qualités reconnues à l'air n'impliquent point, à la même station, lesdites qualités pour l'air du lendemain, ni même, à la rigueur, pour l'air qui serait examiné une ou plusieurs heures après la dernière observation.

Mes nouvelles expériences, dont j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui les résultats à l'Académie, montrent qu'il est même possible de rendre perceptibles à volonté ces différentes manifestations de l'atmosphère, en opérant sur deux points pris au hasard dans l'air de la campagne et distants seulement l'un de l'autre de quelques centimètres. Elles prouvent, de la façon la plus péremptoire, et contrairement à toute prévision, que dans un flacon ou une éprouvette restés ouverts, l'air de l'intérieur de ces vases n'agit pas de la même manière que l'air ambiant.

On réalise aisément cette démonstration en disposant verticalement dans une longue et étroite éprouvette à pied une petite règle mince en bois sur laquelle on pique avec une épingle et à 4 ou 5 centimètres l'un de l'autre, une série de mes papiers réactifs à base de tournesol mi-ioduré. Tous les papiers situés en dehors de l'appareil ont pu, selon l'état de l'atmosphère, bleuir fortement en six, douze ou vingt-quatre heures, tandis que les mêmes réactifs placés dans l'intérieur de l'éprouvette restée ouverte n'ont subi aucune coloration semblable après quarante heures ou même après six jours d'exposition. Et cependant, entre le premier papier plongé dans l'éprouvette et situé près de son orifice et le papier disposé près de cet orifice, mais en dehors de l'éprouvette, il y a seulement une distance de quelques centimètres.

C'est donc un fait bien inattendu que de constater ainsi à peu de distance une manière si différence d'agir de l'atmosphère.

Mais si, au lieu d'un cylindre étroit, on emploie un appareil évasé, semblable, par exemple, à un entonnoir posé sur sa partie effilée, les papiers réactifs bleuissent au contraire indistinctement tout le long de la baguette.

Les phénomènes négatifs de la première expérience continuent néanmoins à s'observer encore, si l'on fait arriver jusqu'au fond de l'éprouvette restée ouverte, le tube d'un aspirateur qui, pendant plusieurs jours, en renouvelle lentement le contenu aérien. Dans une expérience où l'air apporté ainsi représentait en volume cinq mille fois la capacité de l'éprouvette, les papiers réactifs de l'intérieur du vase n'avaient subi aucune altération (1) semblable à celle qu'avaient éprouvée les papiers exposés à l'extérieur, et qui dans le même temps s'étaient fortement colorés en bleu dans leur partie iodurée.

Il n'est pas impossible que cette anomalie dans la manifestation des propriétés de l'air atmosphérique n'explique un jour le désaccord qui existe entre M. Pouchet et M. Pasteur dans la manière de concevoir la cause originelle des générations dites spontanées. On comprend, en effet, que si à la place de mes papiers on substitue des réactifs bien autrement sensibles, tels que des infusions végétales ou animales, ces mêmes liquides organiques pourront subir de la part de l'air ambiant des altérations différentes selon le mode d'expérimentation, la forme et la capacité des vases qui les contiendront.

Ce qu'il est important de noter toutefois, c'est que ces expériences qui réussissent huit fois sur dix à la campagne, et même toujours quand on sait choisir le temps, ne fournissent que des résultats négatifs quand on opère dans l'air confiné d'un appartement si grand qu'il soit, comme par exemple une salle d'hôpital. Bien plus, il ne m'a jamais été possible de les reproduire avec succès dans la cour du Conservatoire des arts et métiers, dans les rues de Varennes et du Temple. C'est qu'en effet, sous plus d'un rapport, les rues de Paris peuvent être considérées comme autant de salles d'un vaste hôpital.

Dans la relation de mes expériences antérieures, je signalais, sans en donner une explication satisfaisante, l'anomalie qu'accusaient déjà mes papiers d'après la manière différente dont ils se trouvaient impressionnés par l'air suivant son origine. A cette époque, pour rendre compte de ce phénomène, la théorie s'appuyait sur la destruction de l'ozone atmosphérique par les miasmes dont l'opinion générale gratifie l'air des grands centres de population au détriment de l'air des champs. Sans contredire entièrement cette croyance, je n'hésite cependant pas à reconnaître aujourd'hui une similitude frappante entre les caractères négatifs qu'offre à l'égard du tournesol mi-ioduré l'air de Paris et l'air de l'intérieur d'une éprouvette restée ouverte en pleine campagne, alors que, tout autour d'elle, l'atmosphère manifeste des propriétés si actives. Sans aucun doute, la cause principale qui détermine ces effets est la même dans les deux cas. En circonscrivant le phénomène, mes récentes expériences écartent d'un seul coup les complications de toute nature qu'offrait à ce point de vue délicat l'examen chimique de l'air de Paris, et par cela même elles facilitent la recherche de cette cause qui communique à l'atmosphère une variabilité de propriétés si curieuse.

Cette nouvelle étude, réclamée par les intérêts de la météorologie, de l'agriculture et de l'hygiène publique, fera l'objet d'un autre mémoire.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de la commission nommée le 22 avril 1861 sur un premier travail de l'auteur concernant la même question, commission qui se compose de MM. Boussingault, Balard et Decaisne.

INFECTION DU SANG PAR LA BILE. Note de M. NAMIAS.

(Commissaires : MM. Velpeau, Andral, Cloquet.)

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un résumé des leçons que j'ai faites sur la cholémie à la clinique de l'École pratique du grand hôpital de Venise.

La cholémie n'a pas été assez étudiée. On regarde l'ictère comme un symptôme, et l'on confond un symptôme avec une maladie secondaire. Un catarrhe de la vessie est quelquefois secondaire aux rétrécissements de l'urètre, il n'est pas un symptôme de cette maladie. Quand la bile est mêlée au sang (et nous en avons la preuve chimique par les réactions de la *cholépyrrine*), le ralentissement de la circulation démontre bien quels pernicieux effets elle porte sur l'économie animale. J'ai observé dans l'ictère simple le pouls tomber à moins de 50, M. Frerichs à moins de 30. Une cause sans gravité par elle-même et qui ne résisterait

(1) Dans ces sortes d'observations, il faut bien se garder de confondre la décoloration partielle ou totale que les papiers de tournesol éprouvent au contact de l'air, selon qu'elle est due à l'ozone qui agit même dans l'obscurité, ou à l'influence de l'état lumineux de l'atmosphère. Dans un mémoire dont je présente ici l'extrait, je relate une série d'expériences faites sur ce sujet dans l'obscurité, à la lumière diffuse et au soleil, avec de l'air sec ou humide. Ordinairement la nuance du papier de tournesol s'affaiblit à la lumière diffuse (même celle de l'intérieur d'un appartement), conformément aux observations générales de M. Chevreul, tandis qu'elle tend à foncer dans l'obscurité.

pas à un traitement bien dirigé peut empêcher l'écoulement de la bile dans les intestins, et bientôt ce liquide, infectant le sang, pourra produire une maladie dangereuse, peut-être même la mort. Cette infection frappe le système nerveux, produit des convulsions, et peut aussi altérer la structure des reins. On trouve la cholépyrrine dans les petits canaux des reins dont elle amène l'obstruction. L'excrétion de l'urine peut être entravée et l'urémie en dériver. Ces considérations, on le voit, ont bien de l'importance, même pour la thérapeutique. Une indication importante dans le traitement de l'ictère, c'est l'emploi des diurétiques; mais quelquefois leur action est impossible par suite de l'accumulation de la matière de la bile dans les reins dont elle ferme les conduits, et il vaudrait mieux alors profiter des moyens qui ont pour effet de dissoudre les matières colorantes de la bile.

Aux médecins qui suivent ma clinique j'ai montré que des ictères graves, qui avaient été jugés par quelques médecins allemands comme des atrophies aiguës du foie incurables, guérissaient bien avec un traitement évacuant. On a tort de considérer cette atrophie comme la condition essentielle de tous les ictères graves et de s'arrêter à la destruction des cellules hépatiques indiquées par le microscope. M. Bernard a démontré que ces cellules se détruisent par le contact prolongé de la matière biliaire.

Depuis la publication des notes réunies dans l'opuscule que j'ai eu l'honneur de déposer sur le bureau, j'ai reçu dans mes salles une pauvre femme frappée d'éclampsie cérébrale à la suite d'un ictère grave. Il y avait un ancien rétrécissement du canal hépatique, mais l'ictère est survenu sous l'influence d'une grande agitation d'esprit. Dans la dissection du cadavre j'ai reconnu à l'œil nu la matière biliaire dans la substance médullaire des reins. Leur partie corticale était encore intacte. Le foie, au lieu d'être atrophique, était hypertrophique. Voilà un fait qui prouve bien que l'ictère grave ne dépend pas toujours de l'atrophie jaune aiguë. Les détails de ce cas intéressant seront consignés dans une publication que je dois en faire à mon retour à Venise; je m'empresserai d'en faire hommage à l'Académie que je prie dès aujourd'hui d'accepter mes remerciments pour l'honneur qu'elle m'a fait en me permettant de l'entretenir un moment de mes travaux.

— M. Guyon fait hommage à l'Académie d'un opuscule ayant pour titre : *Etudes sur les eaux thermales de la Tunisie, accompagnées de recherches historiques sur les localités qui les fournissent.*

Les sources thermales de la Tunisie, dit M. Guyon, sont assez nombreuses, mais deux seulement se distinguent de toutes les autres par leur température, ainsi que par leurs principes minéralisateurs. Aussi sont-elles fréquentées à la fois par les indigènes et par les Européens. Ce sont les sources d'Hammam-Lif et de Gourbès, l'une et l'autre à peu de distance de Tunis.

Il y a déjà quelques années, en 1857, j'ai fait connaître à l'Académie des inscriptions et belles-lettres une inscription trouvée dans la première de ces localités. Cette inscription a de l'importance : outre qu'elle éclaircit la géographie fort embrouillée des environs de l'ancienne Carthage, elle établit de la manière la plus péremptoire que la source d'Hammam-Lif est celle dont parle, sous le nom d'*Aquæ persianæ*, l'éloquent adversaire de Saint Augustin, Apulée, source à laquelle il alla demander avec succès, la guérison de son entorse. « Grâce aux eaux persiennes (*aquæ persianæ*), dit Apulée, à leurs douches salutaires, j'ai recouvré la faculté de marcher... » (*Apuleii Florides*, XVI.)

L'inscription trouvée à la source ou aux sources d'Hammam-Lif a été reproduite dans l'opuscule qui fait le sujet de notre communication, ainsi que l'interprétation qui en a été donnée par M. Léon Renier, si versé dans la lecture des anciens monuments épigraphiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 MAI 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Basset; de Vals (Ardèche), par M. le docteur Chabanne; de Baréges (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur le Bret; de Barhotan et de Castéra-Verduzan, par MM. les médecins inspecteurs; de Saint-Honoré (Nièvre), par M. le docteur Collin; de Martiguer-Briaud (Maine-et-Loire), par M. le docteur Reullier. (Com. des eaux minérales).

2° Des rapports d'épidémie, par MM. Pujos (de Bordeaux), Palanchon (de Cuisery), et Guillemaut (de Louhans). (Com. des épidémies).

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Félix Voisin, qui se porte candidat pour la place déclarée vacante dans la section des associés libres.

2° Une observation de rage humaine, par M. le docteur Mazel (d'Anduze). (Com. de la rage.)

3° Une note de M. le docteur Joire (de Lille), sur la théorie des mouvements du cœur. (Com., M. Béclard.)

4° Un rapport sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Plombières, pendant l'année 1862, par M. le docteur Verjon, médecin en chef. (Com. des eaux minérales).

5° Un pli cacheté, contenant l'énonciation de la guérison de deux épileptiques, de deux fous et d'une hystérique, à l'aide du lait arsenical, par M. le docteur Louis Bouyer (de Saint-Pierre-de-Fursac). (Com. de la rage.)

— M. Mélier présente, au nom de M. le docteur Rotureau, le troisième volume du « Traité des eaux minérales, » qui traite des eaux de l'Angleterre et des départements français récemment annexés.

— M. Depaul, au nom de M. le docteur de Vaurial, présente une brochure intitulée : « Essai sur l'histoire des ferments et de leur rapprochement avec les miasmes et les virus. »

— M. Depaul rappelle à l'Académie que M. Gamgée, chirurgien anglais, est venu, il y a quelques séances, entretenir l'Académie d'une ablation d'un kyste de l'ovaire, et lui présenter cette pièce d'anatomie pathologique. Or l'opération en elle-même n'offre rien d'intéressant, pas plus que la vue d'un kyste de l'ovaire. Ce qui serait intéressant, ce serait la guérison de l'opérée. M. Depaul a pris des renseignements à cet égard, et il a appris que la malade opérée par M. Gamgée a succombé.

M. Velpeau appuie les observations de M. Depaul, et il émet le vœu qu'il soit mis un terme à ces annonces d'opérations tant qu'on ne peut pas donner le résultat définitif.

M. le Président répond que le conseil prendra en considération les observations de MM. Depaul et Velpeau.

SUICIDE EN EUROPE.

M. Legoyt, chef du bureau de la statistique au ministère du commerce, de l'agriculture et des travaux publics, candidat à la place vacante dans la section des académiciens libres, donne lecture des conclusions d'un grand travail sur le suicide en Europe :

1° Accroissement du suicide. — Pour la Bavière, le Danemark, la France, le Honovre, le Mecklembourg, la Prusse, la Saxe royale et la Suède, le suicide progresse plus rapidement que la population et la mortalité générale.

2° Importance numérique du suicide :

Le suicide domine dans les Etats de l'Allemagne du Nord et dans les diverses parties du Danemark; la Suède et la Norwége se placent à une assez grande distance du Danemark, quoique appartenant à la même race. L'Angleterre, contrairement à une opinion généralement acceptée, se trouve au dernier rang dans l'ordre de la fréquence du suicide. La mort volontaire ne fait non plus qu'un petit nombre de victimes dans la Belgique, en Autriche et en Espagne, trois pays catholiques. La France occupe une position intermédiaire; elle viendrait au même rang que la Belgique, l'Autriche et l'Espagne, s'il était possible d'éliminer les suicides de Paris, qui forment le septième du total afférent à la France entière.

3° Suicides féminins. — On compte, en général, 29 à 30 suicides féminins pour 100 suicides de l'autre sexe.

4° Par âge. — Les suicides croissent régulièrement avec l'âge au moins jusque vers 60 et 70 ans.

5° Par mois. — En général, c'est au mois de janvier qu'on compte le moins de suicides, et au mois de juillet qu'on en compte le plus.

6° Causes. — Distraction faite des maladies mentales et des souffrances physiques qui frappent à peu près également sur les deux sexes, les femmes cèdent plutôt aux influences morales, tandis que les hommes sont principalement affectés par des affections matérielles. L'ivrognerie et la débauche ne figurent que pour un chiffre insignifiant parmi les causes indirectes des suicides féminins.

7° Suicides par état civil. — Dans les pays où ce relevé a été fait (Danemark, Espagne et Saxe), ce sont les gens mariés qui cèdent le moins à ce funeste penchant, et les veufs qui y cèdent le plus. Il est une classe pourtant qui fournit, toutes proportions gardées, plus de suicides encore, ce sont les personnes en état de divorce ou de séparation.

8° Suicides d'après les cultes. — En Prusse, sous la période de deux années, on a constaté que les protestants ont fourni 153 suicides pour un million d'individus; les israélites, 51, et les catholiques seulement 47.

9° Villes et campagnes. — Les suicides sont beaucoup plus nombreux dans les capitales que dans le reste du pays.

En résumé, le fait le plus caractéristique de cette enquête, c'est l'accroissement général et rapide du suicide.

L'auteur examine si cet accroissement ne doit pas être attribué

à la concurrence illimitée, à la suppression de toute hiérarchie, au culte de plus en plus exclusif du bien-être matériel, à l'aspiration des richesses, aux excitations de l'ambition, aux crises politiques et à la spéculation.

NOMINATION D'UN ASSOCIÉ NATIONAL.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un associé national.

La liste proposée par la commission est formée ainsi :

En première ligne.... MM. Gérardin (de Lille).
En deuxième ligne...... Filhol (de Toulouse).
En troisième ligne...... Morin (de Rouen).

Sur 63 votants, M. Gérardin obtient.. 45 suffrages.
— M. Filhol.......... 18 —

En conséquence, M. Gérardin est élu associé national.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

La parole est à M. Gavarret.

(Nous publierons, dans le prochain numéro, le discours tout entier de l'honorable académicien.)

— La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DES MALADIES VIRULENTES COMPARÉES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX; par le docteur MICHEL PETER.

L'étude des maladies virulentes est un des sujets les plus importants qui puissent s'offrir à l'esprit du médecin. Outre l'intérêt d'actualité qui s'y rattache, elle embrasse de grandes questions de pathologie générale, de médecine comparée et d'hygiène publique : la science et la pratique y trouvent ainsi une part égale. M. Peter n'aurait donc pu mieux choisir; nous sommes autorisé à dire que la manière dont il a compris et traité son sujet répond à l'importance du sujet lui-même; nous n'avons qu'à rappeler la mention honorable que vient de lui donner l'Académie des sciences. Mais, sans nous laisser imposer par cette haute sanction, nous devrons, dans le courant de cette analyse, signaler les parties du travail où l'opinion adoptée par l'auteur nous a semblé discutable, et celles où les développements qu'il a donnés nous ont paru incomplets.

Les maladies virulentes se placent, dans le cadre nosologique, entre les maladies venimeuses et les maladies infectieuses. Ce qui les rapproche de ces dernières, c'est « ce caractère en commun de s'engendrer parfois en vertu d'un acte spontané de l'organisme, et de sévir fréquemment sous la forme épidémique. »

M. Peter se hâte avec raison de restreindre ce rapprochement, en ajoutant qu'il n'existe qu'à la limite, sur les confins des deux classes de maladies. En effet, si le développement spontané est un caractère des maladies infectieuses, il ne se rencontre, dans les maladies virulentes, jamais chez l'homme, et qu'exceptionnellement chez les animaux. Peut-être même qu'en tenant mieux compte de deux circonstances bien importantes, mais souvent difficiles à préciser : le temps d'incubation de la maladie virulente et la conservation latente du virus jusqu'à la réunion des conditions nécessaires à leur action sur l'organisme animal, peut-être, disons-nous, arriverait-on à la négation du développement spontané chez les animaux comme chez l'homme. Cette opinion, que nous émettons sous toute réserve, mais qui répond parfaitement à l'esprit de généralisation qui doit dominer l'étude de la pathologie comparée, demanderait des développements dans lesquels nous ne pouvons entrer ici sans sortir de notre sujet.

M. Peter dit encore que la forme épidémique, fréquente dans l'un et l'autre cas, rapproche les maladies virulentes des maladies infectieuses. Ceci suppose toujours le développement spontané d'un certain nombre de maladies virulentes. On ne s'entend pas toujours très-bien sur le mot épidémie. Plusieurs individus, vivant dans les mêmes conditions, dans le même milieu et soumis aux mêmes altérations de ce milieu, en subissent la même influence et contractent spontanément la même maladie : voilà l'épidémie, et c'est ainsi qu'on voit des épidémies de typhus, de fièvre typhoïde, de grippe, de choléra, etc. Mais peut-on dire au même titre qu'il y a des épidémies de vérole ou des épizooties de rage? De ce qu'une femme, ayant un chancre, infectera plusieurs hommes qui à leur tour porteront ailleurs le germe syphilitique; de ce qu'un chien enragé rencontrera sur son passage et mordra un plus ou moins grand nombre d'autres chiens qui plus tard communiqueront le virus rabique à d'autres animaux de leur espèce, dira-t-on, dans le lieu circonscrit où les faits se passeront, que la syphilis d'un côté, la rage de l'autre, règnent épidémiquement? Evidemment non. L'épidémicité ne saurait donc être un caractère des maladies qui ne peuvent se développer spontanément, et qui ne se transmettent qu'à l'aide d'un virus.

Après un aperçu historique dans lequel il mentionne les principaux auteurs qui ont écrit sur le sujet qu'il traite, M. Peter définit les maladies virulentes « *des maladies générales, transmissibles par contagion ou par inoculation, à l'aide d'un produit de sécrétion provenant d'un organisme malade, et susceptible de reproduire dans un organisme sain une maladie semblable à celle qui lui a donné naissance. En général, une première atteinte de maladie virulente crée l'immunité pour cette même maladie.* »

L'auteur justifie chacun des termes de cette définition. Comme classification des maladies virulentes, il indique celle de M. Bouchut qui reconnaît des maladies essentiellement virulentes, des maladies virulentes douteuses et des maladies pseudo-virulentes, et celle de M. le professeur Monneret qui n'admet, comme maladies virulentes, que celles qui sont incontestablement inoculables; nous avouons notre penchant pour cette dernière classification.

Un virus est un liquide spécifique, nu et toujours identique à lui-même; il a pour véhicule un produit de sécrétion physiologique ou pathologique de l'économie. Les virus sont inaccessibles aux réactions chimiques et aux grossissements les plus puissants du microscope; on ne les connaît que par leurs effets. Pour MM. Littré et Robin, la propriété virulente des produits de sécrétion serait due simplement à un changement moléculaire.

L'absorption du virus se fait par la peau et les muqueuses; la peau doit être le plus souvent dénudée. En général la digestion neutralise les virus; ainsi on a vu des animaux et même des hommes manger impunément de la chair d'animaux charbonneux. L'absorption des virus est toujours très-rapide.

Les virus peuvent être modifiés, dans leur mode d'action, par les agents physiques et chimiques; ils peuvent l'altérer par le fait de leur transmission successive, surtout quand cette transmission se fait à des organismes étrangers (ex. : la vaccine). Dans ce cas de transmission à des organismes différents de celui qui l'a fourni, le virus, modifié dans sa puissance, peut-il l'être aussi dans sa manifestation symptomatique, de manière à constituer une nouvelle maladie? L'auteur examine à ce sujet la question de transformation des virus, question qui, à propos de l'origine de la vaccine, est aujourd'hui à l'ordre du jour à l'Académie de médecine. Il rappelle les principales expériences contradictoires qui ont été faites jusqu'à ces derniers temps, pour inoculer le grease à la vache et à l'homme, la vaccine et la variole au cheval, à la vache, au mouton, etc., et réciproquement, et de ces résultats contradictoires il conclut d'un côté à la non-transformation des virus, d'un autre côté à la non-identité de la vaccine et de la variole, ces deux maladies d'ailleurs pouvant se développer simultanément ou successivement chez le même individu. Les faits nouveaux observés à Alfort et la discussion académique qu'ils ont soulevée auront servi, il faut l'espérer, à éclaircir ce point important de pathologie comparée.

A propos de l'étiologie, M. Peter revient sur le développement spontané des maladies virulentes chez les animaux. Nous renverrons à ce que nous avons dit en commençant, et aussi à certains faits racontés par M. le professeur Trousseau dans ses leçons cliniques sur la contagion, et relatifs à la longue durée de la conservation latente du virus. Nous rappellerons encore que pour la rage, dont le développement spontané est admis par la plupart des vétérinaires, mais était regardé comme très-rare par M. Renault, M. Boudin n'a pu trouver, et aucun vétérinaire n'a pu lui fournir un fait véritablement scientifique de rage spontanée.

La contagion est le mode de transmission de beaucoup le plus fréquent, sinon le seul, des maladies virulentes. M. Peter l'étudie pour chacune de ces maladies; il montre qu'elles se transmettent en général par contagion médiate d'organisme à organisme semblable, et par contagion immédiate ou inoculation à des organismes d'espèces différentes. La forme de la maladie dépend souvent aussi du mode de contagion : d'abord générale à la suite de la contagion médiate, elle ne produit que plus tard les manifestations locales; celles-ci au contraire précèdent l'état général quand la contagion a été immédiate.

Les agents de la transmission virulente peuvent être des produits

de sécrétion morbide spéciaux ou non spéciaux; la rage exceptée, les maladies virulentes ne se transmettent pas par un produit de sécrétion physiologique, mais le sang jouit souvent de la propriété virulente. Pour la syphilis en particulier, le sang peut servir à l'inoculation, mais la maladie ne serait ainsi transmissible que pendant la période des accidents secondaires. Dans les faits d'infection syphilitique par la vaccination, faits aujourd'hui hors de doute, il est probable que c'est le sang qui est l'agent de la contagion virulente.

Certaines maladies virulentes sont héréditaires, telle, bien avant toutes les autres, la syphilis. La transmission de la vérole à l'enfant peut être le fait du père ou de la mère; l'auteur rappelle succinctement les diverses opinions ou théories émises à cet égard. Il est disposé à admettre la transmission du fœtus à la mère; cette opinion, qui est celle des savants syphilographes, a rencontré bon nombre de contradicteurs et de sceptiques; la divergence tient aux difficultés d'une observation rigoureuse en cette matière.

La symptomatologie et l'anatomie pathologique des maladies prêtent peu à une description générale applicable à chacune d'elles. La plupart cependant donnent lieu, comme actes morbides, à des congestions, des hémorrhagies, des phlegmasies et des névroses. Les phlegmasies sont habituellement suppuratives, souvent ulcéreuses, parfois gangréneuses; elles ont pour siége la peau, la muqueuse et aussi les parenchymes; l'œdème et l'induration sont dans certains cas des lésions consécutives à l'inflammation. Le sang est altéré comme dans les maladies les plus graves, sans cependant que l'analyse ait rien révélé de spécifique. Cette dyscrasie du sang doit être en partie attribuée aux altérations constantes de la rate et des ganglions lymphatiques. Quant aux phénomènes généraux, certaines maladies virulentes sont apyrétiques (rare); d'autres donnent lieu aux symptômes de la fièvre inflammatoire (variole); d'autres enfin produisent des accidents généraux typhiques (charbon). Les maladies virulentes à marche chronique produisent graduellement un état profondément cachectique (farcin ou morve chronique, syphilis).

M. Peter signale ce fait remarquable de la dégénération des maladies virulentes due le plus souvent à la spontanéité de l'organisme atteint, et par laquelle certaines formes peuvent s'éloigner considérablement du type primitif. C'est ainsi qu'on a vu la variole sans éruption, la fièvre charbonneuse sans gangrènes cutanées, la morve aiguë sans l'éruption caractéristique. Dans ces cas, la forme altérée de la maladie est loin d'avoir été pour cela moins grave que n'est l'affection avec son cortége symptomatique complet.

Mais un autre ordre de faits non moins importants et plus général encore, sur lequel M. J. Guérin a appelé plusieurs fois l'attention des observateurs, et qui a échappé à celle de M. Peter, c'est celui qui a rapport aux *formes ébauchées* des maladies virulentes, formes qui existent également pour les maladies infectieuses. Ici la forme ébauchée est moins grave que la maladie type, et n'en possède pas moins la propriété de laisser après elle l'immunité. Cette notion de formes ébauchées, si on la généralise, est féconde en conséquences. Il existe un choléra ébauché, la cholérine; une fièvre jaune ébauchée, comme on l'a constaté dans les pays où règne cette maladie; une variole ébauchée, la varioloïde; une rage ébauchée, ainsi que M. Boudin en a publié deux exemples dans la *Gazette médicale*; une morve ébauchée, etc.; de même pour les autres maladies virulentes, pour la syphilis par exemple, pourquoi ne reconnaîtrait-on pas une forme ébauchée? Et si l'on admet cette forme ébauchée, ce qui est loin d'être contraire à la logique, et même à l'observation, que deviennent et la théorie relative à l'existence de deux virus syphilitiques, et cette autre innovation antirationnelle du chancre mixte? Elles n'ont plus leur raison d'être : le chancre mou, avec ses caractères symptomatiques, procède du virus syphilitique, et constitue une vérole ébauchée, si l'on veut une *véroloïde*, mot qui n'est pas de nous. Ainsi disparaît la seule exception à la doctrine de l'unité du virus.

Après avoir consacré quelques lignes à la marche, au diagnostic et au pronostic des maladies virulentes, M. Peter insiste davantage sur des questions pour ainsi dire spéciales à ce genre de maladies, à savoir : l'état réfractaire, absolu ou souvent temporaire de certains individus à l'action de tel ou tel virus; l'immunité consécutive à une première atteinte de maladie virulente; la récidive rare, et en général moins grave que la maladie primitive; l'antagonisme d'un virus à l'égard de lui-même ou d'un virus analogue, d'où semble s'écouler l'immunité, et n'existant pas pour un virus différent. Mais si cet antagonisme n'existe pas entre deux virus d'espèce différente au point de vue de l'immunité, il n'en est pas moins vrai que deux maladies virulentes simultanées peuvent s'influencer réciproquement, ainsi que plusieurs faits le démontrent.

Les considérations précédentes trouvent leur application dans la thérapeutique des maladies virulentes. Leur spécificité entraîne nécessairement, ainsi que le dit très-bien M. Peter, la notion de spécificité dans la nature des médicaments propres à la combattre : de là la spécificité du mercure contre la syphilis, de là encore, comme prophylaxie, l'antagonisme de la vaccine contre la variole. Il n'existe encore ni spécifique ni antagonisme connu contre les autres maladies virulentes, et l'on doit jusqu'à présent se borner à détruire par les caustiques le virus et à en empêcher ainsi l'absorption. Cependant la notion de l'immunité qui suit une première atteinte de la maladie et de la gravité généralement moindre résultant de l'inoculation, a donné l'idée d'un traitement prophylactique basé ainsi sur l'antagonisme d'une maladie virulente pour elle-même ou pour son analogue : de là procède l'inoculation de la variole, de la clavelée, de la péripneumonie épizootique, et, dans ces derniers temps, même de la syphilis (l'auteur condamne justement la pratique de la syphilisation), et finalement de la vaccination. On a essayé aussi, mais sans succès, d'opposer par l'inoculation une maladie virulente à une maladie virulente d'une autre nature.

M. Peter consacre un chapitre à démontrer la différence qui existe entre les maladies virulentes et les inflammations spécifiques des membranes muqueuses, telles que la blennorrhagie, l'ophthalmie purulente, dont il n'a pas parlé. Ces maladies sont contagieuses, il est vrai, spécifiques, mais elles ne sont pas générales, ne sont pas inoculables, et ne créent pas l'immunité, c'est-à-dire qu'elles ne possèdent pas ces trois caractères fondamentaux des maladies virulentes.

L'auteur revient ensuite au parallèle entre les maladies virulentes et les maladies infectieuses, et montre les ressemblances qui existent entre les premières, quand elles sévissent sur l'homme, et celles des dernières qui atteignent les animaux. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point. Enfin, embrassant dans un coup d'œil synthétique les trois classes de maladies dont il vient d'être parlé, M. Peter trace un programme de pathologie comparée dans lequel il réunit toutes les maladies en quatre groupes, fait ressortir à grands traits leurs analogies, montre qu'on passe de l'une à l'autre par une progression non interrompue, justifie en un mot l'épigraphe qui est en tête de son mémoire : *Natura non facit saltus*.

Nous avons donné en commençant notre appréciation générale sur le mémoire de M. Peter. On pourrait lui reprocher parfois une certaine hésitation à arborer franchement un drapeau; il est peut-être trop prudent : un peu de hardiesse ne messied pas au talent. Quoi qu'il en soit, il a résumé parfaitement l'état de la science sur les questions les plus importantes de la médecine comparée, dont plusieurs sont encore discutées à la tribune académique. Ces questions sont tellement condensées dans son travail, qu'il nous était difficile de les comprendre toutes dans notre analyse : aussi conseillons-nous vivement et en toute sincérité, à tous ceux qu'elles intéressent, la lecture de ce mémoire, certain qu'ils y trouveront à la fois plaisir et instruction.

Dr F. DE RANSE.

VARIÉTÉS.

— Le professeur Langenbeck (de Berlin), vient d'être nommé chirurgien en chef de l'armée prussienne, et est parti aussitôt pour Düppel.

— M. le docteur Castano, médecin principal, chef des hôpitaux militaires de la division d'occupation à Rome, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand.

— La commission nommée pour élaborer les statuts de l'Association fraternelle des étudiants en médecine s'est réunie le 2 mai 1864.

Au moment d'entrer en fonctions, elle a voté à l'unanimité qu'il serait adressé des remercîments à M. le doyen pour l'appui libéral qu'il vient de prêter à la constitution de l'Association, et pour l'impartialité qui a présidé à la formation de la commission elle-même.

La commission, voulant avant tout sauvegarder son indépendance, heureuse d'ailleurs de se trouver sur ce point d'accord avec M. le doyen, a décidé :

1° La commission siégera et délibérera seule, sans l'assistance d'aucune personne étrangère;

2° Elle recevra avec reconnaissance les communications que voudra bien lui envoyer M. le doyen, se réservant d'entrer exceptionnellement et par un vote d'opportunité en relation directe avec lui.

— Dans la séance annuelle qui a eu lieu le jeudi 28 avril à la Faculté de médecine, M. le professeur Dupré a appelé l'attention de ses

collègues sur la nécessité de créer à Montpellier, parmi les élèves, une Société de secours mutuels. Il a succinctement exposé les avantages d'une pareille institution, et déclaré qu'il pensait depuis longtemps aux moyens de la réaliser. Les études qui se font à Paris sur cet objet, et dont le doyen, M. Tardieu, a pris l'initiative avec tant d'ardeur, donnent encore plus d'opportunité à cette question.

La Faculté s'est associée avec empressement au désir formulé par M. le professeur Dnpré, et a formé le vœu de voir se fonder à Montpellier une association de ce genre. Elle a promis tout son concours, affirmé que celui des agrégés ne ferait pas défaut, et chargé M. le doyen Bérard de recueillir les documents qui pourront faciliter la réalisation de ce projet.

— A la suite d'un brillant concours, MM. Gignoux et L. Meynet viennent d'être nommés médecins des hospices civils de Lyon.

— A la suite du concours ouvert le 20 avril dernier, ont été nommés élèves de l'École pratique d'anatomie de Montpellier :

MM. Serre, Sauvage, Gayat, Gnionnet, Mazade, Donnadieu, Olivier, Boissieux, Dellard, Basset, Decrand, Barrion, Gaube, Boisson, Venard, Bernier et Leptours.

— A la suite d'un concours ouvert par la Faculté de médecine de Bruxelles, ont été nommés internes des hôpitaux de cette ville : MM. Corten, Nyst et Riboux.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 18 mai, pour deux places de chirurgien au Bureau central, vient d'être arrêté de la manière suivante : juges titulaires : MM. Cullerier, Monod, Ad. Richard, Velpeau et Dnplay ; juges suppléants : MM. Trélat et Cazalis.

— La Société medico-psychologique met au concours, pour les années 1865 et 1866, les trois sujets de prix suivants :

1° Prix Ferrus-Belhomme-Archambault : « Du crétinisme. » Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

2° Prix André : « De la manie raisonnante. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

3° Prix Aubanel : « Etnde médico-légale sur la paralysie générale. » Ce prix sera de la valenr de 800 fr.

Les mémoires pour les prix Ferrus-Belhomme-Archambault et André devront être adressés le 31 décembre 1865 au plus tard, tandis que ceux destinés au concours pour le prix Aubanel devront être déposés le 31 décembre 1864.

Les membres titulaires de la Société médico-psychologique sont seuls exclus de ces concours.

Adresser les demandes de renseignements et les mémoires à M. le docteur Brochin, secrétaire général de la Société, boulevard Sébastopol, 7 (rive gauche).

— Société anatomique. Dans son testament daté de Jérusalem, le 3 septembre 1862, M. le docteur Ernest Godard a inséré la clause suivante :

« Je lègue à la Société anatomique de Paris, ou, si elle n'est pas re« connue par l'Etat, je lègue à son président une somme de cinq mille « francs, dont les revenus, tous les deux ans, formeront le capital d'un « prix qui sera donné au meilleur mémoire concernant soit l'anatomie « normale, soit l'anatomie pathologique, soit la tératologie.

« Aucun sujet de prix ne sera proposé.

« Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait « reporté à l'année suivante. »

Les conditions légales ayant été remplies, et la famille d'Ernest Godard ayant généreusement pris à sa charge le payement des droits, la Société anatomique a décidé, dans sa séance du 20 mars 1863 que, dans celle de ses réunions la plus rapprochée du 6 janvier, jour de la naissance du testateur, elle décernerait tous les deux ans, au nom d'Ernest Godard, un prix d'une valeur indiquée par la teneur de la clause ci-dessus. Le premier de ces prix sera décerné en janvier 1865.

Sont seuls exclus du concours les membres titulaires et honoraires de la Société anatomique.

Les personnes qui désireront concourir pour le prix à décerner en 1865, devront envoyer franco leur travail, avec une lettre d'envoi portant la mention spéciale qu'il est destiné à concourir pour le prix Ernest Godard, à M. le docteur Poumet, archiviste de la Société, rue Richelieu, 108, à Paris, avant le 1er août 1864 exclusivement, terme de rigueur.

La valeur du prix sera de 420 francs.

N. B. Les concurrents doivent indiquer visiblement leurs noms, prénoms, titres, résidence et adresse.

— Société d'anthropologie de Paris. (*Prix Ernest Godard.*) — Le prix biennal de 500 fr., fondé par Ernest Godard, sera décerné pour le 1er juin dans la séance solennelle du mois de mai 1865.

Les savants qui voudront prendre part à ce concours devront faire parvenir leurs travaux au secrétaire de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant la séance du 5 janvier 1865. Les mémoires manuscrits devront être écrits en français, en anglais ou en latin. Les ouvrages imprimés pourront être écrits en outre en allemand, italien, portugais ou espagnol.

Extrait du règlement du prix Godard. — Ce prix sera décerné « au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à l'anthropologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. » Tous les mémoires manuscrits ou imprimés, lus en séance ou admis à la Société, pourront prendre part au concours; mais les auteurs des ouvrages imprimés ne seront admis au concours qu'autant qu'ils en auront formellement exprimé l'intention. Tout travail qui aurait été couronné par une autre Société avant d'être déposé au secrétariat de la Société sera exclu du concours.

— Un des médecins les plus distingués de Londres, le docteur Chambers, de l'hôpital Sainte-Marie, a subi, le 27 avril, l'amputation de la cuisse. Il souffrait depuis dix jours d'un anévrisme poplité, lorsque celui-ci s'étant rompu, cette grave opération est devenue indispensable. C'est M. Paget qui l'a pratiquée en présence d'un grand concours de confrères.

Cet événement a produit, parmi le corps médical de Londres, des marques de sympathie aussi nombreuses que la maladie de M. Moreau (de Tours), à Paris, et n'a eu jusqu'ici que d'heureuses suites.

— On lit dans le *Montpellier médical :*

Encore une victime du dévouement médical! Un étudiant distingué de notre Faculté, fils d'un agrégé libre et héritier du nom de l'un de nos plus célèbres médecins, M. Saint-André Chrestien, vient de succomber à l'âge de 24 ans, aux atteintes d'une variole qu'il avait contractée en pansant des varioleux à l'hôpital Saint-Eloi. Les obsèques du jeune Chrestien ont eu lieu au milieu d'une vive et douloureuse émotion. Une délégation de la Faculté, de nombreux docteurs en médecine et tous les étudiants, se sont empressés d'y assister pour rendre le dernier hommage à cette nouvelle et triste victime du devoir professionnel.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur David, médecin-major de deuxième classe ; de M. Burin, pharmacien-major de deuxième classe; de M. Fabre, pharmacien aide-major de deuxième classe.

— M. le docteur Lallemant, maire de la ville de Pont-de-l'Arche, et médecin en chef de l'hôpital, vient de mourir à l'âge de 59 ans.

— Le corps médical de Toulouse vient de perdre un de ses membres les plus honorables et les plus distingués, M. le docteur Dieuzeide, qui paraît avoir succombé à une infection purulente contractée dans l'exercice de l'art. M. le professeur Laforgue, président de l'Association des médecins de Toulouse, a prononcé sur la tombe de son confrère un discours dans lequel il a rappelé tous les titres de M. Dieuzeide aux regrets des médecins et du public.

— La préfecture de police vient de faire afficher dans les rues de Paris le tableau des pharmaciens diplômés Il résulte de ce travail que Paris renferme 523 pharmaciens diplômés; les arrondissements de Sceaux et Saint-Denis, 59 pharmaciens : soit un total de 582 pharmaciens pour le département de la Seine.

— Mort subite par la chute d'une dent artificielle dans le larynx. W. W..., policeman de la ville de Londres, âgé de 24 ans, est apporté à l'hôpital Saint-Georges, service de M. Paget. Il courait après un omnibus pour l'arrêter, lorsque son pied glissa et le fit tomber. Ne se relevant pas, on le crut simplement évanoui. Il fut porté immédiatement à l'hôpital, où l'on constata qu'il avait cessé de vivre. L'autopsie ne découvrait rien d'anormal pour expliquer cette mort rapide, lorsqu'en plaçant le doigt dans le pharynx, afin d'en examiner la structure, un corps dur et irrégulier fut senti derrière l'épiglotte. C'étaient trois fausses dents fixées sur une pièce de métal ayant un crochet aigu à chaque extrémité. La présence de ce corps étranger avait suffi pour provoquer instantanément la mort, sans lésion de la muqueuse.

Le danger de ne pas fabriquer solidement ces pièces n'est pas moins redoutable.

Le docteur Reilly fut appelé en toute hâte pour voir une nommée Marie Harrington, âgée de 56 ans, qu'il trouva morte en arrivant : une fausse dent était tombée dans la trachée avec une partie du métal qui la fixait au palais, métal d'une si mauvaise qualité, si faible et si malléable, qu'il était facile de le traverser avec une pointe. Un morceau de gingembre fut trouvé dans la bouche, et nul doute qu'en le mâchant, l'appareil dentaire se brisa soudainement et fut avalé, ce qui amena une prompte suffocation.

Avis aux médecins légistes de ne pas se prononcer sur le genre de mort, en cas de mort subite, avant d'avoir examiné le râtelier.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

COUR D'ASSISES DE LA SEINE : EMPOISONNEMENT PAR LA DIGITALINE. RAPPORT DES EXPERTS.

Ainsi que nous le disions dans notre dernier numéro, l'immense intérêt qui s'attache aux affaires de la nature de celle qui a si complétement absorbé l'attention du public et des médecins, accroît en proportion l'importance des questions qui y sont soulevées : c'est la science mise en drame et en drame réel et terrible, puisque c'est elle qui dirige le glaive de la loi. Il n'a rien manqué de cet immense intérêt à l'expertise médico-légale dont nous allons rendre compte; et la discussion qu'elle a provoquée est de celles qui marqueront dans les fastes de la science et les annales de la justice. Une telle importance commande donc qu'on s'y arrête et qu'on en dégage ce qui doit y survivre et servir à éclairer et à compléter les principes de la science elle-même.

On sait qu'à la suite de l'instruction judiciaire, M. Tardieu avait été chargé d'examiner, au point de vue médico-légal, tout ce qui pouvait concourir à établir l'existence et la nature de l'empoisonnement auquel les charges de l'accusation avaient fait conclure. L'honorable et savant doyen de la Faculté de Paris, avec le concours de M. Roussin, professeur agrégé, a rempli cette tâche avec tous les genres de mérites qui ont fait de lui le digne successeur d'Orfila. Son rapport, que nous allons reproduire, aussi remarquable par la précision des expériences que par la netteté des conclusions, est de ceux qui marquent une étape dans la science. Les contradictions qu'il a essuyées et les confirmations si éclatantes qu'il a reçues lui ont imprimé ce cachet de certitude et d'autorité qui en feront un des monuments de notre science médico-légale. On peut dire qu'il a partagé, avec l'éloquence si calme et si élevée du ministère public, l'honneur d'avoir affermi dans l'esprit du jury la conviction que tout le monde désirait voir s'y établir.

Cependant, comme toutes les choses qui marquent un progrès, le rapport de MM. Tardieu et Roussin est susceptible de quelques observations, lesquelles ont plutôt pour objet de les fortifier dans la voie où ils sont entrés que de contester les solutions si nettes et si précises qu'ils ont offertes à la justice.

Voici d'abord ce rapport :

RAPPORT DE MM. TARDIEU ET ROUSSIN.

La première opération dont j'ai été chargé par la justice consistait à rechercher la cause de la mort de madame de Paw par l'examen des organes de cette dame. L'exhumation du cadavre ayant eu lieu et l'identité constatée, j'ai procédé à l'autopsie.

Le cadavre de cette femme était dans un état de conservation parfaite; c'était au mois de novembre et treize jours après le décès. Il était parfaitement facile de reconnaître qu'il n'y avait pas de traces de lésion extérieure; l'âge de la morte était d'environ 40 ans; l'embonpoint était satisfaisant, quoiqu'il ne fût pas énorme. L'absence de lésion à l'extérieur indiquait qu'il n'y avait eu aucune blessure; l'examen des organes à l'intérieur a donné aussi des résultats négatifs, c'est-à-dire que tous les viscères étaient intacts; tel était l'état du cœur notamment; il ne présentait aucune augmentation de volume; il avait des proportions normales; le jeu des valvules était libre. De plus, l'état du sang a dû appeler notre attention; nous avons trouvé dans le cœur une certaine quantité de sang à demi coagulé, comme à la suite de toutes les agonies, mais il n'y avait pas de caillots organisés; les poumons étaient intacts; nous en conclûmes que madame de Paw n'avait aucune affection organique du cœur. Nous avons ensuite examiné les organes digestifs, il n'y avait aucune lésion morbide; l'intérieur du ventre ne présentait aucune trace d'épanchement, et, en examinant la membrane interne de l'estomac, nous n'y avons trouvé aucune lésion. Cependant, dans l'intestin, il y avait quelques infiltrations sanguines, comme on en remarque dans certains empoisonnements; ces taches étaient en très-petit nombre. Ainsi, toute cause de mort apparente échappait à nos recherches: nous n'avions sous les yeux aucune trace de maladie expliquant une mort aussi rapide.

Mon examen de certains organes me révéla un fait qui pouvait avoir de l'importance et que je dois constater : un commencement de grossesse. Le produit de la conception était très-apparent, il devait avoir de sept à huit semaines. Le résultat de notre première opération a donc été celui-ci: l'absence de maladie. Pour compléter cette opération, il fallait extraire les organes; c'est ce que je fis, et ces organes furent recueillis dans deux vases séparés pour être ultérieurement soumis à l'analyse chimique. Cette analyse chimique fut confiée à M. Roussin, chimiste distingué. La recherche de tous les poisons du règne minéral donna un résultat négatif. Il fut avéré pour nous qu'il n'y avait dans le cadavre ni arsenic, ni phosphore, ni cuivre, etc.; il eût été facile de les reconnaître s'il y en avait eu. Mais on pouvait se trouver en présence d'un poison végétal ne laissant pas de traces apparentes; d'un poison qui ne pouvait pas être décelé dans le cadavre.

En effet, l'analyse chimique, qui fournit des résultats certains dans la recherche des poisons minéraux et des substances vénéneuses, végétales, cristallisables et bien définies, ne permet pas toujours d'isoler le principe actif de certains poisons extraits des végétaux dont l'énergie est cependant très-redoutable. Les expériences sur les animaux vivants peuvent seules alors révéler leurs terribles effets, et nous n'avons pas manqué d'y recourir dans le cas particulier qui nous était soumis. Nous avons procédé à ces expériences sans aucune idée préconçue, et attendant, des symptômes que nous allions observer, la révélation de la nature de l'agent toxique que nous pouvions avoir entre les mains. Par une circonstance heureuse, au point de vue de la vérité, nous avons pu opérer non-seulement sur les organes de madame de Paw, mais encore sur ses vomissements, soigneusement recueillis sur le parquet de sa chambre à coucher. M. Roussin dira comment ces matières ont été recueillies et préparées pour les expériences auxquelles nous nous sommes livrés ensemble et dont voici le résultat :

Première expérience (avec l'extrait provenant du parquet imprégné des déjections de la veuve de Paw). — A une heure cinq minutes, 5 grammes de cet extrait sont introduits dans deux incisions de 3 centimètres chaque, pratiquées à la face interne des cuisses d'un chien vigoureux de taille moyenne, dont le pouls donne 110 pulsations par minute.—Vers trois heures et demie surviennent trois crises de vomissements de matieres glaireuses et de bile, après quoi l'animal se recouche, son attitude est anxieuse et fort abattue. Il n'a plus que 94 pulsations fort irrégulières et intermittentes. Les battements du cœur, précipités et tumultueux pendant quelques secondes, cessent brusquement et s'accélèrent de nouveau quelques instants après. La respiration est précipitée et légèrement intermittente.

A quatre heures et demie, les battements du cœur tombent à 76, et l'animal vomit de nouveau.

FEUILLETON.

LA SCIENCE DEVANT LES TRIBUNAUX (1).

I.

L'intervention de la médecine dans les débats judiciaires n'a pas besoin de se justifier. Les renseignements qu'elle peut fournir à la justice sont de différents ordres, et leurs degrés d'importance et de certitude sont naturellement réglés par les deux modes d'information dont elle dispose : l'observation des effets du poison sur l'économie et la revivification du poison lui-même; l'une plus particulièrement dévolue à la médecine, l'autre à la chimie.

(1) Cet article est extrait d'un travail plus étendu, inséré dans le numéro du 15 mai de la *Nouvelle revue de Paris*. Ce travail, destiné à initier le public aux services que la médecine rend à la justice, renferme quelques questions qui nous ont paru de nature à intéresser nos lecteurs : entre autres celle de la valeur des méthodes employées par la toxicologie, et celle du caractère de l'expert de la science devant la justice.

L'observation des effets du poison, vague et incertaine d'abord dans ses moyens, ne pouvait conduire qu'à des résultats plus incertains encore. L'introduction d'un poison dans l'économie est suivie de troubles fonctionnels plus ou moins accentués, plus ou moins caractérisés, et il en résulte des altérations matérielles des organes plus ou moins appréciables. Cette distinction entre les troubles fonctionnels et les altérations organiques, qu'on peut considérer comme la première étape de la science, n'est encore qu'une formule, qu'une sorte de cadre, où l'on a renfermé méthodiquement les résultats les plus généraux de l'observation. Petit à petit la science a spécialisé les effets dans leurs rapports avec la spécialité d'action des causes. Du général on est descendu au particulier, pour remonter ensuite du particulier au général. Après avoir étudié séparément l'action des poisons minéraux et organiques, on a cherché à rapporter à chacun d'eux en particulier les troubles fonctionnels et les altérations matérielles qui leur sont propres. Enfin, on n'a pas tardé à s'apercevoir que l'analogie d'action d'un certain nombre d'entre eux permettait d'en former des groupes, suivant que la substance toxique agissait en détruisant immédiatement l'organe avec lequel elle était en contact, et suivant que cette substance avait besoin, pour produire son effet, d'être absorbée et de porter son action au loin sur les centres nerveux, c'est-à-dire sur les sources mêmes de la vie. Cette marche générale de la médecine toxicologique n'a pas eu, on le pense bien, la régularité de cette formule. Celle-ci, abstraite d'un nombre considérable de mouvements en avant et en arrière et dans

A huit heures du soir, il est couché et considérablement abattu. Il ne peut se tenir que difficilement sur les jambes. Le moindre mouvement qu'on lui fait subir lui paraît pénible et provoque un effort de vomissement. Le cœur ne donne que 68 pulsations et présente les mêmes irrégularités précipitées et les mêmes intermittences que précédemment.

Le lendemain, à huit heures du matin, l'animal est presque froid, mais il paraît avoir conservé toute son intelligence. Les battements du cœur sont peu énergiques et leur nombre est tombé à 40 par minute. Leur irrégularité et leur intermittence précipitée sont vraiment remarquables. A l'approche de la main, on constate sans peine, après un temps de repos de quelques secondes, d'abord six ou sept battements précipités, puis un moment d'arrêt absolu; les battements reprennent ensuite plus ou moins violents, mais toujours précipités, et disparaissent subitement pour reprendre ensuite. La respiration est haute, précipitée et intermittente. L'animal meurt à onze heures, presque sans agonie, et sans avoir présenté d'état comateux.

A l'autopsie, pratiquée environ deux heures après la mort, le cœur seul présente quelque chose de spécial à noter : « Les deux ventricules sont contractés de la manière la plus évidente, tandis que les oreillettes sont dilatées. Toutes les cavités du cœur sont remplies d'un sang noir épais et coagulé en partie. Cet organe présente une déformation et une espèce de turgescence fort visible. A la pointe, on remarque, après l'enlèvement du péricarde, quelques saillies d'un rouge plus vif. »

Deuxième expérience (avec le même extrait). — On en fait avaler 2 grammes à un lapin de taille moyenne, et l'on observe : « Diminution considérable, intermittence, irrégularité et précipitation des battements du cœur, qui descendent à 41 pulsations par minute. » L'animal meurt au bout de deux heures trois quarts, et on trouve aussi chez lui le cœur sensiblement déformé. « Les oreillettes sont dilatées; les ventricules, non-seulement contractés, tranchent, en outre, de la manière la plus manifeste par leur couleur noirâtre sur le reste de cet organe. L'espace interventriculaire présente une dépression remarquable. La pointe du cœur est d'un rouge presque vif, et les parois présentent plusieurs saillies anormales teintées de petites plaques rouges. »

Troisième expérience (comparative de la précédente, avec l'extrait provenant des parties du parquet qui n'avaient pas été atteintes par les matières vomies). — On fait avaler 4 grammes de cet extrait à un lapin de même taille que le précédent; il ne vomit pas; il n'est nullement incommodé, et, deux jours après, il continue à jouir de la plus parfaite santé.

Quatrième expérience (avec les extraits alcoolique et aqueux provenant de l'estomac et des intestins de la veuve de Paw).—On introduit dans une incision pratiquée à la partie interne de la cuisse d'un chien adulte et vigoureux, de moyenne taille, 5 grammes d'un mélange formé de parties égales de chacun de ces deux extraits. Il est trois heures, l'animal a 102 pulsations. A quatre heures et demie, il est abattu, anxieux, respirant péniblement, et n'a plus que 86 pulsations, dont il est facile de constater l'irrégularité et l'intermittence, bien que ces phénomènes soient moins marqués que dans l'expérience n° 1. L'animal a deux vomissements.

A huit heures du soir, il n'y a que 55 pulsations, manifestement irrégulières et intermittentes. La respiration est haute et paraît pénible. L'animal change souvent de position et pousse quelques petits cris étouffés. Il paraît avoir conservé toute son intelligence.

Le lendemain, à huit heures et demie du matin, les battements du cœur sont relevés et atteignent 70 pulsations par minute; l'état général est meilleur, et, finalement, l'animal se rétablit tout à fait.

Cinquième expérience (avec les mêmes extraits provenant des organes de la veuve de Paw). — Il en est administré 4 grammes à un lapin, qui meurt en quelques minutes. Nous avons pensé qu'une complication accidentelle, syncope ou autre, a pu hâter ici l'action du poison.

Sixième expérience (sur trois grenouilles).—Après avoir mis le cœur à nu et constaté chez les trois une égalité parfaite dans les battements cardiaques, on a procédé comme il suit :

Grenouille n° 1. — Laissée à l'état normal, en ayant soin seulement d'entretenir l'humidité du cœur.

Grenouille n° 2.—Injection sous la peau du ventre de 6 gouttes d'une solution de 1 centigramme de digitaline dans 5 grammes d'eau.

Grenouille n° 3. — Introduction sous la peau du ventre de 50 centigrammes de l'extrait produit par le raclage du parquet qui avait été souillé par les déjections.

Et l'on a observé les variations suivantes dans le nombre et dans le rhythme des battements du cœur de ces trois animaux :

	N° 1.	N° 2.	N° 3.
Minutes.	Battements.	Battements.	Battements.
Après 6	42	20	26
10	40	16 irréguliers.	24 irréguliers.
20	40	15 id.	20 id.
28	38	0 —	12 très-irréguliers.
31	36	0	0 —

La même expérience a été renouvelée plusieurs fois et toujours avec les mêmes résultats.

Je ferai remarquer, à propos de ces expériences, que nous les avons réduites au strict nécessaire, et pour ne pas sacrifier, sans nécessité, un plus grand nombre d'animaux, et parce que la quantité de matières sur lesquelles nous pouvions opérer étant fort restreinte, il était cependant nécessaire d'en conserver une certaine proportion pour des recherches ultérieures, si elles étaient jugées utiles. Mais ce qui n'échappera à personne, c'est que le chien de la première expérience a éprouvé des vomissements, quoiqu'on n'ait rien introduit dans son estomac, et qu'il a succombé en vingt-deux heures, c'est-à-dire dans un temps égal à celui qu'a duré la maladie de madame de Paw, et avec des symptômes identiques à ceux qu'on a observés chez elle. C'est donc le même poison qui l'a tué. Ce poison se trouvait dans les matières vomies par cette malheureuse, et non dans le parquet lui-même; les expériences comparatives deuxième et troisième le démontrent. Ce poison existe-t-il aussi dans les organes de madame de Paw? Evidemment oui, puisque les matières extraites de ces organes ont déterminé chez le chien de l'expérience n° 3 tous les symptômes de l'empoisonnement. Seulement l'animal n'a pas succombé. S'il a survécu, c'est que la dose du poison qui lui a été administrée était moins forte : c'est que, en se débarrassant, par les vomissements, de la majeure partie du poison, madame de Paw n'en avait conservé dans son estomac qu'une beaucoup plus faible proportion, laquelle a été cependant parfaitement suffisante pour la tuer.

Quelle était la nature de ce poison? C'est pour répondre à cette question que nous avons institué notre sixième expérience sur les grenouilles. Cette expérience n'est pas la plus importante à nos yeux; elle vient seulement corroborer les précédentes. Nous étions parvenu à circonscrire le poison dans un très-petit nombre de substances empruntées au règne organique, et les circonstances du fait lui-même signalaient d'une façon toute spéciale la digitaline à nos recherches.

Nous avons donc voulu savoir si, d'après les propriétés physiologiques bien connues de cette substance, ce ne serait pas à elle que nous aurions affaire. Et, en effet, de très-fortes probabilités, je vais jusque-

---

tous les sens, nous amène, en supprimant tout ce qu'il nous est permis de passer ici sous silence, à l'état actuel de la science, qui, sous ce premier point de vue, se résume en deux mots : observation des troubles fonctionnels et constatation des altérations organiques dans leurs rapports avec la nature des poisons ingérés. Or, à ce premier point de vue, la science est susceptible d'offrir à la justice des renseignements dont la certitude et la précision peuvent varier avec chaque cas particulier, mais dont l'ensemble est d'une incontestable valeur. Presque tous les poisons connus ont été étudiés sous ce double rapport, depuis les poisons minéraux les plus corrosifs jusqu'aux poisons végétaux les plus subtils. Il s'en faut néanmoins que la science soit parvenue, pour ces deux ordres d'agents toxiques, à des résultats également positifs. C'est ce qu'il est utile de rappeler en quelques mots.

La plupart des acides concentrés, et ceux des poisons minéraux qui s'en rapprochent par l'énergie de leur puissance, exercent une action commune sur les organes et leurs fonctions. Leur dénomination de poisons corrosifs donne une première idée du mode d'altération qu'ils entraînent. Ils attaquent la trame des organes; ils les détériorent et les détruisent absolument comme ils détériorent et détruisent les matières inertes avec lesquelles ils sont mis en contact. Cette action, qui commence à la rougeur, à l'érosion et à la perforation des surfaces, se termine par la destruction et souvent par la carbonisation des parties. Entre ces deux limites et autour de ce fait circonscrit viennent se placer et se grouper une foule de faits accessoires fournis par les dépendances de l'organisme ou même par les objets matériels avec lesquels il a été mis en contact. Tels sont, pour la première catégorie, la peau, les mains, le visage, le menton, les lèvres, les dents, le gosier, l'œsophage, lesquels offrent jusqu'à l'estomac toutes les nuances d'altération de formes et de degrés propres à la substance ingérée; et pour la seconde, c'est-à-dire pour les objets extérieurs, les meubles, les couvertures, les vêtements. Dans beaucoup de circonstances ces objets ont complété les révélations fournies par les altérations de l'organisme. Mais ici la constatation scientifique se confond en quelque sorte avec la constatation judiciaire, et les deux informations se prêtent un mutuel secours.

A ce premier groupe de signes révélateurs, qu'on peut appeler immédiats, viennent se joindre ceux qu'on peut dire intermédiaires entre l'action locale et l'action générale de la substance toxique. On sait aujourd'hui que les poisons corrosifs exercent une action chimique au delà des surfaces de contact : on trouve par exemple le sang coagulé dans les vaisseaux assez loin du foyer de l'empoisonnement. Ce fait, qu'on pourrait attribuer jusqu'à un certain point à la stase du sang, est très-réellement dû à une action chimique à distance. Mais ce n'est là encore que le premier indice de l'action générale des substances toxiques de cette première catégorie, et c'est cette action qui agrandit singulièrement le domaine de l'observation toxicologique.

L'action générale des poisons minéraux se révèle d'abord par l'ébranlement qu'ils impriment subitement à tout l'organisme. Cet ébranlement

là, nous portent à penser que madame de Paw, qui est très-certainement morte empoisonnée, a été empoisonnée par la digitaline.

Nous laisserions notre tâche incomplète si, après avoir recherché la présence du poison dans les déjections de la dame de Paw et dans les organes de son cadavre, nous ne poursuivions pas l'étude des phénomènes de l'empoisonnement dans les symptômes que cette dame a éprouvés et dans les lésions que l'autopsie a révélées. Il est, en effet, de notre devoir le plus étroit de rechercher quel était son état de santé antérieure. Nous devions d'autant moins nous dispenser d'aborder cette question, toujours importante, que, dans le cas actuel, elle se compliquait de certains faits relevés dans la procédure et qu'on ne nous avait pas laissé ignorer. Nous savions donc que cette femme était, s'était crue ou avait voulu se faire passer pour malade, et sans nous arrêter à déterminer quelle est la vraie de ces trois hypothèses, nous avions à nous demander si quoi que ce fût, dans son état de santé antérieure, pouvait faire prévoir et expliquer une mort aussi rapide. Or il est parfaitement certain que cette femme, soumise aux privations, trop fréquentes dans nos villes pour les femmes qui vivent de leur travail, avait un appauvrissement du sang qui, joint à sa constitution nerveuse, pouvait lui donner des palpitations de cœur, et qu'il s'y ajoutait des phénomènes gastralgiques. Mais de ces accidents nerveux à une lésion organique du cœur ou de l'estomac, il y a un abîme.

La dame de Paw a succombé le 17 novembre 1863; l'autopsie cadavérique a démontré d'une manière positive qu'elle n'était atteinte d'aucune affection organique. Le cerveau, les poumons, le cœur, c'est-à-dire les organes essentiels à la vie, étaient sains, et, malgré les suppositions qui se sont produites, il n'y avait eu, chez cette dame, ni perte de sang à l'intérieur ni perforation de l'estomac. Ce sont là des faits matériels qui ne sauraient être contestés. Ajoutons que, jusqu'à la veille de sa mort, la dame de Paw avait été vue se livrant à ses occupations accoutumées, et qu'elle avait pris des aliments comme une personne bien portante. Les premiers symptômes graves qu'elle a éprouvés, dans la nuit qui a précédé sa mort, ont consisté en vomissements répétés et d'une extrême violence, et en un affaiblissement rapide. Le médecin fort distingué qui l'a vue à ses derniers moments, M. le docteur Blachez, constate qu'elle est pâle, fort agitée, baignée d'une sueur froide, se plaignant d'un mal de tête insupportable. Elle a le pouls très-irrégulier, intermittent, puis imperceptible; les battements du cœur tumultueux, irréguliers, cessant par instants, et bientôt presque supprimés.

M. Blachez compare ces symptômes à ceux que l'on observe chez les gens qui succombent à une hémorrhagie interne brusque et abondante. Il ne faut pas perdre de vue que ce n'est là qu'une comparaison, et l'on reconnaîtra qu'elle est parfaitement juste et qu'elle exprime bien le fait dominant, celui d'un affaiblissement et d'un trouble de l'organe central de la circulation. M. Blachez, dans les moyens qu'il prescrit, ne se préoccupe que d'une chose, c'est de ranimer l'action du cœur. Il est impossible de ne pas faire remarquer que ces faits offrent une ressemblance frappante avec ce qui s'est passé dans nos expériences sur les animaux soumis à l'absorption, soit de l'extrait provenant des déjections de la veuve de Paw, soit de la digitaline.

Jusqu'ici, nous sommes restés sur le terrain des faits parfaitement constatés tant par l'autopsie que par l'observation des symptômes éprouvés dans ses derniers moments par la dame de Paw. A ces faits positifs, est-il permis d'opposer des hypothèses, des allégations intéressées ou des renseignements incohérents se rapportant à une chute qu'elle aurait faite dans son escalier?

Elle déclare que M. Nélaton « ne lui aurait laissé pour ainsi dire aucun espoir. » Il y a là plus que de l'exagération. La chute, si violente qu'elle ait pu être et si effrayante qu'elle ait paru au premier abord, n'a eu, en réalité, aucune suite grave. Elle n'a déterminé ni fracture, ni commotion, ni déchirure ou contusion extérieure. Personne n'en a vu les traces, et l'intégrité des organes, constatée par l'autopsie la plus minutieuse, prouve qu'aucun d'eux n'a été lésé par cet accident. Personne, d'ailleurs, n'a partagé les craintes excessives de la dame de Paw. M. le docteur Gaudinot, qui déclare n'avoir pas constaté par lui-même les prétendues contusions et ecchymoses, soit sur l'estomac, soit sur le reste du corps, n'a pas jugé le cas bien grave, puisqu'il s'est contenté d'ordonner des cataplasmes, des bains, des lavements et un régime adoucissant, et qu'il est resté trois semaines ou un mois sans revoir madame de Paw. Lorsqu'il a parlé plus tard d'une perforation possible de l'estomac, en présence des accidents mortels de ses derniers instants, il a commis une erreur, puisque l'estomac, examiné à l'autopsie, n'était pas perforé; mais une erreur très-facile à comprendre, et parfaitement justifiée par le retour naturel qu'il a dû faire sur les anciens dires de madame de Paw touchant la violence de sa chute, et surtout par l'impossibilité où il était de soupçonner une cause de mort violente, un empoisonnement; M. Nélaton, se reportant à une ordonnance qu'il avait donnée pour quelques troubles gastriques, a déclaré, comme il était facile de le prévoir, qu'il n'avait pu porter un pronostic aussi désespérant que celui que lui avait prêté la dame de Paw. Quant à MM. les docteurs Velpeau, Desormeaux, Danet, Huet, ils se sont tous accordés sur ce point, et leurs prescriptions en font foi, qu'ils n'avaient pas cru à un trouble sérieux dans la santé de cette dame. Il ne faut pas oublier que plusieurs de ces honorables médecins l'examinaient au point de vue d'un contrat d'assurance, et que, ainsi que le disait l'un d'eux, ils eussent refusé le certificat s'ils n'avaient pas constaté un parfait état de santé. Je sais avec quel soin scrupuleux ils ont l'habitude de procéder à de semblables constatations.

De telle sorte qu'il est impossible de ne pas rester convaincu que la dame veuve de Paw n'a été atteinte de la maladie qui l'a emportée que la veille même de sa mort; que, jusque-là, elle s'était bien portée et n'avait pas été sérieusement malade, et qu'enfin elle avait eu sans doute un intérêt à faire croire à un trouble sérieux dans sa santé, puisqu'elle avait exagéré les suites d'une chute qu'elle avait faite, et avait été, sans motif réel, consulter un grand nombre de médecins pour des maux très-mal définis.

Il est deux choses qu'en terminant nous ferons remarquer, c'est, en premier lieu, que la dame de Paw était enceinte de deux mois environ, et que ce commencement de grossesse pouvait avoir produit chez elle quelques troubles des fonctions digestives. C'est, en deuxième lieu, qu'elle revient à plusieurs reprises sur l'usage qu'elle aurait fait, d'après des conseils extramédicaux, de substances médicamenteuses très-actives, telles que l'acide prussique et la digitaline, comme si elle avait eu le pressentiment qu'elle succomberait avec tous les symptômes de l'empoisonnement par cette dernière substance.

D'où je conclus :

1° La dame de Paw est morte empoisonnée;

2° Le poison qui l'a tuée est de la nature de ceux qui, empruntés au règne végétal, peuvent ne pas laisser de traces caractéristiques dans les organes, ne pas être isolés par l'analyse chimique, mais révèlent leur présence par leurs effets, et sont décelés par l'action meurtrière qu'ils exercent sur les êtres vivants;

3° Nous avons, en effet, retiré non-seulement des matières vomies par la dame de Paw sur le parquet de sa chambre, mais aussi des organes soumis à l'analyse un principe toxique très-énergique qui, expérimenté sur des animaux, a produit des effets analogues à ceux qu'a ressentis la dame de Paw et les a fait périr de la même manière;

4° Ces effets et cette action ont une grande ressemblance avec ceux

---

a deux origines : l'une locale, l'autre générale. Les nerfs qui aboutissent au centre d'action du poison, à l'organe primitivement lésé, et qui comme des fils électriques, font rayonner l'impression dans les muscles, dans les sens, dans le cerveau, déterminent des convulsions, des aberrations des sens, la perversion et l'anéantissement plus ou moins complet des facultés de l'intelligence. Cette action est quelquefois difficile à distinguer de celle qui résulte du transport des principes vénéneux dans le torrent circulatoire : celle-ci va directement aux centres de la vie; elle se généralise d'autant plus que l'agent toxique épuise moins localement son action chimique, soit qu'on l'ait administré à de petites doses, soit qu'il soit moins immédiatement soluble.

Il faudrait se garder de considérer de la même manière les poisons végétaux, ou pour mieux dire les poisons *organiques*. Presque tous les agents toxiques de cette seconde catégorie, à l'inverse des précédents, n'offrent rien de bien caractérisé dans leurs effets locaux; leur différence d'action se révèle plutôt dans leurs effets généraux; ils n'agissent pas en détruisant l'organe, mais en détruisant l'organisme; ils portent moins atteinte à l'instrument qu'à la force qui l'anime. C'est ainsi que le plus subtil, le plus énergique de ces poisons, l'acide cyanhydrique, ne laisse aucune trace sur la partie où on l'a déposé, et qu'il foudroie, pour ainsi dire, le sujet qui en a reçu une seule goutte sur la langue. Mais cette généralité d'action, presque commune à tous les poisons qui atteignent la vie dans ses sources, peut encore se spécifier jusqu'à un certain point par l'instantanéité, le mode de succession et l'ensemble des accidents. Il n'y a pas là sans doute de quoi établir une certitude ni même une présomption; mais certitude et présomption y trouvent un de leurs éléments, un indice, qui est souvent d'un grand secours pour mettre sur la voie de révélations plus décisives. Or, dans les cas les plus difficiles et les plus obscurs même, l'œil de la médecine distingue encore le rayon de vérité qui s'y trouve caché. Comment l'y découvre-t-elle? à l'aide de quels moyens parvient-elle à saisir les moindres nuances, les moindres symptômes propres à déceler l'action toxique? On remarquera que nous ne voulons toujours parler que de l'observation des effets du poison et non de la révivification du poison lui-même. Ces moyens, nous l'avons déjà dit, sont l'observation directe et l'expérimentation sur les animaux. Voyons ce que peuvent, dans l'état actuel de la science, chacune de ces méthodes, et ce qu'on est en droit d'attendre de chacune d'elles.

II.

Les cas soumis par les tribunaux à l'expertise médicale se présentent sous deux catégories : ou bien il s'agit d'empoisonnements produits par des poisons connus, déjà observés et expérimentés, dans lesquels il faut mettre d'accord les enseignements de la science avec les faits placés actuellement sous les yeux du médecin; ou bien il s'agit d'empoisonnements dont l'agent toxique et les symptômes observés sont également nouveaux, et dans lesquels, cause et effets, doivent être également déterminés et mis d'accord. Dans le premier cas, c'est la science appli-

de la digitaline, et, sans toutefois que nous puissions l'affirmer, de grandes présomptions nous portent à croire que c'est à un empoisonnement par la digitaline qu'a succombé la dame de Paw;

5° Cette dame n'était réellement pas malade avant le jour qui a précédé sa mort; les prétendues affections du cœur et de l'estomac, pour lesquelles elle a tour à tour consulté divers médecins, aussi bien que les conséquences funestes qu'elle a attribuées à une chute sans gravité, sont autant de fables inventées par elle ou auxquelles elle s'est prêtée;

6° L'autopsie cadavérique a démontré, de la façon la plus positive, qu'elle n'était morte ni des suites de sa chute, ni d'une hémorrhagie interne, ni d'une gastro-entérite aiguë ou chronique, ni d'une perforation de l'estomac, ni d'aucune autre cause naturelle.

La première, et l'on peut dire la plus grande difficulté que l'expertise avait à résoudre, résidait dans la nature du poison employé. L'existence de l'empoisonnement, considéré d'une manière générale, ne pouvait faire doute pour personne. Les informations de la justice concordaient d'une manière si complète avec les résultats fournis par l'observation médicale et les expériences sur les animaux, qu'il n'était guère possible d'élever aucune contestation sur ce premier point. Mais à quel poison la victime avait-elle succombé? Les présomptions judiciaires indiquaient la digitaline; la médecine avait pour tâche d'en donner la preuve incontestable. Or il s'agissait d'un poison végétal, et d'un poison appartenant à la catégorie de ceux qui laissent le moins de traces et qu'il n'est pas possible de revivifier. La digitaline, en effet, n'est ni cristallisable, ni un alcaloïde susceptible de combinaisons fixes. Sa présence, au point de vue toxicologique, ne pouvait donc être induite que subjectivement de l'expérimentation sur les animaux et de la comparaison des effets observés chez l'homme. On a vu avec quelle rigueur MM. Tardieu et Roussin ont procédé, et avec quelle délicatesse et avec quelle précision ils ont observé et expérimenté. Après avoir mis hors de cause tous les poisons revivifiables et détruit tous les éléments hétérogènes capables de compliquer la discussion, ils ont montré que le résidu obtenu déterminait chez les animaux mis en expérience: 1° les mêmes symptômes que ceux produits par la digitaline employée comparativement, et 2° les mêmes que ceux observés sur la victime pendant le cours de l'empoisonnement et après la mort.

On a adressé à l'expertise trois ordres d'objections, — nous ne voulons point parler des fins de non-recevoir, des équivoques, des assertions hasardées, à l'aide desquels une défense aux abois a essayé d'obscurcir ce qui était clair, de jeter le doute sur ce qui était certain; nous ne voulons parler que des objections qui avaient l'apparence de quelque fondement. Or les objections sérieuses ont été celles-ci:

1° L'expertise n'a pas empoisonné parallèlement avec la digitaline un chien semblable au chien empoisonné par le résidu de la matière vomie.

2° Elle n'a pas répété, sur celui des deux chiens qui a résisté, l'expérience avec une plus forte dose du résidu des organes.

3° Les symptômes observés pendant la vie et les particularités constatées après la mort sur le cœur des animaux empoisonnés par la digitaline ne ressemblent pas à ce que l'expertise a relaté de ses expériences avec le résidu fourni par les organes de la victime et par les matières vomies.

En reproduisant ces trois chefs d'objections, nous n'entendons leur restituer en aucune façon la valeur que leur a prêtée la défense, mais qu'elles n'ont jamais eue en réalité. Elles doivent servir seulement à montrer que si quelques-unes ont pu signaler des omissions ou des obscurités dans le rapport et les dires des experts, ces omissions et ces obscurités n'infirment en rien les conclusions principales, et celles-ci peuvent être maintenues au grand avantage de la science et du savant.

En ce qui concerne la première objection, à savoir: le défaut d'empoisonnement comparatif avec la digitaline pure chez un second chien, les experts ont répondu que le chien ayant une extrême facilité à vomir, on eût été obligé de recourir à la ligature de l'œsophage: ce qui eût compliqué l'expérience et donné l'occasion, comme on l'a fait pour les expériences d'Orfila, d'attribuer à cette complication tout ou partie des effets du poison. Cela est parfaitement vrai. Mais MM. les experts avaient fait cette double expérience comparative, avec la matière vomie et la digitaline, sur deux grenouilles; et les résultats avaient été on ne peut plus conformes et concluants. Mais ils n'ont pas osé opposer ces expériences dans la crainte d'éveiller des préventions contre un rapprochement fait entre la grenouille et le chien, et la grenouille et l'homme. Cette réserve, ou cette réticence, était commandée par la prudence Mais alors pourquoi consigner dans le rapport des expériences dont on devait renoncer plus tard à faire valoir les résultats? Cela veut dire, selon nous, qu'à l'avenir MM. les experts feront bien de s'abstenir d'expériences sur des animaux aussi éloignés de l'homme que des grenouilles; non pas qu'aux yeux de la science ces expériences n'aient une valeur, mais parce que, dans les cas de cette sorte, il est à craindre que la forme n'emporte le fond. D'ailleurs l'expertise sur ce chef avait peut-être un peu péché par omission. Il lui était on ne peut plus facile, en effet, d'insérer sous la peau de la cuisse d'un chien une certaine quantité de digitaline pure, comme elle l'avait fait pour la matière du raclage. Il n'y avait pas à craindre par cette voie que le poison fût vomi; et la comparaison eût été rigoureuse et le résultat complet. Mais on ne pense jamais à tout.

En ce qui concerne l'expérience du chien qui a résisté à l'action du résidu des organes, les experts ont répondu avec raison que la différence des résultats exprimait précisément une différence de degré corrélative à la quantité de poison renfermé dans le résidu des organes et le résidu du grattage, c'est-à-dire des matières vomies, celles-ci ayant entraîné avec elles la plus grande quantité du poison. Ils ont argué en outre d'un défaut de matière à expérimenter, épuisée par d'autres expériences; ils ont encore allégué l'habitude coutumière de conserver dans des bocaux la moitié des substances suspectes. Nous avouons ne pas bien comprendre l'utilité de cette réserve. Pourquoi n'avoir pas immédiatement réduit toutes les matières en résidu, sauf à conserver une partie de ce résidu en place des matières et des organes que la putréfaction a rendus impropres à toute vérification? Peut-être sera-t-il bon de tenir compte à l'avenir de ce mode de procéder, qui répond à tous les besoins et à toutes les éventualités.

La troisième objection était la plus sérieuse, non parce qu'elle si-

---

quée, c'est l'art; dans le second, c'est la science et l'art à créer, c'est le problème doublé de la difficulté du théorème. La médecine professionnelle est tous les jours en face de difficultés de cet ordre, et c'est pour ne pas faire suffisamment la distinction et le départ des cas où il y a à *connaître* de ceux où il n'y a qu'à *reconnaître* qu'elle s'expose aux reproches d'incertitude et d'instabilité qu'on ne lui épargne pas. En face des tribunaux surtout, où l'on est disposé à lui demander des solutions plutôt que des renseignements, cette distinction devrait être la première préoccupation du médecin-expert; car autant sa réponse peut être nette, affirmative, lorsqu'elle parle au nom de la science constituée, autant elle doit être circonspecte et réservée lorsqu'il n'a que son opinion, son esprit, sa propre expérience pour guide. Dans le premier cas, l'homme de l'art peut toujours invoquer l'assentiment de ses pairs; dans le second, il a presque toujours à craindre la contradiction de ses émules. De là une source de conflits entre les médecins appelés par la justice, conflits dont nous aurons à signaler bien d'autres causes.

Quoi qu'il en soit, il s'agit pour le moment de préciser la valeur de l'observation appliquée à la détermination des cas de la première catégorie, de ceux où l'empoisonnement n'offre que la répétition d'empoisonnements déjà constatés, observés, déterminés.

On croirait au premier abord que rien ne soit plus facile, en présence des cas de cette sorte, que de mettre d'accord les formules de l'observation antérieure avec les faits soumis à l'observation présente. Ce serait là une très-grande erreur. Quoique le poison soit ordinairement une de ces causes qui impriment profondément leur cachet aux effets qu'elles produisent, l'empoisonnement est susceptible de revêtir des formes si variées et si nombreuses, — en raison des doses, du mode d'administration du poison, de l'âge des sujets, de leur constitution et d'une foule d'autres éléments de diversité, — que chaque cas a pour ainsi dire une physionomie particulière qui se renouvelle et se diversifie dans chaque nouvel empoisonnement. C'est la différence que le médecin rencontre à chaque pas entre le malade et la maladie. La toxicologie est donc, comme la médecine, en face d'une sorte de contingence pleine de complications et d'imprévus; et l'on aurait tort, sous le prétexte des hésitations, des incertitudes que l'une et l'autre éprouvent, de diminuer la certitude et la stabilité de leurs principes. C'est à l'esprit, à sa fermeté, à son esprit, à la sûreté de son jugement, à la réserve de son caractère, qu'il faut demander le complément de la science, sans vouloir rendre celle-ci responsable des écarts auxquels l'absence de ces qualités peut conduire. La valeur de l'observation doit donc se rehausser ici de toutes les qualités de l'observateur.

Mais les difficultés sont bien plus grandes encore lorsqu'il s'agit de ces cas imprévus où la science et l'art sont en présence de l'inconnu. Il ne s'agit plus simplement de reconnaître ce que l'on connaît, mais de connaître ce que l'on ignore. Ici l'observation cède le pas à l'observateur; son esprit, son génie, font tous les frais de la détermination, et celle-ci prend les caractères et acquiert les mérites de la découverte et de l'invention. Cette occasion de suprématie pour le médecin toxi-

gnalait en réalité des oppositions ou des contradictions entre les symptômes et les caractères propres à l'empoisonnement par la digitaline et ceux observés soit chez la victime, soit chez les animaux empoisonnés par les matières vomies ou les résidus des organes; mais parce qu'elle soulevait des doutes provoqués par l'expertise elle-même et qui auraient pu tenir en échec ses conclusions les plus légitimes et les mieux articulées : nous voulons parler de ces détails d'autopsie, de ces caractères matériels assignés aux diverses parties du cœur, considéré comme le théâtre principal et le dernier aboutissant de l'action du poison. Sous le prétexte de plus de sévérité et de précision, on a couru le risque,—en donnant à des faits mobiles, variables et contingents le caractère d'effets invariables et certains, — d'invalider les faits qui établissaient la vraie certitude. Ainsi la forme du cœur, ainsi l'état de contraction ou de relâchement des ventricules, ainsi la coloration de leurs parois, blanches, rouges ou noires; toutes choses que la discussion a pu éclairer, mais qu'elle n'a pu, faute d'expériences suffisantes, ramener à des conditions d'existence précise, d'où l'on pût déduire des lois fixes et certaines. Ainsi, quant au relâchement ou à la contraction des ventricules, M. Cl. Bernard a fait remarquer que ces deux états si opposés *peuvent* s'observer à des époques différentes après la mort; immédiatement après la mort les ventricules *peuvent* être rétractés; plus tard, ils se rétractent ou plutôt ils deviennent rigides. Ainsi des autres particularités offertes par le cœur.

La rigueur et la précision de l'observation commandaient, il est vrai, qu'on tînt compte des moindres particularités constatées à l'autopsie; mais il eût été possible, en ne leur donnant pas l'expression de caractères inhérents à l'action spéciale de la cause, de les affranchir de cette contradiction qui ne manque jamais aux faits de cet ordre. Cette remarque ne doit pas rester stérile pour l'avenir; elle doit, au contraire, servir à faire éviter aux experts un écueil qui se rencontre tous les jours sous leurs pas. Quand la justice interroge la science, celle-ci ne doit lui répondre que par ce qu'elle a de plus certain et de plus indiscutable. Or il y a deux choses qui ne sont jamais certaines et qui peuvent toujours être controversées; ces deux choses sont : 1° les observations trop récentes, incomplétement établies, et celles mêmes qui sont vraies et marquent un progrès; 2° les détails trop minutieux des faits. — On comprend aisément comment les premières sont facilement en opposition avec les observations antérieures et contredites par elles. Lesquelles, aux yeux de la justice et du public sont les vraies? Ils n'en savent rien. Quant aux détails trop minutieux, on peut toujours, sans les omettre, les reléguer dans le rang qui leur appartient, et circonscrire d'emblée la signification contingente qu'ils peuvent avoir.

Somme toute cependant, nos savants confrères, interpellés par la justice, ont su se tirer avec une grande sagacité de cette difficulté réelle; difficulté exploitée par une contradiction qui aurait pu mieux dissimuler son mobile et sa faiblesse. Mais cette infériorité, ou plutôt cette impuissance de la contradiction, ne tenait pas seulement à la nature de la cause; elle tenait encore au caractère de son intervention. C'était, ainsi que l'a dit si délicatement M. l'avocat général, une opposition *concertée*. Or on a pu voir, dans cette circonstance, comme toujours, ce que perdent de valeur et d'autorité les déclarations de la science lorsqu'elles s'inspirent de la cause qui les appelle à son aide, lorsqu'elles se font l'auxiliaire *concerté* d'un art qui doit, bon gré, malgré, arriver à innocenter un coupable. De quelle considération, de quelle confiance, au contraire, n'est-il pas entouré, l'expert qui répond à l'appel de la justice et qui ne lui parle qu'au nom de la science et de la vérité? C'est une question du plus grand intérêt que celle de savoir à quelles conditions la science peut et doit intervenir devant la justice. Ceux qui voudront y réfléchir et l'examiner, la trouveront agitée dans un autre article de ce numéro (1). Soulevée pour la première fois peut-être, elle appelle l'attention de tous ceux qui s'intéressent à la dignité de la science et à la considération de la profession. Nous serions heureux qu'elle devînt le point de départ d'un examen approfondi et d'une solution définitive.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

Des phénomènes ultimes du scorbut; par le docteur Félix Rizet, médecin-major du 2e régiment du génie.

Ce travail est la contre-partie et pour ainsi dire la contre-épreuve d'un premier mémoire qui a paru dans les *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne*, reproduit dans le *Compte rendu de la Société de médecine de Nancy* (2), dans les *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires* (3) et analysé par la *Gazette médicale de Paris* (4). Comme le travail précédent, il montre que les individus pris du scorbut épidémique demeurent pendant longtemps après leur guérison soumis à l'influence de la maladie, et par la reproduction invariable des mêmes symptômes, il confirme l'idée émise par nous de la cause éloignée de certains phénomènes insolites et assez extraordinaires, quand vient à manquer la clef nécessaire à l'interprétation de leur production.

Ces nouvelles observations ont été recueillies sur d'anciens soldats ayant eu le scorbut en Chine ou en Cochinchine; c'est à plusieurs de nos confrères de l'armée, dont les régiments sont depuis deux ans de retour de l'extrême Orient, que nous devons d'avoir pu compléter notre premier essai.

La comparaison de ce deuxième mémoire servira, nous n'en pouvons douter, à augmenter l'autorité du premier, et peut-être pourra-t-il établir d'une manière définitive la ténacité de l'influence des épidémies scorbutiques.

Il règle la thérapeutique d'une série d'accidents dont l'enchaînement constant réclame le même mode de traitement, et dont la persistance demande une médication reconstitutive de l'économie entière. Cette détérioration profonde de l'organisme dans l'expédition de

(1) Voir le *Feuilleton*.
(2) *Compte rendu de la Société de médecine de Nancy*, année 1857 à 1858.
(3) *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, année 1859.
(4) *Gazette médicale*, année 1860 (p. 428).

---

cologne n'est pas toujours exempte de dangers ni de déboires : l'expérience n'a que trop prouvé combien la compensation est réelle. Mais les cas de la catégorie dont il s'agit sont assez rares pour qu'on se borne à les citer ici simplement pour mémoire.

Il est un progrès que l'observation contemporaine a réalisé presque à elle seule, mais qui, comme toutes les choses nouvelles, renferme plus encore qu'elle n'a produit : nous voulons parler de l'observation appliquée aux dernières dépendances, aux effets les plus éloignés de l'action matérielle des poisons sur les organes. On sait en effet, depuis que la physiologie a mis ses progrès à la disposition de la toxicologie, que les substances toxiques qu'on supposait s'arrêter dans l'estomac et l'intestin, franchissent presque toujours cette barrière pour se distribuer par les voies circulatoires dans une foule d'organes, dans le foie, le cerveau, les muscles, dans les reins, en un mot dans tout l'organisme. On comprend que cette migration multiple et constante du poison doive éveiller, dans toutes les parties où il se répand, un cortége de symptômes et d'altérations matérielles, conséquences forcées de sa présence. C'est là un nouvel ordre de faits bien dignes d'exciter la sagacité du médecin, mais aussi bien capables de compliquer, tout en les éclairant, les problèmes qu'il a à résoudre. Nous ne faisons que mentionner ici les conditions de ce travail mystérieux et continu de l'empoisonnement : l'absorption et la circulation en sont les premiers moyens, mais les différents genres de fonctions et de susceptibilité des organes en réalisent et multiplient les formes à l'infini. Cette nouvelle source d'informations au point de vue de l'observation purement objective n'a encore été qu'incomplétement explorée; on a tiré du fait de l'expansion des substances toxiques dans toutes les anfractuosités de l'économie bien plus d'indices pour l'y retrouver que de nouveaux moyens de caractériser sa présence. Aussi nous attachons-nous plutôt à signaler l'extension de la méthode qu'à inventorier ses résultats. Les résultats s'accroîtront beaucoup sans doute dans l'avenir à la lumière de ce principe : à savoir, que la réaction produite par le poison revêt des formes aussi spéciales et aussi précises dans ses dépendances éloignées du foyer de l'empoisonnement, qu'à ce foyer lui-même. Les troubles fonctionnels et les altérations matérielles du foie, par exemple, offriront à l'observation autant de particularités corrélatives au genre de poison ingéré que l'estomac lui-même dans ses rapports primitifs et immédiats avec ce dernier. Mais ceci est de la science de l'avenir : revenons à la science du présent.

La seconde ressource mise à la disposition de la toxicologie est l'expérimentation sur les animaux. C'est à notre époque surtout que l'on doit ce nouveau et précieux mode d'exploration. Quand Orfila commença cette immense hécatombe de chiens qu'il immola au grand profit de la science et de la justice, on n'avait recours que très-exceptionnellement à l'expérimentation sur les animaux. On en était réduit à l'observation fortuite des empoisonnements chez l'homme. Or les occasions de ce genre sont heureusement trop rares pour fournir à la science les moyens d'étudier la quantité presque innombrable de poisons connus.

Chine a été provoquée par une série de causes extérieures, agissant lentement, et peut-être avec moins d'activité que celles auxquelles était dû le scorbut de Crimée.

Pour ce seul fait, les effets devaient, pour disparaître entièrement, mettre un temps plus long proportionné à leur incubation. Cette idée théorique a été vérifiée par l'examen des faits et par l'enchaînement constant de la cessation lente et progressive des symptômes caractéristiques de la maladie.

Lors de l'expédition d'Orient, les troupes restèrent embarquées dix à quinze jours en moyenne, et les escales multiples de la Méditerranée permirent de nombreuses descentes sur le rivage et le renouvellement presque incessant de la provision de vivres.

Pour se rendre en Chine, nos soldats ont mis sept à huit mois, et c'est à peine si dans cette traversée ils sont débarqués deux ou trois fois. Malgré tous les soins pris sur les navires où ils étaient passagers pour leur conserver la santé, la monotonie de la nourriture et le défaut d'exercice dans cette longue navigation, les avaient grandement prédisposés à l'épidémie dont ils furent victimes.

A peine débarqués en Crimée, nos soldats durent commencer un siége pénible et très-fatigant; mal nourris, peu couverts, ou plutôt sans abri, car peut-on compter comme tel le carré de toile qui, pendant une température de — 22° (nuit du 20 octobre 1855), défendait des rigueurs de l'hiver nos héroïques combattants? les veilles, les nuits de tranchée, jointes à la continuelle humidité du sol et de la tente, produisirent en trois mois le scorbut épidémique.

La nostalgie n'eut pas le temps de se montrer; on était trop occupé à attaquer ou à se défendre; mais dans le voyage de Chine, elle se déclarait déjà parmi les troupes dès qu'elles furent à la hauteur du Cap, et son influence dépressive ne fit que s'accroître à mesure que des milliers de lieues s'interposaient entre le navire et les rives de France.

On touche à la Cochinchine, puis à la Chine, mais pendant bien du temps ce sont des allées et des venues sur les divers cours d'eau, sans excitation physique ni morale; l'ennemi, vivement désiré par nos soldats, semble fuir à leur approche.

Durant de longs jours la poudre ne parle pas, et quand Pékin tombe enfin en notre pouvoir, depuis plus de dix mois le scorbut affaiblissait l'armée. C'est à dessein que j'ai employé le mot affaiblir, car ses ravages plus lents et plus persistants sont loin d'avoir donné la mortalité effrayante et signalée dans la campagne de Crimée. Les épanchements pulmonaires séreux et cérébraux d'une terminaison si funeste y furent inconnus et les cas d'hémorrhagies bien moins nombreux. En Chine, c'est plutôt une cachexie scorbutique établie d'emblée qu'un scorbut à la marche rapide et aux allures franches. Plus de ces vastes épanchements sanguins couvrant un membre dans son entier, comme nous avons été habitués à les observer lors de la campagne contre les Russes.

Comme en Crimée, l'armée anglaise souffrit peu du scorbut; les Espagnols nos alliés en Cochinchine et nos compagnons d'expédition signalèrent à peine quelques cas dans leurs rangs. En Chine et sur le plateau de Chersonèse, les Anglais avaient une nourriture plus abondante que celle des soldats français, plus de boissons alcooliques (vin, eau-de-vie, porto), et leurs vêtements plus chauds et plus aptes à les défendre de l'humidité leur ont épargné un grand nombre de maladies. La chemise de laine, allouée en campagne aux militaires de cette nation est préférable à la chemise de coton, et l'éloignement du pays natal, il faut l'avouer, n'agit pas sur le moral du peuple anglais comme sur l'esprit du Français.

Les Espagnols eux-mêmes, mieux préservés des intempéries par la qualité supérieure de leurs vêtements, en partie venaient de quitter les garnisons de Cuba et de Manille; comme cause de scorbut, ils n'avaient à invoquer qu'une traversée de deux mois; plus insouciants de leur pays natal, ils y reportaient moins leur souvenir.

En résumé, nous pouvons dire de ces deux épidémies que la rapidité de leur évolution a été en raison directe de la réunion plus ou moins rapide des causes provocatrices, et comme nous nous proposons de le démontrer, les suites et les accidents ultérieurs ont aussi pris la même marche. Ces modifications si tenaces et si persistantes indiquent une profonde altération de l'économie, un de ces états pathologiques complexes, que seule n'explique pas une modification de la composition du sang (altération de la fibrine ou des globules, prédominance de la potasse ou de la soude).

Tous les éléments de l'organisme ont subi une commotion profonde révélée par cette multiplicité tardive de symptômes, et les désordres dans tous, ou presque tous les symptômes de l'organisme anciennement atteint.

Les lignes écrites en 1668 par Everard Maynwaringe, *Des phénomènes d'état du scorbut* : « Il n'y a point de scorbuts essentiellement « différents, mais il y a une certaine multiplicité de symptômes plu- « tôt qu'une différence spécifique, » pourraient s'appliquer aux manifestations dernières; en tout semblables au fond, elles doivent différer plus ou moins quant à la forme, selon le génie de chaque épidémie.

Pour l'énumération de ces phénomènes morbides restes éloignés du scorbut de la Chine, nous suivrons la marche que nous avons déjà adoptée quand il s'est agi d'exposer les derniers symptômes de l'épidémie développée dans les parages de la mer Noire.

Troubles du système nerveux. — Dans cette seconde épidémie, l'héméralopie a manqué comme symptôme de début ou de terminaison; nous n'avons plus retrouvé ce signe sur les soldats du génie (1) soumis à nos interrogations ou à notre examen; nos confrères de l'armée ont été unanimes dans leur négation à son égard. L'absence de cet accident, signalé par nous dans l'épidémie de Crimée comme une conséquence du scorbut, n'infirme en rien la cause de sa production, et je regrette de n'avoir pu me mettre qu'en communication imparfaite avec des médecins de la flotte pour connaître leur appréciation sur cet épiphénomène, dont la provenance n'a laissé aucun doute dans mon esprit.

La nouvelle publication de M. Laure, analysée dans la *Gazette médicale*, par M. le docteur Barralier (2), n'en fait pas mention.

(1) Le génie a fourni plus de 400 hommes à l'expédition, et ces soldats, envoyés successivement en Cochinchine, puis en Chine pendant un séjour de trois ans, ont eu presque tous des atteintes de scorbut.

(2) *Histoire médicale de la marine française pendant les expéditions de Chine et de Cochinchine*, par M. Laure, médecin principal de la marine.

D'un autre côté, l'observation n'est presque jamais complète, soit parce que le médecin n'est souvent appelé qu'après la mort des sujets, soit parce que le poison a été expulsé ou neutralisé par les contre-poisons. La médecine en était donc réduite, pour le plus grand nombre de cas, aux ressources de l'analogie et de l'induction. L'expérimentation sur les animaux est venue combler cette lacune. Grâce à Orfila, qui a personnifié en lui cette méthode en la généralisant, la science est en possession d'un contrôle anticipé pour tous les cas d'empoisonnement à venir. Plus de six mille chiens (c'est lui qui le déclare) ont été sacrifiés à l'étude des poisons connus. Mais, comme presque tous les inventeurs, il a peut-être exagéré la valeur de ce mode d'information, il n'a pas marqué d'une manière assez précise la limite qu'il convient de lui assigner, et n'a peut-être pas indiqué toutes les précautions à prendre pour en assurer la réussite. Or, c'est surtout dans les cas où les poisons ne laissent point de trace et quand il s'agit de poisons qu'il n'est pas possible de revivifier, qu'on est le plus disposé à demander à cette méthode les preuves qu'il est impossible d'obtenir par une autre voie. Quelques explications ne sont donc pas inutiles pour éclairer plus complétement cette question.

On a dit avec raison qu'il est téméraire de conclure des animaux à l'homme; la raison est facilement alarmée lorsqu'on lui propose d'induire de ce qui se passe chez un chien, un oiseau ou une grenouille, ce qui peut arriver chez l'homme. On est très-disposé à admettre au contraire que les différences de la susceptibilité organique, celle-ci considérée comme une sorte d'éprouvette, sont aussi grandes que celles de l'organisation elle-même, pour ne pas dire de l'intelligence. Il n'en est pourtant pas ainsi. La vie dans son principe général est un; et s'il fallait regarder comme absolues les différentes modalités que ce principe affecte, il n'y aurait plus d'anatomie ni de physiologie comparées possibles; il en serait de même de la toxicologie expérimentale. Il convient donc, en principe, de conserver à cette dernière sa raison d'être et sa valeur, sauf à en régler la vraie signification. Or, à ce premier point de vue, il faut réserver comme principe que la différence d'organisation peut influer sur les résultats de l'empoisonnement. Il convient même de reconnaître que, très-exceptionnellement, il est vrai, quelques organismes animaux sont complétement réfractaires à l'action de certains poisons très-meurtriers pour d'autres; comme aussi certaines substances innocentes pour le plus grand nombre sont des poisons pour quelques-uns seulement. Ajoutons qu'à un degré beaucoup moins prononcé, rudimentaire si l'on veut, tous les animaux de la même espèce, l'homme non excepté, offrent des différences de susceptibilité qu'il ne faut pas méconnaître dans l'appréciation comparative des agents toxiques.

Mais ces réserves de principe faites, il serait peu logique de repousser cette voie d'investigation et de tenir en échec les résultats qu'elle fournit lorsqu'ils sont vérifiés par l'expérience chez l'homme. On conçoit en effet que le fait de la différence des organismes doive mettre en garde contre l'induction trop générale qui assimile l'homme aux ani-

« L'héméralopie liée au scorbut, d'après les rapports de plusieurs « de nos confrères, a été observée sur quelques navires, mais n'a « offert aucune solidarité avec cette dernière maladie, car l'héméralopie s'est présentée dans les premiers temps du voyage et le scorbut à la fin. »

On doit observer que cet ouvrage n'a trait qu'aux équipages de la flotte et non à l'armée de terre. Cette relation de l'héméralopie et du scorbut signalée par plusieurs médecins de la marine, en particulier par MM. Dutrouleau et Guérin-Menneville, et par des médecins militaires, tels que MM. Laveran (1), Netter, Weber, Coindet, doit, si elle est intimement liée à l'altération de la constitution à la suite des causes débilitantes et génératrices du scorbut, se prolonger pendant toute la durée de cet état.

Quant aux douleurs névralgiques perçues, soit à l'origine des nerfs, soit à leur émergence du bassin ou de la colonne vertébrale, soit enfin le long de leur trajet, sur nos anciens guerriers de la Cochinchine, nous avons retrouvé cette surexcitabilité douloureuse de certaines branches nerveuses, décrite par nous dans l'épidémie de 1855 à 1856. Et si cette douleur eût été convenablement interprétée, deux de nos hommes (Rinck et Perrier), à leur retour en Chine, n'eussent pas été traités pour une sciatique à l'hôpital d'Alexandrie. Ces deux soldats, fatigués des révulsifs de toute sorte (vésicatoires, moxas, etc.), dont on recouvrait les endroits douloureux, demandèrent leur évacuation sur France, et nous arrivèrent avec les traces récentes des traitements énergiques de nos confrères égyptiens.

A l'infirmerie du régiment où nous les reçûmes, ils furent soumis au vin, au quinquina et au fer; en moins d'un mois, les douleurs disparurent. Depuis deux ans, ces sapeurs souffraient horriblement en regard du lieu d'émergence du nerf sciatique, à la hauteur de l'épine sciatique, et la plus légère compression de ces parties augmentait l'intensité des crises. J'insiste d'autant plus sur ce fait, qu'il prouve combien il est essentiel de pouvoir rapporter à leur véritable cause les douleurs quelles qu'elles soient, et combien cette connaissance seule peut faire varier la thérapeutique.

Si, sur les anciens scorbutiques soumis à notre observation, nous n'avons pas toujours trouvé ces douleurs inhérentes à l'affection et parcourant telle ou telle branche du système nerveux, dans les notes qu'ont bien voulu nous transmettre des collègues, ils nous les signalent sur le cubital, le sciatique et les intercostaux, et assignent à cette manifestation pathologique une limite de deux années dans le cours rétrospectif de l'épidémie dont il est question. Le peu de succès de nos recherches sur ce point tient sans doute à l'époque par trop éloignée du début de l'affection (près de trois ans), quand il nous a été loisible d'entreprendre ces recherches. L'élément douleur, dans le scorbut de Chine, a eu son summum d'intensité vers le cinquième et le sixième mois à partir du début de l'épidémie; tel est du moins le résumé des documents dus à l'obligeance de mes collègues.

Plusieurs soldats du génie sont rentrés en France avec une anesthésie des membres inférieurs et perte plus ou moins complète du mouvement; d'autres présentaient cette altération aux membres supérieurs; à l'heure où nous transcrivons ces lignes (1), nous venons de proposer pour les eaux de Baréges, deux sapeurs dont la paralysie ne reconnait pas d'autre cause que des antécédents scorbutiques.

Quand à l'analgésie scorbutique de la plante des pieds et de la paume des mains, sur laquelle le premier des médecins militaires, M. le docteur Tholozan (2), a fixé l'attention lors de son étude du scorbut de Crimée, et dont, en la différenciant de l'acrodynie, s'est occupé notre ami le docteur Barudel, nous ne l'avons plus retrouvée dans les symptômes de déclin, et les notes de nos confrères n'en font pas mention. Pour rendre justice à qui de droit, nous devons déclarer que dans cet ordre d'idées, M. Tholozan avait été prévenu par Balthazar Brunner; mais au moins le médecin actuel du schah de Perse a-t-il eu le mérite incontestable de fixer à ce symptôme sa valeur réelle.

On peut donner, sans crainte d'erreur, aux symptômes ultimes de cette série, une limite fort reculée, et pour cette épidémie nous n'hésitons pas à leur accorder une durée de trois années, période durant laquelle le scorbut a tenu ses victimes sous le coup de sa fâcheuse impression.

Que si maintenant nous passons à l'examen des désordres musculaires, nous retrouvons encore ce système pendant longtemps compromis, et dominé par l'influence dépressive de la maladie antérieure.

Système musculaire et articulaire. — Nous avons pu constater que le scorbut de Chine comme celui de Crimée avait fortement attaqué et affaibli l'élément musculaire dans son volume, dans sa contraction et dans sa tonicité. Les muscles semblent être fondus chez beaucoup de nos soldats, ils ont perdu leur tissu cellulaire d'enveloppement, et ils paraissent être soustraits à l'empire de la volonté. Nos hommes ne conservent pas seulement ce reste de faiblesse décrit par M. Valleix après toute affection scorbutique; c'est une impossibilité absolue d'action. Après plus de trois ans, nos soldats n'ont pas encore recouvré la force de contraction inhérente chez eux à tout le système : c'est du repos et toujours du repos qu'ils demandent sans cesse.

Comme nos anciens zouaves, ces sapeurs du génie se déclarent impropres au service militaire, réclament continuellement des exemptions pour le moindre travail, ou un exercice dont ils eussent rougi autrefois d'être dispensés.

Cette atrophie musculaire ne coïncide pas toutefois avec l'induration du tissu cellulaire, et n'en a jamais été accompagnée; ce symptôme si constant et souffrant à peine de rares exceptions sur le plateau de Chersonèse, a manqué, comme nous l'a attesté le docteur Hattute dans l'épidémie de la Chine.

L'œdème des régions poplitées peu marquée lors de la période d'état du scorbut des mers de l'Indo-Chine, a duré peu de temps et ne s'est pas prolongé lors de la terminaison de la maladie. C'est, avec l'absence de l'induration, une des différences des deux épidémies, et c'est une de celles aussi qui nous portent à admettre que la partie fibro-plastique du sang avait été moins atteinte dans son essence. Et

(1) *Compte rendu de la Société de médecine de Metz*, année 1861.

(1) Mai 1863.

(2) *Gazette médicale*, années 1855 à 1861.

maux; mais cette différence reste sans valeur contre l'affirmation de l'expérience, surtout lorsque celle-ci a répété ses essais un assez grand nombre de fois et a suffisamment tenu compte des différences et des ressemblances dans les résultats qu'elle a obtenus.

Mais ce qui ôte surtout du crédit à cet ordre d'informations, c'est lorsqu'il est seul à répondre aux interrogations de la justice. Une substance étant donnée qu'on soupçonne renfermer un poison non réductible par la chimie, l'expérimentation sur les animaux est le seul moyen de vérification possible; c'est dans les cas de cette sorte que les motifs d'exception reprennent toute leur valeur. On allègue alors que les substances dans lesquelles on suppose le poison incorporé ont pu être altérées, ont pu acquérir, comme il y en a des exemples, des propriétés toxiques; et comme ces substances sont ordinairement des matières vomies ou des déjections, la supposition alléguée prend toute la valeur qui fait défaut à la conclusion de l'expérimentation. La négation systématique de la partie intéressée se renforce alors de toutes les défiances inhérentes à la différence des organismes de l'homme et des animaux. Mais, nous l'avons dit plus haut : la présomption ajoutée dans ces cas par les toxicologues aux charges de l'accusation acquiert à son tour quelque chose de l'autorité de ces dernières; et la concordance des révélations établit cet ensemble, cette harmonie de détails de la preuve, qui équivaut à la preuve elle-même.

Tel est le rôle de la toxicologie réduite aux seules ressources de l'observation. Ces ressources sont purement celles dont la médecine dispose elle-même dans l'exercice général de l'art : le médecin devant l'empoisonnement, c'est le médecin devant la maladie, avec cette différence que, dans un cas, la cause à déterminer, c'est le poison; dans l'autre, c'est un substratum inconnu. On a donc pu dire avec raison que la médecine n'est qu'une toxicologie générale. Mais la faculté que possède la toxicologie proprement dite, dans le plus grand nombre des cas, de revivifier l'agent toxique, lui assure la prééminence et l'autorité dont elle jouit, et dont elle jouit à bon droit, à la condition de n'en pas altérer le caractère.

III.

On ne l'a peut-être pas assez compris jusqu'ici, l'art de retirer des profondeurs de l'organisme l'agent mystérieux du crime est dans l'ordre logique et social une des plus belles conquêtes de l'humanité. C'est la notion de la cause portée à son plus haut degré de certitude et d'utilité. Or cet art, c'est la chimie, c'est la médecine, ce sont toutes les sciences de précision se prêtant un mutuel secours pour placer sous les yeux de la justice la solution de ses doutes, le dernier mot de ses préoccupations. Tel est le mérite de la toxicologie revivifiant les poisons. Par son but, par ses moyens et par ses résultats, cette science est donc, au plus haut degré, digne de l'attention et de la considération des hommes.

D'origine très-moderne, l'art de revivifier les poisons est la conséquence la plus immédiate des derniers progrès de la chimie. L'opéra-

malgré tout, nous retrouvons toujours sur nos convalescents la même douleur, mais plus fixe et plus persistante que celle du scorbut de Crimée; elle ne laisse aucun doute de sa provenance et ne peut en aucune manière être rapportée à des rhumatismes chroniques. Ce genre de douleur, sur lequel M. Grisolle insiste beaucoup, sur nos hommes, par sa marche, a toujours été distinct du rhumatisme; c'est par la chaleur et quand ces mêmes soldats se trouvent dans des endroits très-chauds qu'elle acquiert généralement son summum d'intensité.

Le dernier moment de son apparition, dont la limite est deux à trois ans, contraste avec celui donné par M. Cintrat (1). Dans le scorbut de Chine et de Cochinchine, nous ne pouvons plus compter par mois, comme l'a fait cet auteur, et la limite de quatre mois se trouve bien en désaccord avec notre observation.

Il est vrai de dire que les causes de cette épidémie d'une portion de la garnison de Paris, moins nombreuses et moins débilitantes, n'avaient pas agi pendant un temps aussi long sur des troupes prédisposées déjà par toutes sortes d'influences nuisibles à être accablées par le fléau scorbutique.

Sur le même plan peuvent se ranger les contractures, non plus musculaires, mais articulaires et tendineuses, très-rares après le scorbut selon M. Valleix, très-fréquentes, au contraire, après celui dont nous cherchons à retracer les suites. Cet accident lointain n'avait pas échappé à l'attention des auteurs des siècles derniers, et ils l'ont consigné dans la description du scorbut. Ainsi Poupart, Etchius, Vierus en 1567, Rousseux, Kaemer en 1564, plus tard Lind, Yves, l'ont placé en première ligne des symptômes les plus tenaces. Nous pouvons le signaler après trois ans de début de l'épidémie, non plus à l'articulation du genou, comme nous l'avons indiqué dans notre premier mémoire (2), mais se montrant de préférence à l'articulation tibio-tarsienne d'une façon si persistante, qu'il a fallu pour cette cause réformer deux sapeurs du génie.

Aspect extérieur. — Ici trouve place un symptôme dont nous n'avons pas parlé dans les suites du scorbut d'Orient, soit qu'il eût manqué en partie, soit qu'il eût échappé à notre attention : c'est la teinte jaune, pâle et plombée du visage. Cette coloration toute spéciale, symptôme de la maladie confirmée, assez semblable à l'aspect terreux, résultat des émanations saturnines, plus de trois ans après le début du scorbut, marquait encore de son cachet indélébile les hommes atteints par l'épidémie aux bords du Peï-ho ou au voisinage de Tourane.

Pour les exostoses scorbutiques, nous pouvons répéter ce que nous avons déjà dit : elle nous ont encore fait défaut dans cette épidémie : il en fut de même du décollement épiphysaire. Mais un phénomène noté par Scrive (3) dans quelques cas après le scorbut, la ténacité des plaies et des ulcérations pour arriver à leur cicatrisation, a frappé tous nos confrères de la marine et de l'armée, dans celui de la Chine. Sous l'influence funeste de l'épidémie, les solutions de continuité les plus minimes se sont promptement transformées en vastes ulcères, en envahissant tout un membre et nécessitant l'ablation de l'organe affecté, longtemps après la rentrée en France de ces blessés. La couleur de certaines cicatrices et la teinte jaune brun dont elles sont bordées, a suffi dans plusieurs cas pour nous permettre de déclarer avec certitude à d'anciens blessés, la complication survenue avant ou pendant la guérison de leur solution de continuité.

Dans l'épidémie de Chine, si les vastes épanchements des membres ont manqué, les taches noires à pointillé foncé, signe de la maladie confirmée, se montrèrent encore après deux ans sur bon nombre de soldats, à leur retour de ces rives lointaines où ils ont planté l'étendard aux trois couleurs. L'ex-102e de ligne a en pour ainsi dire le monopole de la persistance de ce symptôme; lors de la rentrée en France de ce corps aujourd'hui dispersé dans le reste de l'armée, on trouvait ce stigmate du scorbut aux jambes du plus grand nombre des anciens malades. Le panaris et le psoriasis qu'une première fois nous avons rangés au nombre des manifestations posthumes, nous ont donné un résultat négatif dans ces nouvelles recherches, à toutes les périodes de l'épidémie; mais par contre, nous avons retrouvé les furoncles et les pustules d'ecthyma, comme termes extrêmes de cette seconde affection. Ces deux maladies avaient conservé la marche chronique et la forme essentiellement atonique de la description de notre scorbut de Crimée, et sur laquelle Scrive avait à peine fixé l'attention (1). Ces éruptions ont été de tous les symptômes de terminaison les plus longs et les plus rebelles, sur les marins et chez les soldats pris du scorbut dans le royaume du Céleste-Empire. Seuls le quinquina, le fer et les toniques employés avec persistance, ont pu vaincre leur reproduction désespérante; et dans leurs notes tous nos confrères redisent à l'envi combien les traitements ordinaires sont impuissants contre ces accidents. Ces furoncles diffèrent, quant à leurs siéges, de ceux de la grande épidémie des bords de la mer Noire; ainsi au lieu de s'établir aux membres inférieurs, cuisses et jambes, ils paraissent se localiser de préférence sur les membres supérieurs ou sur le tronc; toujours assez nombreux, toutefois isolés les uns des autres, et n'ayant rien de commun avec l'anthrax; mêlés parfois à des pustules d'ecthyma et à des bulles de rupia. Mais chez quelques sujets, ces éruptions se confondaient à un point tel, que maintes fois il nous fut difficile de désigner d'un nom certaines de leurs formes. Les pustules d'ecthyma, visibles encore après quatre ans d'existence, et de reproductions successives, ont une aréole brunâtre, dont la vésicule se remplit d'un sang noir, et les croûtes sont brunes et très-épaisses. Sur des scorbutiques de Crimée, après plus de cinq ans de ce genre d'éruption, M. le docteur Dauvé (2) a encore retrouvé et reconnu leur stigmate; combien de temps persistera la teinte des pustules d'ecthyma succédant au scorbut de Chine?

Nous-même, avant cet observateur, avons déclaré n'avoir jamais rencontré l'ecthyma scorbutique à la tête, mais sur les malades dont nous parlons il s'est montré assez fréquemment dans cette région, et a fait le désespoir de tous les médecins qui ont eu à traiter cet acci-

(1) *Epidémie de scorbut du Gros-Caillou*, Cintrat, *Thèse de Paris*, 1855.
(2) Rizet, *Des suites éloignées du scorbut*. Saint-Etienne, 1860.
(3) *Relation médico-chirurgicale de la guerre d'Orient*, p. 157.

(1) Scrive, ouvrage cité.
(2) *De l'ecthyma dans l'armée*; *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*.

---

tion qui consiste à dégager des organes où il a été introduit et des matières auxquelles il a été mêlé, l'agent toxique, n'était possible, en effet, qu'à la double condit on de connaître la loi et le secret des combinaisons dont il était susceptible, et de le réduire à son état de pureté et de simplicité natives. Or c'est ce que la toxicologie chimique est parvenue à faire pour le plus grand nombre des poisons, pour la grande classe des poisons inorganiques. Citer les préparations toxiques fournies par le phosphore, l'iode, le chlore, le plomb, le cuivre, l'arsenic, le mercure, quelques acides concentrés, c'est rappeler autant d'occasions où la science a déjoué les manœuvres les plus déliées du crime. La sûreté de ses révélations est telle, à l'égard du plus grand nombre de ces préparations, que les malfaiteurs en ont abandonné l'emploi. L'arsenic, par exemple, qui, dans un temps, défrayait la plupart des empoisonnements, n'est plus guère aujourd'hui que l'arme inconsidérée des empoisonneurs de bas étage. Les malfaiteurs émérites du temps présent connaissent aussi bien la science que le code, et ils sont également renseignés sur les poisons que l'une est apte à dévoiler, que sur les actes que l'autre a mission de réprimer.

Mais il convient de distinguer, dans l'art si précieux de revivifier les poisons, le point d'où il part et jusqu'où il peut atteindre, quels sont ceux qu'il découvre et ceux qui lui échappent encore; car, bien que le plus grand nombre n'ait plus pour le toxicologue ni mystère ni résistance, il n'est pas sans intérêt de savoir comment la conquête du connu s'est accomplie, pour en induire comment celle de l'inconnu s'accomplira peut-être, et comment s'achèvera l'œuvre si avancée de la toxicologie.

La chimie reconnaît deux moyens de constater la présence des corps : les réactions qu'ils produisent et les propriétés qui les caractérisent. Par les premières on induit leur intervention, on conclut à leur présence; par les secondes, on l'affirme, on la constate. Bien que les deux modes de détermination puissent, assez fréquemment, aboutir l'un à l'autre et se suppléer, il s'en faut qu'ils aient dans l'ordre logique la même valeur. Il suffit pour s'en convaincre de remarquer que, dans le plus grand nombre de cas, les réactions sont des preuves de l'ordre purement empirique, — disons expérimental, pour ne pas amoindrir jusqu'à l'apparence de leur valeur, — tandis que les propriétés directes, immédiates, des corps, tiennent à leur caractère essentiel; elles en sont comme le relief. Ajoutons que la certitude des premières ne réside, la plupart du temps, que dans la constance de leur répétition, ce qui n'exclut pas absolument la possibilité, pour elles, de se reproduire ailleurs, tandis que la certitude des secondes tient essentiellement à leur constitution. Or ces deux modes de détermination expriment précisément la différence qu'il y a entre la caractéristique inductive des poisons, et leur revivification proprement dite. Dans l'espèce, où il s'agit presque toujours de l'honneur et de la vie des hommes, ces deux modes de constatation, les deux degrés de certitude qu'ils entraînent, ne sont pas indifférents : on en aura bientôt la preuve.

Le progrès qui a permis à la toxicologie de placer le poison réduit

dent dont l'origine remontait à plusieurs années. Une autre variété signalée par MM. Hardy et Dauvé parmi les suites du scorbut, l'ecthyma gangréneux n'a pas, si j'ai été bien informé, manifesté sa présence, soit pendant, soit après l'apparition du scorbut de la Chine.

Aux éruptions décrites précédemment se bornent les lésions du tissu cellulaire; ainsi point d'abcès superficiels ou profonds; mais plus encore que dans le scorbut de Crimée, toutes ces maladies cutanées se compliquent entre elles, et l'on pourrait sans exagération dire que souvent toutes les manifestations ultimes ont accablé le même individu. Ainsi nous pourrions désigner tel soldat sur lequel ont été observés des douleurs névralgiques, des taches pointillées d'un brun très-foncé, de nombreux furoncles, des pustules d'ecthyma et le ptyalisme. Il semble qu'en pareille circonstance l'économie tout entière cherche d'un même coup à se débarrasser par tous les moyens du vice scorbutique.

Aux observations de ptyalisme rapportées par MM. Delny, Nogués et nous-même aux suites du scorbut de Crimée, s'ajoutent celles du docteur Hattutte, ayant trait à celui de Chine. Elles ont d'autant plus frappé ce dernier collègue, que dans l'épidémie de la Cochinchine l'affection gengivale a été la rare exception, tandis qu'elle était presque la règle dans l'épidémie des bords de la mer Noire. Ces médecins savaient très-bien à quel ordre de causes rattacher ce symptôme, car tous nous ont déclaré avoir renoncé pour très-longtemps aux préparations mercurielles, chez tous les scorbutiques de Crimée et de Chine.

Notons encore la rapidité avec laquelle les dents s'encroûtaient et se couvraient de tartre, chez les malades de cette catégorie, puis leur facilité à se déchausser, comme cela s'observe dans la gengivite dite expulsive.

Si ces quelques recherches avaient eu pour but unique la satisfaction d'une curiosité scientifique, elles n'eussent eu d'autre portée que la réalisation d'un désir accompli: mais l'étude de ces phénomènes doit amener un tout autre résultat. En nous prouvant d'une manière irrécusable combien de temps le génie scorbutique tient soumis à son empire ses anciennes victimes, par ce fait seul se trouve changée pour l'avenir la thérapeutique des phénomènes rattachés par nous à leur véritable origine. Cette interprétation de la puissance du génie scorbutique peut s'appliquer à toutes les épidémies dont l'influence, bien longtemps encore après la cessation de ses symptômes apparents, s'étend sur toutes les maladies qui succèdent à leur invasion.

Les médecins, quand apparaissent des épidémies de fièvres éruptives à intervalles plus ou moins rapprochées, savent parfaitement reconnaître combien elles sont modifiées dans leur marche et leurs symptômes par celles d'entre elles, rougeole, variole ou scarlatine, dont elles ont été précédées.

Et chaque praticien de changer son traitement suivant la prédominance de l'une ou de l'autre. Aujourd'hui les découvertes modernes tendent peut-être par trop à localiser l'affection, le médecin malgré lui, perd bien facilement de vue l'organisme entier pour concentrer ses soins d'une manière toute locale, oubliant auprès de son malade les symptômes généraux, sur lesquels insistaient d'une façon toute spéciale les cliniciens des siècles précédents. Le microscope, l'auscultation et la percussion en précisant le diagnostic, localisent la thérapeutique en l'appliquant un symptôme, et le reproche encouru par l'École de Paris et par celle de Strasbourg, c'est de laisser dans l'ombre l'organisme malade, pour examiner de trop près l'organe lésé. Aussi chaque jour de plus en plus se fait sentir la nécessité de la philosophie médicale un peu délaissée dans ces facultés, et le besoin du retour vers les idées d'ensemble de l'École de Montpellier, à laquelle, malgré l'abandon passager dont elle a à souffrir, tôt ou tard il faudra revenir.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

Les paralysies phosphoriques; par le docteur Gallavardin (de Lyon).

(Suite. — Voir les nos 1, 2, 3, 5, 7 et 17.)

§ II. — Paralysies musculaires et lésions cérébro-rachidiennes produites par le phosphore.

ACTION ÉLECTIVE SUR LES NERFS MOTEURS, SUR LES NERFS DE LA SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET SENSORIELLE.

Obs I. — D'après Sachs, le phosphore exerce une action spéciale sur les nerfs moteurs; il augmente, surexcite les mouvements des muscles, tant volontaires qu'involontaires. Il agit enfin sur les nerfs de la sensibilité générale et sensorielle et sur le cerveau lui-même. (Sachs, *Dissertatio de phosphoro.* Argentoriati, 1731.)

Dans ses *Chemische Anmerkungen*, p. 321 (Erfurth, 1721), Kunkel avait donné les premières notions sur l'emploi médical du phosphore. Dix ans plus tard, Sachs indiquait déjà assez nettement les actions électives de ce médicament que j'essaye aujourd'hui de vulgariser.

ACCROISSEMENT DE FORCES CONSIDÉRABLE; DÉSIRS GÉNÉSIQUES INTOLÉRABLES.

Obs II. — Alphonse Leroy ingéra 3 grains de phosphore dans de la thériaque. Il éprouva de l'ardeur et des douleurs d'estomac avec vomiturition, toutes choses qui disparurent en buvant fréquemment de petites gorgées d'eau fraîche. Les urines étaient fort rouges. Le jour suivant, il ressentit un accroissement de forces considérable et des désirs génésiques intolérables. (*Mémoires de la Société médicale d'émulation de Paris*, 1797, t. I, p. 259.)

Si vous administrez le phosphore à fortes doses, vous produisez de la faiblesse, des symptômes de paralysie : effet primitif du médicament.

Si, au contraire, vous l'administrez à petites doses, vous augmentez la vigueur musculaire d'un homme bien portant, vous guérissez les paralytiques : effet consécutif du médicament, effet de réaction.

Augmentation des forces, diminution des forces sont donc des phénomènes de même nature en plus ou en moins, et que l'on peut produire à volonté, pour ainsi dire, en augmentant ou en diminuant la quantité du remède ingéré, lequel est ainsi, tour à tour paralysigène et paralysifuge.

Ces réflexions, je présume, justifient pleinement l'insertion, dans ce paragraphe, de l'observation précédente et des deux suivantes qui, toutes trois, démontrent sous une autre face l'action élective du phosphore sur le système musculaire.

---

sur le porte-objet de la justice impliquait un autre progrès de la part de la physiologie. Celle-ci devait tracer à l'autre ses voies à travers le dédale des organes et des tissus. On le sait déjà, le poison ne reste pas dans l'estomac; à la faveur de l'absorption et de la circulation, il franchit cette barrière pour aller se distribuer dans tous les organes. Mais quand y arrive-t-il? Combien de temps y reste-t-il? Dans quel ordre les quitte-t-il? Que devient-il après? Autant de questions que l'observation réunie de ces deux sciences a permis de résoudre. Ainsi on sait aujourd'hui à n'en plus douter que, dès le second jour, l'arsenic va se loger dans le foie, dans les muscles, dans le cerveau; on sait que les reins commencent à l'éliminer à partir de la sixième heure; on sait que la peau elle-même, que les poumons en reçoivent des parcelles. Enfin on sait que, passé quelque temps, huit à dix jours, il n'en peut rester plus de trace dans l'économie, que tout a pu être éliminé par la sécrétion urinaire. Les empoisonneurs avisés ont pu profiter de ces renseignements pour tuer leurs victimes à petites doses et à doses longtemps répétées : ce qui constitue l'empoisonnement lent, le plus dangereux, parce qu'il reste moins caractérisé pendant la vie et qu'il laisse moins de traces après la mort. Cependant l'art de revivifier le poison est arrivé à un point de perfection tel que la moindre parcelle ne lui échappe plus; et il est rare qu'il n'en reste pas quelques molécules incarcérées dans les organes, qui suffisent à la précision menaçante des appareils. L'appareil de Marsh, par exemple, est capable de déceler la présence d'un milligramme d'arsenic. C'est une sorte de compensation au danger des petites doses et à l'artifice de l'empoisonnement lent.

Non-seulement la chimie sait retrouver le poison dans les derniers replis des organes après la mort, mais elle le poursuit dans le linceul, dans la bière et jusque dans les terres contenant les restes presque consommés de la victime. Ainsi, MM. Idt et Ozanam, cités par Orfila, on pu, après neuf années d'inhumation, constater la présence de l'arsenic dans le cambouis ou matière graisseuse placée au-devant de la colonne vertébrale, et résultant de la décomposition des viscères abdominaux. M. Pelletier, du Mans, a retrouvé le sulfure d'arsenic après trois et neuf mois d'inhumation. Dans ces deux cas, le tube intestinal était si bien conservé qu'il a été possible de constater les lésions produites par le poison. Cet état de conservation des parties qui ont été mises en contact immédiat avec la substance toxique, est un fait très-significatif; il est presque commun à tous les empoisonnements. La plupart des substances vénéneuses sont antiputrides.

Diverses objections ont été faites à ces constatations infinitésimales, indirectes et posthumes; mais la science y a répondu de la manière la plus décisive et la plus péremptoire.

A l'égard des faibles doses une très-grave difficulté avait surgi. Il existe, avait-on dit, — et Orfila était l'un des promoteurs de cette proposition — une certaine quantité d'arsenic dit normal dans le corps de l'homme. De l'arsenic on était passé au cuivre, au plomb, au fer, à tous les métaux. Au fer, soit : ce métal fait partie de la plupart de nos aliments; mais pour le cuivre, le plomb, et surtout pour l'arsenic, il n'y

ACCROISSEMENT DE LA PUISSANCE MUSCULAIRE ET DES DÉSIRS GÉNÉSIQUES.

Obs. III. — « Je fis dissoudre, dit Frantz Boottatz, 4 grains de phosphore dans 4 drachmes d'huile de vitriol. Je pris toutes les deux heures 20 gouttes de cette solution. La première dose me causa quelques malaises qui disparurent après que j'eus bu un peu d'eau. La seconde dose amena un violent appétit, je pourrais même dire une faim canine. Le pouls devint plus vif et la chaleur du corps augmenta. Je ressentis du bien-être et de la légèreté par tout le corps. Après une promenade d'une heure et demie, je mangeai de meilleur appétit. Deux heures après je repris du remède, ce qui faisait cinq fois en tout. J'avais, en somme, ingéré un peu plus d'un grain de phosphore. Je n'en ressentis aucune incommodité: au contraire, je me trouvais extraordinairement bien dans la soirée. Je rendis beaucoup de flatuosités, ce qui me soulagea. J'éprouvais un accroissement de puissance musculaire par tout le corps, et une excitation extraordinaire dans les parties génitales. Il y eut aussi augmentation de la sécrétion urinaire. » (Franz Boottatz, *Ueber den phosphorals Arzneimittel.* Gœttingeo, 1800, p. 99.)

EXALTATION DE LA SENSIBILITÉ; ACCROISSEMENT DE L'IRRITABILITÉ MUSCULAIRE.

Obs. IV. — D'après les expériences de Fr. Pilger, le phosphore exalte d'abord la sensibilité du système nerveux, puis il accélère la circulation, augmente la chaleur et accroît au plus haut degré l'irritabilité musculaire. (*Annales cliniques de Montpellier*, XXXVII, 266.)

Obs. V. — Douleurs générales dans les membres; affaiblissement musculaire de plus en plus considérable, puis mort dans les vingt-quatre heures. (Voy. chap. I, § 1, obs. 22.)

Obs. VI. — Urines involontaires. (Voy. chap. I, § 1, obs. 10.)

PARALYSIE DU BRAS GAUCHE.

Obs. VII. — Ch. E. Dieffenbach, pharmacien à Biel, voulant faire des expériences avec le phosphore, prit en trois jours 6 grains de cette substance, d'abord 5 centigrammes, ensuite 10 et enfin 15. Fortes et continuelles vomituritions, renvois d'une odeur alliacée, contractions spasmodiques, paralysie du bras gauche, délire : tels furent les symptômes qu'il présenta et auxquels la mort vint mettre un terme. Il succomba à une inflammation du canal intestinal, du foie et du poumon. (*Bibliothèque médicale*, 1829, II, 398.)

ABATTEMENT; PARLER LENT ET DIFFICILE; DEMI-PARALYSIE DES PAUPIÈRES; PHOTOPHOBIE; AGITATION CONVULSIVE; URINES ET SELLES INVOLONTAIRES; MORT LE ONZIÈME JOUR.

Obs. VIII. — En 1824, Edmond P..., âgé de 28 ans, prit 25 milligrammes de phosphore fondu dans de l'eau chaude. N'en ayant éprouvé aucun effet, il en prit trois jours après 75 à 100 milligrammes. Il éprouva après le diner des douleurs abdominales, et après le souper des vomissements et de la diarrhée.

Le septième jour après la première prise, Ed. P... vaquait encore à ses affaires et fit 16 kilomètres à pied. Mais le lendemain il éprouve de l'abattement dès le matin, il parle avec lenteur et difficulté, les yeux s'ouvrent difficilement, photophobie. A dix heures du soir, perte de connaissance, agitation convulsive.

Deux jours après, même état, plus urination et selles involontaires; le onzième jour, à partir de la première dose, mort à trois heures du matin. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1855, t. III, p. 138.)

CONVULSIONS; MORT.

Obs. IX. — En 1849, une Espagnole de Sarria (Catalogne) s'empoisonna avec du phosphore et mourut en éprouvant d'affreuses convulsions. (*Id.*, p. 140.)

CONVULSIONS; MORT.

Obs. X. — En 1852, H..., menuisier, vit sa fille âgée de 5 ans expirer également au milieu d'horribles convulsions après qu'elle eut ingéré de la pâte phosphorée. (*Id*, p. 147.)

Pareille chose arriva à un enfant à Anvers après qu'il eut mâché des allumettes phosphoriques. (*Id*, p. 163.)

VIOLENTES DOULEURS DANS LES MEMBRES; FAIBLESSE EXCESSIVE PENDANT LONGTEMPS.

Obs. XI. — Un cultivateur de Haut-Farzac (Corrèze), sa femme et ses deux enfants éprouvèrent les susdits symptômes après avoir mangé une poule empoisonnée par le phosphore. (*Id.*, p. 150.)

MOUVEMENTS CONVULSIFS HORRIBLES; MORT.

Obs. XII. — Un enfant de 3 ans succomba en vingt-quatre heures à la suite de douleurs abdominales très-vives, de déjections alvines et de mouvements convulsifs horribles pour avoir mangé de la pâte phosphorée. (*Journal de chimie médicale*, 1844, p. 510.)

STUPEUR AVEC CONVULSIONS; DYSPNÉE EXTRÊME; MORT.

Obs. XIII. — Un enfant de 10 ans, saigné par un charlatan anglais, prit 72 gouttes d'une potion contenant : 48 grammes d'huile d'olive, 2 grammes de phosphore et un peu d'essence de bergamote.

Il s'ensuivit des vomissements, avec violentes douleurs d'entrailles, de la stupeur avec convulsions, une dyspnée extrême, puis la mort. (*Id.*, 1845, p. 379.)

PARALYSIES PARTIELLES.

Obs. XIV. — Le docteur Hartrop a publié (dans *Casper's Wochenschrift*, 1846) un long article sur l'action du phosphore et l'empoisonnement par le phosphore; il n'y a pas d'observations. L'auteur y mentionne les paralysies partielles dans l'empoisonnement chronique.

ANÉANTISSEMENT GÉNÉRAL ET IVRESSE; TENSION ET ROIDEUR DES MUSCLES.

Obs. XV. — Les 25, 26 et 27 mai 1847, Marie R... administra à son mari de la soupe contenant de la pâte phosphorée. Depuis le 25, R... est anéanti et comme un homme ivre; il se met au lit. Le 29, après avoir pris une dernière soupe phosphorée, R... sentit ses membres se tendre et se roidir. Le mal devint tel qu'il crut n'avoir plus qu'un instant à vivre. Néanmoins, le 1er juin il était hors de danger, bien que dans un état extrême de faiblesse. (*Journal de chimie médicale*, 1847, p. 644.)

VOMISSEMENTS INCESSANTS; DYSURIE.

Obs. XVI. — Le 8 juillet 1848, V..., âgé de 54 ans, surexcité par ses habitudes d'ivrognerie, s'empoisonne en ingérant de la pâte phosphorée étendue sur une tranche de pain.

Le troisième jour, cet homme succombe après avoir présenté de la dysurie et des vomissements incessants. (Drs Aumiffred et Danval, *Gazette des hôpitaux*, 1851.)

(La suite à un prochain numéro.)

avait pas le même prétexte ni la même origine possible; et les constatations patronnées par Orfila ne reposaient heureusement que sur une méprise. L'arsenic qu'on prétendait trouver dans les os comme de l'arsenic normal ne venait probablement que des réactifs, si ce n'est d'un défaut de précision dans les analyses. Cette doctrine fâcheuse a mis un instant en échec les révélations de la toxicologie. On lui faisait deux objections très-fondées : S'il existe de l'arsenic normal, à quelle dose existe-t-il? Comment, dans vos constatations juridiques, avez-vous pu distinguer l'arsenic poison de l'arsenic naturel? Ces questions, comme on voit, pouvaient renfermer les plus graves accusations. Mais cette cause de méprise n'était qu'imaginaire; on ne fut pas longtemps à reconnaître de tous côtés que ni le corps de l'homme ni le corps des animaux ne renferment un atome d'arsenic; par conséquent celui qu'on a pu trouver et qu'on pourra trouver encore dans les organes d'un décédé n'y aura pas été déposé par la nature. Les doses n'y feront pas davantage. Il suffira de constater la présence du poison et d'en rapprocher les symptômes observés pendant la vie pour dissiper tout prétexte d'incertitude.

Les objections provoquées par l'ancienneté de l'empoisonnement n'ont pas offert plus de difficultés que celles qui ont été alléguées contre la faiblesse des doses du poison. Sous l'influence du temps, les éléments chimiques des corps peuvent se modifier, réagir différemment les uns sur les autres, mais ils ne disparaissent pas. Qu'on examine les restes d'une momie, trois mille ans après la mort causée par l'arsenic, et le métal pourra être retrouvé et revivifié comme au lendemain de son ingestion.

Nous ne pouvons entrer ici dans le détail des opérations à l'aide desquelles la chimie parvient à dégager la parcelle toxique ensevelie au fond des organes. Ces opérations, qui sont la mise en œuvre de la science tout entière avec ses principes, ses lois, ses procédés, sont les analogues de celles qui ont fait découvrir dans les plantes les principes immédiats de leur action. Il n'est guère possible de ramener toutes ces manipulations, toutes ces analyses, toutes ces merveilleuses opérations du creuset à une conception de l'esprit qui soit accessible à tous. On peut en indiquer seulement les données les plus générales. Ainsi les corps sont doués, les uns par rapport aux autres, d'affinités qui les portent à se combiner entre eux. Ces combinaisons sont définies et réglées en vertu de certaines lois d'associations. La connaissance de ces affinités et de ces lois sert précisément à changer ou à détruire les composés par la mise en jeu de leurs antagonismes. Ces différences d'affinités produisent ce qu'on appelle les réactions, c'est-à-dire les effets de certains corps mis en présence d'autres corps, avec des caractères et des produits déterminés, résultant de la lutte et de nouvelles combinaisons de ces corps entre eux. Mais tout ceci est le dernier mot de la science considérée dans sa plus haute généralité; et, généralité comme particularité, pour être bien comprises, impliquent la connaissance des lois de leur liaison. Il faut donc se contenter, pour apprécier le mérite des révélations de la chimie, de savoir qu'elles sont aussi

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

THÉORIE DES BATTEMENTS DU CŒUR, rapport sur une Note de M. HIFFELSHEIM.

(Commissaires: MM. Coste, Cl. Bernard, Delaunay rapporteur.)

L'Académie a renvoyé à notre examen une note de M. Hiffelsheim, dans laquelle l'auteur revient et insiste sur une proposition qu'il avait déjà formulée dans un précédent mémoire présenté le 27 novembre 1854. Cette proposition consiste en ce que les battements du cœur sont dus à un recul de cet organe, occasionné par l'expulsion périodique du sang dans les artères. M. Hiffelsheim y avait été conduit par des considérations théoriques, et il avait cherché à confirmer l'exactitude de ses idées par l'expérience, à l'aide d'un appareil où il avait reproduit autant que possible les conditions dans lesquelles le phénomène se développe naturellement.

Ce travail a été l'objet de nombreuses critiques, et, à l'aide de raisonnements spécieux, on a tenté de prouver que l'effet du recul auquel l'auteur attribue les battements du cœur n'a pas d'existence réelle. M. Hiffelsheim, que ces critiques n'ont pas convaincu, persiste à penser qu'il est dans le vrai en disant que, à chaque pulsation, le cœur éprouve un mouvement de recul. Nous sommes complétement de son avis. Les principes de la mécanique rationnelle ne permettent pas le moindre doute à cet égard. Toutes les fois qu'un système matériel est en repos, et que, par suite du développement de forces intérieures, une partie du système se met en mouvement dans un sens, il se produit *nécessairement* dans d'autres parties du système un mouvement en sens contraire, de telle manière que, si l'on projette les mouvements de toutes les parties du système matériel sur un axe quelconque, *la somme algébrique des quantités de mouvement projetés soit égale à zéro.* Au moment où les ventricules du cœur, remplis de sang, se contractent de manière à lancer ce sang dans les artères, le double jet liquide qui se produit ainsi, par deux orifices situés d'un même côté du cœur, détermine nécessairement un mouvement de la masse du cœur lui-même dans le sens opposé, c'est-à-dire un véritable mouvement de recul de son centre de gravité. Si, après chaque pulsation, le cœur conserve à l'intérieur du corps exactement la même position qu'avant, c'est que le déplacement dû à ce recul est bientôt détruit en totalité par la réaction des organes élastiques voisins, auxquels le cœur est attaché ou simplement juxtaposé.

Quant à la part que ce mouvement de recul du cœur a nécessairement dans la production de ses *battements*, nous ne l'apprécions pas. Nous devons nous tenir à cet égard dans une grande réserve, en raison de la complexité du phénomène dont il s'agit.

Nous proposons à l'Académie de remercier M. Hiffelsheim de son intéressante communication, et de l'engager à continuer ses utiles travaux sur l'application des sciences physiques à la physiologie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

SUR LA PUISSANCE QU'A L'ÉLECTRICITÉ DE DIMINUER LES OBSTACLES QUI DANS LA MALADIE DE BRIGHT S'OPPOSENT A LA SÉPARATION DE L'URÉE DU SANG; par M. NAMIAS.

(Commissaires: MM. Velpeau, Andral, Cloquet.)

Je ne crois pas indigne de l'attention de l'Académie un fait que je viens d'observer à ma clinique de Venise sur une jeune fille atteinte d'albuminurie. Cette fille depuis longtemps perd chaque jour par les urines 40 grammes à peu près d'albumine sèche, et des épanchements séreux menacent déjà sa vie. Les reins, comme on peut se l'imaginer, avancent dans les altérations propres à la maladie de Bright, et leur fonction s'entrave de plus en plus. L'urée ne pouvant pas sortir dans les proportions physiologiques s'accumule dans le sang, et il est probable que la pauvre fille arrivera bientôt aux suites malheureuses de l'urémie.

Dans le but de les éloigner j'ai tâché d'aider à la séparation de l'urée au moyen de l'action de l'électricité. Auparavant j'ai eu soin de faire analyser les urines par M. Bizio fils, qui a trouvé l'urée éliminée en vingt-quatre heures réduite à 6gr,56 (2,29 pour 100). C'est le quart de la quantité qui chez une personne de cet âge devrait être séparée chaque jour. A la région des reins j'ai fait appliquer les réophores partant des électrodes d'une pile à la Daniell de douze couples. Le cas indiquait l'opportunité de soumettre la malade aux courants continus. Je tins donc le circuit fermé une demi-heure, répétant le lendemain la même application. La quantité des urines augmenta de suite, et même la proportion de l'urée. Elle monta, d'après une nouvelle analyse de M. Bizio, à 8gr,38 en vingt-quatre heures (2,80 pour 100).

L'effet des courants électriques a été prompt et remarquable, et permettait d'espérer pour la malade, s'il n'y avait l'épanchement thoracique et une lésion organique des reins très-avancée.

Je ne dois pas laisser ignorer que la quantité de l'albumine augmenta de même que l'urée, mais c'était un mal comparativement minime, eu égard au bénéfice de l'élimination plus large de l'urée.

Tel était l'état des choses quand je suis parti de Venise, et je ne puis donner d'autres renseignements sur cette malade. J'espère cependant que l'Académie n'aura pas accueilli sans quelque intérêt une observation qui démontre le pouvoir qu'a le fluide électrique de rétablir la fonction d'organes profondément altérés. On savait que les courants électriques rétablissent la sécrétion du lait, et l'on pouvait bien prévoir que l'électricité aurait de même excité l'action physiologique rénale; mais comme, dans le premier cas, il n'y a point de changement dans la structure des mamelles, l'analogie ne suffisait pas pour faire prévoir que dans une maladie de Bright très-avancée on arriverait par ce moyen à rendre aux urines une certaine quantité de l'urée entravée dans son passage par ce filtre. D'ailleurs, ce fait qui m'a paru important à communiquer pourrait donner l'espoir de rétablir, au moyen de l'électricité, la sécrétion de l'urée, et d'amener une guérison permanente, dans les cas où la maladie serait simple et où la structure des reins ne serait pas fortement compromise.

Qu'il me soit permis en terminant d'insister sur un principe que j'ai touché ailleurs, en exposant deux guérisons parfaites de paralysie de la face que j'ai obtenues par des courants immédiats, intermittents, centrifuges. Je fais usage en pareils cas de petits appareils à couronnes de tasses, très-faciles à manier, que je confie au bas service de mes salles, faisant de cette manière, sans aucune perte de temps, une véritable clinique électrique contre les paralysies. Ces appareils cependant ne suffisent pas en d'autres circonstances, quand on cherche, par exemple, à rétablir une sécrétion. Les appareils à la Bunsen ou à la Daniell, d'une force moins inconstante, ont alors, comme dans le cas actuel, leur juste indication. Les appareils d'induction, qu'on veut à tort appliquer dans tous les cas, ne donneraient pas les courants continus réclamés par cette sorte de maladie. Ce n'est pas assez de bien connaître les appareils, il faut encore approfondir la nature des maladies différentes qu'on veut traiter par l'électricité, et en varier les applications selon les indica-

---

certaines que ce qu'il y a de plus certain et de mieux établi pour l'esprit humain; c'est-à-dire que ce qu'elles prédisent la veille est toujours vérifié par l'événement du lendemain.

Telle est la valeur des méthodes et des procédés employés à la revivification des toxiques. Il nous reste à en apprécier les résultats.

On ne saurait mieux et plus énergiquement caractériser la valeur des résultats fournis par la toxicologie chimique qu'en rappelant qu'ils constituent ce qu'on appelle, dans le langage du prétoire, le *corps du délit lui-même*. Mais, pour mériter cette qualification, il faut que le poison soit retiré en nature, sans mélange d'aucune substance étrangère, matériellement lui, c'est-à-dire reconnaissable à ses caractères directs, objectifs, établis par le témoignage des sens aussi bien qu'induit des suppputations de l'intelligence. Souvent ces deux ordres de constatations sont réunis; mais, quand le second est seul à témoigner, il ne saurait constituer la vraie preuve, mais seulement la présomption ou l'indice. Ce n'est que dans ces derniers temps que cette distinction a été complétement admise et comprise par les toxicologues, si ce n'est par les magistrats eux-mêmes. A l'époque où Orfila donna cette impulsion si brillante à la toxicologie, il ne distingua peut-être pas suffisamment les conclusions inductives des constatations matérielles. Appelé à prouver la présence de l'arsenic chez des sujets réputés empoisonnés par cette substance, il s'est contenté, dans quelques circonstances, dans ses premières expertises surtout, de recueillir, pour affirmer l'existence du poison, des taches noires miroitantes sur des capsules de porcelaine. Que de reproches ne lui a-t-on pas adressés dans cette circonstance! Que d'imputations n'a-t-on pas dirigées contre lui! N'a-t-on pas été jusqu'à l'accuser d'avoir fait condamner des innocents? Et, en effet, ses contradicteurs étaient parvenus à prouver qu'il était possible de produire, en procédant plus rigoureusement encore qu'il ne le faisait, des taches de différentes natures, noires, miroitantes, comme les taches arsenicales, ayant, jusqu'à un certain point, les caractères physiques et chimiques de ces dernières. Ces pseudo-taches pouvaient être prises pour des taches arsenicales.

Quoique Orfila se défendît avec chaleur, adresse et énergie, la critique avait raison en principe. Mais heureusement cette discussion n'a été qu'un avertissement pour l'avenir et non une occasion de blâme et de regret pour le passé. Plus convaincu de l'insuffisance des constatations inductives, c'est-à-dire ne reposant que sur des réactions chimiques, Orfila a poussé jusqu'au bout l'opération de la revivification de l'arsenic. A partir de cette époque, il a été généralement regardé comme indispensable que l'arsenic fût revivifié en nature et représenté sous la forme d'un anneau métallique, c'est-à-dire sous la forme et avec les caractères matériels physiques et chimiques de l'arsenic lui-même. Il en a été de même pour tous les poisons revivifiables; et, à dater de ce jour, la toxicologie a mérité d'entrer dans les conseils de la justice, d'être sa lumière, son instrument, une partie même de son intelligence. Mais ce titre, cette attribution, cette mission, lui imposaient des devoirs qui n'ont jamais été parfaitement définis; nous n'oserions pas dire pratiqués, parce que le sentiment du devoir, d'où naît son parfait accomplissement, n'avait pas été lui-même suffisamment éclairé sur son origine et sa por-

tions, si l'on veut tirer de ce puissant moyen tout le profit qu'il est capable de donner,

Considérations sur un cas de diabète sucré développé spontanément chez un singe; note de M. Bérenger-Féraud, présentée par M. Bernard.

(Commissaires : MM. Péligot, Bernard.)

On a observé bien des maladies de l'espèce humaine chez les animaux de l'échelle zoologique; la peumonie, la tuberculose, la dyssenterie, les affections vermineuses se rencontrent peut-être aussi fréquemment chez les quadrumanes, les carnassiers, les ruminants, etc., que chez l'homme; mais je ne sache pas qu'on ait rencontré jamais le diabète sucré spontané chez les animaux réduits en domesticité. Si l'on a constaté quelquefois une polyurie simple chez le cheval, on n'a jusqu'à présent pas trouvé chez les animaux la glycose urinaire en ces proportions élevées qui constituent la cruelle affection que nous venons de nommer.

Il ne répugne cependant pas d'admettre que le diabète peut se développer spontanément chez quelques animaux; probablement même, si on ne l'a pas encore rencontré, c'est parce qu'il a échappé jusqu'ici aux investigations par l'obscurité de ses symptômes. Ayant eu l'occasion de constater un cas de diabète sucré spontané bien caractérisé chez un Singe femelle, je l'ai étudié avec soin, et j'en apporte aujourd'hui l'histoire complète dont voici le résumé.

Pendant les voyages que j'ai faits à la suite de S. A. I. Mgr. le prince Napoléon, j'ai observé entre autres animaux deux singes du genre Guenon que nous avons rapportés d'Égypte. Connaissant ces faits si communs de la tuberculisation pulmonaire chez les animaux de la zone torride apportés dans nos climats, j'ai voulu voir les résultats que donnerait une modification raisonnée de leur alimentation, et j'ai essayé de faire manger à ces singes des substances animales, par conséquent plus riches en matières alibiles que les fruits qui font leur nourriture habituelle.

Un des deux singes n'a pas voulu accepter ce régime et a succombé bientôt à la tuberculose aiguë. L'autre s'y est parfaitement prêté, au contraire, et a très-bien supporté les premiers froids. Mais si son existence, entretenue ainsi artificiellement, a paru d'abord se prolonger, l'œuvre de destruction a rapidement repris le dessus, et la mort est survenue dans un temps relativement court.

En effet, au milieu des attributs d'une santé florissante, quelques phénomènes insidieux se présentèrent : ce fut d'abord un amaigrissement rapide, malgré la riche nourriture consommée; une soif impérieuse se manifesta; les urines, devenues plus abondantes, commencèrent à laisser par l'évaporation spontanée, sur les poils de la queue comme dans un vase, un résidu blanchâtre, pulvérulent ou poisseux, donnant à la potasse caustique, au sous-nitrate de bismuth et au réactif de Fehling les réactions caractéristiques de la glycose, et donnant au goût l'impression sucrée; puis une amaurose survint, des phénomènes convulsifs, etc., etc. Bref, neuf mois après son arrivée en France, le second singe, que j'avais rendu omnivore, succomba comme le premier resté frugivore, avec cette différence cependant que la maladie présenta d'autres symptômes d'évolution.

Préoccupé depuis quelques années de la genèse et de l'étiologie du diabète sucré, le fait que j'avais sous les yeux devait m'intéresser grandement; aussi l'ai-je suivi avec tout le soin possible, et si malheureusement les exigences d'un service militaire, si les difficultés matérielles de manipulations chimiques faites dans l'espace restreint qui est dévolu à chacun sur les navires de l'État ne m'ont pas permis les expériences les plus variées et les plus complètes, j'ai au moins porté la plus grande attention à la constatation des résultats que j'indique précédemment.

Recherches expérimentales sur l'hétérogénie; par M. Bernard, de l'île Maurice.

Ayant appris que l'Académie des sciences a chargé une commission de répéter les expériences de M. Pasteur et de MM. Pouchet, Musset et Joly, concernant la question des générations dites spontanées, je prends la liberté de soumettre à l'Académie diverses expériences que j'ai faites sur la même question, et dont les résultats m'ont paru militer en faveur de l'hétérogénie.

Pensant que plus les études sont étendues, plus il est difficile de les approfondir, j'ai confiné tous mes travaux à l'examen de la fermentation alcoolique, et laissant encore de côté la question de savoir si les ferments alcooliques appartiennent au règne végétal ou animal, je me suis exclusivement borné à étudier leur formation et leur reproduction.

A Maurice il n'existe point de brasserie, et le défaut de levûre place les distillateurs dans la nécessité d'user de moyens variés pour activer la fermentation de la mélasse. Chacun a sa recette et la préconise. Les substances les plus employées sont le *calou* ou vin de palme, fait avec la sève du cocotier; les feuilles pilées de l'ambrevatte (*Cajanus bicolor*); l'écorce du jalomque (*Syzygium Jambolana*); l'orge, le maïs, l'avoine, pilés et macérés dans l'eau, etc.

L'emploi de ces diverses substances donne lieu à des levûres extrêmement variées et différentes les unes des autres, tant par leur aspect que par leurs produits... La meilleure levûre se présente sous forme de grains irréguliers, bien détachés, fermes au toucher, et présentant un diamètre d'environ 1 millimètre. La manière de l'obtenir est assez curieuse. On mélange du *calou* dans la proportion de 1 à 10 environ avec de la mélasse délayée dans l'eau et présentant une densité de 8 à 10 Baumé. Au bout de deux ou trois jours la fermentation est arrivée à son terme, et a laissé un dépôt de levûre d'un gris sale, formant une pâte assez consistante, mélangée de grains irréguliers. Cette pâte, lavée à grande eau et abandonnée à elle-même *sous l'eau* pendant quinze ou dix-huit jours, acquiert la consistance et l'odeur du fromage frais. Délayée alors dans de l'eau et de la mélasse, elle se délite complétement et paraît se dissoudre en prenant une teinte brun foncé dans le liquide, où elle détermine une vive fermentation. Au bout d'un instant, la nouvelle levûre apparaît sous la forme de grains dont j'ai parlé. Jamais, dans aucun cas, la mélasse abandonnée à la fermentation spontanée ne donne une semblable levûre. Quant au *calou*, sa levûre, lorsqu'il fermente seul, forme un dépôt blanchâtre et floconneux ayant tout l'aspect d'un précipité magnésien. Voilà donc deux liquides végétaux, dont l'union en certaines proportions donne lieu à une levûre tout à fait différente de celles qu'eussent données les deux liquides agissant isolément. De plus, cette levûre placée dans de certaines conditions en engendre une autre différente d'elle-même.

Les phases que parcourt à son tour cette dernière levûre sont ensuite exposées par l'auteur, mais cette partie de son travail, beaucoup trop étendue pour être donnée intégralement, est peu susceptible d'analyse. Pour de semblables questions, en effet, un résumé ne suffit pas : les expériences doivent être exposées dans leurs moindres détails, puisque le silence gardé sur certaines précautions indispensables peut ôter aux résultats annoncés toute la signification que leur attribue l'observateur. Nous nous bornerons donc à reproduire les réflexions par lesquelles M. Bernard termine sa Note et qu'il exprime dans les termes suivants :

Qu'il me soit permis, en terminant, d'indiquer une théorie qui est neuve pour moi, quoiqu'elle ait pu être déjà émise en Europe. Notre

---

tée. Cette origine et cette portée sont tellement claires aujourd'hui, le caractère de certitude et d'élévation de la science prêtant son concours à la justice est si bien défini et si bien apprécié, qu'il n'est plus permis à l'une ni à l'autre de se séparer dans leur coopération à la même œuvre et dans l'accomplissement des mêmes devoirs. C'est ce qu'on n'a peut-être pas suffisamment compris jusqu'ici, et c'est ce qu'il nous reste à démontrer d'une manière plus explicite.

IV.

En fait, la toxicologie médicale et chimique a donc pour mission de mettre sous les yeux de la justice le poison, c'est-à-dire le corps du délit. On sait maintenant à l'aide de quels moyens et avec quelle sûreté de résultats elle remplit cette tâche. L'idéal de sa mission est souvent réalisé dans la pratique : et, si les résultats si variés de l'expérience semblent tenir parfois en échec les promesses de la théorie, les suggestions, même les plus controversables, de la science, n'en restent pas moins empreintes de l'autorité et de la dignité de sa mission. Mais, pour conserver ce caractère, il lui est enjoint de ne pas dévier un seul instant de la voie qui lui est tracée par son but; elle doit rester ce qu'elle est, à savoir une dépendance, un élément de la justice, la justice elle-même, regardant, voyant et jugeant par elle. Cette laconique définition suffirait déjà pour ne laisser à la toxicologie judiciaire aucun doute sur le caractère obligatoire de son intervention. L'incertitude où paraissent être encore à cet égard quelques médecins et même quelques magistrats, les exemples récents qui se sont produits en opposition avec la doctrine que nous prétendons fixer, exigent qu'on s'y arrête quelques instants.

Des jurisconsultes éminents ont cherché, à plusieurs reprises, à déterminer le caractère de la mission du médecin devant les tribunaux. Est-ce un témoin? un expert? une portion du juge? le juge lui-même? — S'arrêtant à l'idée que le médecin appelé par la justice est un expert, le plus grand nombre a cherché à définir le nom et la chose. Ils ont dit que le médecin expert, le toxicologue expert, remplit un double rôle : il expose les faits de sa compétence et il les juge, sans pourtant que cette notion et ce jugement entraînent l'obligation pour le magistrat de voir et de juger par et comme le médecin, celui-ci n'étant lié d'ailleurs que par sa conscience et son honneur. Quelque restriction que l'on apporte à cette appréciation du rôle du médecin-expert, personne jusqu'ici n'avait songé à en faire explicitement un auxiliaire de l'art oratoire, c'est-à-dire un instrument et un moyen de la cause qui l'appelle à son aide. La théorie n'avait pas permis jusqu'ici de supposer le cas possible : la pratique a montré, par quelques exemples récents, — ce que, du reste, elle avait déjà fait antérieurement, — que la science n'est pas éloignée de changer son rôle d'auxiliaire de la justice pour celui d'associé du défenseur du prévenu. Cette métamorphose est-elle possible? Est-elle d'accord avec le caractère et le but de la science? Est-elle compatible avec l'indépendance et la dignité du savant? Nous ne le pensons pas. Mais puisque le fait existe, puisqu'il y a des hommes graves, élevés, consommés dans la pratique de l'expertise, qui prouvent par leur exemple que la science a le droit de se mettre tour à tour au service de la justice et de l'intérêt en cause, il

éloignement ne nous permettant pas de nous tenir parfaitement au courant des travaux de la science, il nous arrive parfois de refaire ici des découvertes déjà faites.

Ne pourrait-on pas admettre que parmi les substances provenant du règne végétal et du règne minéral, il y en a chez lesquelles la vie organique n'existe point? Ces substances, parmi lesquelles je rangerai le sucre, présentent cela de commun avec le règne minéral, qu'elles sont emprisonnées dans une forme cristalline. Si quelques-unes de ces substances sont liquides ou gazeuses, on peut admettre qu'en se solidifiant elles prendraient la forme cristalline, et si elles n'ont point encore été obtenues sous cet état il faut l'attribuer à l'imperfection de nos moyens. Ces substances, de même que les substances minérales, seraient impuissantes à produire des êtres organisés, quoiqu'elles puissent leur servir d'aliments et quoiqu'elles puissent constituer un milieu au sein duquel ces êtres peuvent se développer et se reproduire lorsqu'on les y sème. On peut dire de ces substances qu'elles n'ont jamais vécu et qu'elles sont tout simplement un produit minéral élaboré par des agents organiques.

D'autres substances, qui prendraient pour type les matières dites albuminoïdes, et qui sont complétement amorphes, ou plutôt qui sont susceptibles d'affecter toutes les formes non cristallines, portent en elles le principe de la vie organique. Quoique privées de vie apparente, ne pourrait-on pas supposer que leurs molécules en renferment le germe à l'état latent? Ces molécules posséderaient la propriété, sous l'empire de lois encore inconnues, de se grouper de manière à produire des organismes divers, chez lesquels la vie deviendrait apparente; et ce que nous appelons la mort ne serait autre chose que la dissolution de cette association, après laquelle les molécules vivantes pourraient en former de nouvelles, tant qu'elles ne sont pas retournées à l'état minéral par la séparation de leurs éléments constitutifs, qui serait dans cette hypothèse la mort définitive.

D'après cette théorie, la vie ne pourrait, en aucun cas, éclore au sein de la matière inerte, et ce que l'on désigne sous le nom de *génération spontanée* ou *hétérogénie* ne serait autre chose que divers groupements dont seraient susceptibles des molécules vivantes. (Renvoi à la commission nommée, sur la demande de M. Pasteur, dans la séance du 4 janvier, commission qui se compose de MM. Flourens, Dumas, Brongniart, Milne Edwards et Balard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 MAI 1864. — PRÉSIDENCE DE M. MALGAIGNE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Munaret, sur le service médical des eaux minérales de Nérac (Ardèche) pour l'année 1863;

2° Un exemplaire d'une circulaire adressée aux préfets dans le but de rappeler les délais dans lesquels les rapports relatifs aux services de la vaccine, des eaux minérales et des épidémies, doivent parvenir chaque année au ministère.

La correspondance non officielle comprend :

Une note de M. Vieillard, vétérinaire à Billom, sur la possibilité de la transmission de l'oïdium à l'homme.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture de deux lettres de remerciments de M. Chanveau (de Lyon), récemment élu correspondant, et de M. Girardin (de Lille), élu membre associé national dans la dernière séance.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire d'un de ses correspondants, M. le docteur Le Bidois (de Caen).

— M. LE PRÉSIDENT informe ensuite l'Académie qu'elle se formera en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre un rapport sur les candidats à une place vacante d'associé national.

— M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Edmond Langlebert, un ouvrage intitulé : *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes.* Cet ouvrage, dit M. Depaul, est la réunion d'une série de leçons que M. Langlebert a faites depuis deux ans sur les maladies vénériennes. C'est un traité complet sur la matière; l'auteur y a traité en particulier des questions qui ont beaucoup occupé les médecins dans ces derniers temps, telles que celles des accidents secondaires et de la dualité du virus syphilitique. Il combat cette dernière doctrine avec un cortége de preuves contre lesquelles il y a peu de chose à répondre.

— M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Boudin, deux brochures : l'une, sur la taille et le poids de l'homme chez les différents peuples; la seconde, sur le croisement des races, en réponse à un travail de M. Dally sur le même sujet.

RAPPORT.

M. BRIQUET donne lecture d'un rapport officiel demandé par le cabinet de l'Empereur sur un mémoire « sur le choléra-morbus épidémique de l'Inde, indiquant sa cause, sa nature et son origine, et contenant les méthodes prophylactique et curative de cette maladie, » par M. le docteur Jos. Mailloux (de l'île Maurice).

Une discussion s'élève au sujet des conclusions de ce rapport entre MM. Mélier, Gibert, Gavarret, Dubois (d'Amiens) et le rapporteur. Sur la proposition de M. Gavarret, fondée sur ce que les membres de la commission ne paraissent pas d'accord avec le rapporteur sur le sens des conclusions, le rapport est renvoyé à la commission.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les théories des bruits du cœur.

La parole est à M. Parchappe.

L'heure étant trop avancée pour que M. Parchappe puisse terminer son argumentation, la parole lui sera maintenue pour terminer dans la prochaine séance. (Nous publierons son discours en entier dans notre prochain numéro.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR.

M. GAVARRET : Messieurs, s'il m'était permis de recourir à un langage fort usité dans une autre enceinte, je dirais volontiers que, dans les deux dernières séances, mes deux honorables collègues, MM. Bouillaud et Béclard, ont épuisé la discussion générale. Je n'ai pas à revenir avec détail sur les importantes questions qu'ils ont traitées d'une manière si magistrale; le rôle que les circonstances m'assignent dans ces débats est beaucoup plus modeste. Il y a un an passé, dans la séance du 21 avril 1863, au nom d'une commission par vous chargée d'examiner un travail de MM. Chauveau et Marey sur la circulation intracardiaque, j'eus l'honneur de soumettre à votre approbation un rapport dans lequel nous proclamions hautement la parfaite exactitude des résultats obtenus par ces deux habiles

n'y aurait donc pas incompatibilité absolue entre les deux rôles; c'est ce qu'il n'est pas inutile d'examiner.

Le savant devant la justice, c'est plus qu'un homme doué de connaissances spéciales, voyant des choses que d'autres ne voient pas, lisant dans un livre où d'autres ne savent pas lire. C'est tout à la fois un interprète de la science et un organe de la vérité. A ce double titre, le savant n'a pas le droit de s'inspirer d'un intérêt autre que celui de la vérité, et de la vérité considérée en elle-même et pour elle-même. Il faut que ses déclarations, comme ses réactifs, soient réputées pures de tout mélange. Ce n'est qu'à cette condition qu'elles sont reçues comme des oracles. Pourrait-il en agir autrement? Pourrait-il accepter d'être le traducteur et le soutien intéressé d'un client qui l'appellerait en aide? Il le pourrait sans doute, mais à la condition de se mettre en contradiction avec son rôle et de compromettre son autorité. Son rôle c'est, au sortir du temple où la science lui a révélé ses secrets, de venir les proclamer devant la justice et les hommes. Ceux-ci, pas plus que celle-là, ne sont en état ni en droit de contester la sincérité ni même l'exactitude de ces déclarations. Il parle une langue et il voit des choses que lui seul comprend et voit : et quand la confiance de la loi et la raison publique abdiquent un instant en sa faveur, c'est à la condition que rien dans sa conscience ne puisse troubler ou fausser l'exercice de ce privilége. Voilà son rôle. De par sa science et sa profession, il n'a donc pas le droit d'abdiquer, et d'adultérer son caractère; et s'il transige avec ce devoir, il devient l'instrument suspect d'un art dont la mission n'est pas toujours de faire triompher la vérité, mais d'en donner parfois le masque à qui n'en a pas le mérite. Loin de nous, en prononçant la déchéance de la science qui quitte le trépied de la justice, de vouloir rabaisser l'art qui essaie de l'associer à son entreprise. Cet art, qui se glorifie parfois de soustraire le coupable au châtiment de la justice, est le même, nous nous plaisons à le proclamer, qui a quelquefois le bonheur d'arracher l'innocent à ses rigueurs. Mais cet art est toujours un art, c'est-à-dire un ensemble de moyens propres à surprendre en le fascinant, le sentiment du juge : la science doit tenir à bonneur seulement de l'éclairer. Certes, en acceptant le rôle de défenseur, le savant a pu s'honorer quelquefois d'avoir sauvé des innocents. Orfila n'a-t-il pas eu le bonheur d'arracher à l'échafaud cinq innocents, condamnés à mort comme ayant étranglé un soldat qui s'était noyé? Mais à côté de ce triomphe légitime ne pourrait-il pas s'en rencontrer d'un mérite moins pur et moins incontestable? Ne pourrait-il pas arriver, par exemple, qu'on fît servir le prestige d'un nom respecté, et l'éclat d'un talent jusqu'alors associé aux efforts de la justice, à obscurcir les révélations de talents moins brillants, mais moins suspects de partialité? Or, quel qu'il pût être, le succès d'une pareille entreprise ne serait obtenu qu'au prix d'un amoindrissement de la science et du savant lui-même. Au plus fort des acclamations d'une foule fascinée, une voix pourrait se faire entendre et répéter avec le philosophe d'Utique :

Puisse la science ne jamais oublier qu'elle ne doit triompher qu'avec la justice, et n'être applaudie que par Caton!

Victrix causa diis placuit, sed victa Catoni.

JULES GUÉRIN.

physiologistes. Les conclusions de ce rapport furent adoptées à l'unanimité et sans discussion. J'ai pensé que je devais à l'Académie, que je me devais à moi-même de venir défendre le travail de MM. Chauveau et Marey et les conclusions de notre rapport contre les attaques dont ils ont été l'objet de la part de notre honorable collègue M. Beau. Et d'abord, pour que la discussion ne s'égare pas, permettez-moi de préciser nettement la question en litige. Entre M. Beau et nous, le désaccord porte sur trois points principaux :

1° Après Harvey et Haller, comme la presque universalité des anatomistes et des physiologistes de nos jours, MM. Chauveau et Marey disent : Le choc du cœur contre les parois thoraciques est un phénomène systolique ; il est dû à la systole des ventricules.—M. Beau dit de son côté : Le choc du cœur est un phénomène diastolique ; il est dû à la diastole des ventricules.

2° MM. Chauveau et Marey disent : Immédiatement après la systole ventriculaire, les parois des ventricules entrent en relâchement, et le sang, qui déjà remplit les oreillettes, coule de lui-même, et par son propre poids, dans la cavité ventriculaire : ainsi commence la diastole ventriculaire *simplement complétée* plus tard par la systole des oreillettes.—Pour M. Beau, la diastole des ventricules se fait *tout entière* pendant et par la systole des oreillettes ; tant que les oreillettes ne se contractent pas, il ne passe pas une goutte de sang de la cavité auriculaire dans la cavité ventriculaire correspondante.

3° MM. Chauveau et Marey disent enfin : Du moment où la systole auriculaire est terminée, les parois des oreillettes relâchées cèdent à la pression du sang des veines, et la diastole auriculaire commence pendant la systole ventriculaire.—Pour M. Beau, la diastole des oreillettes ne commence qu'*après la systole ventriculaire.* Ainsi il dit (*Traité d'auscultation*, p. 224) : « Cela fait que, dans le premier moment « où le ventricule est complétement vide, l'oreillette commence à se dilater de « nouveau. »

Messieurs, pour bien comprendre la théorie de la circulation intracardiaque de M. Beau, il me paraît nécessaire de la rapprocher d'une autre théorie de notre honorable collègue sur la physiologie du cœur. Ces deux théories sont inséparables, solidaires l'une de l'autre ; l'une est la conséquence forcée de l'autre.

Peu satisfait de la doctrine généralement adoptée des claquements valvulaires, M. Beau après et comme tant d'autres, a voulu avoir sa théorie des bruits du cœur. Pour lui, le premier bruit, bruit inférieur, est le résultat du choc de l'ondée sanguine lancée par les oreillettes entre les parois relâchées des ventricules. Le deuxième bruit, bruit supérieur, est produit par le choc de l'ondée sanguine lancée par les veines contre les parois relâchées des oreillettes.

M. Beau a parfaitement compris que, pour que le passage du sang des veines dans les oreillettes et des oreillettes dans les ventricules s'accompagne d'un choc capable de produire des bruits aussi considérables, aussi éclatants que les deux bruits du cœur, l'ampliation diastolique des cavités auriculaires et ventriculaires ne doit pas commencer par un afflux lent et graduel du liquide sanguin. Aussi a-t-il dû admettre que le passage de l'ondée sanguine des veines dans les oreillettes et des oreillettes dans les ventricules se fait par irruptions soudaines et violentes. C'est ainsi qu'il s'est trouvé entraîné à professer, en matière de circulation intracardiaque, les propositions les plus inattendues. Permettez-moi de vous lire ici une page dans laquelle les opinions de notre honorable collègue se trouvent très-nettement exposées :

« Supposons l'oreillette contractée. La tête de la colonne veineuse, soumise à une « impulsion continue, se trouve arrêtée aux embouchures des veines, qui sont res- « serrées par les contractions de l'oreillette ; elle fait effort de toutes parts et se « précipite dans sa cavité aussitôt que le resserrement contractile est terminé. Le « sang va choquer la *paroi antérieure* de l'oreillette et lui fait exécuter un mouvement « antérieur énergique. Il continue ensuite de couler dans sa cavité jusqu'à ce que « sa réplétion soit complète. Alors l'oreillette opère sa contraction, qui commence « par le resserrement des embouchures veineuses. *Cette contraction des embouchures « fait cesser à l'instant la communication qui existait entre le sang arrivé dans l'oreillette « et le reste de la colonne, et forme de cette manière l'ondée sanguine.* Celle-ci, lancée « avec force de haut en bas et d'arrière en avant, *soulève les valvules auriculo- « ventriculaires*, débouche en masse par l'ouverture ventriculaire dans le ventricule « qu'elle distend, et dont le sommet éprouve alors un mouvement en bas et en « avant. » (*Traité d'auscultation*, p. 225.)

Ainsi, messieurs, le fait n'est pas douteux ; pour M. Beau, la systole auriculaire *ferme exactement* les orifices de toutes les veines qui débouchent dans les oreillettes, et cette occlusion complète persiste jusqu'à ce que les ventricules aient opéré leur systole. En présence d'une affirmation aussi nette, aussi catégorique, on se demande avec quelque étonnement quels sont donc les moyens d'occlusion ? La veine coronaire est pourvue d'une valvule semi-lunaire, très-mince (*valvula thabesiana*), assez développée pour recouvrir la lumière du vaisseau ; de ce côté nous n'avons rien à dire. La veine cave inférieure nous présente à son orifice un repli membraneux connu sous le nom de valvule d'*Eustachi* ; mais cette valvule semi-lunaire est très-peu développée et ne peut recouvrir que très-incomplétement la lumière du vaisseau. Quant à la veine cave supérieure et aux quatre veines pulmonaires, jamais personne n'a rencontré à leur orifice la moindre trace de valvule ; aussi tous les anatomistes et tous les physiologistes sont-ils d'accord pour reconnaître que la *communication* n'est *jamais interrompue* entre les oreillettes et le système veineux, et que, par suite, une partie de l'ondée sanguine *reflue toujours, et forcément*, des oreillettes dans les veines pendant la systole auriculaire.

Privé du secours de valvules même rudimentaires, M. Beau est donc obligé de recourir à la dure nécessité de munir les orifices des veines de sphincters assez puissants pour opérer cette occlusion complète qui lui est nécessaire, et pour maintenir cette occlusion malgré la pression du sang, jusqu'à ce que les ventricules aient opéré leur systole. On trouve bien dans les traités d'anatomie, et surtout dans les publications des micrographes, la description de quelques fibres musculaires placées aux orifices des veines et capables de diminuer le calibre de ces vaisseaux. Mais il y a loin de là à des sphincters capables d'opérer et de maintenir une *occlusion complète*. Il y a lieu de s'étonner que M. Beau ne donne aucune preuve de l'existence de ces très-puissants sphincters, la découverte en valait bien la peine ; nous serions tenté de croire que notre honorable collègue ne les a admis si facilement que parce que sa théorie de la circulation intracardiaque ne pouvait s'en passer. Je parle devant une assemblée d'anatomistes et de physiologistes ; il suffit que de semblables hypothèses soient signalées pour que chacun en apprécie la portée et la valeur.

Il est un autre point du passage cité sur lequel vous nous permettrez d'arrêter un instant votre attention. D'après M. Beau, c'est seulement au moment où les oreillettes se contractent, que les valvules auriculo-ventriculaires sont soulevées. Jusque-là ces valvules restent appliquées contre les orifices auriculo-ventriculaires, qu'elles ferment hermétiquement, et pas une goutte de sang ne passe des oreillettes distendues dans les ventricules vides. Déjà M. Béclard, dans la dernière séance, vous a parlé de cette belle expérience de M. Chauveau, qui permet d'introduire le doigt dans l'oreillette et de suivre les mouvements de la valvule auriculo-ventriculaire pendant les diverses phases d'une révolution cardiaque. Il vous a dit que, si l'on sent nettement cette valvule repoussée du côté de l'oreillette pendant toute la durée de la systole ventriculaire, on sent aussi que cette valvule se détache de l'orifice et est repoussée vers la cavité ventriculaire au moment où les parois du ventricule se relâchent. M. Beau nie ce dernier refoulement de la valvule. Je me contenterai d'ajouter qu'à Alfort et à l'École pratique, à l'exception de la personne intéressée, tout le monde a été d'accord pour reconnaître l'exactitude du fait annoncé par M. Chauveau.

Mais, pour que les valvules résistent ainsi à la poussée du sang qui leur arrive du côté des oreillettes, il faut qu'elles soient maintenues en place par une résistance qui ne peut venir que du côté du ventricule. Cette résistance ne doit pas être cherchée dans le sang lui-même ; car M. Beau admet que, par le fait de leur systole, les ventricules se sont déjà complétement vidés. Ce sont donc les parois ventriculaires qui résistent ; car personne, sans doute, ne pensera à invoquer la rigidité des valvules elles-mêmes. Or M. Beau a pris soin de nous apprendre l'état des parois ventriculaires pendant la diastole auriculaire. Nous lisons, en effet, dans une leçon publiée en 1861 : p. 10, 2e temps, diastole auriculaire, ventricule *vide mais relâché* ; p. 11, diastole auriculaire, ventricule *vide mais relâché*, et p. 22, à propos des mouvements du cœur du cheval, diastole auriculaire, *vacuité, immobilité, mollesse* du ventricule. Tout le monde sait ici quel est le degré de résistance d'un muscle *relâché* et *à l'état de mollesse*. Voyons maintenant quelle est la poussée que les valvules auriculo-ventriculaires éprouvent du côté des oreillettes. Il résulte de mesures prises par M. Périer, aide d'anatomie de notre Faculté, que l'orifice de la veine cave supérieure représente une surface de 2 centimètres carrés ; d'autre part, la veine cave communique directement et librement avec les sinus de la dure-mère par les jugulaires internes. Si nous tenons compte de la hauteur de cette colonne sanguine, et si nous admettons avec M. Beau que le passage de l'ondée se fait brusquement et en masse, le choc de la veine liquide contre la paroi qu'elle rencontre équivaut à une pression de 200 grammes. Or M. Beau nous le dit lui-même, « c'est la paroi *antérieure* de l'oreillette qui est ainsi choquée. » J'ouvre le *Traité d'anatomie* de M. Sappey et j'y trouve cette phrase : « la paroi antérieure de l'oreillette est remarquable par la présence de l'orifice auriculo-ventriculaire. » C'est donc la valvule auriculo-ventriculaire, simplement retenue en place par un muscle à l'*état de mollesse*, qui supporte, sans se déplacer, cette pression subite de l'ondée sanguine. Et plus tard, lorsque l'oreillette étant distendue, chacun des points de sa paroi supporte la pression statique de la colonne veineuse, la résistance de la valvule au déplacement va nous paraître bien plus extraordinaire encore. M. Bouillaud nous dit, dans son *Traité des maladies du cœur*, que l'orifice auriculo-ventriculaire droit a 3 pouces et 10 lignes de circonférence ; cela équivaut à une surface de 8 centimètres carrés et demi. Dès lors la valvule qui ferme cet orifice supporte une pression totale de 425 grammes : elle n'est retenue en place que par un muscle *relâché*, et pourtant elle ne cède pas ! Les principes de la statistique ne permettent pas d'admettre que la valvule puisse rester en équilibre entre deux forces de sens opposés et d'intensités aussi disproportionnées.

Il semble d'ailleurs que M. Beau lui-même ait compris ce qu'il y avait d'extraordinaire dans cette résistance opposée par la valvule à la poussée du sang de l'oreillette : dans sa leçon de 1861, il a assuré d'une autre manière cette occlusion complète de l'orifice auriculo-ventriculaire si nécessaire à sa théorie. Nous lisons en effet (p. 29) : « Le sang qui vient dilater et remplir l'oreillette au second temps est empêché de tomber dans le ventricule parce que, à l'état normal, l'orifice auriculo-ventriculaire est fermé par la *simple tonicité* des faisceaux musculaires qui entourent cet orifice. » Voilà donc deux nouveaux sphincters dont M. Beau a enrichi l'anatomie du cœur pour les besoins de sa théorie !

Messieurs, à l'époque déjà éloignée où j'étudiais la clinique à la Charité, toutes les fois que, élèves inexpérimentés, nous éprouvions quelque embarras pour distinguer le premier du second bruit du cœur, notre maître nous disait : « Placez un doigt sur la carotide, et prenez pour premier bruit celui qui coïncide avec le pouls carotidien. » Je pense que les choses se passent encore de la même manière, et que M. Beau lui-même donne quelquefois ce conseil à ses élèves. En tout cas, il ne pourrait pas leur indiquer de règle plus sûre et plus facile à suivre. Mais le pouls carotidien est évidemment un phénomène de systole ventriculaire. Il y a dès lors au moins forte présomption pour que le premier bruit soit lui-même un phénomène systolique.

M. Beau a certainement compris cette difficulté lorsque, s'élevant contre la théorie des claquements valvulaires, il a voulu faire considérer ce premier bruit comme un résultat de la diastole ventriculaire. Notre honorable collègue a une manière toute particulière de répondre à cette pressante objection. Dans le premier temps du cœur, il a compris trois phénomènes intérieurs : la systole auriculaire, la diastole ventriculaire et la systole ventriculaire ; et, par suite, trois phénomènes extérieurs correspondants : le choc, le premier bruit et le pouls. Or ces six phénomènes, il les a concentrés dans un espace de temps invisible. Voici, en effet, ce que nous lisons (*Traité d'auscultation*, p. 224) : « Ces différents mouvements par lesquels l'ondée sanguine passe de l'oreillette dans l'artère se succèdent fort rapidement, comme *convulsivement*, de telle sorte que leur ensemble paraît former un *mouvement unique*, et que la contraction de l'oreillette, qui est le premier de tous, est *presque isochrone* avec le pouls artériel, qui en est le dernier. » Ne semble-t-il pas, en réalité, que ce mouvement convulsif du cœur, qui pourtant comprend tant de choses, est la dernière ressource d'un esprit poussé dans ses derniers retranchements, et n'a été inventé que pour couper court à toute espèce

de discussion ! Mais, à notre tour, ne sommes-nous pas autorisé à demander à M. Beau de quel droit, dans cette convulsion tellement rapide que le premier et le dernier phénomènes sont synchrones, il affirme que le premier bruit du cœur se produit pendant la diastole, et non pendant la systole ventriculaire?

Un mot encore, messieurs, sur ce sujet. Il faut que vous compreniez jusqu'où M. Beau a pu glisser sur cette pente rapide des hypothèses. Ouvrez son *Traité d'auscultation*, p. 225, et vous y trouverez la phrase suivante, tellement inattendue qu'au moment où je parle, il faut que j'aie le texte lui-même sous les yeux pour pouvoir croire à la réalité de semblables illusions : « On peut dès lors considérer l'oreillette comme l'*agent central* de la circulation, le *cœur proprement dit*, tandis que le ventricule ne serait que le commencement du tube artériel... » Voilà donc le centre circulatoire déplacé, les ventricules déshérités au profit des oreillettes ! Comme l'a très-bien dit M. Bouillaud, puisque ces oreillettes ont des parois musculaires, elles sont contractiles, et puisqu'elles sont contractiles elles se contractent à un moment donné ; le fait est incontestable. Mais ces contractions des oreillettes, quand on les recherche chez les grands animaux et dans le corps de l'organe lui-même, elles sont obscures et très-difficiles à discerner. C'est seulement dans l'appendice auriculaire que l'œil peut facilement et nettement constater la contraction systolique. Le doigt appliqué sur le corps de l'oreillette sent ses parois durcir au moment où l'œil perçoit le mouvement de contraction de l'auricule ; et c'est ainsi seulement qu'on arrive à la démonstration absolue de la réalité de la contraction de la masse auriculaire. Si M. Beau avait pris la peine de lire avec quelque attention l'ouvrage récemment publié par M. Marey et que du haut de cette tribune il nous montrait avec quelque dédain, il y aurait trouvé un chapitre consacré à la mesure de la puissance contractile de l'oreillette droite et des deux ventricules ; il aurait vu alors que, par des expériences rigoureuses, M. Marey a démontré que le maximum de pression exercé par l'oreillette droite contractée ne dépasse pas 3 grammes 4 dixièmes, tandis que la pression correspondant à la contraction des ventricules s'élève à 34 grammes pour le ventricule droit et 174 grammes pour le ventricule gauche. La puissance contractile du ventricule droit est donc dix fois et celle du ventricule gauche cinquante et une fois plus considérable que celle de l'oreillette droite. Comme moi, messieurs, vous serez sans doute frappés des rapports remarquables qui existent entre la force de contraction de ces diverses portions du cœur et les fonctions qu'elles sont appelées à remplir pour assurer la circulation du sang.

En présence des contractions si obscures, si difficiles à constater du corps de l'oreillette et de ces derniers résultats empruntés au travail de M. Marey, on se demande à travers quel prisme fascinateur M. Beau a étudié les phénomènes de l'économie, pour persister encore à considérer l'oreillette comme l'*agent central de la circulation, le cœur proprement dit*.

Telles sont, messieurs, les nombreuses hypothèses sur lesquelles repose la double théorie de M. Beau, de la circulation intracardiaque et des bruits du cœur. Toutes lui sont également nécessaires. Il n'est pas possible d'en supprimer une seule sans que l'édifice ne s'écroule tout entier. Je laisse à l'Académie le soin de se prononcer sur la valeur de semblables doctrines.

Cependant, messieurs, en raison sans doute de son apparente simplicité, la théorie des bruits du cœur de M. Beau avait entraîné quelques esprits distingués dont la conviction, d'ailleurs, avait été fortement ébranlée par les belles expériences de M. Chauveau, que M. Béclard vous a si brillamment exposées dans la dernière séance. Je ne reviendrai pas sur ce sujet ; il serait difficile de rien ajouter à ce qu'en a dit notre honorable collègue et d'en parler en aussi bons termes. Je me contenterai de dire ici que, malgré ces nouvelles épreuves si convaincantes et si décisives pour tout esprit désintéressé, M. Beau persistait à défendre vaillamment sa doctrine, et la discussion continuait. C'est au milieu de ces circonstances que se produisit dans la science un travail dans lequel toutes ces questions de la circulation intracardiaque étaient considérées à un point de vue tout nouveau : le travail cardiographique de MM. Chauveau et Marey.

Messieurs, je respecte les moments de l'Académie ; je ne veux pas revenir sur la description du cardiographe ; cet instrument, connu aujourd'hui de tout le monde, a été décrit avec détails dans notre rapport de 1863. Je me contenterai de rappeler à l'Académie que, dans les expériences de cette nature, l'observateur n'intervient que pour mettre l'appareil en place ; c'est au cœur qu'est confié le soin de tracer lui-même en caractères indélébiles le tableau des diverses phases d'une révolution complète. De cette manière, l'œil peut suivre jusque dans leurs plus petits détails les mouvements des diverses parties du cœur, et la discussion simplifiée, facilitée, repose sur des bases certaines.

C'est au mois d'octobre 1861, que MM. Chauveau et Marey firent leur première publication. Engagés dans la voie difficile, pénible, mais sûre, de la méthode expérimentale, ces deux habiles physiologistes durent subir le sort commun ; ils ne donnèrent pas du premier coup à leur méthode d'observation toute la rigueur, toute l'exactitude, toute la sensibilité dont elle était susceptible. Personne ne s'étonnera ici quand je dirai que leur premier tracé cardiographique, leur tracé du 7 octobre 1861, n'était qu'une ébauche, mais une *ébauche bien faite*, qui, à ce titre, enregistrait d'une manière nette et précise, et dans leurs véritables rapports de succession, les principaux phénomènes de la révolution cardiaque. A ce premier tracé, beaucoup de choses manquaient ; on n'y trouvait aucune trace de phénomènes de moindre importance, et nécessaires pour compléter le tableau d'une révolution cardiaque.

En étudiant ce premier tracé, M. Beau saisit avec beaucoup de sagacité et signala une lacune dans la courbe de la révolution ventriculaire. On ne trouvait pas, en effet, sur cette courbe l'indication de l'augmentation de pression, qui doit nécessairement correspondre à la systole auriculaire. MM. Chauveau et Marey s'empressèrent de reconnaître la légitimité de cette réclamation ; ils étudièrent avec soin la marche de leur instrument, et n'eurent pas de peine à constater que cette lacune tenait à ce que l'ampoule exploratrice du ventricule était trop paresseuse, n'était pas assez sensible pour traduire une augmentation de pression de l'ordre de celle que la systole auriculaire peut produire dans la cavité ventriculaire. Ils modifièrent en conséquence leur appareil, et, dès le 6 janvier 1862, ils produisaient un second tracé, dans lequel est nettement comblée la lacune signalée par M. Beau. Il semble que notre honorable collègue eût dû être touché de l'empressement de MM. Chauveau et Marey à faire droit à ses justes réclamations. Tels ne sont pas, il paraît, les sentiments de M. Beau ; il repousse ce second tracé ; il ne veut pas en tenir compte, parce que ce second tracé diffère du premier.

Ce second tracé était déjà un progrès. MM. Chauveau et Marey ne se sont pas arrêtés dans la voie de perfectionnement ; après bien des tâtonnements et des essais, ils sont parvenus enfin à construire un cardiographe dont tous les organes sont bien coordonnés, jouissent d'une sensibilité en harmonie avec l'intensité des phénomènes dont ils doivent tracer le tableau. C'est ainsi qu'ils ont obtenu le troisième tracé communiqué à l'Académie de médecine, en avril 1863.

La marche suivie par MM. Chauveau et Marey est bien connue de tous ceux qui ont réfléchi sur les conditions du progrès dans la méthode expérimentale. Nous devons les remercier de ne s'être pas arrêtés en route, et d'avoir, par des efforts successifs, porté leur cardiographe au degré de perfection que votre commission a été appelée à constater, et à vous signaler officiellement.

Quant à M. Beau, il se refuse absolument à reconnaître un progrès dans ces modifications successives de l'appareil cardiographique ; il repousse obstinément le troisième et le deuxième tracé ; il veut absolument enfermer ses contradicteurs dans leur premier tracé. — Messieurs, depuis Lavoisier jusqu'à notre éminent collègue M. Dumas, l'acide carbonique a été bien souvent analysé, et les résultats de l'analyse, en se modifiant, se sont successivement rapprochés de la vérité. Que penserait-on d'un chimiste qui viendrait dire aujourd'hui : Je ne veux admettre que l'analyse primitive, celle de Lavoisier ; je considère les autres comme non avenues? C'est là pourtant ce que fait M. Beau par rapport aux tracés successifs de ses contradicteurs. — Le grossissement des premières lunettes introduites en astronomie par Galilée était seulement de 32 diamètres ; ce grossissement s'est successivement élevé à 600, et maintenant nos astronomes disposent d'appareils au grossissement de 3,000. Avec ces divers grossissements, on a fait bien des cartes de la lune. On retrouve nécessairement dans les dernières cartes tous les détails indiqués par les premières, mais on trouve forcément dans ces dernières cartes des détails qui ont échappé au faible grossissement des instruments employés pour dresser les premières. Que penserait-on d'un astronome qui ne voudrait admettre pour vraies et acceptables que les cartes incomplètes fournies par les lunettes à faible grossissement? — Toutes les indications du premier tracé de MM. Chauveau et Marey sont reproduites dans les derniers, mais ces derniers tracés contiennent beaucoup de détails qui ne sont pas dans le premier, et cela parce que les derniers appareils sont plus sensibles, mieux coordonnés que le premier. En repoussant les derniers tracés, c'est donc le progrès que repousse notre honorable collègue.

« Je suis et je serai toujours pour le premier tracé, dit M. Beau, parce qu'il n'y « a rien à en retrancher, rien à y ajouter. » Rien à en retrancher, nous sommes d'accord ; mais rien à ajouter ! Notre honorable collègue y a-t-il bien réfléchi, quand il a formulé une proposition si absolue? Rien à y ajouter ! Mais cela équivaut à dire qu'en octobre 1861 la méthode cardiographique avait atteint le plus haut degré de perfection possible. Voilà donc M. Beau qui ose dire à la méthode expérimentale : Tu arriveras jusque-là, mais tu n'iras pas plus loin dans la voie du progrès. Et quel temps choisit-il pour assigner ainsi la barrière que les efforts des expérimentateurs ne parviendront pas à franchir !

En présence des vérités qu'ils ont répandues à pleines mains dans le monde, les chimistes ont le droit d'être fiers de leur œuvre ; on leur aurait pardonné si, dans un juste mouvement d'orgueil, ils avaient dit : Nos procédés analytiques ont atteint la perfection, il n'y a rien à ajouter à l'exactitude de nos résultats. Si quelques-uns d'entre eux se sont endormis dans cette douce quiétude, leur sommeil a dû être profondément troublé, lorsque Kirchhoff et Bunsen sont venus leur dire : Voici une nouvelle méthode d'observation, l'observation spectrale, qui prouve que la croûte de notre globe contient des métaux dont vous ne soupçonnez seulement pas l'existence ; et cette observation spectrale, élargissant le champ de nos spéculations, nous fournit le moyen de déterminer avec certitude quels sont ceux des métaux de notre terre qui doivent prendre rang parmi les éléments constituants de l'atmosphère solaire. Les chimistes ont-ils repoussé ce nouvel instrument de recherches, qui faisait son apparition dans la science d'une manière si inattendue? Non ; ils se sont mis courageusement à l'œuvre, ils ont perfectionné leurs procédés d'analyse ; leurs efforts ont été couronnés d'un plein succès ; ils sont parvenus à isoler, à saisir ces métaux qui, la veille encore, échappaient à leurs efforts les mieux combinés ; ils en ont étudié les propriétés, ils leur ont assigné leur place dans la série des métaux.

Dans notre jeunesse, nous avons tous été élevés dans le respect des lois de Mariotte et de Gay-Lussac. Les méthodes expérimentales se sont perfectionnées depuis ; les coefficients ont été déterminés avec plus de rigueur, et des physiciens de premier mérite sont venus nous dire : Ces lois de Mariotte et de Gay-Lussac ne sont que la traduction des résultats d'observations vraies, dans les limites d'exactitude des anciens appareils, mais incomplètes ; ces lois doivent disparaître de la science. Nous avons entendu alors des esprits timorés s'écrier « qu'avec ces prétendus perfectionnements, on marchait droit à la négation des véritables rapports des faits particuliers, à la destruction de toutes les lois générales, à la destruction de la science elle-même, car il n'y a pas de science sans lois générales. » Eh bien ! du milieu de ces ruines justement accumulées, — car renverser une erreur accréditée, c'est encore travailler pour le progrès, c'est rendre un service presque équivalent à la découverte d'une vérité, — du milieu de ces ruines, dis-je, est sortie tout à coup la plus grande idée scientifique des temps modernes : c'est, parce que le terrain était déblayé, que les physiciens ont pu établir l'invariabilité de la somme du principe dynamique répandu dans l'univers, s'élever à la constitution de cette grande doctrine de la corrélation des forces, de la transformation des forces les unes dans les autres par voie d'équivalence, de cette doctrine née d'hier, qui déjà règne en autocrate dans les sciences physico-chimiques, et qui, grâce aux efforts de MM. Hirn et Béclard, a déjà conquis dans la biologie une place qui s'élargit tous les jours et que rien ne peut plus lui faire perdre.

Voilà par quelle voie et à quelles conditions s'opère le progrès dans les sciences, et non en repoussant systématiquement les perfectionnements que les observateurs font subir à leurs méthodes, et en faisant de vains efforts pour les enfermer irrévocablement dans les premiers résultats de leurs premières tentatives.

Quelles sont donc les raisons de cette prédilection si prononcée de M. Beau pour le premier tracé? Il en est une, et c'est sans doute la principale, que je me contenterai de mentionner pour le moment, me réservant d'en examiner plus tard la valeur. M. Beau est parvenu à trouver une interprétation de ce tracé, qu'il se croit autorisé à considérer comme la démonstration absolue, irréfutable de ses doctrines physiologiques. — Quand au second tracé (et je pense que le même reproche est aussi adressé au troisième), il le repousse, « parce qu'il est très-difficile à suivre et fatigant à regarder, tellement les lignes en sont troublées et tourmentées. » Je comprends très-bien que ce tracé soit *fatigant* pour les personnes dont il contrarie les théories et pour M. Beau en particulier; quant à nous, qui sommes ici sans intérêt personnel, qui ne sommes entré dans le débat que pour défendre des vérités démontrées, éclatantes, évidentes, notre œil parcourt les lignes de ce tracé sans la moindre fatigue. Par cela seul que le second tracé fournit plus de détails que le premier, son étude exige une attention plus soutenue, mais ses indications n'en sont pas moins claires et précises, pour celui du moins qui est décidé à prendre les résultats de l'expérience pour l'expression de la vérité, et non à tourmenter ces résultats pour les plier aux exigences de ses idées préconçues.

M. Beau nous le dit, il affectionne le premier tracé, « parce qu'il est constitué « par des ondulations régulières, séparées par des lignes également régulières. » Ce compliment s'applique très-justement au tracé (voir fig. 5), par lequel notre honorable collègue a remplacé le tracé original de ses contradicteurs et que nous reproduisons ici (fig. 1). Nous avons beau regarder et parcourir les lignes supé-

Fig. 1.

rieure et moyenne qui représentent les tracés des révolutions auriculaire et ventriculaire, nous ne pouvons pas être frappé de cette régularité dont parle M. Beau, nous n'y trouvons que des courbes très-irrégulières, à sinuosités assez prononcées, et des lignes, pour la plupart assez évidemment flexueuses pour qu'on ne puisse pas les confondre avec des lignes droites. Sans doute ce premier tracé offre moins de sinuosités que le second et le troisième, mais cela est tout simple, puisque les deux derniers tracés donnent des détails qui manquent dans le premier. — Quant au tracé (fig. 5) que M. Beau a cru devoir substituer au tracé original de ses contradicteurs, il mérite pleinement, et *seul*, le compliment de parfaite régularité. Notre honorable collègue ne s'est-il donc pas aperçu que, sans altérer du reste les rapports de succession des principaux phénomènes de la révolution cardiaque, aux courbes et aux lignes irrégulières du tracé original, il a substitué de beaux arcs de cercle et des droites tracées à la règle et se coupant sous des angles très-nettement déterminés?

Quant à moi, je suis heureux que les tracés originaux de MM. Chauveau et Marey ne présentent pas cette régularité de détail tant prisée par M. Beau. Il est, en effet, de la nature des phénomènes de l'économie de passer par des variations d'intensité qui ne suivent pas une régularité parfaite dans leur marche ascendante ou descendante. A un moment donné, la pression dans une cavité du cœur est la résultante de forces nombreuses, les unes puissantes, les autres secondaires, qui se combinent dans des proportions variables; à côté des contractions et des relâchements musculaires qui dominent tout, nous trouvons la tonicité, l'élasticité, la hauteur des colonnes sanguines, l'afflux plus ou moins abondant, plus ou moins rapide du flot sanguin, les aspirations déterminées dans la cavité thoracique par les mouvements respiratoires. Et l'on voudrait, au milieu de ce conflit de forces, de nature et d'origine si diverses, que les variations de pression accusées par le cardiographe suivissent une marche parfaitement régulière et vinssent se traduire par une série de lignes tracées à la règle et au compas! — Je le déclare ici formellement, et tous ceux qui ont tenté d'appliquer des instruments de précision à l'étude des phénomènes de la vie seront de mon avis, si MM. Chauveau et Marey m'avaient présenté, comme résultat cardiographique, le tracé (fig. 5) dont la régularité plaît tant à M. Beau, s'ils m'avaient dit : Ceci n'est pas un *schema*, c'est le tracé original du cardiographe lui-même, j'aurais été fort péniblement impressionné. La politesse m'aurait peut-être empêché de leur exprimer nettement ma pensée; mais je n'aurais certainement pas pris la peine de lire leur mémoire. — Ne l'oublions pas, dans des tracés de cette nature, l'irrégularité de chaque ligne en particulier est l'état normal. Il y a cependant un genre de régularité qu'il faut chercher, exiger, qui est la garantie de la régularité de la fonction explorée. Les tracés de chacune des révolutions successives du cœur doivent se composer des mêmes lignes, placées de la même manière, avec les mêmes irrégularités partielles; en d'autres termes, les traces de deux révolutions complètes doivent être exactement superposables. Voilà la régularité qu'il faut chercher, exiger, et c'est celle qui se rencontre dans tous les tracés de MM. Chauveau et Marey.

M. Beau donne, de sa prédilection pour le premier tracé, une raison que j'aurais aimé ne pas rencontrer dans sa communication à l'Académie, et que je ne relève que parce que ma position m'en fait un devoir. Ce premier tracé, dit-il, « est apparu comme la manifestion *spontanée* du cardiographe. » — Les autres tracés ne sont donc pas des manifestations *spontanées*, ils sont donc le résultat du jeu du cardiographe soumis à l'*intervention illicite* de la main de l'expérimentateur. Mais alors MM. Chauveau et Marey auraient sciemment trompé le monde médical, et l'Académie, et les membres de la commission, le rapporteur surtout, se seraient faits les complices de cette fraude. Ce sont là des insinuations calomnieuses qui ne sauraient nous atteindre et que nous nous contenterons de renvoyer à leur auteur. Si de pareilles expressions avaient échappé dans le feu de l'improvisation, nous ne les aurions peut-être pas relevées; mais elles se trouvent dans une communication écrite, préparée, méditée, pendant une année entière; elles ont été lues à cette tribune, publiées dans les journaux de médecine et reproduites dans les bulletins officiels de nos séances; nous n'avons pas dû les laisser passer sans protestation, et nous demandons que notre protestation soit mentionnée au procès-verbal.

Quels sont donc les principaux reproches adressés par notre honorable collègue au troisième tracé, au tracé de l'Académie, comme il l'appelle, et que nous reproduisons (fig. 2)?

Dans ce tracé, comme dans tous les autres, la ligne supérieure O est le tracé de révolution auriculaire, la ligne intermédiaire V appartient au ventricule droit, et la ligne inférieure C est le tracé du choc du cœur. Pour ne pas abuser des moments de l'Académie, nous ne dirons rien de cette ligne inférieure, et d'ailleurs la discussion serait inutile; il est évident que la question de savoir si le choc du cœur est un phénomène systolique ou diastolique dépend absolument de l'interprétation du mamelon synchrone d de la ligne ventriculaire V.

Au point *a* du tracé auriculaire O aboutit une ligne rapidement ascendante, qui

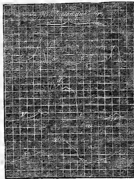


Fig. 2.

accuse une brusque augmentation de pression dans l'oreillette. Nous disons : cette ligne correspond à la systole auriculaire, et cette systole finit au point *a*, au moment où la pression change brusquement de signe. A cette systole d'ailleurs correspond, dans le tracé ventriculaire V, un petit mamelon *e*, qui est la traduction fidèle de l'augmentation de pression si justement demandée par M. Beau. Mais alors, dit notre honorable collègue, dans la révolution du cœur, « la systole auriculaire n'occuperait qu'un dixième de seconde, cette durée est *beaucoup trop courte*, il est *impossible de l'accepter.* » Trop courte! ce reproche nous étonne singulièrement dans la bouche de M. Beau, nous nous serions attendus à un reproche contraire. Trop courte! mais il oublie donc que, pour lui, le premier temps du cœur, qui comprend la systole auriculaire, la diastole et la systole ventriculaire, consiste dans un mouvement *convulsif* tellement rapide que la systole auriculaire et le pouls sont *sensiblement synchrones*. Et il trouve qu'en accordant à la systole auriculaire une durée d'un dixième de seconde nous ne lui faisons pas la part assez large! Quel est donc pour lui le sens du mot synchronisme?

Les tracés auriculaire et ventriculaire présentent en *b* et en *d* des oscillations serrées au nombre de trois, qui accusent des variations de pression correspondantes dans l'oreillette et dans le ventricule. Ces variations s'expliquent très-simplement par les vibrations qu'exécute la valvule auriculo-ventriculaire tendue sous l'influence de l'excès de pression déterminée par la contraction brusque du ventricule. Cette interprétation n'a, sans doute, pas été bien saisie par notre honorable collègue; car, sans cela, il ne demanderait pas *pourquoi la valvule tricuspide se ferme ainsi en trois temps*. Nous n'avons jamais parlé de cette occlusion en *trois temps*; nous savons parfaitement que la valvule est refoulée tout d'une pièce, nous savons de plus que cela est nécessaire pour que la force de contraction du ventricule ne s'épuise pas inutilement à faire refluer le sang dans l'oreillette, et soit tout entière consacrée au résultat utile de faire passer l'ondée sanguine dans le système artériel. Mais nous avons dit et nous répétons qu'une membrane élastique choquée par une augmentation subite de pression exécute des vibrations, ce qui est bien différent, et n'a rien que de très-ordinaire et de très-naturel.

Entre la systole auriculaire et la systole ventriculaire les tracés indiquent un petit intervalle d'un dixième de seconde environ. Cet intervalle choque beaucoup notre honorable collègue; « il ne félicite pas ses contradicteurs de l'avoir obtenu. » Mais ce n'est pas à MM. Chauveau et Marey qu'il devrait s'en prendre de cet intervalle, c'est au cœur, au cœur lui-même que devrait s'adresser son admonestation; car,

quoi qu'il en dise, MM. Chauveau et Marey n'ont jamais *forcé* le cardiographe à dire autre chose que ce qu'il dit *spontanément*. Ce n'est pas notre faute si le cœur abandonné à lui-même ne parle pas exactement le langage que M. Beau lui prête avec tant de constance, et cherche vainement à lui imposer depuis une trentaine d'années. D'ailleurs le cardiographe n'est pas le seul moyen de constater la réalité de cet intervalle sur un cœur mis à nu, il suffit de placer un doigt sur l'oreillette et un autre sur le ventricule pour s'assurer que la systole auriculaire et la systole ventriculaire sont séparées par un intervalle de temps très-court, mais appréciable. C'est un fait que les belles expériences de M. Chauveau ont depuis longtemps permis de vérifier avec la plus grande facilité.

Enfin M. Beau s'étonne que les lignes *se* et *ur* accusent, par leur direction ascendante, des mouvements diastoliques, synchrones et parallèles dans les cavités auriculaire et ventriculaire. « Ces lignes, dit-il, ne sont pas telles qu'elles devraient « être. En effet, au point de vue de la théorie ancienne, la réplétion diastolique « commence par le ventricule placé inférieurement et se termine par l'oreillette « située au haut du ventricule. » M. Beau, quand il a écrit ce passage, avait donc oublié que, dans cette théorie ancienne, qu'il essaye vainement de renverser, la diastole auriculaire commence pendant la systole ventriculaire, et que, par suite, lorsque le ventricule relâché commence à recevoir du sang, l'oreillette en contient déjà beaucoup. A partir du moment où la systole ventriculaire est terminée, l'oreillette cède du sang au ventricule relâché, et continue à en recevoir du système veineux. Voilà pourquoi, conformément aux indications de la théorie ancienne, le cardiographe montre *spontanément* qu'à partir des points *s* et *u* jusqu'aux points *v* et *r* l'oreillette et le ventricule obéissent à des mouvements de diastole synchrones et parallèles.

Arrivons enfin au premier tracé, que M. Beau a déclaré seul acceptable, et tellement parfait qu'il n'y a rien à en retrancher, rien à y ajouter. Abordons cette discussion sur le schéma qu'il en a donné lui-même (fig. 3). Les lignes verticales

Fig. 3.

ponctuées ajoutées au dessin facilitent beaucoup la discussion. Elles coupent le tracé ventriculaire et le tracé auriculaire, et ces points d'intersection sont des repères précieux ; ils indiquent, pour M. Beau comme pour nous, des phases synchrones de la révolution auriculaire et de la révolution ventriculaire.

Du point *e* du tracé auriculaire O part une courbe d'ascension graduelle qui s'arrête en *a*; pour M. Beau comme pour nous, cette courbe correspond à la diastole de l'oreillette. Au point *a* commence une ligne d'ascension rapide ; cette augmentation rapide de pression est évidemment due à la systole de l'oreillette, qui se continue jusqu'en *b*. Ici commence le désaccord. En *b*, en effet, la ligne du tracé prend subitement une direction descendante qui accuse une diminution brusque et évidente de pression. MM. Chauveau et Marey disent : Cette diminution brusque de pression annonce que l'oreillette a atteint en *b* son maximum de contraction, et qu'à ce point *b* ses parois se relâchent subitement. M. Beau dit, de son côté : Au point *b* la contraction de l'oreillette ne cesse pas, la systole se continue de *b* en *d*, et même jusqu'en *e*. En sorte que, non-seulement la pression intra-auriculaire diminuerait, mais descendrait au minimum pendant la contraction des parois de l'oreillette.

Il est nécessaire ici de citer textuellement pour montrer comment M. Beau comprend la possibilité d'un fait aussi inattendu : « On sait, en effet, dit-il, que la na- « ture proportionne toujours les forces aux résistances. Et, par conséquent, la force « du retrait systolique varie *suivant les différents diamètres de l'ondée, qui a la forme* « *d'un ovoïde* à son passage dans les cavités du cœur. Ainsi, le grand diamètre de « l'ondée étant, par exemple, représenté par 4, la force systolique qui pressera sur « ce diamètre sera de 4 ; le diamètre diminuant de 4 à 2, par suite du passage de « l'ondée, la force systolique diminuera de 4 à 2, etc. ; etc. »

A entendre ce passage, ne dirait-on pas que ce n'est pas une ondée liquide, mais un corps solide de forme déterminée et invariable qu'il s'agit de faire passer à travers l'orifice auriculo-ventriculaire? Sans doute, s'il s'agissait de chasser ainsi de l'oreillette dans le ventricule un bloc d'acier ou de cuivre de forme ovoïde, la grosse extrémité passerait plus difficilement que la petite à travers l'orifice auriculo-ventriculaire. Mais depuis quand un liquide a-t-il une forme qui lui soit propre? depuis quand, en raison de la mobilité de ses molécules, le liquide ne se prête-t-il pas, sans résistance, à prendre exactement la forme du vase qui le contient? Depuis quand la forme du vase influe-t-elle sur la quantité de liquide qui s'écoule en un temps donné par un orifice de grandeur donnée? Depuis quand la vitesse d'écoulement d'un liquide ne dépend-elle pas exclusivement de la pression qu'il supporte, transformée en hauteur de colonne liquide?

Messieurs, en matière de circulation, faisons de l'hydrodynamique ; ce n'est pas moi qui m'opposerai à cette tendance. Mais n'oublions pas que l'hydrodynamique est une science dès longtemps constituée, dont les principes sont établis sur les expériences les plus rigoureuses. Sous peine de tomber dans les erreurs les plus déplorables, sachons respecter ces principes que nous voulons appliquer. N'inventons pas, à chaque instant, des principes nouveaux, dont le seul mérite est de se plier complaisamment à tous les caprices de nos idées préconçues. Soyez, si vous le voulez, de l'école de Bichat, proclamez alors que la biologie doit être maintenue indépendante de toute application des sciences physico-chimiques ; je ne vous suivrai pas dans cette voie ; je vous combattrai au besoin, mais je vous comprendrai parce que vous serez logique dans vos raisonnements. Mais, si vous voulez appliquer les principes d'une science à l'explication des phénomènes de la vie, commencez par apprendre et respecter les principes de cette science.

Mais laissons là l'hydrodynamique ; le simple bon sens, le bon sens le plus vulgaire, est suffisant pour montrer tout ce qu'il y a d'inadmissible dans cette prétendue diminution de la pression intraauriculaire pendant la contraction de l'oreillette. Deux élèves très-distingués de notre Faculté, M. le docteur Ollivier et M. Bergeron, ont commencé des recherches très-intéressantes sur les propriétés des muscles. Je ne veux pas ici déflorer leur travail ; je veux leur laisser la joie et l'honneur de vous communiquer eux-mêmes leurs résultats, quand ils seront plus complets. Avec leur assentiment, il me suffira aujourd'hui de m'appuyer sur quelques-unes de leurs expériences auxquelles j'ai assisté. Tout muscle soumis à une traction s'allonge ; mais pour une traction déterminée, l'allongement du muscle est aussi déterminé. Si la traction augmente, l'allongement devient plus considérable ; si la traction diminue, le muscle se raccourcit, et reprend sa longueur primitive, quand la traction cesse complétement. En cela, le muscle de constitution fibrillaire se conduit donc comme toute réunion des fils ou fibres élastiques. Eh bien! quand l'ondée sanguine passe de l'oreillette dans le ventricule vide, elle est obligée de se faire elle-même sa place en repoussant les parois ventriculaires, et, par conséquent, en allongeant les fibres musculaires de ces parois. A mesure qu'une plus grande quantité de sang pénètre dans le ventricule, la distension des fibres des parois musculaires devient plus considérable ; il faut donc que ces fibres soient soumises à une traction croissante, à mesure que s'accroît la cavité ventriculaire elle-même pour recevoir de nouvelles quantités de sang. Mais d'où vient cette traction, exercée sur les fibres musculaires? qu'est-ce autre chose que la pression exercée sur les parois du ventricule? Et cette pression, n'est-ce pas l'ondée sanguine elle-même qui l'exerce? et cette pression, n'est-ce pas purement et simplement la pression intra-auriculaire transmise par le liquide jusqu'aux parois du ventricule? Loin donc que la pression intra-auriculaire diminue pendant la systole de l'oreillette, comme le veut M. Beau, il est évident que cette pression augmente depuis le début jusqu'à la fin de la systole, et cela, par cette raison toute simple que les dernières gouttes de l'ondée sanguine entrent plus difficilement que toutes les autres dans le ventricule dont la résistance croît nécessairement avec la distension de ses parois.

Sur le tracé ventriculaire V, nous rencontrons un mamelon très-prononcé *rsvu*. Voici comment MM. Chauveau et Marey interprètent ce mamelon : la ligne rapidement ascendante *rs* indique une augmentation rapide de pression, c'est l'effet de la contraction subite des parois ventriculaires ; la ligne horizontale *sv* indique le maintien de cet excès de pression et de la contraction du ventricule pendant tout le temps que l'ondée sanguine met à passer du ventricule dans l'artère. Au point *v* commence une ligne rapidement descendante *vu* qui indique un abaissement subit de la pression et qui correspond au relâchement subit des parois ventriculaires quand l'ondée est passée dans l'artère. Le mamelon est donc systolique ; la systole du ventricule commence en *r* et se termine en *v* ; en *v* les parois se relâchent subitement, et la pression retombe subitement aussi à ce qu'elle était avant la systole.

Pour M. Beau, ce mamelon est complétement diastolique. La diastole commence en *r* ; le *maximum* de pression *s* correspond au *maximum* de distension du ventricule ; cette pression et cette distension restent stationnaires jusqu'en *v*. Et c'est au point *v*, au moment où la pression intraventriculaire décroît si rapidement, que notre honorable collègue fait commencer la systole ventriculaire. Ainsi, dans cette cavité ventriculaire fermée de toutes parts, gorgée de sang, la pression s'abaisse subitement, juste au moment où le ventricule exécute une contraction assez puissante pour soulever la colonne sanguine artérielle et distendre l'artère elle-même, pour y loger l'ondée sanguine. La lecture des travaux de M. Beau nous a familiarisés avec des propositions bien inattendues ; mais vous étiez loin sans doute, messieurs, de vous douter que nous pourrions rencontrer une assertion aussi extraordinaire. Et quelle est la raison qu'il donne de cette si singulière diminution de pression? Ici encore il est nécessaire de citer textuellement, « c'est que, dit-il, les phénomènes se passant dans les cavités droites, *l'oreillette et le ventricule ont à peu près la même épaisseur et la même force.* » (*Quelques réflexions sur le sphygmomètre cardiaque*, p. 15 et 16.) Si M. Beau avait pris la peine d'ouvrir une fois dans sa vie le beau *Traité des maladies du cœur* de M. Bouillaud, il y aurait vu que l'épaisseur de l'oreillette droite est de *une ligne* et que celle du ventricule droit est de 2 lignes 3/5es. S'il voulait consulter le livre de M. Marey, il y verrait que la force de l'oreillette droite étant de 5gr,4, celle du ventricule droit s'élève à 34 grammes. Ainsi des quantités qui diffèrent du *simple* au *triple* et du *simple* au *décuple*, voilà ce que notre honorable collègue appelle des *quantités à peu près égales!*

M. Beau, d'ailleurs, propose une expérience pour vider le désaccord qui existe au sujet de l'interprétation de ce mamelon ventriculaire, entre lui et ses contradicteurs. Il propose d'introduire un sphygmomètre dans une artère, et il ne doute pas un instant que l'augmentation de pression artérielle ne coïncide exactement avec la ligne *vu* de rapide descente.

MM. Chauveau et Marey, toujours empressés de répondre aux appels de notre honorable collègue, ont réalisé cette expérience ; seulement le résultat est loin de répondre à ses prévisions. Cette expérience, M. Beau la trouvera sans peine dans le travail présenté à l'Académie, dans les tableaux synoptiques publiés à ce sujet, et dans le livre de M. Marey. Elle prouve jusqu'à la dernière évidence que l'augmentation de pression artérielle coïncide, non pas avec la ligne de rapide descente *vu*, mais avec la ligne horizontale *sv*. Sous peine de faire du pouls un phénomène

de diastole ventriculaire, il faut donc reconnaître que le mamelon ventriculaire *vu* est bien réellement systolique. Ce n'est pas notre faute si, encore une fois, le cœur proteste *spontanément* contre la singulière succession de mouvements qu'on veut absolument lui imposer.

Je m'arrête, messieurs, dans cet examen des doctrines de M. Beau. Pour achever complétement ce travail ingrat, ce n'est pas un chapitre, mais tous les chapitres, et dans chaque chapitre toutes les phrases, et dans chaque phrase presque tous les mots qu'il faudrait examiner, peser, critiquer. Je demande pourtant à l'Académie la permission de lui soumettre encore quelques courtes réflexions.

Je veux faire à M. Beau toutes les concessions possibles : j'admets pour parfaitement vraie son interprétation du premier tracé cardiographique (fig. 3) de MM. Chauveau et Marey, et comme démontrée sa double théorie de la circulation intracardiaque et des bruits du cœur. Voyons donc si réellement cette interprétation est, comme il le croit et le dit, une nouvelle et sérieuse démonstration de l'exactitude de ses doctrines physiologiques; voyons à quelles conséquences inévitables va nous conduire la combinaison de sa double théorie et de son interprétation. Rappelons d'abord deux principes fondamentaux dans les doctrines physiologiques de notre honorable collègue.

1° La diastole auriculaire ne commence qu'après la systole ventriculaire. Ce principe n'est pas seulement reproduit à chaque page du *Traité de l'auscultation*; M. Beau a déclaré au commencement de cette séance et déclare encore en maintenir l'exactitude.

2° Les bruits du cœur étant le résultat du choc de l'ondée sanguine contre les parois du ventricule et de l'oreillette vides, se produisent nécessairement : le premier au début de la diastole ventriculaire, le second au début de la diastole auriculaire.

Reportons-nous maintenant à la figure 3.

M. Beau nous l'a dit : la diastole auriculaire commence en *e*. Mais le point *e* et le point *s*, se trouvant sur une même verticale, indiquent deux phases synchrones des révolutions auriculaire et cardiaque. Or le point *s*, d'après M. Beau, appartient à la diastole du ventricule et précède de beaucoup le point *v* qui marque le commencement de sa systole. La *diastole auriculaire* commence donc en pleine *diastole ventriculaire* et non après la *systole du ventricule*, comme M. Beau le soutient, l'enseigne et le répète dans tous ses écrits. Voilà donc cette interprétation du premier tracé cardiographique en contradiction flagrante avec un des axiomes fondamentaux de cette théorie de la circulation intracardiaque dont elle était appelée à démontrer l'exactitude.

Passons maintenant à la théorie des bruits du cœur. — Le point *r* marque le début de la diastole ventriculaire, et, par suite, le *moment précis* où se produisent le choc de l'ondée sanguine contre les parois du ventricule vide et le *premier bruit* qui en est la conséquence. — De son côté le point *e* marque le début de la diastole auriculaire, et, par suite, le *moment précis de la production du second bruit*. — Mais le point *r* et le point *e précèdent tous les deux la systole ventriculaire qui ne commence qu'en* v. — D'autre part nous savons que le *premier bruit* et la *systole ventriculaire* sont synchrones. Donc, à fortiori, il existe un *synchronisme absolu* entre les deux bruits du cœur. — La combinaison de l'interprétation de M. Beau et de sa théorie des bruits du cœur nous conduit donc à cette conséquence inattendue, forcée, que les *deux bruits du cœur se produisent dans un même instant indivisible, se superposent, arrivent forcément ensemble à notre oreille.*

Les deux bruits du cœur sont synchrones! Que deviennent alors les beaux travaux de Laennec et de M. Bouillaud, et les efforts de M. Beau lui-même pour distinguer le premier du second bruit, pour reconnaître si tel bruit anormal coïncide avec le premier ou le second bruit, afin de s'élever à la détermination du siége et de la nature de la lésion intracardiaque? que deviennent ces belles pages que nous avons tous méditées la nuit et le jour, qui assuraient l'immortalité à leurs auteurs? Ne l'oublions pas, les deux bruits sont synchrones! ces pages que nous avons tant admirées ne contiennent en réalité que des rêveries, des contes des *Mille et une nuits*; elles doivent disparaître de nos bibliothèques; c'est du papier pour le pilon de l'*épicier*.

En s'attaquant aux tracés cardiographiques, notre honorable collègue a voulu manier une arme qui n'est pas à sa main. Il a voulu la violenter, la fausser, pour la plier aux caprices de ses idées préconçues, aux exigences de ses doctrines physiologiques inadmissibles. L'arme était de bonne trempe, elle a résisté, elle s'est redressée, elle l'a blessé, blessé à mort.

En résumé, messieurs, en proclamant que le premier tracé cardiographique de MM. Chauveau et Marey est la reproduction exacte des phénomènes fondamentaux de la révolution cardiaque, M. Beau s'est placé lui-même dans ce dilemme dont il ne lui est plus permis de sortir : — Ou bien il admet l'interprétation que le bon sens et la logique commandent, imposent, que tout le monde accepte, et alors sa double théorie de la circulation intracardiaque et des bruits du cœur n'existe plus. — Ou bien il persiste dans l'interprétation qui lui est propre, et alors il a accompli la mission pénible mais pieuse de creuser de ses propres mains la fosse dans laquelle il a enfoui à tout jamais sa double théorie. — Quoi qu'il en soit, dans l'un comme dans l'autre cas, les doctrines physiologiques de M. Beau ont cessé d'être... il n'y a plus place pour une discussion sérieuse.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA MALADIE D'ADDISON; par le docteur LOUIS MARTINEAU, interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or).

Dix années nous séparent à peine du jour où Addison décrivit sous le nom de *Diseases of the suprarenal capsules* la maladie bronzée; depuis cette époque, MM. Trousseau, Lasségue, Tholozan, Danner, Brown-Séquard, Féréol, Duclos, pour ne parler que des médecins français, ont publié des observations et de judicieux mémoires sur la maladie d'Addison. Il ne s'est point passé d'années sans que les journaux français et surtout les journaux anglais et allemands aient rapporté des faits de maladie bronzée.

Mais cette forme de cachexie essentielle qui se traduit extérieurement par la coloration bronzée des téguments avait été regardée par Addison comme liée à l'existence d'une lésion des capsules surrénales, sans prétendre toutefois que cette maladie ne puisse reconnaître d'autres causes.

Cette idée d'Addison ramena l'attention des physiologistes sur le rôle des capsules surrénales. MM. Brown-Séquard, Gratiolet, Harley, Vulpian, Mattei (de Sienne), Schiff (de Florence), publièrent de très-beaux travaux sur l'anatomie normale et pathologique de ces organes. Comme dans toutes les questions nouvelles, chaque observateur se crut en droit de faire une théorie à sa manière; mais à mesure que les observations se multipliaient, les incertitudes, qui, au début, pouvaient amener quelque sensation dans les meilleurs esprits, s'étaient dissipées. Dans la science, la lumière se fait peu à peu, il faut tout attendre du temps et de l'expérience.

Le moment ne pouvait donc être mieux choisi de réunir et de grouper tous ces matériaux épars, de les analyser et, dans un travail de saine critique, de dresser un inventaire exact de tout ce qui existe sur la maladie d'Addison. Une pareille tâche exigerait certes, de la part de celui qui tenterait de l'entreprendre, des recherches bibliographiques longues et patientes; mais il lui fallait surtout, pour éviter de faire de son travail une compilation fastidieuse, discuter et peser avec soin les observations et les opinions de ses devanciers. C'était là le meilleur moyen de dégager la vérité.

C'est ce que vient de tenter avec succès, dans une thèse inaugurale remarquable, M. le docteur Martineau. Abordant la question par son point de départ, c'est-à-dire par l'histoire des capsules surrénales, après avoir exposé les expériences de MM. Brown-Séquard, Gratiolet, de Martini, Darby, Berruti, Harley, Ludwig et Haffer, enfin de M. Schiff. M. Martineau évite prudemment de se prononcer entre deux théories qui ont l'une pour défenseurs MM. Brown-Séquard et Darby, l'autre Harley, Schiff et Gratiolet. Il préfère chercher dans les phénomènes cliniques de la maladie d'Addison jusqu'à quel point ces phénomènes viennent appuyer la physiologie des capsules surrénales et peuvent servir à faire adopter l'une ou l'autre théorie.

La maladie d'Addison est une entité morbide; c'est une forme particulière d'anémie accompagnée d'un allanguissement général, lenteur et faiblesse du pouls, atonie musculaire, irritabilité de l'estomac, douleur dans le creux épigastrique aux lombes et vers les flancs; il existe une coloration bronzée des téguments qui pour se différencier aisément des autres teintes cachectiques pourraient la similer. Mais cette coloration bronzée n'est pas constante, et M. Martineau propose avec raison de remplacer les termes impropres de maladie surrénale, maladie bronzée, par celui de maladie d'Addison, qui sans rien préjuger est un hommage rendu au médecin qui le premier en a donné une bonne description.

Cela est d'autant plus vrai, ajoute-t-il, que l'altération des capsules surrénales n'amène point nécessairement la coloration bronzée et que dans cette maladie l'altération des capsules surrénales n'est que secondaire.

La maladie d'Addison, et c'est là une des conclusions de l'excellent travail de M. Martineau, peut être considérée comme une névrose du grand sympathique, que cette névrose soit primitive ou symptomatique; ce qu'il faut connaître avant tout, ce ne sont point tant des altérations glandulaires qui ne sont point essentielles à la maladie, mais bien la cause première de cette anémie qui la caractérise, « il faut avant toute chose s'appliquer à bien connaître la nature de la maladie d'Addison.

A. OLLIVIER.

VARIÉTÉS.

— La question écrite pour le concours de chirurgie au Bureau central a eu pour sujet : les tumeurs érectiles.

— La commission chargée d'élaborer les statuts de l'Association fraternelle des étudiants en médecine rappelle à MM. les étudiants qu'elle recevra avec reconnaissance toutes les communications qu'on voudra bien lui adresser.

Le siége de la Société est rue d'Enfer, 62 bis.

— NÉCROLOGIE. — Le corps médical de l'arrondissement de Dreux vient de faire une perte vivement ressentie dans la personne du docteur Alphonse Voyer, médecin à Nogent-le-Roi.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR LA CIRCULATION ET LES MOUVEMENTS DU CŒUR. — DISCOURS DE M. PARCHAPPE.

Messieurs,

Après les remarquables improvisations qui ont jeté tant d'éclat sur les dernières séances de l'Académie, ce serait une entreprise difficile et presque téméraire que de prétendre à appeler l'intérêt sur le même sujet.

S'il s'agissait simplement de revenir sur des questions si magistralement discutées et élucidées, je ne comprendrais pour moi qu'un rôle: ce serait, après avoir applaudi, de garder le silence.

Mais ce qui, à mon avis, est au fond l'objet du débat, ce ne sont ni le rapport ni les conclusions de la commission sur le mémoire de MM. Chauveau et Marey. Sur cette question il y a eu jugement et, selon moi, jugement équitable dans ses appréciations de la valeur de l'œuvre et du mérite des auteurs, et jugement dont les motifs sont scientifiquement irréprochables.

Au rapport et aux conclusions de la commission et au jugement de l'Académie, je ne puis que donner mon plein et entier assentiment.

Mais ce rapport et ces conclusions datent d'un an. Depuis cette époque, la portée des recherches de MM. Chauveau et Marey s'est considérablement étendue. M. Marey a publié son *Traité de la physiologie médicale du cœur*.

Quand M. Beau s'est élevé contre la signification donnée aux résultats des expériences de MM. Chauveau et Marey, c'est une doctrine sur la circulation cardiaque qu'il avait surtout en vue de défendre. Et dans les réponses qui lui ont été faites, ce sont d'autres doctrines qui ont été proclamées et soutenues.

Le fond du débat, c'est donc la doctrine physiologique de la circulation cardiaque.

De plus, les recherches, qui en ont été le point de départ, sont des recherches d'expérimentation sur les animaux vivants et sur une espèce animale déterminée; elles ont, pour les moyens et la méthode, les caractères d'expérimentations physiques, et elles ont été présentées comme propres à fournir les preuves par excellence, celles qui ont pour privilége de constituer la science d'une manière absolue et définitive.

Dans ces conditions il m'a paru qu'il pouvait être convenable pour moi, qui ai consacré beaucoup de temps et de recherches à l'étude de la circulation cardiaque, d'intervenir dans le débat pour y introduire, en ce qui touche les faits et les méthodes, quelques réserves qui, selon mes convictions, ne sont dépourvues ni d'utilité ni d'importance.

Mon intention n'est pas d'étendre la discussion au delà du champ restreint de la circulation cardiaque, et mes réserves ne porteront que sur trois points, l'action des oreillettes, l'action des appareils valvulaires auriculo-ventriculaires et la portée des méthodes.

Je vais m'efforcer de formuler clairement ces réserves et de les motiver aussi brièvement que possible.

I. — Action des oreillettes.

Depuis un certain nombre d'années domine en physiologie une tendance à diminuer, à restreindre et même à annuler le rôle actif des oreillettes dans la circulation cardiaque.

Non-seulement ce rôle est présenté comme accessoire, secondaire, mais il est conçu par plusieurs physiologistes comme à peu près passif.

On dit que par leur masse les oreillettes ne forment qu'une partie infime du cœur, que leurs parois sont minces et faibles, qu'elles se laissent distendre par le sang et sont incapables de l'expulser de leur cavité, que sous leur action le sang reflue, avec une extrême facilité, par les ouvertures veineuses et ne passe qu'en petite quantité dans les ventricules, que leur action s'efface facilement et peut manquer sans que la circulation cardiaque en soit sensiblement altérée.

C'est par une sorte de concession et parce que des fibres musculaires entrent dans leur composition qu'on admet qu'elles puissent se contracter.

On les assimile à des vases à peu près inertes, à des réservoirs de pompe.

Cette opinion n'est pas nouvelle. Au temps de la découverte de la circulation, elle constituait la croyance la plus commune que Harvey avait à combattre.

Cette opinion n'est en aucune sorte conforme à la doctrine de Harvey et de Haller sur le rôle des oreillettes.

Harvey a résumé toutes ses vues à ce sujet dans une phrase remarquable que je traduirai de mémoire.

Les oreillettes sont les premiers moteurs du sang; elles sont nécessaires en tant que chargées de chasser le sang dans les ventricules. Des éléments actifs du cœur elles sont le premier qui vit, le dernier qui meurt.

Ce privilége d'*ultimè moriens*, pour l'oreillette droite, avait été signalé par Galien. Il a été consacré par Haller, vérifié par tous les physiologistes qui ont étudié les mouvements du cœur sur les animaux vivants.

La doctrine de Harvey sur le rôle actif des oreillettes est aussi celle de Haller qui a vu les oreillettes se contracter *miro vigore*.

Les résultats des expériences de Harvey et de Haller, en ce qui se rapporte à la réalité, à l'énergie des contractions auriculaires, ont été vérifiés, confirmés par un grand nombre de physiologistes.

Moi-même, dans un grand nombre d'expériences sur diverses espèces animales à sang froid et à sang chaud, pas sur le cheval, il est vrai, mais sur des mammifères, et notamment sur le lapin, j'ai constaté la réalité et l'énergie de la systole auriculaire.

Dans les premiers moments et avant que la circulation cardiaque ait été notablement troublée, j'ai vu les oreillettes au moment de leur systole pâlir, et, diminuant selon toutes leurs dimensions, s'effacer en quelque sorte en s'appliquant énergiquement à la base des ventricules.

La participation constante, régulière, énergique de la contraction des oreillettes à la circulation cardiaque, c'est la doctrine de Harvey

FEUILLETON.

UNE TOURNÉE MÉDICALE AU SALON.

LA SCULPTURE.

I.

Malgré ses libres allures et sa licencieuse indépendance traditionnelle, un Feuilleton porteur du présent titre ne peut guère se dispenser de précaution oratoire. Il faut évidemment quelque effort d'esprit et beaucoup de bonne volonté pour admettre sans explication l'intrusion de la médecine dans une exposition de peinture, de sculpture et d'architecture. Il suffira cependant, cette fois encore, pour faire cesser l'étonnement et lever les scrupules, de déclarer que dans ces remarques il n'y aura pas un mot relatif aux questions d'art. Ceux de nos lecteurs dont l'inexpérience réclamerait le secours d'un cicerone qui leur mette le nez sur les bons morceaux doivent s'adresser ailleurs. Théophile Gautier, par exemple, ou bien Paul Saint-Victor se feront un plaisir de les conduire. Le premier leur soufflera tout ce qu'on peut dire de bien, le second tout ce qu'on peut dire de mal d'une œuvre quelconque de la brosse ou de l'ébauchoir. Rien ne leur manquera ainsi pour être pleinement renseignés et édifiés, pourvu toutefois qu'ils ne soient pas totalement privés de ce sixième ou septième sens — car il y a beaucoup plus de sens qu'on n'en décrit dans les traités de physiologie — qu'on appelle par un affreux pléonasme de français et de grec le sens Esthétique. En effet, pour bien voir en art, comme en anatomie, selon Vicq-d'Azyr, il faut autre chose que de bons yeux, et surtout que les yeux d'autrui. En cela, comme en tout, ce qu'on semble apprendre des autres on le possédait déjà dans son propre fonds. Ceci entendu, l'indication de ces deux adresses entre dix et vingt autres affichées partout — la race des critiques pullulant de jour en jour en raison directe du dépérissement de l'art — n'exprime, on le comprend de reste, aucune préférence. Il va de soi que la déclaration d'incompétence à l'égard des œuvres doit s'appliquer à la critique artistique. On s'en rapporte simplement en ceci à la notoriété publique qui, depuis longtemps, met ces deux noms en vedette. Il y en a bien encore un troisième qui distribue cette année de l'esprit — beaucoup d'esprit — à cent mille exemplaires dans le *Petit journal*, à propos de peinture et de sculpture; c'est M. Edmond About; tête encyclopédique, talent accapareur, plume alerte et entreprenante qui écrit de tout et sur tout avec une facilité, une abondance, une assurance d'autant plus étonnantes qu'il paraît véritablement ne pas se dispenser tout à fait d'étudier les sujets sur lesquels il disserte et dogmatise. Il n'y a d'ordinaire que la pleine ignorance capable d'une si robuste confiance. Voilà donc trois guides à la suite desquels nos confrères peuvent

et de Haller, c'est celle que j'ai, ainsi que tant d'autres, sontenue et défendue, celle que je persiste à croire conforme à la vérité.

Ce n'est que par une interprétation forcée qu'on a pu invoquer les résultats des expériences de MM. Chauveau et Marey à l'appui des doctrines nouvelles sur le rôle passif des oreillettes.

Ce que le cardiographe est apte à démontrer, ainsi que l'a judicieusement dit le savant rapporteur, ce sont purement et simplement des faits de pression et de variation de pression.

Le cardiographe a démontré que la systole de l'oreillette droite a pour effet une augmentation de la pression du sang.

Ce que cet instrument, dans le langage qui lui est propre, a réellement enregistré, c'est la vie de l'oreillette.

Que la pression réalisée par l'action de l'oreillette droite ne soit que la dixième partie de celle du ventricule droit, soit. Y a-t-il lieu de s'en étonner? L'action nécessaire pour chasser le sang de l'oreillette dans le ventricule ne doit-elle pas être beaucoup plus faible que celle qui est indispensable pour chasser le sang des ventricules dans les vaisseaux du poumon et du corps?

Il n'y a pas plus lieu de dédaigner l'action de l'oreillette droite parce qu'elle est dix fois moins forte que celle du ventricule droit, qu'il n'y aurait lieu de dédaigner l'action du ventricule droit parce qu'elle serait cinq fois moins forte que celle du ventricule gauche.

La réalité d'un rôle actif de l'oreillette dans la circulation cardiaque ne peut être sérieusement contestée, et, sous ce point de vue, on a pu dire et croire qu'il y avait accord entre tous les physiologistes.

Mais dès qu'il s'agit d'apprécier le degré d'efficacité de la systole auriculaire pour la propulsion du sang dans les ventricules, cette apparence d'accord s'évanouit, et de profondes divergences se manifestent avec la plus entière évidence.

Le rôle de l'oreillette dans la circulation avait été conçu par Harvey et par Haller comme se rapportant à un office déterminé, la réplétion du ventricule par le sang. C'était là une action essentielle et principale relativement à son objet.

Harvey admettait qu'une oreillette était nécessaire là où il y avait un ventricule à remplir de sang; que le rôle de l'oreillette n'est pas de servir de réceptacle, de réservoir (pour retenir, dit-il, qu'eût-il été besoin de pulsation?), mais de servir à pousser le sang dans les ventricules.

Harvey et Haller croyaient que la systole auriculaire vide effectivement de sang l'oreillette et en remplit effectivement le ventricule.

Ce rôle essentiel de l'oreillette a depuis été restreint à un office secondaire, et son influence directe et constante sur la circulation cardiaque a même été niée.

On dit que, dans les expérimentations ayant pour sujet le cœur du cheval, la participation de l'oreillette à la réplétion du ventricule est habituellement accessoire et parfois nulle.

On admet que le sang, sous l'influence de la pression qu'il subit dans les vaisseaux, coule non-seulement des veines dans les oreillettes, mais encore des oreillettes dans les ventricules à un même moment, c'est-à-dire durant le relâchement simultané de l'oreillette et du ventricule.

On affirme que le ventricule est déjà plein de sang, aussi bien que l'oreillette, quand la systole auriculaire, souvent bornée aux appendices, poussant le sang dans la direction des ventricules, achève de les remplir en les distendant.

Tout cela n'est rien moins qu'à tous égards incontestable.

Je ne puis rien affirmer *de visu* en ce qui se rapporte à la circulation cardiaque du cheval.

Mais ce que j'ai parfaitement constaté chez plusieurs mammifères, et spécialement chez le lapin, c'est que la réplétion simultanée de l'oreillette et du ventricule exprime un fait de perturbation, se produisant soudainement et avec une grande violence au moment où l'on ouvre un peu largement le péricarde et la poitrine pour mettre le cœur à nu.

Le cœur ne se débarrasse que peu à peu et avec peine de cette turgescence simultanée de l'oreillette et du ventricule.

Mais avant que cette perturbation, qui entrave la circulation et suspend les mouvements du cœur, se soit produite, ou après qu'elle a cédé au rétablissement de conditions de mouvement, qui paraissent moins s'éloigner de l'état normal, la contraction de l'oreillette a réellement pour effet l'effacement brusque, rapide, complet de sa cavité, et l'expulsion du sang contenu. Et cette contraction est rapidement suivie de la contraction ventriculaire qui produit les mêmes effets.

C'est quand cette contraction ventriculaire a cessé et avant que la systole auriculaire se soit reproduite, qu'il y a véritable repos du cœur et coïncidence de relâchement dans l'oreillette et le ventricule. Ce moment de repos, chez les mammifères que j'ai observés, extrêmement court quand la circulation cardiaque a toute son activité, devient de plus en plus long à mesure que la circulation languit.

C'est avec raison qu'on a dit qu'il n'existait pas d'obstacle au passage du sang de l'oreillette dans le ventricule au moment où les deux cavités sont simultanément à l'état de relâchement. Non pas qu'il n'y ait réellement, au pourtour des orifices de communication, des fibres musculaires disposées en anneaux, à la manière des sphincters, selon la description que j'en ai donnée; mais ces fibres n'entrent en action, et pour un tout autre office, qu'en se contractant, c'est-à-dire par un effet de systole.

Au moment du relâchement simultané de l'oreillette et du ventricule, le sang peut donc pénétrer de l'oreillette dans le ventricule, et il y pénètre en quantité d'autant plus grande que la durée de ce relâchement simultané, qui exprime le repos du cœur, est plus longue.

Cette durée varie très-sensiblement suivant les espèces animales et dans la même espèce suivant le degré de fréquence des battements.

Mais est-il exact d'admettre que ce relâchement simultané soit la condition essentielle de la pénétration du sang dans les ventricules, et que, sous son influence, les ventricules se remplissent de sang de manière qu'il ne reste que peu de chose, ou rien à faire à la systole auriculaire?

Cette opinion est positivement démentie, en ce qui concerne la circulation cardiaque chez les animaux dont les parois du cœur permettent, par leur transparence, de voir le sang passer d'une cavité à l'autre.

Sur le cœur de la grenouille, du crapaud, de la salamandre, ainsi que Harvey et Haller l'ont constaté et que je l'ai vérifié, c'est l'oreil-

---

en toute sûreté s'aventurer dans l'exposition sans craindre de mal placer leur admiration ou leur antipathie, service que ne peut leur rendre un Feuilleton sincère qui veut et doit rester médical.

Cette abstention de toute appréciation artistique n'est, du reste, que de pure convenance, et en vertu seulement du *non erat hic locus*. Au fond, le feuilleton de la *Gazette médicale* aurait, comme tout autre feuilleton au monde, la liberté de juger en matière d'art, l'art étant, comme bon nombre de choses réputées scientifiques, telles que la politique, la morale, la théologie, une sorte de champ banal de spéculation où chacun semble avoir une compétence naturelle et infuse. L'esthétique est une de ces sciences, si science il y a, que Bacon appelait *opinables*, c'est-à-dire qui, mal assurées dans leurs principes et dépourvues de moyens de démonstration expérimentale ou rationnelle, font partie de l'avoir intellectuel de tout le monde à titre de notions dont l'acquisition, le contrôle et la vérification ne relèvent, en apparence, que de la lumière naturelle. Mais si ce droit d'opiner que tacitement chacun s'arroge pour soi et accorde sans difficulté aux autres dans certaines branches des connaissances, était un signe non équivoque qu'une science ainsi restée dans le domaine public n'est ni constituée ni fixée, ne faudrait-il pas enrôler la médecine, avec la politique, l'esthétique, la théologie, dans cette bande à mines suspectes des *opinables*? *Durus est hic sermo.*

Tout ceci va toujours à conclure qu'on pourrait discourir ici sur l'art, sur les artistes, sur leurs œuvres, au même titre et du même droit qu'on discourt partout sur la médecine et sur les médecins. Bien plus, il serait licite, comme justes représailles, d'exhiber dans ces pages, à la place de ces traits de plume, quelques traits de crayon de notre façon, une Vénus Callipyge, par exemple, un soleil couchant, un intérieur de cuisine, un portrait de quelqu'un de nos illustres; car enfin on ne se borne pas à parler en tout lieu médecine; on tout lieu, et par le premier venu, il s'en fait. Aussi devons-nous les remercîments et les éloges les mieux sentis à ce brave artiste, peintre d'inspiration, vétérinaire de profession qui, usant de son droit, a représenté étendus sur une dure couche de neige, dans un groupement du dernier pittoresque, les cadavres de dix chevaux, tous différents de robe : alezan, aubère, bai, isabelle, rouan, pie, noirs, blancs et gris, les mêmes, hélas! qui, il y a à peine un an, figuraient sur une autre toile, aux mêmes places et dans les mêmes positions respectives, mais debout et vivants; peinture touchante, inspirée par un sentiment profondément philosophique de l'instabilité des choses et des chevaux d'ici-bas, et où l'artiste semble nous dire, après se l'être dit sans doute à lui-même : *ce que c'est que de nous!!*

Les considérations de convenance qui nous engagent, sans nous lier absolument, à faire abstraction des propriétés esthétiques des œuvres de peinture ou de sculpture, rétrécissent considérablement pour nous le champ de l'observation. Le nombre des ouvrages qui, par le sujet même ou par la manière dont il est conçu et traité, peuvent nous intéresser moralement comme médecins, ou donner plausiblement prise à quelque application des connaissances médicales est, — Dieu soit loué!

lette qui, se vidant complétement par sa systole, remplit le ventricule préalablement vide; et le ventricule se vide entièrement pendant que l'oreillette se remplit.

Le même fait a été constaté par Haller sur le poulet couvé.

Sur le cœur à parois opaques des mammifères, il n'est pas possible de voir si la systole de l'oreillette a pour effet de vider complétement de sang la cavité auriculaire, et surtout de remplir complétement de sang la cavité ventriculaire préalablement vide.

Chez ceux de ces animaux dont le cœur bat assez fréquemment pour que le temps du repos du cœur soit inappréciable, chez le lapin, par exemple, ce qui paraît évident c'est que l'oreillette, pendant et par sa systole, se vide réellement du sang qui s'y était accumulé pendant sa diastole, et remplit réellement de ce sang le ventricule relâché.

Que chez les animaux dont le cœur bat beaucoup plus lentement, et où le repos, c'est-à-dire le relâchement simultané dans les oreillettes et les ventricules, a une durée appréciable et même relativement longue, les faits se passent autrement, c'est ce que je ne suis pas en mesure de contredire. Sur ce point de la circulation cardiaque, comme sur bien d'autres, je crois qu'il y a de grandes différences entre les diverses espèces animales et qu'il n'est pas possible de conclure absolument d'une espèce à l'autre.

Mais, même en ce qui concerne le cheval dont l'oreillette droite ne mesure pas moins de 3 à 6 millimètres d'épaisseur, et dont le cardiographe a démontré l'action réelle, je n'accepte pas sans réserve le rôle tout à fait accessoire qui lui est attribué.

Et je persiste à croire que dans la circulation cardiaque chez tous les animaux, le rôle des oreillettes est un rôle actif, et consiste essentiellement à faire passer activement le sang de leur cavité dans celle des ventricules; et que ce rôle est réellement et efficacement rempli par la systole auriculaire, toutes les fois que le type normal de la circulation cardiaque n'est pas altéré.

II. — Action des appareils valvulaires auriculo-ventriculaires.

Il me paraît difficile qu'on puisse contester qu'un rôle actif appartienne aux appareils auriculo ventriculaires, dans une certaine mesure et en raison de la nature et de la disposition des éléments musculaires qui entrent dans leur composition.

Des colonnes musculaires, détachées des parois ventriculaires, font partie de ces appareils chez l'homme et les animaux supérieurs. Dans toute une classe d'animaux, les oiseaux, l'appareil valvulaire du côté droit est entièrement musculaire.

Que ces colonnes, ces valvules musculaires soient capables de se contracter et se contractent en effet au moment de la systole des ventricules, c'est ce qu'il était parfaitement inutile de démontrer expérimentalement, bien que j'aie été forcé de le faire par une expérience bien simple qui consiste à irriter, au moyen de la pointe d'un scalpel ou d'un courant électrique, ces colonnes sur le ventricule ouvert d'un animal vivant ou venant de mourir.

Des appareils actifs d'occlusion ne se montrent pas chez les animaux seulement aux ouvertures de communication entre les oreillettes et les ventricules. J'ai constaté et décrit dans le cœur de la raie bouclée, à l'orifice de communication entre le sinus veineux et l'oreillette, un appareil composé de deux valvules constituées par des fibres musculaires merveilleusement disposées, sous forme de boutonnière, de manière à être capables de fermer activement l'ouverture et de mettre absolument obstacle au reflux du sang au moment de la systole auriculaire.

Le rôle actif des éléments musculaires des appareils valvulaires auriculo-ventriculaires a été vaguement conçu, comme consistant en une action de frein, par divers physiologistes.

M. Bouillaud a attribué en outre aux colonnes musculaires de ces appareils une influence d'adduction.

Burdach a conçu leur action comme ayant pour effet de donner aux appareils valvulaires une disposition infundibuliforme et de mettre activement obstacle au reflux du sang par la tension des anneaux valvulaires au moyen du raccourcissement et du rapprochement des colonnes.

C'est en enseignant, dans mes cours de physiologie, la théorie de l'occlusion des valvules qui a été mise en honneur par Lower et qui est encore aujourd'hui dominante, que j'ai reconnu son insuffisance pour l'explication de la circulation cardiaque chez l'homme et que j'ai été conduit à chercher la solution du problème. Je crois l'avoir trouvée au moyen d'un ensemble d'études anatomiques, physiologiques et pathologiques dont j'ai publié les résultats il y a déjà un grand nombre d'années.

Je ne pourrais entrer ici dans les développements nécessaires pour exposer complétement une doctrine qui repose sur de nombreux détails et qui, je l'espère, est déjà connue d'un certain nombre de mes auditeurs.

Je me contenterai de rappeler les données fondamentales de ma conception relative au rôle des appareils valvulaires auriculo-ventriculaires, dont le type varie notablement suivant les espèces animales, et dont l'expression la plus parfaite est réalisée dans le cœur de l'homme.

Le mécanisme des appareils valvulaires, à la fois actif et passif, est essentiellement subordonné à l'écartement ou au rapprochement des colonnes musculaires qui se détachent de chacune des parois ventriculaires et qui donnent par leur sommet insertion aux cordages tendineux fixés, en s'irradiant au pourtour plus ou moins découpé en languettes des anneaux valvulaires.

Les colonnes suivent le mouvement des parois ventriculaires ; s'écartant passivement avec ces parois, entraînant les cordages tendineux et avec eux l'anneau qui se déploie de manière à dégager l'ouverture auriculo-ventriculaire; se rapprochant activement avec ces mêmes parois au moment de la systole ventriculaire, et se rapprochant jusqu'au contact immédiat et même jusqu'à l'engrènement des parties saillantes dans les parties rentrantes, entraînant avec elles les cordages tendineux et les bords de l'anneau valvulaire, de manière à faire converger les cordages au sommet des colonnes réunies et à rapprocher et froncer le bord libre et découpé de l'anneau.

En même temps qu'elles se rapprochent, les colonnes se raccourcissent et tendent énergiquement, en les ramenant vers leur sommet, les tendons et les bords découpés de l'anneau.

La pression que fait subir au sang la contraction des ventricules

---

— assez restreint pour pouvoir espérer et promettre que la tournée sera courte.

Ceci dit, entrons sans plus tarder, et puisque les sculptures sont là de plain-pied, interrogeons d'abord ces monuments, dont le premier qui se dresse devant nous est, par la plus heureuse des rencontres, la statue honorifique d'un médecin, de l'illustre co-fondateur de l'Académie de chirurgie, François de la Peyronie. C'est la Faculté de Montpellier qui a commandé ce bronze, destiné à consacrer la reconnaissance séculaire de l'école qui doit à sa libéralité un amphithéâtre et d'autres fondations importantes. La Faculté de Paris n'a encore, que nous sachions, d'autre souvenir de ce grand promoteur de l'art chirurgical, de ce magnifique Mécène des chirurgiens que le médaillon sculpté au-dessus de la porte de l'Ecole de médecine, faisant pendant à celui de Georges Mareschal, en compagnie de Jean Pitard, d'Ambroise Paré et de J.-L. Petit. Assis, les jambes à demi fléchies, la main gauche posant sur les bras du fauteuil, il tient dans la droite l'ordonnance royale de fondation de l'Académie de chirurgie. L'attitude est simple, aisée, et empreinte de cette dignité gracieuse qui commande avec douceur le respect sans l'imposer; c'est là, cependant, la dignité un peu extérieure du grand seigneur, du personnage titré, décoré, opulent, haut placé, dont la main peut accorder ou retirer des faveurs et des grâces plutôt que la dignité native de l'élévation du caractère et de la supériorité de l'esprit. Dans cette œuvre, — si distinguée d'ailleurs. — de M. Gumery, l'homme n'apparaît pas peut-être assez sous ce magnifique habit de gala dont les fantasques détails, depuis les majestueux tire-bouchons de la perruque jusqu'aux fringantes rosettes des souliers, semblent avoir beaucoup intéressé l'artiste. Le bronze est trop sérieux pour se prêter avec grâce et convenance à ces spirituelles mièvreries, charmantes dans une statuette, mais qui, dans ces proportions monumentales, perdent tout leur piquant. La position assise n'est pas non plus très-heureusement choisie. Elle a l'inconvénient de présenter des lignes brisées, anguleuses, d'un aspect ingrat; elle a en outre, surtout avec nos costumes, quelque chose de trop familier, de trivial et de bourgeois. Les anciens ont en général représenté leurs grands hommes, leurs héros et leurs dieux debout, excepté Jupiter; mais Jupiter ne portait ni culotte de satin ni jabot de dentelle ; nu jusqu'au-dessous de la ceinture, une ample draperie à plis ondoyants tombait des genoux jusqu'aux pieds; mais son siége était un trône et non un fauteuil style Louis XV. Il y a cependant deux très-beaux exemples de statues assises représentant des personnages historiques : ce sont les figures des poëtes comiques Posidippe et Ménandre qui décoraient jadis un théâtre et qui sont aujourd'hui au musée du Vatican. Voilà une partie de ce que nous aurions pu dire, si nous n'avions pris l'engagement formel de rester bouche close sur cette statue qui, du reste, figurera très-honorablement parmi les nobles images de médecins célèbres, depuis longtemps, érigées par des mains pieuses dans une galerie spéciale à la Faculté de Montpellier.

C'est debout, la tête nue, droite et ferme, le regard serein, que M. Badiou de Latronchère a posé le plus illustre représentant de la chirurgie

concourt à assurer, à renforcer ces résultats d'occlusion active des orifices auriculo-ventriculaires, c'est-à-dire à maintenir rapprochés les colonnes, les tendons, le bord découpé et froncé de l'anneau, et à presser sur l'anneau fermé de manière à y trouver un point d'appui pour la propulsion du sang de la cavité ventriculaire dans le système des vaisseaux artériels.

Les deux effets, actif de la part des colonnes musculaires, passif de la part de la pression du sang, concourent, bien que représentant deux forces antagonistes, à un même résultat, l'occlusion de l'orifice par l'anneau valvulaire, tiré du côté des ventricules par la contraction des colonnes musculaires poussé du côté des oreillettes par la pression du sang.

Ce n'est là ni la disposition infundibuliforme admise par Burdach, qui n'appartient qu'au rapprochement des colonnes dans l'état cadavérique, ni l'impossibilité d'une saillie de la partie membraneuse de l'anneau, percevable par le doigt introduit dans l'oreillette.

Les variations de pression qui, d'après les données cardiographiques, représentent des oscillations valvulaires, ne contredisent en aucune sorte l'action que j'attribue à ces appareils, et le caractère vibratoire et sonore qu'on rattache à ces oscillations s'expliquerait encore plus facilement en admettant le fait de membranes fortement pressées par un liquide en même temps qu'elles sont énergiquement tendues par des contractions musculaires.

Tel est le rôle que j'assigne aux appareils valvulaires auriculo-ventriculaires chez l'homme, c'est-à-dire dans sa plus haute et plus parfaite expression en ce qui se rapporte au concours de l'élément actif, et chez les animaux supérieurs avec des différences qui, sauf ce qui est propre aux cavités droites du cœur des oiseaux, une valvule exclusivement musculaire et complètement active, consistent en une diminution de la part active dans le résultat total, et en une augmentation de la part passive, jusqu'à la disparition complète de tout rôle actif et la réduction absolue au rôle passif des valvules dans les animaux inférieurs, tels, par exemple, que la grenouille et le crapaud.

Cette conception du rôle des appareils valvulaires auriculo-ventriculaires chez l'homme et dans les diverses espèces animales, je la crois vraie. Elle est sortie d'un ensemble de recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques dont l'expérimentation n'a pas démenti les résultats.

Elle n'est nullement contredite par le fait de sentir avec le doigt introduit dans l'oreillette droite une saillie de l'anneau valvulaire, saillie qui doit être plus prononcée chez le cheval à raison de la structure de l'appareil valvulaire dans laquelle les éléments actifs sont moins développés et moins perfectionnés que chez l'homme.

Avant de rejeter cette conception, il me semble qu'il conviendrait d'en étudier, d'en discuter, d'en apprécier les véritables données. J'avoue avoir trouvé un peu leste et par trop expéditif le procédé au moyen duquel on s'en est débarrassé.

MM. Chauveau et Faivre et d'autres, avant ou après eux, ont pu sentir avec le doigt les saillies que forment dans la cavité auriculaire les valvules au moment où le ventricule se contracte.

« Le mode d'occlusion des valvules est très-facile à sentir, a dit « M. Marey, et l'expérience de MM. Chauveau et Faivre montre que « Parchappe s'était trompé lorsqu'il admettait une sorte d'engrénement des cordages tendineux des valvules et une disposition infundibuliforme de l'orifice auriculo-ventriculaire fermé. »

Je ne relève de cette appréciation que les mots *facile à sentir*.

Il ne suffit pas de sentir, l'essentiel est de comprendre.

III. — Portée des méthodes.

J'arrive à la troisième question que je me suis proposé de traiter, celle des réserves qui me paraissent devoir être faites sur la portée des méthodes à propos des expériences nouvelles sur la circulation.

En ce qui se rapporte à l'ordre de succession, au rhythme, à la nature des mouvements, et jusqu'à un certain point à l'efficacité fonctionnelle dans les parties constituantes et l'ensemble du cœur, les expériences cardiographiques de MM. Chauveau et Marey ont en réalité confirmé ce que Harvey, Haller avaient vu et constaté, et ce que j'avais affirmé pouvoir être vu et constaté chez les animaux vivants, malgré de nombreuses contradictions formulées au nom de l'expérimentation. Ce sont des preuves de plus, dont je ne conteste pas et dont je loue la valeur spéciale, à l'appui de faits qui étaient déjà pour la plupart parfaitement et définitivement acquis à la science.

Quant à la détermination rigoureuse du moment du choc du cœur contre la poitrine, la confirmation donnée par ces expériences à la doctrine de Harvey a une importance réelle. Ce point de fait était réellement discutable jusqu'à la preuve décisive que le cardiographe a donnée du synchronisme du choc du cœur avec la systole ventriculaire.

L'opinion qui rattachait ce choc à la diastole ventriculaire n'était pas seulement celle de M. Beau, et l'un des éléments de sa théorie sur les bruits du cœur. Elle avait été soutenue au temps de Haller par Shebbeave, et depuis par Corrigan, Stocke, Pigeaun, et proclamée comme physiologiquement démontrée par Burdach.

C'est, à mes yeux surtout, par la détermination rigoureuse et précise du moment du choc du cœur, par rapport aux moments de la révolution des mouvements cardiaques, que les expériences de MM. Chauveau et Marey ont rendu un véritable service à la physiologie et à la pathologie, en faisant cesser une incertitude qui jetait l'indécision dans beaucoup de questions physiologiques et pathologiques.

Mais la portée de ces expériences est-elle aussi grande qu'on l'a admis, et leurs résultats sont-ils de nature à fournir les traits d'un tableau plus vrai et plus complet de la circulation cardiaque, que celui qui en a été fait en recourant à tous les moyens de la méthode applicable à la science de la vie, de la méthode dont on était déjà en pleine possession dès le temps de Harvey et de Haller, c'est-à-dire en s'appuyant à la fois sur l'induction anatomique, sur l'observation simple, physiologique ou pathologique, et sur l'expérimentation.

Tel n'est pas mon avis.

D'abord, en tant qu'observés exclusivement sur l'espèce cheval, les résultats de ces expériences ne peuvent s'appliquer absolument à toutes les autres espèces, et représenter avec vérité un type général de la circulation cardiaque.

L'observation permet de constater un type de circulation fort dif-

---

militaire du siècle, le plus noble caractère dont la profession puisse s'honorer : le baron Larrey. Sa main gauche ramenée vers la poitrine, retient et presse sur son cœur le feuillet du testament de Napoléon Ier, qui contient ce mémorable hommage : *A l'homme le plus vertueux qu'il eût connu*. Sa main droite abaissée semble indiquer un petit modèle de fourgon d'ambulance, et des livres rassemblés à ses pieds, nobles emblèmes du dévouement à la science et à l'humanité. Nous ignorons la destination de cette remarquable statue qui, comme portrait, paraît cependant moins réussie que celle de l'Académie de médecine, due à l'intelligent et habile ciseau de M. Robinet.

Quelques bustes-portraits de confrères vivants, en marbre, bronze ou plâtre, mériteraient probablement mieux que la simple mention qu'il nous est possible de leur accorder; mais le terrible *on ferme* retentit à nos oreilles, et les gardiens inflexibles nous arrachent à l'étude de ces effigies. Nous emportons seulement la vague impression d'un portrait de M. Nélaton, un peu rond, un peu mou, et médiocrement ressemblant, signé pourtant par un des maîtres du genre, M. Dantan jeune; de celui du docteur Bernutz, par M. Ponscarme, dont nous ne pouvons, et pour cause, contrôler la ressemblance, mais d'un modèle très-fin; enfin d'une troisième tête à cheveux rares, ramenés avec soin vers le sinciput, double menton à la Vitellius, sourcils rapprochés, expression chagrine, beau bronze de M. Hippolyte Moulin.

L. Peisse.

— M. le docteur Mourier vient d'être chargé d'une mission scientifique au Japon. Notre honorable confrère doit adresser le résultat de ses observations au ministre de l'instruction publique et à nos grandes sociétés savantes.

— Le docteur Vogel, conseiller d'Etat, ancien médecin particulier de Charles-Auguste et de Gœthe, vient de mourir à Weimar. Né à Dessau, il avait servi d'abord dans les guerres de l'Empire; puis, livré à l'exercice de sa profession, il avait publié de nombreux ouvrages, notamment une édition de la correspondance de Gœthe et de Charles-Auguste, qui lui avait été commandée par le grand-duc actuel.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alphonse Vayer (de Nogent-le-Roi).

— Nous apprenons avec la satisfaction que nous causent tous les actes honorables pour le corps médical, qu'un modeste praticien du sixième arrondissement, M. le docteur Vasseur, dont la mort récente et imprévue a si vivement affligé ses nombreux amis, avait fait une large part dans son testament aux œuvres de bienfaisance. Membre fondateur de l'Association des médecins de la Seine, M. Vasseur a légué à cette institution une somme de 2,000 fr. (libre de tous frais de succession); médecin du Bureau de bienfaisance, il a laissé une somme de 600 fr. aux pauvres de son arrondissement.

féreut chez les animaux à sang froid, dont la circulation centrale est sous l'influence de quatre mouvements : la contraction des vaisseaux veineux, la contraction des oreillettes, la contraction des ventricules et la contraction du bulbe artériel.

L'induction anatomique, confirmée par l'observation, démontre chez les animaux à sang chaud la réalité d'une contraction des vaisseaux veineux, et une propagation du mouvement de contraction, quelque rapide qu'il soit, dans les oreillettes, depuis les orifices veineux jusqu'aux orifices auriculo-ventriculaires, ayant pour effet de mettre jusqu'à un certain point obstacle au reflux, et d'assurer la propulsion du sang dans les ventricules.

C'est l'induction anatomique qui seule peut rendre compte du fonctionnement des appareils valvulaires sous les diverses formes qui se trouvent réalisées chez les diverses espèces animales.

Le cardiographe est muet en ce qui touche le fonctionnement des appareils valvulaires auriculo-ventriculaires.

Le rôle des colonnes musculaires des cavités ventriculaires du cœur est ignoré de M. Marey, malgré tout ce que les expériences cardiographiques lui ont appris.

Ces expériences, dans leurs conditions et dans leurs résultats, sont donc de nature à prouver que, même pour une fonction essentiellement mécanique, l'observation et l'induction anatomique peuvent rendre compte de ce que l'expérimentation la plus ingénieuse sur l'animal vivant est impuissante à démontrer.

Tout en reconnaissant la légitimité et l'utilité de l'application des méthodes usitées en physique à l'élucidation des phénomènes de la vie, il y a lieu de se tenir en garde contre ce que cet emploi peut avoir d'excessif.

La portée de ces méthodes n'est pas aussi grande qu'on l'imagine. Elle n'atteint, en effet, que ce qu'il y a de réellement physique dans les phénomènes de la vie.

Sous prétexte de ramener les faits de la vie à la simplicité des faits physiques, on arrive parfois à les défigurer, à les dénaturer. Les prétentions à la synthèse physiologique me paraissent peu fondées. Comment oser placer, à propos du cœur, ces schèmes si grossiers que l'homme peut produire, en regard de ces admirables machines vivantes que la nature sait faire!

A certains égards, l'induction anatomique enseigne plus de choses que l'expérimentation n'en peut mettre à la portée de nos sens.

Certes les instruments de mesure et de précision, ceux qui augmentent la portée de nos sens, ces instruments qui, dans la sphère des sciences astronomiques, physiques et chimiques, ont une valeur si générale, si absolue, que leur invention et leurs perfectionnements représentent en quelque sorte les découvertes et les perfectionnements de ces sciences elles-mêmes, ont rendu, rendent et rendront encore d'immenses services dans les sciences naturelles, dans la biologie et même dans la médecine.

Mais il faut se garder des exagérations.

Le médecin a besoin dans la pratique de pouvoir compter sur l'exactitude, la finesse, la sagacité de ses sens, même non armés, et il a surtout besoin de développer sa faculté de féconder intellectuellement les données sensibles des phénomènes.

C'est ici que se présente à nu point de vue plus général la réserve qu'il est dans ma pensée de faire relativement à la portée des méthodes.

Les tendances de la science médicale, participant au mouvement général des esprits à notre époque, me paraissent se prononcer trop énergiquement et surtout trop exclusivement dans la direction des doctrines qui font aux données des sens une part excessive.

Il ne faut pas perdre de vue que dans les sciences d'observation, et la physiologie est de ce nombre aussi bien que la médecine, c'est l'induction, action de l'esprit, qui féconde les données des sens, qui leur imprime une signification et qui permet de remonter des faits à des lois, que ces faits soient fournis par l'observation simple ou par l'observation artificiellement dirigée en vue d'un but, c'est-à-dire par l'expérimentation.

Ce qu'on appelle trop exclusivement la méthode expérimentale ne résume pas, n'épuise pas la science en physiologie et en médecine. Les droits de l'observation doivent être fermement maintenus en face de ce qu'il y a d'excessif dans les prétentions de l'expérimentation.

Il faut se garder aussi en biologie des illusions dont s'enivre notre époque.

Il y a dans le monde, que nous pouvons connaître des ordres de phénomènes qui ne peuvent être, qui ne seront jamais ramenés à l'unité. Les phénomènes physiques et chimiques ne seront jamais identifiés aux phénomènes vitaux, et les phénomènes moraux demeureront éternellement séparés des uns et des autres.

Je ne prétends en aucune sorte contester la grandeur de l'idée de la *corrélation* et de la *transformation des forces* qui a récemment révolutionné, en les perfectionnant, la physique et la chimie. Je reconnais la légitimité et l'importance des applications qui en ont été et qui pourront en être utilement faites à l'explication de ce qu'il y a de physique et de chimique dans les phénomènes de la vie.

Mais je tiens à poser une limite, et, selon ma conviction, une limite infranchissable.

Le transport de la doctrine de l'*Equivalence*, de la *transformation des forces*, de l'*identité des lois*, du monde physique au monde vivant et du monde vivant au monde moral, c'est le renversement des fondements actuels de la science de la vie et de la science de l'homme, mais c'est aussi une impossibilité, une chimère.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE RAMOLLISSEMENT DU DÉPÔT ATHÉROMATEUX DES ARTÈRES (ARTÉRIOMALACIE DE LOBSTEIN); par É. LEUDET (lue à la Société de biologie).

La forme de ramollissement du dépôt athéromateux des artères que je décris ici n'est pas nouvelle, elle a déjà été décrite par Lobstein et Rockitansky; mais sa rareté même et surtout l'absence de sa description dans la plupart des ouvrages classiques m'engage à donner une courte indication de cette forme de dégénérescence athéromateuse des artères d'après un cas que j'ai eu l'occasion d'observer.

« En examinant, dit Rockitansky (*Ueber einige der Wichtigsten Krankheiten der Arterien*; *Mémoires de l'Académie des sciences de Vienne*, 1853), une artère, qui est le siége de lésions parvenues à un degré avancé, on trouve çà et là de petites ouvertures du volume d'une tête d'épingle ou plus volumineuses, à bords rouges et laissant transsuder une petite gouttelette de sang... On pourrait prendre facilement ces petits trous pour des orifices de vaisseaux, si on ne les rencontrait pas dans des points où il n'en existe pas; ces ouvertures communiquent avec de petits canaux simples ou ramifiés qui traversent l'épaisseur de la plaque et se prolongent quelquefois dans la tunique moyenne altérée; d'autres fois ces canaux se confondent ensemble et forment une sorte de tissu érectile. C'est sans doute cette forme à laquelle Lobstein donna le nom d'*artériomalacie*, dans laquelle la paroi de l'artère est changée en tissu spongieux comme caverneux, d'où la pression fait suinter du sang par de petites ouvertures. »

C'est cette même lésion que Rockitansky compare ailleurs au tissu caverneux et décrit sous le nom de dépôt athéromateux.

J'ai cherché en vain la description et l'interprétation de cette curieuse lésion dans les *Traités d'anatomie pathologique* de M. Cruveilhier, le *Traité de pathologie externe* de Follin (vol. II), et dans les ouvrages qui s'occupent des maladies des vaisseaux et du cœur, de même que dans les catalogues descriptifs des musées du Collége des chirurgiens d'Angleterre ou du musée du Boston.

Voici la relation du fait que j'ai observé :

OBS. — Saunier (Jacques-Antoine-Eléonore), âgé de 50 ans, garçon d'amphithéâtre à l'Hôtel-Dieu de Rouen, est entré trois fois dans ma division médicale de cet hôpital en 1861 et 1862. Depuis 1860, il avait commencé à éprouver de la dyspnée au moindre exercice, et surtout en montant les rues inclinées; presque simultanément il éprouva des douleurs dans le bras gauche avec un peu de faiblesse de ce membre, sans néanmoins cesser jamais de s'en servir pour les occupations possibles de sa profession, comme de placer ou de porter des cadavres. Depuis la même époque, il ressentait parfois des engourdissements dans tout le bras gauche et avait lui-même constaté depuis la même époque un affaiblissement très-marqué du pouls de l'artère radiale gauche. Pendant les trois séjours que S... fit dans mon service, je constatai une augmentation considérable du volume du cœur et une faiblesse telle du pouls à l'artère radiale gauche qu'on pouvait à peine compter le nombre des pulsations; engourdissement du bras de ce côté depuis la main jusqu'au coude, sans aucune anesthésie; absence d'œdème de ce bras ou de circulation supplémentaire artérielle ou veineuse visible. L'auscultation permettait de constater un souffle double très-fort sur le trajet de l'aorte ascendante avec une impulsion très-distincte un peu à gauche du sternum et au niveau de la deuxième côte. Aucun signe de compression des veines ou des bronches. Les entrées successives de S... dans mon service furent déterminées par des accès de bronchite et

d'œdème pulmonaire. Dans les intervalles il reprenait ses occupations; mais depuis le mois de juillet 1863, il y avait complétement renoncé et avait été rayé du tableau du personnel de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Placé depuis cette époque dans un des services de l'Hôtel-Dieu, division chirurgicale (il n'avait néanmoins aucune maladie chirurgicale), il mourut le matin du 4 septembre 1863.

Le cœur et l'aorte avaient été examinés. L'hypertrophie cardiaque étant considérable, les cavités droites, mais surtout les gauches, étaient dilatées; l'augmentation d'épaisseur du ventricule gauche était considérable; aucune dégénérescence apparente de la paroi musculaire. La valvule mitrale était souple; son orifice insuffisant laissait pénétrer plus de trois doigts; les colonnes charnues de premier ordre étaient atrophiées et pâles, surtout celle de droite et la plus rapprochée des valvules aortiques. Ces valvules sigmoïdes simples n'offraient que quelques petits épaississements au niveau des tubercules d'Arantins. L'aorte présentait une altération considérable de toutes ses tuniques, avec des dépôts athéromateux nombreux et à divers degrés d'évolution, surtout au niveau de sa partie ascendante et dans sa crosse; la tunique externe était un peu opaque et légèrement adhérente dans quelques points plus que dans l'état normal au niveau des points les plus malades. La tunique moyenne était un peu friable et se laissait facilement séparer en lamelles contenant des plaques jaunes et d'autres calcaires. La tunique interne dans plusieurs points était adhérente à ces plaques calcaires étendues; nulle part il n'existait aucun ramollissement de ces plaques de matière crayeuse ou athéromateuse.

Au niveau de la naissance de l'artère sous-clavière gauche à la crosse de l'aorte, une plaque un peu jaunâtre et déjà calcaire, mais lisse à sa surface, faisait un peu saillie dans l'intérieur du vaisseau; cette plaque qui siégeait sur un tiers à peu près de la circonférence de cet orifice, était lisse sans destruction de la membrane vasculaire interne. Aucune coagulation sanguine ancienne ou récente à sa surface.

Le canal artériel du membre supérieur gauche fut ouvert dans toute sa longueur, et celui du bras droit dans la même étendue, afin d'en pouvoir faire l'étude comparée.

L'artère radiale gauche était saine, de même que l'humérale jusqu'audessus du coude. Dans ce point, la pointe mousse des ciseaux qui avant pénétré facilement dans les artères, même moins volumineuses, fut arrêtée par un rétrécissement qui permettait à peine le passage d'une plume de corbeau un peu volumineuse.

L'artère fut ouverte et présenta un rétrécissement d'environ un tiers de sa circonférence. Dans une hauteur de 1 centimètre, la tunique interne était détruite; la circonférence du vaisseau présentait deux lésions un peu différentes d'aspect dans sa moitié antérieure et sa moitié postérieure. Dans la moitié antérieure de la circonférence, on trouvait la tunique interne soulevée par une plaque un peu molle, mais non liquide, parcourue à sa surface par plusieurs trabécules du volume d'un fil interceptant plusieurs petites cavités capables de laisser pénétrer la pointe d'une épingle; quelques-uns de ces petits trabécules étaient libres, mais avaient à peine 0,001 de longueur. Dans la moitié postérieure de la circonférence du vaisseau, la lésion était plus marquée. En allant de bas en haut, on trouvait un petit pont formé par un amas de fibres transversales ayant près de 0,002 de hauteur, et se continuant des deux côtés avec la couche des fibres musculaires transverses de la tunique moyenne; réunies dans leur partie moyenne, ses fibres se séparaient à leur point de continuité avec la tunique moyenne en plusieurs fibrilles secondaires. Au-dessous de ce petit pont formé par ces fibres transverses, on pouvait introduire un stylet de trousse ordinaire, mais ce canal était borgne. A la partie supérieure du rétrécissement existait une petite cavité capable d'admettre un pois de volume ordinaire, et demi-sphérique. Sa partie supérieure était traversée par deux fibres grêles adhérentes des deux côtés à la tunique moyenne, et dans le fond de la cavité on reconnaissait des fibres saillantes de la tunique moyenne. Dans cette hauteur de 0,01, l'artère semblait donc comme réticulée, parsemée de fibres transversales plus ou moins volumineuses, libres dans toute leur circonférence ou adhérentes dans une partie de leur étendue; toutes étaient adhérentes par leurs extrémités, et intéressaient de petites cavités plus ou moins grandes, dont aucune ne dépassait la tunique moyenne.

Examinée en dehors, la tunique celluleuse externe était soulevée par une petite plaque ayant 0,008 de longueur sur 0,006 de largeur, et assez ferme; aucun vaisseau ne naissait de l'artère humérale à ce niveau.

Au-dessus et au-dessous de cette lésion l'artère humérale présentait une augmentation légère de la saillie des fibres transversales de la tunique moyenne sans aucune plaque athéromateuse.

La description que je viens de donner de cette lésion me semble fournir des éléments capables d'éclairer sur son mode de production. Le dépôt athéromateux existant encore au-dessous de la membrane interne de l'artère et saillant en dehors au-dessous de la tunique celluleuse externe, a été le point de départ de la lésion; en dedans du vaisseau le dépôt ne se retrouve plus qu'à l'une des extrémités de la lésion; au contraire, examinée en dehors la dégénérescence athéromateuse correspond à toute l'étendue de ce que nous appelons la dégénérescence aréolaire. Quelle est l'origine de ces tubercules dirigés transversalement réunis en masses plus ou moins volumineuses et séparées par de petites cavités. Leur continuité avec les fibres de la tunique moyenne montre que ce sont manifestement les restes de ces fibres dissociées.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION CURATIVE DES EAUX DU MONT DORE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur JULES MASCAREL. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

(Suite — Voir les nos 15, 16, 18 et 19.)

Première partie. — Deuxième classe.

PHTHISIE ACQUISE.

Genre masculin.

Les deux premiers cas de cette série, obs. X et XI, offrent deux exemples très-remarquables de guérison complète. Le diagnostic de la maladie de M. H..... a été établi par quatre docteurs, entre autres par le très-honorable président de la Société d'hydrologie, M. le docteur Mélier. La maladie est arrêtée dans sa marche dès la première saison; à la seconde saison, tous les symptômes tendent de plus en plus à s'effacer et à la troisième la guérison radicale est constatée par trois d'entre nous, sauf M. le docteur Mélier, malgré une atteinte de fièvre typhoïde qui eut lieu pendant l'hiver et qui retint le malade à la chambre pendant sept semaines.

La guérison de M. G.... est plus frappante encore, car les lésions étaient beaucoup plus étendues en hauteur et en profondeur, une atteinte grave était portée à toute la constitution. M. le docteur Guérineau désespérait complètement du malade lorsqu'il le dirigea sur les eaux du mont Dore. Qu'on se rappelle les hémoptysies initiales au traitement thermal, la pâleur, l'amaigrissement, l'inappétence, la toux et l'expectoration abondante, qu'on se rappelle encore que M. G... paraît avoir contracté la maladie *auprès de sa femme*, dévorée par la phthisie après deux ans de souffrance.

Dès la seconde cure au mont Dore, embonpoint remarquable, et à la fin de la troisième année que constatons-nous? un peu de faiblesse respiratoire dans le sommet naguère si gravement compromis, enfin un embonpoint qu'on peut évaluer à 15 kilogrammes en trois années.

Nous ne pouvons encore rien dire des obs. XII, XIII, XIV, XV, XVI, parce que c'est la première année que nous les observons; ici comme toujours le râle crépitant de retour n'a pas manqué de se produire au milieu ou à la fin du traitement, excepté chez le n° 16 où nous n'avons pu le saisir. Les docteurs Demassé, Leclerc et Léveillé ont pu s'assurer par eux-mêmes si leurs malades pour cette première saison n'ont pas éprouvé dans l'état local, et surtout dans l'état général, des modifications profondes, soudaines, inattendues, et qu'ils avaient demandées en vain aux médications pharmaceutiques ordinaires. M. K... a vu sa voix revenir, la toux diminuer, ainsi que l'expectoration devenue moins opaque, plus glaireuse, plus aérée; enfin il y avait plus de forces, plus d'embonpoint, plus de fraîcheur, et le moral plein d'espérance; et tout cela en combien de temps, en dix-huit jours!

M. R..., le malade de MM. Paul Laroche et Gendrin, n'a certainement pas recouvré la plénitude de sa voix, mais là encore il y a eu une telle amélioration locale et générale qu'on est en droit d'espérer beaucoup plus d'une seconde et même d'une troisième saison.

L'obs. XVIII, qui appartient à M. le docteur Horteloup, nous confirme dans les espérances que nous venons de formuler.

En effet, M. S..., était dans le même état que M. R.... lorsqu'il vint l'année dernière boire les eaux, si ce n'est que son état était beaucoup plus grave sous tous les rapports. Après sa première cure, il passa très-bien l'hiver, mais à l'entrée du printemps il est repris d'un tel redoublement dans les accidents, qu'il compte les jours qui le séparent encore des sources désirées. Les eaux transportées prescrites pour le mois de novembre 1859, n'avaient pas été bues, parce que les premières doses n'avaient pas été bien supportées, ce qui ne s'était pas produit une seule fois aux sources thermales.

M. S... est revenu cette année compléter le traitement si avantageusement commencé et a éprouvé les bons effets de l'année précé-

dente; après dix-huit jours de traitement, la voix avait repris presque entièrement son timbre normal, et cependant le sommet gauche conservait encore une respiration tuboïde avec du râle humide à petites bulles.

Nous nous arrêterons peu sur les obs. XIX et XX, parce que le diagnostic ne nous paraît pas dégagé de toute incertitude. Quant à l'obs. XXI, la coïncidence de l'asthme avec les tubercules étant un fait assez rare par lui-même, nous a engagé à classer cette observation dans la catégorie des cas douteux, quoique le diagnostic de M. Lepetit fût très-explicite. Notons encore les bons effets de la cure thermale, bons effets qui s'étaient maintenus jusqu'à la fin de l'hiver.

Enfin l'obs. XXII, qui termine cette première partie, est un de ces faits les plus remarquables d'amélioration très-rapide sur place, et que l'œil et l'oreille suivent avec une anxiété et un plaisir partagés par le malade et une partie de sa famille qui l'entoure. Ainsi plus de dyspnée, plus de douleurs costales, plus de toux, respiration douce et moelleuse partout excepté dans le sommet droit, où elle est, non plus tubaire, mais tuboïde dans l'étendue de 5 centimètres en bantenr, avec quelques petites variétés de râle crépitant fin humide; vif appétit, bon sommeil, forces nouvelles, épanouissement et fraîcheur des traits.

Après avoir mis les eaux thermales du mont Dore en contact avec les tubercules pulmonaires surpris pour ainsi dire à leur première période d'évolution, que le lecteur veuille bien nous suivre et qu'il étudie avec nous leurs effets sur ces mêmes tubercules passés à l'état de ramollissement, de suppuration et d'expulsion : c'est ce qui va faire l'objet de la deuxième partie.

DEUXIÈME PARTIE. — PHTHISIE AU DEUXIÈME ET AU TROISIÈME DEGRÉ CONFIRMÉE.

Première classe.

PHTHISIE TUBERCULEUSE HÉRÉDITAIRE.

Premier genre : hommes, 8.

Ainsi que nous l'avons déjà dit précédemment, nous avons rangé dans la première partie bien des faits qui appartiennent à la seconde, parce que non-seulement la maladie passe souvent de la première à la seconde période par des nuances insensibles, mais aussi afin de mieux porter la conviction dans l'esprit des médecins peu familiarisés avec la stéthoscopie. Aussi les premiers faits dont nous allons entretenir le lecteur ne sont-ils que la continuation des anneaux de la longue chaîne que nous poursuivons et dont ils sont comme le milieu.

PLUSIEURS HÉMOPTYSIES; TUBERCULISATION BORNÉE AU SOMMET DROIT; BONS EFFETS D'UNE PREMIÈRE SAISON. (Docteur GUÉRINEAU.)

OBS. XXIII. — M. B..., âgé de 33 ans est d'une constitution lymphatico-sanguine, maigre, et à le système veineux très-développé. Deux de ses parents les plus proches dans la ligne maternelle sont morts de la phthisie confirmée. Lui-même, après des fatigues physiques et morales, a été pris, il y a trois mois, d'une première hémoptysie qui a duré huit jours et d'une seconde il y a un mois qui n'a duré que trois jours; il tousse depuis cette époque et crache peu, si ce n'est le matin; il est oppressé en marchant et accuse une grande faiblesse dans les jambes.

Le malade arrive au mont Dore le 27 juin 1859, d'après les conseils de M. le docteur Guérineau.

Sous la clavicule gauche, on ne trouve ni matité ni bronchophonie; mais l'inspiration est rude, rapeuse, et s'accompagne de râle humide dans l'étendue de deux travers de doigt. Rien de remarquable dans les autres régions de la poitrine. Pas de fièvre, peu d'appétit, peu de sommeil.

Après quelques jours de malaise, d'inappétence et d'agitation nocturne, sous l'influence des premières applications du traitement thermal, peu à peu le calme se rétablit, l'appétit se développe et le malade reprend des forces et un embonpoint très-notable. La toux et l'expectoration sont à peu près nulles, et c'est à peine si l'oreille perçoit quelques craquements sous la clavicule gauche, mais le bruit respiratoire est encore rude.

TUBERCULES LIMITÉS AU SOMMET GAUCHE; CAVERNULES; RALE CRÉPITANT DE RETOUR ABONDANT; BONS EFFETS D'UNE PREMIÈRE SAISON; SANTÉ TRÈS-BONNE JUSQU'A LA SECONDE SAISON; BONS RÉSULTATS. (Docteurs MANGIN et HEURTELOUP.)

OBS. XXIV. — M. C..., 23 ans, négociant, lymphatico-sanguin, malade depuis le mois d'octobre 1858, époque à laquelle il garda le lit pendant deux mois. Depuis cette époque, la toux et l'expectoration ont toujours persisté. Sœur morte de phthisie pulmonaire à l'âge de 25 ans. D'après les conseils de M. le docteur Horteloup, M. C... arrive au mont Dore le 13 juillet 1859.

Nous constatons : pâleur des traits, inappétence, sentiment de faiblesse, absence de fièvre, matité sous la clavicule gauche, râle muqueux à petites bulles, respiration rude, expiration prolongée tuboïde et entrecoupée. Même état dans toute la fosse sus-épineuse du même côté, où l'on perçoit quelques bulles de râle caverneux; rien de semblable du côté opposé, si ce n'est un peu d'exagération dans les bruits respiratoires; toux le matin surtout et expectoration, pas d'hémoptysie.

Au départ du mont Dore, qui eut lieu le 1er août, l'état général est satisfaisant; il y a une meilleure carnation, embonpoint, peu de toux et très-peu d'expectoration. Le sommet gauche du poumon est envahi par du râle crépitant.

L'année entière se passe sans un seul rhume et sans par conséquent qu'il y eût besoin de consulter aucun médecin. Retour aux eaux du mont Dore le 10 juillet 1860.

Embonpoint, fraîcheur des traits, toux et expectoration presque nulle, mais existant parfois encore le matin seulement au réveil. Absence complète de matité du sommet gauche; on perçoit par la toux quelques bulles sèches dans la fosse sus-épineuse avec un certain état de rudesse dans les bruits respiratoires. Après vingt jours de traitement thermal, la toux et l'expectoration disparaissent; le malade est fort satisfait de son état, et avec difficulté qu'on retrouve une différence dans les sommets du poumon sous le rapport de la respiration.

TUBERCULES DES DEUX CÔTÉS; RALE CRÉPITANT DE RETOUR; AMÉLIORATION. (Docteur MEYNARD.)

OBS. XXV. — M. D..., 21 ans, réformé du service militaire pour cause de phthisie, mère morte de phthisie, constitution lymphatico-sanguine, toux depuis quinze mois, sèche d'abord, suivie d'expectoration depuis un an. Pas d'hémoptysie, pas de fièvre, appétit assez bien conservé, mais pas de force dans les jambes.

Arrivé au mont Dore le 10 juillet.

Matité dans tout le sommet gauche, avec râle humide à bulle de moyen volume; retentissement de la voix et de la toux; bruit respiratoire rude, rapeux, tuboïde dans toute la fosse sus-épineuse droite avec bronchophonie moins prononcée que du côté opposé; bruit d'expiration prolongée sous la clavicule correspondante sans matité; toux fréquente le matin; expectoration opaque peu aérée.

Le 16 juillet, la respiration est plus moelleuse et mélangée d'une grande quantité de râle humide dans les deux sommets, les crachats sont plus aérés, plus glaireux.

Le 23 juillet, même état, appétit plus développé qu'à l'arrivée, moins de toux et moins d'expectoration.

SYMPTÔMES DE PHTHISIE TRÈS-AVANCÉE; PEU D'AMÉLIORATION PAR UNE SAISON AUX EAUX-BONNES ET UNE AUTRE AU MONT DORE; AMÉLIORATION CONSÉCUTIVE SOUS L'INFLUENCE DES EAUX TRANSPORTÉES.

OBS. XXVI.—M. F..., 29 ans, constitution lymphatico-sanguine, cheveux noirs, œil brillant, pommettes rosées, malade depuis trois ans par suite d'un rhume négligé. Voyage aux Eaux-Bonnes il y a un an (1857); constitution fortifiée, mais continuation de la toux et de l'expectoration; deux hémoptysies abondantes pendant l'hiver 1858; arrivée au mont Dore le 8 juillet suivant; frère mort de phthisie.

Amaigrissement, toux fréquente, expectoration opaque abondante le matin, peu d'appétit, pas de forces. Divers râles humides à la base des poumons en arrière, râle sous-crépitant dans la fosse sus-épineuse gauche sans matité ni bronchophonie.

Au sommet droit, matité et respiration tubaire dans l'étendue de 5 à 6 centimètres en hauteur, craquements humides pendant et après la toux, bronchophonie. Ce malade quitte les eaux après vingt-deux jours sans avoir éprouvé d'amélioration notable, si ce n'est que les crachats sont moins abondants, moins opaques, et que l'appétit est meilleur. Toute la poitrine est remplie de râle sous-crépitant humide; la matité et la respiration bronchique n'ont pas diminué.

Les eaux transportées sont bues au commencement du mois de novembre, et le malade se trouve si bien qu'il peut se livrer au plaisir de la chasse.

Après une promenade de ce genre, il est pris en février 1859 d'une fluxion de poitrine qui envahit tout le lobe supérieur droit. Deux saignées, trois vésicatoires et le tartre stibié arrêtent les accidents dès le douzième jour; la convalescence s'établit franchement.

Les eaux transportées sont bues en juillet 1859, puis en novembre 1859, et toujours avec une amélioration. Enfin l'hiver de 1860 se passe bien, et au mois de mars 1860, la santé générale se conservait bonne, un peu de toux, un peu d'expectoration le matin.

Le bruit respiratoire est bon partout, excepté au sommet droit, où il y a encore 3 centimètres de matité en hauteur avec quelques bulles de craquements humides. Des circonstances spéciales empêchent le malade de se rendre aux eaux; il les boit transportées en juillet. J'ignore main-

tenant quel est l'état local, mais le malade me fait savoir en novembre 1860 qu'il tousse et crache très-peu, qu'il va bien.

CAS GRAVE DE TUBERCULISATION; ARRÊT DANS LA MARCHE DES ACCIDENTS; GUÉRISON APPARENTE DEPUIS PLUS D'UN AN.

Le sujet de cette observation a perdu son père, sa mère, deux de ses frères de la maladie de poitrine; le dernier est mort à 29 ans aux Eaux-Bonnes même. Ceux-là ont été vus par M. le professeur Andral, celui-ci par M. le professeur Trousseau.

Obs. XXVII. — M. G... est un négociant, grand, bien fait, la poitrine large et d'une belle constitution apparente. Il est blond châtain clair, âgé de 29 ans, et d'un tempérament lymphatico-nerveux. Depuis l'adolescence il a une grande disposition à tousser, et ses rhumes lui durent quelquefois tout l'hiver.

Il a commencé à avoir de petites hémoptysies il y a quatre ans, et depuis cette époque il tousse tous les matins et expectore presque toujours des matières opaques jaunâtres qui augmentent beaucoup aussitôt qu'il contracte un nouveau rhume.

Au commencement de juillet 1858, ce malade se rendit aux eaux du mont Dore, et se présenta à notre examen dans l'état suivant :

Amaigrissement, pâleur et bouffissure du visage, dyspnée, toux le matin et le soir, expectoration peu abondante et parfois marquée de petites stries de sang vif, douleur vague dans le thorax, pas de fièvre, mais sueurs la nuit, bon état des voies digestives. La respiration paraît ample, souple et moelleuse à la base des deux poumons, mais dans toute la région du scapulum du côté droit, il y a une matité intense qui s'étend jusque vers l'aisselle; cette matité est moins étendue en avant sous la clavicule où elle disparaît au-dessous de deux à trois travers de doigt. Ici le bruit respiratoire est faible partout, et n'offre plus à l'oreille ce moelleux qu'on trouve dans les régions inférieures. La voix et la toux retentissent dans les parties mates et s'accompagnent de craquements humides et de râles sous-crépitants; ce dernier est moins abondant sous la clavicule gauche. Le bruit respiratoire est rude, l'expiration prolongée et comme saccadée; les ongles sont incurvés.

Ce malade supporte parfaitement toutes les pratiques du traitement thermal; il reprend de l'embonpoint et peut se livrer avec les touristes à toutes leurs excursions dans la montagne, pourvu toutefois que cela ne soit pas à pied.

Après vingt jours du régime des eaux, la toux et l'expectoration n'ont plus lieu que le matin, et cette dernière se réduit à très-peu de chose.

Toute la partie du poumon qui était le siége de la matité est renforcée par du râle crépitant (de retour), il n'y a plus de bronchophonie et très-peu de dyspnée, l'appétit est excellent, toutes les fonctions se font bien.

Un mois plus tard j'auscultai ce malade; il n'y avait plus trace de râle crépitant, mais quelques bulles de craquements humides avec faiblesse du bruit respiratoire. Je conseillai de passer l'hiver dans les pays chauds, et M. G..., après un séjour de deux mois et demi sur les côtes d'Afrique, rentra en France dans le courant de février.

Quelques semaines après son arrivée, il prit un rhume, c'était le premier depuis son voyage aux eaux, et eut de la fièvre pendant quelques jours avec des accès de toux suivis de crachats très-légèrement striés de sang.

Cependant, à la fin de la seconde semaine, il put quitter la chambre et continua à se bien porter jusqu'au 24 juin, époque à laquelle il revint au mont Dore.

La bonne coloration du visage et l'embonpoint semblent indiquer une santé parfaite, mais il y a toujours de la toux et un peu d'expectoration le matin. L'ancienne matité du poumon droit n'existe plus et l'état d'embonpoint n'est d'ailleurs un obstacle pour le constater. La respiration n'est pas moelleuse, et en faisant tousser le malade on renforce et l'on développe les bruits de craquements humides, mais le sommet gauche présente cette année quelques bulles de râle sous-crépitant dans la fosse sus-épineuse.

Le régime des eaux est appliqué dans toute sa rigueur, et M. G... quitte l'Auvergne toussant encore moins, mais n'expectorant plus; la respiration est plus douce dans les points affectés, il n'y a plus de râle crépitant comme à la fin du premier traitement thermal, on constate seulement les ineffaçables craquements humides.

Fin de novembre 1860. Depuis l'année dernière jusqu'à ce jour, la santé de M. G... s'est conservée très-bonne, pas un seul rhume pendant l'hiver.

PHTHISIE A LA TROISIÈME PÉRIODE. TROIS ANNÉES AUX EAUX DU MONT DORE. ARRÊT DANS LA MARCHE DES ACCIDENTS. (Professeur ANDRAL.)

Obs. XXVIII. — M. H..., 28 ans, constitution lymphatico-nerveuse, cheveux noirs, œil perlé, grande maigreur. M. Andral a conseillé le mont Dore à ce malade depuis deux ans; il y vint en 1858 pour la troisième année, et nous constatons une petite caverne dans la clavicule droite, râle de gargouillement, pectoriloquie dans l'étendue de deux travers de doigt. Père et mère morts de phthisie; pas de fièvre, mais sueurs nocturnes, pas de diarrhée.

Le traitement thermal développe l'appétit et diminue l'expectoration, la caverne s'entoure de quelques petites bulles de râle crépitant.

Les eaux transportées sont bues en novembre, l'hiver se passe bien ainsi que l'été. Les eaux transportées sont bues en novembre 1859; aucun accident nouveau ne se déclare jusqu'en septembre 1860, époque à laquelle j'apprends que M. H... tousse et crache, mais sans garder une seule journée la chambre.

PHTHISIE A LA TROISIÈME PÉRIODE. PREMIÈRE SAISON, PEU DE CHANGEMENT, SI CE N'EST LA CESSATION DE LA FIÈVRE DU SOIR. (Docteurs VIBERT et COLMAR.)

Obs. XXIX. — M. K..., 21 ans, fabricant de tulle, lymphatique, malade depuis quinze mois, toux, expectoration, hémoptysies, voix voilée depuis cinq mois, sueurs, amaigrissement, fièvre tous les soirs.

Matité du sommet droit, en avant et en arrière râle de gargouillement. La matité s'étend en avant dans l'étendue de 6 centimètres.

Le traitement est commencé le 3 août et continué jusqu'au 22 août. Les sueurs nocturnes et la fièvre du soir avaient cessé au départ, la toux est aussi fréquente et l'expectoration moindre. Mais il y a dyspnée, peu d'appétit, pâleur des traits, peu de changement dans l'état local.

TUBERCULES A LA TROISIÈME PÉRIODE. EXTINCTION DE VOIX. AMENDEMENT TRÈS-REMARQUABLE DANS TOUS LES SYMPTÔMES. RETOUR DES ACCIDENTS PAR IMPRUDENCE. MORT.

Obs. XXX. — M. L..., 30 ans, lymphatique, père, frères et sœurs morts phthisiques. Vaste caverne au sommet droit, laryngite douloureuse, extinction de voix, difficulté pour avaler, surtout les liquides. Incurvation des ongles. Arrivée au mont Dore le 8 juillet, départ le 30. Traitement parfaitement supporté, retour de l'appétit, diminution de la toux, de l'expectoration, et, chose plus remarquable encore, amélioration telle de la laryngite que la voix est revenue, et que la difficulté d'avaler est considérablement diminuée. Le malade n'avale de travers qu'à deux ou trois jours d'intervalle.

Retour en diligence par une chaleur excessive et au milieu de tourbillons de poussière pendant quatre heures, nuit passée en wagon de troisième classe; sommeil, puis réveil en sueur à trois heures du matin avec un vasistas ouvert. Dès ce moment extinction de voix complète qui persiste jusqu'à l'arrivée au domicile après un parcours de 640 kilomètres sans interruption; grande frayeur du malade qui m'écrit tous ces détails. Je conseille des fumigations avec l'eau du mont Dore; retour de la voix après huit jours de fumigations. Le malade se sent assez fort pour aller à la chasse; en sautant un fossé, M. L... tombe dans l'eau jusqu'à la ceintre, retour des accidents fébriles, mort en six semaines.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

IV. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros du 7 janvier au 30 décembre 1863 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur le tétanos traumatique et son traitement par la nicotine*, par M. Pufnell. 2° *Observation de pleurésie gauche*, etc., par M. Axel Key. (Pyléphlébite suppurative, abcès dans la rate, le foie, les parois de l'estomac, et ligament hépato-duodénal.) 3° *Sur les remèdes introduits récemment dans la pratique médicale*, par M. Draper. 4° *Difformité considérable du bras et du cou, produite par une cicatrice, suite de brûlure*, par M. Wood. 5° *Sur la recherche de la cantharidine*, par M. Pichborne. 6° *Leçons sur la médecine clinique*, par M. Moore. 7° *Sur l'angine diphtéritique*, par M. Hamilton. 8° *Cas remarquable d'abcès de l'abdomen*, par M. Smyly. 9° *Cas d'anévrisme osseux*, par M. Mapother. 10° *Sur la resection du genou*, par M. Butcher. 11° *Cas de fracture de l'apophyse odontoïde et soudure de son extrémité avec l'occipital*, par M. Bevan. 12° *Anévrisme d'un des sinus de Valsalva; rupture de la valvule aortique correspondante; hypertrophie et dilatation du ventricule gauche; insuffisance mitrale secondaire*, par M. Gordon. 13° *Sur quelques points relatifs au traitement des maladies vénériennes*, par M. Labatt. 14° *Cas de fracture du crâne avec enfoncement*, par M. Heath. 15° *Epithélioma de la langue; ablation de l'écraseur*, par M. Collis. 16° *Remarques sur les formes simples de syphilis et de gonorrhée*, par le même. 17° *Erysipèle traumatique de la face et du cuir chevelu; affection mitrale; mort par pyémie*, par M. Fleming. 18° *Tubercule scrofuleux du cerve-

let et des poumons avec dégénérescence cancéreuse des plèvres, par M. Gordon. 19° *Version de céphalotripsie*, par MM. Beck et Mc Gee. 20° *Traitement des rétrécissements de l'urètre*, par M. Smyly. 21° *Sur la péricardite scarlatineuse*, par M. Sharkey. 22° *Syphilis et gonorrhée*, par M. Collis. 23° *Deux cas d'ascite*, par M. Wright. 24° *Leçons cliniques sur la phlébite et la thrombose*, par M. Richardson. 25° *Cas de tumeur fibro-celluleuse*, par M. Collis. 26° *Tétanos traumatique*, par M. Stapleton. 27° *Mort imminente par le chloroforme; guérison*, par M. Kidd. 28° *Epidémie d'angines à Dublin*, par M. Kennedy. 29° *Valeur de l'ergot de seigle en obstétricie*, par M. Scott. 30° *Palpitations; pulsations visibles des carotides et du corps thyroïde*, par M. Moore. 31° *Anévrisme de l'aorte abdominale*, par M. Hargrave. 32° *Cas de noma*, par M. Croly. 33° *Sur l'amputation des amygdales*, par M. Martin. 34° *Cas de tétanos*, par M. Nolan. 35° *Cas d'incontinence d'urine*, par M. John. 36° *Affection ovarique compliquée de grossesse*, par M. Donovan. 37° *Elimination tardive de l'arsenic par la peau*, par M. Barry. 38° *Passage d'un fœtus par l'anus*, par M. Stuart. 39° *Leçons sur l'anatomie des tissus élémentaires de l'homme*, par M. Beale. 40° *Cas d'affection organique du cœur*, par M. Malmsten. 41° *Emploi médical de l'électricité*, par M. Powell. 42° *La médecine ancienne et la médecine moderne*, par M. Sharkey. 43° *Remarques sur l'affaire Burton et la prétendue folie morale*, par M. Mc Donnell. 44° *Traitement de la fièvre jaune épidémique*, par M. Neilson. 45° *Sur les effets de l'ergot de seigle employé* 296 *fois dans* 2,000 *accouchements*, par M. Beck. 46° *Traitement du tétanos par la nicotine*, par M. Babington. 47° *Cas de tétanos traumatique*, par M. Barton. 48° *Sur la préparation des viandes destinées à l'alimentation*, par M. Mc Cormac. 49° *Traitement des rétrécissements de l'urètre*, par M. Rountree. 50° *Traitement du tétanos*, par M. Nolan. 51° *Cas de monstruosité*, par M. Walsh. 52° *Extraction d'un corps étranger de la vessie par l'urètre*, par M. Fleming. 53° *Cas d'iléus*, par M. Jamison. 54° *Contributions à la chirurgie clinique*, par M. Hargrave. 55° *Sur le bromure d'ammonium*, par M. Draper. 56° *Anévrisme poplité guéri par la compression*, par M. Crean. 57° *Observations diverses*, par M. Jamison. 58° *Observations recueillies dans les hôpitaux de New-York*, par M. Halton. 59° *Prophylaxie des fièvres*, par M. Mc Cormac. 60° *Traitement radical des hernies*, par M. Vood. 61° *Leçons cliniques*, par M. Smyly. 62° *Mauvais effets des moissons tardives*, par M. Mc Cormac.

SUR LA RESECTION DU GENOU; par M. BUTCHER, chirurgien du *Mercer's Hospital*, etc.

Le travail de M. Butcher a été communiqué à la Société chirurgicale d'Irlande à l'occasion de la quatrième resection du genou faite par ce chirurgien. Nous lui empruntons le résumé des règles d'après lesquelles M. Butcher se guide dans cette opération.

Notre confrère irlandais attache avant tout une grande importance à la détermination précise des cas dans lesquels elle est indiquée. Il ne veut pas cependant que l'on y renonce absolument quand, après avoir donné le double trait de scie, on trouve les os malades dans une étendue plus considérable qu'on ne l'avait pensé d'abord. Si l'altération dépasse peu la surface de section, on peut enlever une portion de l'os à l'aide d'un nouveau trait de scie ou bien enlever les parties malades à l'aide de la gouge. Mais dans tous les cas où les parties altérées ne peuvent être enlevées sans produire une perte de substance trop considérable, il faut renoncer à la resection et terminer l'opération en amputant la cuisse. Il peut arriver d'ailleurs qu'un incident malheureux rende encore l'amputation nécessaire quelques jours après la resection, et il résulte du relevé de M. Butcher que l'amputation réussit fort bien dans ces conditions.

M. Butcher emploie toujours l'incision en H, en en reportant les branches verticales aussi loin que possible vers la face postérieure de la jointure, de manière à assurer un écoulement facile à la suppuration. Il est facile d'obtenir ce résultat, et il est parfaitement inutile d'ajouter aux incisions latérales une incision faite dans le creux poplité.

Les lambeaux cutanés doivent être conservés dans toute leur étendue; il convient seulement de détacher de leur face profonde les lambeaux de synovial malade et les produits d'exsudation plastique qui peuvent y adhérer. Quant aux tissus fibreux qui existent en si grande quantité autour du genou, il faut les diviser tous largement, de manière à mettre librement à nu les surfaces articulaires.

Que la rotule soit intacte ou qu'elle soit malade, il faut toujours l'enlever, puis opérer la section des os d'arrière en avant.

Il faut lier avec grand soin tous les vaisseaux qui donnent du sang, et aller même à la recherche des artères rétractées pour les lier, afin de prévenir sûrement toute hémorrhagie secondaire.

Le redressement de l'extrémité doit faire partie de l'opération elle-même : il faut la pratiquer avant que l'opéré ait été remis au lit. Si le redressement n'est pas possible sans avoir recours à la section des tendons qui limitent l'espace poplité, on ne peut se dispenser de recourir à cette ténotomie, mais il ne faut y recourir qu'à la dernière extrémité; ces tendons jouent en effet un rôle important dans la consolidation.

En opérant le redressement, il faut apporter une attention extrême à juxtaposer exactement les surfaces de section et à ne pas laisser les parties molles se glisser dans leur interstice.

La branche horizontale de l'incision doit être réunie exactement dans toute son étendue par des points de suture. Les incisions verticales ne doivent être réunies qu'à leurs extrémités par un ou deux points de suture; au niveau de la section osseuse, on les laisse béantes et on les panse simplement, de manière qu'elles laissent écouler facilement le pus.

M. Butcher assujettit ensuite l'extrémité dans un appareil de son invention, dont il ne donne pas la description dans le travail que nous analysons. Il se compose essentiellement d'une gouttière postérieure et d'une attelle antérieure, destinée spécialement à empêcher le fémur de faire saillie en avant.

On doit laisser l'extrémité dans cet appareil sans y toucher pendant plusieurs jours. Au bout de cinq ou six jours, plus ou moins suivant la saison, on procède à un premier pansement. L'appareil de M. Butcher permet de le faire sans imprimer aucun mouvement à l'extrémité; il suffit d'en rabattre les parties latérales qui se meuvent en charnières. Lorsqu'il est nécessaire de renouveler tout le pansement, on relève l'extrémité en laissant en place l'attelle antérieure qui lui fournit un appui et empêche tout déplacement inopportun.

Dans les cas où des fusées purulentes se forment autour de l'articulation ou à la cuisse, M. Butcher recommande de les traiter par le drainage.

Pour ce qui est du traitement général, M. Butcher insiste beaucoup sur l'emploi simultané des stimulants et des préparations sédatives.

Le succès, au total, dépend beaucoup de soins extrêmement minutieux, et il faut être bien décidé à les donner avec une patience infatigable quand on veut entreprendre la resection du genou.

SUR LA PHLÉBITE ET LA THROMBOSE; par le docteur RICHARDSON, chirurgien de l'hôpital d'Adélaïde, à Dublin.

M. Richardson se rattache étroitement aux doctrines de M. Virchow dans son *Exposé de l'histoire de la phlébite et de la thrombose*; aussi n'est-ce pas au point de vue de l'anatomie ou de la physiologie pathologique que nous mentionnons son travail. Nous croyons seulement utile d'appeler l'attention sur un point relatif au traitement des thromboses veineuses dont M. Richardson paraît s'être occupé spécialement : nous voulons parler du traitement mercuriel qui est assez souvent mis en usage, au moins en Angleterre, quand on se trouve en présence de cette affection. M. Richardson s'élève énergiquement contre ce traitement. Il rapporte qu'il a vu plusieurs fois mourir d'une manière imprévue des malades chez lesquels il était en voie d'exécution, et il paraît disposé à rapporter ces morts subites à l'embolie de l'artère pulmonaire. Les préparations mercurielles ont en effet, et ce n'est peut-être pas sans raison, la réputation de produire la dissolution de la fibrine du sang, et l'on comprend sans peine qu'en agissant de cette manière, en ramollissant les caillots déjà formés, elles favorisent leur morcellement, et par suite leur migration embolique. Quoi qu'il en soit, la remarque de M. Richardson mérite d'être prise en considération. Ajoutons qu'en se plaçant à ce point de vue l'auteur a été amené à traiter la plupart des cas de thrombose par les préparations de quinquina et les ferrugineux.

SUR LE GOITRE EXOPHTHALMIQUE; par le docteur WM. MOORE, professeur de médecine pratique à l'École de médecine de Ledwich.

M. Moore rapporte cinq observations qui reproduisent assez exactement les divers traits que l'on a assignés généralement à la maladie de Graves. Deux points de son travail méritent d'être relevés. En premier lieu, les préparations iodées n'ont pas amené chez ses malades les accidents que l'on a observés quelquefois, et sur lesquels on a tant insisté dans la discussion académique. En second lieu, M. Moore relate un cas de goître exophthalmique observé chez un homme âgé

de 31 ans. M. Moore appelle en outre l'attention sur ce fait que le goître, accompagné des autres symptômes de la maladie de Graves, ne porte pas toujours également sur les deux moitiés du corps thyroïde, et que c'est le côté droit qui est affecté souvent d'une manière prédominante.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

SUR LES LIENS ENTRE LA TÉRATOLOGIE, L'EMBRYOLOGIE, L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET L'ANATOMIE COMPARÉE. Note de M. NAMIAS, présentée par M. CL. BERNARD.

Un interne très-éclairé m'appela, peu de jours avant mon départ de Venise, pour voir dans le service de mon collègue M. Santello, qui était malade, le cadavre d'un pneumonique mort au Grand-Hôpital, y ayant trouvé l'estomac et bonne partie de l'intestin grêle dans la cavité gauche de la poitrine. Presque tout le poumon droit était à l'état d'hépatisation rouge; le poumon gauche, poussé à la partie antérieure et supérieure, occupait un petit coin de la cavité, évidemment comprimé par l'ancienne intrusion des viscères abdominaux. Au côté gauche, vers les piliers du diaphragme, un trou circulaire, ayant 6 centimètres à peu près de circonférence, mettait en communication les deux cavités. Un bord tendineux, poli, ancien, circonscrivait le trou. Nulle adhérence ne liait les organes; on pouvait, sans obstacle, faire repasser l'estomac et les intestins à leur siége naturel. La pneumonie aiguë avait son cours ordinaire, elle se montrait même, m'a-t-on dit, en train de résolution lorsque le pauvre malade, surpris par des symptômes abdominaux, perdit la vie rapidement. On m'assura qu'il était parfaitement sain auparavant, et qu'il ne pouvait être question d'anciennes blessures cicatrisées. J'ai recherché un cas rapporté dans l'*Anatomie pathologique* de M. Baillie, publiée à Venise avec des notes de MM. Sœmmering et Pannini. L'observation donne l'autopsie d'un homme blessé plusieurs mois auparavant, chez lequel on trouva dans la poitrine des anses intestinales entrées par le trou de la blessure.

On lit aussi dans les livres de Morgagni des exemples de pareilles altérations sans péril immédiat pour la vie.

M. Cruveilhier regarde l'observation représentée par la planche V, 17e livraison de son *Anatomie pathologique*, comme un exemple de hernie diaphragmatique congéniale. La mienne le serait de même, mais une plus grande partie des intestins, et même l'estomac, auraient passé dans le thorax par suite des efforts de toux. « Les hernies diaphragmatiques, dit l'anatomiste français, sont rares et leur théorie encore mal établie. Un grand nombre de faits (je rapporte encore ses paroles) m'autorisent à n'admettre qu'un seul mode de formation pour les hernies accidentelles. Une masse adipeuse se forme entre le péritoine et le diaphragme derrière l'appendice xyphoïde, etc., » et par ce chemin, selon M. Cruveilhier, les viscères abdominaux pourraient passer dans la poitrine.

Il n'y a aucune circonstance qui m'autorise à juger accidentelle la hernie diaphragmatique que je viens de voir. Les caractères des bords du trou, le défaut d'accidents du côté du bas-ventre, jusqu'au dernier jour de la vie, me font pencher vers l'idée d'une hernie congéniale. Comme l'ouverture était libre, peut-être les efforts de la toux auront-ils chassé dans le thorax une plus grande masse d'intestins avec l'estomac, d'où les derniers phénomènes par tiraillement du péritoine pourraient s'être développés. Il s'agirait en admettant cette hypothèse d'un cas de tératologie, qui se lie étroitement à l'embryologie, à l'anatomie comparée et pathologique.

Depuis longtemps je m'occupe des liens entre ces quatre branches de notre science. Je publiai en 1850 l'histoire d'une atrophie de la partie grise de la moelle épinière, faisant observer que son défaut est le cas normal pour quelques animaux qui ont le centre de la moelle percé d'une espèce de canal, ce qui est l'état transitoire à une certaine époque de la vie embryonnaire.

Plus tard, en 1862, j'ai étudié la persistance du trou ovale du cœur des adultes, et les rapports, qu'il est ici inutile de répéter, entre ce fait tératologique, l'état fœtal de l'homme et la condition naturelle et permanente de plusieurs animaux. J'ai recueilli quelques observations d'où il paraît résulter qu'en des circonstances spéciales le trou ovale s'ouvre de nouveau, permettant le mélange des deux sangs, lorsque principalement le cours de ce liquide rencontre quelques obstacles dans la circulation pulmonaire. Je ne suis pas de ceux qui croient que l'embryon humain, en se développant, représente d'abord un zoophyte, puis un mollusque, un ver, un poisson, un reptile, etc. Il est évident, comme M. Longet l'a dit, que l'homme, à quelque époque de son développement embryonnaire qu'on veuille le prendre, offre son aspect caractéristique et différent des autres animaux. Cependant il y a des conditions analogues qui établissent les liaisons des sciences dont je viens de parler. Les observations d'une branche font prévoir celles des autres, et ces différentes études, se donnant réciproquement la main, pourraient conduire à quelque découverte nouvelle. Le cas actuel, que je considère comme tératologique, m'a fait supposer qu'il devait y avoir, à quelque époque de la vie fœtale que ce soit, une communication entre l'abdomen et le thorax à la région même des piliers du diaphragme. J'en ai parlé hier à M. Coste, et voilà ce qu'aujourd'hui il a eu la bonté de m'écrire : « La poitrine et l'abdomen ne forment dans les premiers temps de la vie embryonnaire qu'une seule et même cavité. A trente-cinq jours de gestation, chez l'espèce humaine, les poumons font encore hernie dans l'abdomen à travers le diaphragme (voir les planches IV et V de l'atlas de l'*Histoire du développement*, etc., par M. Coste). Du trente-cinquième au cinquantième jour, le diaphragme devient une cloison complète et sépare entièrement les viscères de la poitrine de ceux du ventre. » Quant à l'anatomie comparée, on sait très-bien comment, dans les oiseaux, les organes de la respiration s'introduisent dans le ventre par les ouvertures du diaphragme, qui mérite à peine ce nom, divisant très-imparfaitement leur thorax de l'abdomen. Venant à l'anatomie pathologique, je tiens comme possible une autre matière de communication que celle bien établie de M. Cruveilhier. Le fait tératologique que je viens de soumettre au jugement de l'Académie me porte à le croire, et je me propose à cet égard des recherches dont je ferai hommage dans le temps, si elles me paraissent dignes d'attention.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

MÉMOIRE SUR L'INFLUENCE DE L'ALTÉRATION DU SANG DANS LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DES DARTRES; par M. F. ROCHARD.

(Commission des prix de médecine.)

L'auteur, en adressant ce mémoire qui fait suite à celui qu'il avait précédemment présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, prie l'académie de vouloir bien permettre que ce complément y soit rattaché et soumis à l'examen de la commission qui jugers le concours. Il résume son nouveau travail dans les propositions suivantes :

1° Il n'y a pas *nécessairement* altération du sang dans toute maladie dartreuse; mais lorsque l'action expulsive de l'iodure de chlorure mercureux est entravée, c'est qu'il existe, comme complication de la congestion initiale, une diminution des globules sanguins avec prédominance absolue ou relative de fibrine ou d'albumine.

2° Le mouvement expulsif que détermine notre traitement des dartres, la réaction qu'il provoque, sont en raison directe de l'intensité des symptômes morbides.

3° Lorsque le tégument externe est seul malade, il importe de le traiter localement; mais lorsque l'harmonie des éléments constituants du sang est rompue, il faut associer à la médication topique, si efficace, un traitement général qui rappelle à leur exercice normal les grandes fonctions auxquelles la constitution du sang est directement et immédiatement subordonnée.

4° Sous l'influence de cette thérapeutique rationnelle combinée, la vie des tissus cutanés se réveille, et la guérison alors s'effectue.

— M. MARTIN-DUCLAUX, médecin des épidémies de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne), adresse des *Etudes sur la pellagre*, mémoire destiné au concours pour le prix proposé par l'Académie sur cette question.

Je ne crois pas, dit l'auteur, avoir donné la solution de tout le problème posé; mais j'ai, le premier, constaté la présence de cette maladie dans ma circonscription cantonale, j'en ai donné la description, j'en ai exposé expérimentalement l'étiologie et la médication. Je désire que la manière dont j'ai traité cette question d'hygiène publique paraisse à la commission chargée de juger le concours conforme à ce qu'elle attendait des concurrents. (Renvoi à la commission du concours pour le prix concernant le pellagre.)

— MM. BONCHÉ DE VITRAY et DESMARTIS adressent un mémoire sur la *possibilité de transmission de l'oïdium, des végétaux à l'homme.*

Depuis 1852, disent les auteurs, c'est-à-dire depuis la première apparition de l'*oïdium Tuckeri* sur la vigne, le nombre des croups, des angines couenneuses, des diphthéries de tout genre, que nous regardons comme produits par une variété de l'*oïdium albicans*, parasite reconnu du muguet, est devenu beaucoup plus considérable. Il nous a semblé qu'il pourrait y avoir entre l'apparition de l'*oïdium Tuckeri* et l'extension plus grande de l'*oïdium albicans* autre chose qu'une simple coïncidence. C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire ressortir dans le mémoire que nous avons l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie. On nous objectera certainement que les deux cryptogames ne sont pas de même espèce; mais il sont de la même famille, du même genre; mais ils engendrent tous deux sur leur *habitat* connu une maladie spéciale toujours contagieuse, souvent épidémique, ajoutons que rien ne prouve que l'oïdium ne soit, comme tant d'autres cryptogames,

susceptible de protéisme... (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Payen, Tulasne et Cloquet.)

— M. Lechelle présente au concours pour le prix Barbier un mémoire ayant pour titre : *Nouvelle théorie physiologique sur les causes des maladies et les moyens de les combattre.* (Commission du prix Barbier.)

— M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la Correspondance, deux opuscules de M. Pécholier, destinés au concours pour les prix de médecine et de chirurgie et intitulés : « Recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'ipécacuanha, » et « Recherches expérimentales sur l'action physiologique du tartre stibié. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 MAI 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Loiret, de la Charente-Inférieure, des Hautes-Alpes, de la Nièvre, et dans l'arrondissement de Saint-Pol, pendant l'année 1863. (Com. des épidémies.)

2° Le rapport de M. le docteur Vidal, sur le service médical des eaux minérales d'Aix (Savoie), pendant l'année 1862.

3° Un mémoire de M. le docteur Caillat, médecin inspecteur de Contrexéville, intitulé : *De la poussée consécutive.*

4° Les rapports de M. le docteur Marbotin, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), pendant l'année 1862; de M. le docteur Fournié, sur les eaux d'Alet (Aude), pendant l'année 1863; de M. le docteur Finaz, sur les eaux de Charbonnières (Rhône), pendant l'année 1862; de M. le docteur Goyrand, sur les eaux d'Aix (Bouches-du-Rhône), pendant l'année 1862; de M. le docteur Chabrand, sur les eaux du Manêtier (Hautes-Alpes), pendant l'année 1862. (Com. des eaux minérales.)

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, en date du 21 mai courant, par lequel sont nommés :

1° Directeur du service de la vaccine, M. le docteur Depaul, en remplacement de M. Bousquet, dont la démission est acceptée;

2° Directeur adjoint du service de la vaccine, M. le docteur Jacquemier.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre du consul de France à Santander, accompagnant l'envoi d'un opuscule dans lequel M. Manuel Gonzalez Vidal, chapelain de l'hôpital de Santander, expose le traitement qu'il a appliqué, en 1855, aux cholériques d'Ahalu de Hénarès. (Com. M. Briquet.)

2° Une observation de carie sterno-costale, recueillie dans le service de M. Secourgeon, par M. Dupeyron, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan. (Com. M. Larrey.)

3° Une lettre de M. Herland, pharmacien de 1re classe à Laval, annonçant la découverte qu'il vient de faire d'un réactif qui permet de constater chimiquement dans un liquide la présence des plus minimes traces de digitaline. (Com. M. Poggiale.)

4° Des rapports sur des épidémies de variole qui ont régné dans l'arrondissement d'Agen, par M. Labesque; et dans le canton de Castellonsès, par M. Rousset.

5° Un travail sur la vaccine, par M. le docteur Sigalas, de Marmande. (Com. de vaccine.)

6° M. le docteur Chassagny, de Lyon, présente à l'Académie un nouveau modèle de forceps fabriqué par M. J. Charrière, auquel il donne le nom de forceps de poche pour le détroit inférieur.

Cet instrument s'applique les deux branches repliées l'une sur l'autre, comme dans l'instrument de M. Camille Bernard; de telle façon que, sans découvrir la malade, l'opérateur les fait glisser entre sa main et la région de la tête qui regarde en arrière; agissant alors avec les deux anneaux, il fait faire à chaque branche un quart de tour, et chacune d'elles vient se placer sur un côté de la tête que l'on serre avec la main que l'on applique sur la partie moyenne des branches qui sont d'une très-grande élasticité.

7° Un pli cacheté sur le traitement de la phthisie par le charbon, envoyé par M. le docteur Faivre, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (Accepté.)

M. le Président déclare, au nom du Conseil d'administration, une vacance dans la section de médecine vétérinaire, par suite du décès de M. Renault, ancien directeur de l'École d'Alfort.

M. A. Sanson donne lecture d'un mémoire sur les maladies virulentes, et sur la non-spécificité de quelques affections contagieuses. (Com. MM. Reynal et Bouley.)

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé national.

La commission présentait la liste suivante : En première ligne, M. Roux (de Toulon); en deuxième ligne, M. Stolz (de Strasbourg); en troisième ligne, M. Scoutteten, (de Metz); en quatrième ligne, M. Gaillard (de Poitiers).

Sur 69 votants,	M. Stolz obtient.	36 suffrages.
	M. Roux.	18 —
	M. Gaillard.	7 —
	M. Scoutteten.	6 —
	M. Gintrac.	1 —
	Bulletin blanc.	1 —

En conséquence, M. Stolz est élu associé national.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

La parole est à M. Parchappe. (Voir plus haut son discours.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. Des vices de conformation de l'urètre chez l'homme et des moyens d'y remédier; thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements), par le docteur Félix Guyon, chirurgien des hôpitaux, ancien prosecteur de la Faculté, lauréat des hôpitaux et de la Faculté, etc. — Paris, A. Delahaye, libraire-éditeur, 1863.

II. De l'atrésie des voies génitales de la femme; par le docteur Albert Puech, ancien chirurgien chef interne des hôpitaux civils de Toulon, lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier, de la Société impériale de Bordeaux, etc. — Paris, F. Savy, libraire-éditeur, 1864.

I. Si la littérature médicale moderne s'est enrichie de plusieurs travaux importants sur quelques-uns des vices de conformation de l'urètre, on ne saurait méconnaître qu'il manquait jusqu'à ce jour une œuvre d'ensemble, traitant magistralement et sous toutes ses faces cette vaste question à divers points de vue fort intéressante. De cette manière, en effet, il est non-seulement possible de poursuivre l'étude connexe des altérations de la forme et des troubles de la fonction qui en résultent, et la recherche des causes et du mode de formation de ces anomalies, mais on peut encore mieux faire ressortir l'ensemble des moyens fournis par l'art pour y remédier.

Tel est aussi le mobile qui a dirigé M. Guyon dans cette étude et qui a présidé à la disposition de son plan.

Après des *considérations préliminaires* relatives à la classification, à l'historique et à la bibliographie, l'auteur s'occupe, en effet, dans le chapitre II, de considérations générales sur l'anatomie et le développement de l'urètre.

Le chapitre III est consacré à l'étude particulière des espèces répondant à chaque groupe, et comprenant pour chacune d'elles la description anatomique (étude des altérations de la forme) et l'exposé des troubles fonctionnels (étude des troubles de la fonction).

Au chapitre IV se rapportent le diagnostic et le pronostic des vices de conformation de l'urètre.

Leur étiologie et leur mode de formation embrassent le chapitre V.

Enfin, le chapitre VI a trait aux moyens de remédier à ces vices de conformation.

Sans nous arrêter à l'étude anatomique et embryologique de l'urètre qui se trouve exposée dans les divers ouvrages classiques, nous aborderons immédiatement l'examen des nombreuses variétés des vices de conformation de l'urètre que M. Guyon groupe dans les sept catégories suivantes :

1° L'imperforation incomplète;
2° L'imperforation complète avec ou sans canal de dérivation;
3° L'absence totale ou partielle;
4° Les fissures (hypospadias et épispadias);
5° Les dilatations;
6° Les embouchures anomales des orifices de l'urètre et d'organes voisins dans l'urètre;
7° La duplicité.

1° Les imperforations incomplètes de l'urètre comprennent l'étroi-

tesse du méat (également appelée atrésie du méat) qui a été fréquemment observée, et les rétrécissements congénitaux distingués en rétrécissements cylindriques et annulaires et en rétrécissements valvulaires.

Si la première variété de ces rétrécissements, observée par M. Nélaton et le professeur Syme (d'Edimbourg), est relativement rare, par contre les rétrécissements valvulaires ont été fréquemment rencontrés dans l'urètre et sont considérés, à juste titre, comme des variétés anatomiques pouvant apporter obstacle à l'émission de l'urine et provoquer finalement des troubles fonctionnels graves. Selon M. Jarjavay, ces valvules anormales peuvent occuper tous les segments du canal, surtout la face supérieure de la portion spongio-vasculaire, et correspondent aux orifices des glandules muqueuses; leur bord, libre, concave, regarde généralement en avant, quoique quelquefois il soit dirigé en arrière.

2° L'imperforation complète, avec ou sans ouverture de dérivation, peut avoir pour siége le méat seulement, ou l'un des segments de l'urètre, de même que l'occlusion peut occuper à la fois l'urètre et le méat. De ces diverses distinctions résultent les variétés suivantes :

A. L'occlusion complète simple qui a lieu ou par les téguments seuls, ou par la membrane muqueuse seule, ou, enfin, par la transformation de l'urètre en un cordon plein. Si les deux premières espèces d'occlusion complète constituent les vices de conformation les plus simples et les plus faciles à guérir, il n'en est plus de même de l'oblitération fibreuse de l'urètre qui siége le plus souvent dans toute la portion membraneuse, et peut s'étendre à la partie prostatique ou envahir tout le canal. De même que l'imperforation totale par membranes, cette oblitération fibreuse peut, avant la naissance, amener des désordres graves, par suite de la distension énorme de la vessie, et dans quelques circonstances des uretères et des reins.

B. Lorsque l'occlusion complète se complique d'un orifice de dérivation, celui-ci peut s'établir sur un point de l'urètre situé en arrière de l'imperforation ou sur la vessie. Dans les deux cas, la communication peut se faire à la surface cutanée ou dans une cavité muqueuse.

3° Les faits d'absence totale de l'urètre chez l'homme sont à juste raison considérés comme excessivement rares, et M. Guyon n'a pu mentionner que le cas de Richardson et celui de Révolat. Quant à l'absence partielle de l'urètre, dont notre érudit confrère rapporte une curieuse observation due à Goschler, il importe d'ajouter qu'à ce vice de conformation se lie nécessairement l'absence de la verge, et pour peu qu'une embouchure de dérivation soit assurée à l'urine, la vie est parfaitement compatible avec un semblable état.

4° Les fissures de l'urètre chez l'homme comprennent : A. L'hypospadias, que M. le professeur Bouisson a judicieusement défini : une difformité congénitale des organes sexuels de l'homme, consistant dans la brièveté relative du canal de l'urètre, la division ou l'absence de sa paroi inférieure, de telle sorte que ce canal s'ouvre à une distance variable de l'extrémité du gland et au-dessous du pénis.

Nous n'insisterons point sur les principales variétés de ce vice de conformation, qui sont l'hypospadias balanique, l'hypospadias pénien et l'hypospadias scrotal.

On sait que l'hypospadias balanique s'accompagne de diverses déformations, dont quelques-unes sont presque habituelles, telles que les modifications survenues dans la forme et dans le volume du gland, la forme du prépuce et la direction de la verge, tandis que d'autres n'ont été observées qu'exceptionnellement; c'est ainsi que la torsion congénitale de la verge, la palmure de la verge, la bifidité du gland ou du scrotum constituent de rares complications de l'hypospadias balanique.

Lorsque l'ouverture anormale se fait sur la portion pénienne de la verge ou à l'angle péno-scrotal, sans bifidité des bourses, le plus ordinairement la partie de l'urètre antérieure à l'ouverture anormale est à l'état de gouttière ou de demi-canal, et s'étend jusqu'au méat. Ici encore, comme dans l'hypospadias glandaire, on peut constater la fissure de toutes les parties constituantes du canal, avec écartement et développement incomplet des lèvres de la solution de continuité congénitale. Parmi les complications de l'hypospadias pénien, la courbure de la verge, ou *verge coudée*, a d'autant plus de chances de se produire et se trouve d'autant plus complète, que l'ouverture anormale est plus rapprochée de la base de la verge.

Dans l'hypospadias scrotal, la division congénitale a frappé en définitive toutes les parties qui constituent par leur développement parfait l'appareil génital externe, de sorte que l'orifice anormal doit être désormais cherché sous la symphyse pubienne, en arrière du scrotum. Il n'y a jamais d'incontinence dans l'hypospadias; mais si l'urine peut être chassée comme de coutume vers l'extérieur, il est facile de pressentir que la disposition de l'orifice anormal qu'elle va traverser, sa situation et la déformation de la verge qui peut y être surajoutée doivent influer sur sa libre issue. A plus forte raison peut-on comprendre la gêne, l'obstacle ou l'empêchement absolu, apporté dans ces circonstances à l'exercice de la fonction génératrice.

M. Bouisson a fort bien formulé, dans les propositions suivantes, les divers troubles que l'hypospadias peut amener dans les fonctions génitales :

1° Il est des cas où il y a possibilité de coït et de fécondation : ce sont la plupart de ceux où il existe un hypospadias balanique avec ouverture anormale, libre et assez large, ou un hypospadias pénien avec ouverture rapprochée du gland.

2° Dans d'autres cas, il y a possibilité de coït sans fécondation. Cette catégorie comprend l'hypospadias pénien sans gouttière urétrale, ou l'hypospadias dont l'ouverture est située vers l'angle péniscrotal, sans trop forte incurvation de la verge.

3° Il est des circonstances dans lesquelles le coït et la fécondation sont difficiles ou impossibles. A cette catégorie appartiennent l'hypospadias pénien avec forte incurvation de la verge, et le plus grand nombre des cas d'hypospadias scrotal.

4° Enfin, dans un quatrième groupe, on peut ranger les cas où il y a impossibilité simultanée de coït et de fécondation : ce sont les cas d'hypospadias vulviforme avec incurvation, flaccidité du pénis et cryptorchidie.

Nous ne nous arrêterons point sur l'épispadias, dont nous avons largement esquissé l'étude en 1862 dans la *Gazette médicale*, à l'occasion de l'excellent mémoire de M. Dolbeau sur ce sujet.

5° Sous l'influence de conditions qu'il est encore bien difficile d'apprécier, des dilatations considérables de l'urètre peuvent se produire pendant la vie intra-utérine. M. Guyon rapporte quatre observations de ce vice de conformation, dont une surtout très-intéressante appartient à M. le professeur Laugier. Dans ces divers cas, la forme de la verge était profondément altérée, de même que ses diverses fonctions étaient troublées d'une manière très-fâcheuse. Ainsi, il n'est pas douteux que, conservée jusqu'à l'âge adulte, cette dilatation congénitale de l'urètre ne devienne un obstacle absolu à la copulation.

Ajoutons que, quoique cette question appelle encore de nouvelles recherches, il importe cependant de constater que ces cas rendent nécessaire et urgente l'intervention chirurgicale.

6° M. Guyon ne connaît aucun cas d'embouchure anomale de l'orifice interne ou vésical de l'urètre. L'orifice antérieur ou méat peut, au contraire, occuper la partie supérieure du gland, toujours cependant à une notable distance de la couronne, et n'avoir aucun rapport avec le frein, ou bien se trouver tout à fait à la partie inférieure, ce qui constitue l'hypospadias, et alors le frein n'existe plus, ou enfin occuper tous les points de l'espace intermédiaire.

Quant aux embouchures anomales de l'un des segments de l'urètre chez l'homme, ce ne sont que des cas d'ouverture dans le rectum, coïncidant d'ailleurs avec d'autres vices de conformation de la verge, avec lesquels ils doivent être étudiés.

On a parfois constaté les embouchures anomales des uretères dans l'urètre. Ce vice de conformation, qu'accompagne généralement chez l'homme l'absence plus ou moins complète de la vessie, et qui réalise chez lui l'état normal d'un grand nombre d'animaux, n'empêche l'accomplissement d'aucune fonction, et surtout n'est pas une cause de mort; mais les sujets qui en naissent affectés se trouvent dans la nécessité d'uriner presque continuellement.

Enfin on a quelquefois observé chez l'homme l'embouchure anomale du rectum dans l'urètre; mais ce vice de conformation, qui s'accompagne toujours d'une oblitération de l'anus, doit être plus spécialement étudié avec les vices de conformation de l'anus et du rectum.

7° La duplicité de l'urètre a-t-elle été observée? Plusieurs des auteurs modernes, qui ont examiné la question, ont conclu d'une façon négative, quoiqu'il soit cependant irrécusable que le gland puisse présenter plusieurs ouvertures. Mais l'analyse attentive a montré, ou bien qu'il n'y avait qu'apparence de double ouverture, ou que la supérieure se terminait en cul-de-sac. On a pu, dans d'autres cas où un véritable canal a été observé, supposer qu'il s'agissait d'anomalies d'embouchures des canaux éjaculateurs ou prostatiques, et voire même de fausses routes.

Ainsi, ce qui a été nié par Geoffroy-Saint-Hilaire, Vidal de Cassis et M. Jarjavay, ce n'est point la présence de canaux multiples s'abouchant sur la verge, ou la possibilité de dualité de cet organe, mais

bien la démonstration anatomique de ce qui est en réalité la duplicité, c'est-à-dire la division par bifurcation ou cloisonnement d'un organe unique et médian.

L'apparence d'ouverture double dépend d'anomalies curieuses du méat, dont quelques-unes ont été désignées par M. Malgaigne sous le nom de méat à quatre lèvres, tandis que M. Jarjavay a donné à d'autres la dénomination de méat en huit de chiffre.

Enfin, il existe des cas authentiques où la présence d'une verge double réalise sur le même individu la présence de deux urètres, sinon sa duplicité.

Tels sont les divers vices de conformation que présente l'urètre chez l'homme. Le lecteur trouvera dans l'excellente thèse de M. le docteur Guyon tous les documents relatifs à leur diagnostic, à leur pronostic, à leur étiologie, ainsi qu'à leur thérapeutique que l'auteur a traitée avec de longs développements. Quatre belles planches enrichissent ce travail et nous représentent un cas de dilatation congénitale de l'urètre, avec ou sans distension de la poche anormale, ainsi qu'un exemple d'épispadias avant et après l'opération entreprise par M. Follin.

II. Selon le docteur Albert Puech, il y a *atrésie* toutes les fois qu'un orifice ou un canal est complétement fermé. Le mot *imperforation* indique de préférence une origine congénitale, tandis que les mots *oblitération* et *occlusion* entraînent l'idée d'une cause éventuelle.

L'atrésie des voies génitales de la femme peut donc être congénitale ou accidentelle, et siéger à la vulve, au vagin et au col.

Les atrésies de la vulve peuvent constituer : 1° l'adhérence des grandes lèvres qui est toujours, d'après l'auteur, d'origine accidentelle; car les faits recueillis par Cazeaux et M. Hullin ne peuvent être des arrêts de développement, mais bien les suites d'une maladie intra-utérine; 2° l'adhérence des petites lèvres qui est aussi toujours accidentelle; elle a les mêmes causes que l'espèce précédente et s'observe à tout âge, mais surtout dans l'enfance, à la suite d'une affection analogue à la balanite des petits garçons; 3° l'atrésie hyménéale, dont M. Puech a recueilli dans les divers ouvrages 151 cas; cette anomalie est le plus souvent d'origine congénitale.

Les atrésies du vagin, dont l'auteur a relevé 99 cas, sont congénitales ou accidentelles. Les premières sont simples, compliquées ou complexes, selon que l'obstacle est unique, qu'il occupe le vagin et le col, ou bien, lorsque le vagin est double, que l'un des conduits est obturé. Cette dernière espèce est excessivement rare puisqu'on ne l'a constatée que 3 fois sur 72 observations. Les atrésies accidentelles, au nombre de 53, comprennent une foule de variétés ; ainsi l'adhésion peut se compliquer de rétrécissements, de brides multiples; parfois le tissu cicatriciel simule une espèce de diaphragme; parfois les deux parois sont intimement unies dans une grande partie de leur étendue; parfois enfin il existe une fistule vésico-vaginale.

Quant aux atrésies du col utérin qui sont les plus rares, M. Puech en a trouvé 54 cas, qui ont été suivis de la rétention des règles. L'espèce la plus commune, puisqu'elle comprend 31 faits, constitue l'imperforation simple, dans laquelle l'obstacle est unique et se trouve au niveau du méat, c'est-à-dire à l'extrémité inférieure du canal cervico-utérin. L'imperforation complexe, caractérisée par la bifidité de l'utérus et l'occlusion de l'un des méats, est excessivement rare, puisque l'auteur ne l'a constatée que 2 fois sur 42 observations de ce genre. Enfin, il peut exister une variété dans laquelle l'utérus et le vagin sont bifides, tandis que l'un des méats est imperforé. On n'a jamais rencontré cette disposition chez l'adulte; mais M. Puech l'a, le premier, observée chez une enfant à sa naissance.

Si les atrésies congénitales ne comprennent que les lésions dues à un arrêt de développement, les atrésies accidentelles embrassent les maladies survenues dans le sein de la mère, aussi bien que celles qui surviennent avant comme après la puberté.

Parmi les causes qui peuvent produire ces atrésies accidentelles, il faut citer en première ligne les accouchements longs et laborieux; viendraient ensuite les caustiques; le coït pratiqué, soit avec excès, soit avec des organes disproportionnés; l'inflammation chronique du vagin ou du col, tantôt spontanée, tantôt provoquée par une tumeur ou par une flexion du col, etc.

Impossibilité d'excrétion des liquides sécrétés ou exhalés par les organes génitaux, tel est par excellence le phénomène pathognomonique de ces diverses atrésies qui, de plus, se caractérisent plus ou moins par l'impuissance et la stérilité.

Diverses complications peuvent coexister avec ces vices de conformation. C'est ainsi que des écoulements muqueux ont été parfois mentionnés. Les écoulements sanguins sont excessivement rares et très-importants à connaître; car si l'on n'en était pas prévenu, on pourrait, d'après le fait de leur existence, croire à une bonne conformation, alors qu'il n'en serait rien. Dans les atrésies complexes, dans les cas où les deux moitiés de l'utérus sont également développées, les règles peuvent exister et manquer tout à la fois; en d'autres termes, le pouvoir exhalant étant pareillement distribué, à chaque menstruation une partie du sang s'écoule, tandis que l'autre stationne et dilate la corne obstruée. Tandis que la chlorose est une complication exceptionnelle, les fistules vagino et utéro-vésicales sont plus exceptionnelles encore, mais plus graves aussi. Engendrées par la cause qui a donné lieu aux atrésies, on ne leur connaît et on ne leur connaîtra jamais que des inconvénients.

Les atrésies, dit M. A. Puech, comptent plusieurs modes de terminaison, inconnus pour la plupart ou à peine indiqués par les auteurs :

1° Les règles manquant, il se produit tous les mois, à des époques périodiques, un écoulement de sang qui peut avoir lieu par les poumons, l'estomac, l'intestin, la bouche, le nez, les yeux, etc. Cette *déviation des règles* peut être momentanée, disparaître au bout d'un ou deux ans, se prolonger davantage et même persister toute la vie. Quel que soit le cas, on est autorisé à intervenir, mais ce ne saurait être une guérison dans tous les cas, puisque quelquefois la déviation a persisté malgré l'opération.

2° *La rupture de l'obstacle*, qui n'a été jusqu'ici observée que dans les cas où l'obstacle avait une médiocre épaisseur, est, de toutes les terminaisons, la seule véritablement favorable, car, en mettant un terme aux accidents de la rétention, elle rétablit les voies génitales, et fournit au sang ultérieurement exhalé son issue naturelle.

3° *La rupture* ou *la perforation de l'utérus*. En même temps qu'il se butte contre l'obstacle, le sang agit sur les cavités qui le contiennent; il les rend plus capaces, mais c'est parfois aux dépens de l'épaisseur des parois. Ces accidents inflammatoires peuvent précéder la déchirure, et des adhérences viennent fixer l'utérus à une partie quelconque du tube digestif; s'il s'établit alors une fistule, le sang aura là un débouché plus ou moins avantageux; conciliable avec la vie, s'il s'agissait du rectum, cet état sera promptement suivi de mort, s'il s'agit de l'estomac ou d'une partie qui l'avoisine. Si, au lieu de précéder la rupture, les accidents inflammatoires éclatent à la suite, le résultat n'est pas alors moins fâcheux, ainsi que le témoigne l'observation de Rokitanski. On comprend que les déchirures de l'utérus ont une gravité moindre lorsqu'elles siégent en dehors du péritoine et qu'elles ont une petite étendue.

4° Si *la dilatation des trompes par le sang menstruel* est une terminaison moins rare que la précédente, malheureusement elle n'est jamais une source de guérison, tandis qu'elle est fréquemment une cause de mort. On peut distribuer en trois périodes les diverses phases de cette terminaison : la première comprend tous les efforts, toutes les tentatives par lesquelles les *ostia uterina* sont forcées; la deuxième, la poussée du liquide dans les trompes, et la dilatation progressive de leurs parois; la troisième enfin, son expulsion soit par l'*ostium uterinum*, soit par le pavillon. De ces deux modes, le dernier est le plus fréquemment observé et le plus dangereux; car, lorsque les trompes se vident dans la cavité de la séreuse, deux conditions sont nécessaires pour la cure, l'enkystement et l'évacuation du sang par l'anus. Quant à l'expulsion par les *ostia uterina*, elle réclame l'évacuation préalable de l'utérus, et l'on a lieu de supposer que le contenu est chassé en vertu de contractions analogues à celles qui poussent l'ovule. Quant au fait en lui-même, on sait qu'il est accompli lorsque la petite tumeur a disparu, ou bien lorsque le contenu est expulsé sous une forme aisément reconnaissable.

5° *La consomption par défaut d'excrétion menstruelle*. La dyspepsie, les vomissements répétés, le rapprochement des crises, la continuité des douleurs usent les meilleures constitutions et amènent peu à peu au marasme et à une sorte de phthisie. De là à la mort, il n'y a qu'un pas, ajoute notre distingué confrère, et je ne surprendrai personne en disant qu'elle a été observée indépendamment de toute lésion anatomique.

6° *La ménopause* a pour effet de mettre un terme à l'exhalation sanguine, et pour conséquence d'enrayer le développement de la tumeur. Du même coup, elle supprime les crises menstruelles, et, si elle n'enlève pas l'obstacle, elle laisse à l'absorption toute latitude pour s'exercer. Quelque favorable que soit cette terminaison relativement aux autres, il convient peu, d'après M. Puech, même après la quarantième année, de la rechercher. Nul ne sait la date précise de sa venue, et l'attendre trop longtemps n'est point sans danger pour la vie.

Sans nous arrêter au chapitre VI consacré à l'anatomie patholo-

gique, nous aborderons immédiatement l'étude du diagnostic qui, dans quelques cas est, sinon impossible, du moins extrêmement épineux, car lorsqu'on ne peut obtenir de la malade de recourir immédiatement à l'exploration directe, faut-il des circonstances spéciales pour être mis sur la voie d'une atrésie congéniale. Les difficultés sont moindres lorsqu'il y a rétention.

Sans avoir des signes pathognomoniques, dit M. Puech, ce trouble comporte un ensemble de manifestations suffisamment caractéristiques : tels sont, par exemple, l'absence de tout écoulement, le rapport existant entre le début des accidents et l'époque présumée de la venue des règles, le caractère expulsif des douleurs durant de trois à huit jours, leur retour à un mois environ d'intervalle, leur siége aux lombes, à l'hypogastre ou au périnée, et en dernier lieu l'apparition d'une tumeur, soit à la vulve, soit et simultanément au-dessus des pubis. Quand on a recueilli ces symptomes, on peut porter son diagnostic avant tout examen; mais il n'en est pas de même lorsque quelques-uns manquent ou qu'ils ne sont qu'imparfaitement accusés. Ainsi, malgré l'existence d'un obstacle, on a noté des écoulements sanguins, on a vu les troubles menstruels se réduire à des coliques insignifiantes; on a rencontré des femmes chez lesquelles les douleurs revêtaient, presque dès le début, une forme continue, etc.; enfin, on a des cas dans lesquels les symptômes rationnels sont insuffisants pour conduire à la vérité, dans lesquels on n'est autorisé qu'à émettre un soupçon. Il incombe alors au toucher rectal si l'on a à ménager l'hymen, au toucher vaginal ensuite de tirer de l'incertitude.

Dans quelques circonstances, il y aura lieu d'établir le diagnostic différentiel entre l'aménorrhée et les atrésies, entre l'hydrométrie et la rétention des menstrues, et même entre les atrésies et le renversement de l'utérus chargé du produit de la conception.

Quant à la distinction des atrésies entre elles, un examen minutieux peut seul l'établir.

Le pronostic de l'atrésie des voies génitales de la femme est en raison directe du développement de la tumeur sanguine et de l'ancienneté des accidents. Plus les organes ont été distendus, et moins ils sont aptes à revenir sur eux-mêmes, et plus la métro-péritonite trouve un champ propice à son développement. Enfin, quel que soit son volume, si l'utérus est flanqué de deux petites tumeurs latérales, on doit avoir de sérieuses craintes et redouter un dénoûment funeste.

Au point de vue opératoire, l'imperforation de l'hymen, l'obturation membraneuse du vagin et du col, ont droit à être placées à peu près sur une même ligne; à leur suite, et par ordre croissant de gravité, se rangent l'absence partielle du vagin, l'absence complète de cet organe, et enfin en dernier lieu, l'absence du vagin avec l'imperforation du col.

En général, les atrésies congénitales sont moins graves que les atrésies accidentelles. Toutes choses égales d'ailleurs, l'opération est pour ces dernières beaucoup plus épineuse. Mais, dans tous les cas, avant de se prononcer le médecin devra tenir compte de l'état général de la femme et des complications particulières dont elle peut être l'objet.

Nous n'entreprendrons point l'examen du long et consciencieux chapitre consacré à la thérapeutique active de ces diverses atrésies; car, on ne peut se le dissimuler, la marche progressive des accidents, les souffrances qui les accompagnent, le retentissement qu'elles ont sur l'économie, le nombre restreint des cures spontanées, les périls qu'elles font courir, tout, en un mot, plaide en faveur d'une médication sérieuse, de l'intervention chirurgicale.

Le lecteur trouvera dans cet excellent travail tous les documents relatifs à l'époque de l'opération, aux diverses méthodes et aux divers procédés opératoires, ainsi qu'aux accidents immédiats et consécutifs de l'opération.

Un appendice terminal qui ne renferme pas moins de 12 pages in-4°, comprend et le titre des nombreuses observations d'atrésie divisées en trois groupes, d'après le siége de l'obstacle et rangées par ordre alphabétique, et l'indication précise des divers ouvrages qui ont été consultés.

En résumé, ce mémoire constitue une remarquable monographie de l'atrésie des voies génitales de la femme, et continue dignement les précédents travaux de M. Albert Puech sur l'hématocèle péri-utérine et sur l'apoplexie des ovaires.

SISTACH.

VARIÉTÉS.

— Dans sa séance du 23 mai 1864, l'Académie des sciences de l'Institut impérial de France avait à procéder au remplacement de feu M. Denis (de Commercy), l'un de ses correspondants pour la section de médecine et de chirurgie.

Les candidats présentés par la section dans la séance précédente étaient MM. Gintrac, à Bordeaux; Pétrequin, à Lyon; Stolz, à Strasbourg; Serre (d'Uzès), à Alais.

M. Gintrac, ayant réuni la majorité absolue de suffrages, a été élu.

— ASSOCIATION GÉNÉRALE. — Une Association nouvelle vient de se fonder parmi les médecins de l'arrondissement de Brives (Corrèze). Par décret de l'Empereur, M. le docteur Allègre (Mathieu), maire de la commune d'Alusac, et chevalier de la Légion d'honneur, a été nommé président de cette Société.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Prix Châtauvillard*. — Ce prix, de la valeur de 2,000 fr., est décerné chaque année en séance publique par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé dans le cours de l'année qui précède la séance dans laquelle il doit être distribué. Les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours.

Les ouvrages destinés au concours doivent être écrits en français. Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Le prix Châtauvillard devant être décerné pour la première fois par la Faculté de médecine, dans la séance de rentrée du mois de novembre 1864, les travaux imprimés du 1er janvier au 31 décembre 1863 qui seront présentés pour le concours devront être adressés au secrétariat de la Faculté, avant le 30 juin prochain. Le montant du prix pour cette première année est seulement de 1,166 fr.

— La Société de médecine de Gand met au concours les questions suivantes pour l'année 1865 :

1° Indiquer les notions hygiéniques applicables aux écoles gardiennes et à celles destinées à l'enseignement primaire et moyen.

2° Décrire les maladies qui peuvent tirer leur origine de l'exercice des industries linière et cotonnière.

3° Du rhumatisme et de la diathèse rhumatismale.

4° Quelles sont les maladies produites par les parasites et quelles sont celles où les parasites ne sont qu'un produit de la maladie? Quels sont les meilleurs parasiticides?

5° De l'influence de la diathèse syphilitique sur la production des maladies internes.

6° Rechercher, au point de vue pathogénique, la valeur des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie chez les aliénés. Déterminer par des faits les signes auxquels on peut reconnaître ces lésions pendant la vie.

7° Quels sont les moyens de prévenir la résorption purulente à la suite des opérations chirurgicales?

8° Décrire les différentes stomatites; insister sur les caractères différentiels et sur le traitement.

9° Dans l'état actuel de nos connaissances, quels sont les effets thérapeutiques obtenus par la compression dans les anévrismes, les tumeurs en général et les ulcères?

10° Quels sont les avantages et les inconvénients de la version dans les cas de rétrécissement du bassin?

11° Discuter les avantages et les inconvénients des divers modes d'application du forceps.

12° De l'action des alcalins dans le traitement des maladies.

13° Résoudre une question de médecine, de chirurgie ou d'accouchement, au choix de l'auteur.

Les mémoires envoyés en réponse à ces questions doivent être écrits lisiblement en flamand, en français ou en latin, et adressés franco, dans les formes académiques, avant le 1er mars 1865, au secrétaire de la Société, le docteur E. Leseliers, rue Basse, 23, à Gand.

Il sera décerné à l'auteur d'un mémoire couronné : une médaille en or de 200 fr., frappée à l'effigie de la Société; le titre de membre correspondant et 50 exemplaires de son mémoire.

— *Cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie.* — M. de Quatrefages, professeur, membre de l'Institut, commencera la première partie de son cours le mardi 31 mai 1864, à trois heures et un quart, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le cours de cette année sera consacré à l'étude des doctrines relatives à l'unité ou à la multiplicité des espèces humaines (monogénisme et polygénisme).

Le professeur comparera ces doctrines opposées en s'appuyant constamment sur des faits empruntés à l'histoire des espèces et des races animales et végétales.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : THÉORIE DU CŒUR. — RÉPLIQUE DE M. BEAU.

Les quelques lignes par lesquelles nous prenions congé, il y a trois semaines, de la discussion sur la théorie du cœur, devaient nous dispenser d'y revenir. Nos savants collègues engagés dans cette discussion, gens d'esprit à coup sûr, nous paraissent s'agiter dans une sphère trop étroite ; ils s'ingénient à deviner dans une enceinte obscure ce qui s'y passe ; alors qu'ils pourraient, en ouvrant quelques fenêtres, s'apercevoir, les uns et les autres, qu'ils n'ont fait jusqu'ici que s'épuiser en efforts prodigieux, mais stériles. Cette opinion, peu satisfaisante pour chacun d'eux sans doute, est pourtant celle du plus grand nombre des spectateurs de la lutte ; et nous, gens de presse, échos autant que possible de la pensée publique, nous n'avons rien de plus encourageant à leur dire. Si les discoureurs précédents, si M. Bouillaud, si M. Béclard, si M. Gavarret, si M. Parchappe, chacun à son point de vue et avec son talent particulier, ont pu captiver tour à tour l'attention de l'Académie, aucun d'eux ne peut espérer d'avoir convaincu son auditoire. Si quelque illusion avait pu exister à cet égard, M. Beau, dont le discours a occupé presque toute la dernière séance, l'eût bientôt dissipée. L'honorable académicien est venu soutenir le contre-pied de ce qu'avaient soutenu ses adversaires ; et il l'a fait avec une verve, avec une conviction et avec des raisons anatomiques et physiologiques qu'on eût pu regarder comme péremptoires, si celles données précédemment par ses contradicteurs n'avaient paru offrir les mêmes mérites. Il faut ajouter que M. Beau a relevé le gant jeté par M. Gavarret avec un esprit d'à propos d'une légèreté et d'un bon goût auxquels les échos de la salle des Saints-Pères ne sont pas très-habitués. Il a surtout fait rengaîner l'épée qu'avait brandie son collègue M. Gavarret, et son succès n'a pas laissé les rieurs du côté de notre trop éloquent collègue. Mais tout ceci n'est que pour la forme ; quant au fond, nous sommes obligé de nous en tenir à l'appréciation générale rappelée plus haut, et que nous ne craignons pas de reproduire, parce qu'elle nous paraît plus que jamais vraie, et parce que la suite de la discussion ne fera que la mieux justifier.

Nous écrivions dans notre numéro du 7 mai : « Quant au fond, « nous oserons avouer que ni les uns ni les autres n'ont prouvé « que la physiologie doive en rester où elle en est dans l'explication « du mécanisme des mouvements et des bruits du cœur. La science « nous semble réclamer non-seulement d'autres faits et d'autres don- « nées, mais surtout une appréciation des faits et des données con- « nus à un point de vue autre que celui de ce dynamisme d'action « limité à la dilatation et à la contraction des oreillettes et des ven- « tricules dans leurs rapports avec les mouvements de l'organe. Il « nous a toujours semblé que, pour arriver à quelque chose de plus « plausible, il ne fallait pas isoler la considération des mouvements « du cœur de l'ensemble de l'acte circulatoire, dont il n'est qu'un « point, ni de l'acte respiratoire, qui en est une condition, ni enfin « de la physiologie comparée, dans laquelle le problème de la circu- « lation se présente avec des données singulièrement variables et « des résultats pourtant à peu près identiques. »

Pour motiver cette déclaration, nous nous proposons de rappeler dans notre prochain numéro quelques faits, et de relever quelques affirmations, les uns trop négligés, les autres trop facilement acceptées.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CONTRIBUTIONS À L'ÉTUDE DES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DE LA GOUTTE, ET SPÉCIALEMENT DU REIN CHEZ LES GOUTTEUX ; par MM. CHARCOT ET V. CORNIL.

Nous avons pu observer récemment, à l'infirmerie de la Salpêtrière, une femme qui présentait réunies à l'autopsie la plupart des altérations anatomiques de la goutte. Nous publions *in extenso* cette observation qui nous a permis de contrôler les faits avancés dans ces dernières années par les médecins étrangers, et de les compléter sur certains points, principalement en ce qui touche les lésions rénales et articulaires.

ARTHROPATHIES MULTIPLES TRÈS-ANCIENNES. PNEUMONIE. MORT. A L'AUTOPSIE, DÉPOTS D'URATES DE SOUDE DANS LES CARTILAGES, LES SÉREUSES, ET LES TISSUS FIBREUX ARTICULAIRES. ATROPHIE ET KYSTES DU REIN DROIT. NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE ET DÉPOTS D'URATE DE SOUDE DANS LE REIN GAUCHE. NÉOMEMBRANES DE LA DURE-MÈRE.

OBS. — La nommée M..., âgée de 84 ans, avait été admise à l'hospice de la Salpêtrière le 20 février 1849, atteinte d'arthropathies multiples qui avaient produit aux membres, et surtout aux extrémités, tant inférieures que supérieures, des difformités très-prononcées. M... fut conduite à l'infirmerie le 15 mars 1863. Le soir même de son admission, on constata les signes d'une pneumonie occupant le sommet du poumon droit : souffle tubaire, bronchophonie, râle crépitant, crachats rouillés, etc. La malade est dans un tel état de prostration qu'il est impossible de savoir d'elle à quelle époque remonte le début de l'affection actuelle. On dit que depuis plusieurs jours M... avait de la diarrhée et refusait de manger ; mais elle avait caché tout cela dans la crainte d'être conduite à l'infirmerie dont elle redoutait le séjour. Huit ventouses furent appliquées sur le côté droit de la poitrine.

Le 16 mars, extrémités froides ; les parties centrales présentent, au contraire, une température très-élevée ; pouls faible, à 100 pulsations environ à la minute ; face jaunâtre, légèrement cyanosée ; nez froid ; joue droite rouge et chaude ; langue très-sèche ; râle laryngo-trachéal ; la diarrhée persiste. Prescription : Potion avec extrait de quinquina, 2 grammes ; acétate d'ammoniaque, 4 grammes ; poudre d'ipécacuanha, 1 gramme. Application d'un large vésicatoire sur le devant de la poitrine.

La malade meurt le 17 mars à une heure du matin.

Les renseignements qui suivent concernant l'histoire de M..., ont été fournis par sa petite-fille qui la connaissait d'ailleurs assez peu, et la voyait assez rarement ; on ne pouvait songer à interroger la malade elle-même à cause de la gravité de son état. M... avait eu pour mari un employé de la maison de l'empereur Napoléon Ier, et peut-être a-t-elle vécu pendant cette période de sa vie relativement dans l'aisance. De son mari, elle

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ÉLECTION DE VAN SWIETEN A L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE.

De tous les médecins modernes, Boerhaave est sans aucun doute celui dont l'enseignement a jeté le plus vif éclat et exercé la plus durable influence. Ayant embrassé toutes les parties de la médecine, il excellait également dans la théorie et dans la pratique, et il mettait au service d'un savoir infini les plus brillantes facultés d'exposition et d'élocution. Doué d'une riche imagination, il en tempérait la fougue par l'intervention constante de sa haute raison, disciplinée de bonne heure par l'étude approfondie des sciences mathématiques. Son esprit net et prompt, très-ingénieux, mais très-précis, recherchait avant tout la clarté ; et il trouva naturellement cette forme concise et aphoristique qui est la meilleure pour dicter des lois et donner des préceptes.

Boerhaave fut un législateur dans son art, et il eut la gloire de renouveler l'enseignement médical en l'arrachant définitivement aux traditions scolastiques. Réformateur et chef d'école, il marche de pair avec les plus grands maîtres de l'antiquité, et il a eu cet avantage inestimable, cette bonne fortune si rare de n'avoir été ni éclipsé ni diminué par ses disciples. Les plus grands parmi ces derniers ont commenté ses écrits, ont propagé ses doctrines avec discernement et sans enthousiasme servile ; convaincus avec raison que l'homme illustre dont ils suivaient les leçons et les exemples avait ouvert une ère nouvelle et tracé la meilleure direction aux sciences médicales.

Boerhaave, après avoir remis en honneur les connaissances auxiliaires, vicieusement dites accessoires, entreprit de donner quelque certitude à la physiologie et de restaurer la médecine clinique. Ses deux disciples les plus éminents se partagèrent, comme un héritage, la tâche de continuer cette double entreprise, et sans perdre rien de leur originalité, ils se montrèrent dignes d'une telle succession. Haller et Van Swieten se firent les commentateurs de Boerhaave, et chacun laissa son monument : Haller, sa *Physiologie*, qui a été comme le code des physiologistes modernes ; Van Swieten, sans parler des fameux *Commentaires* sur les aphorismes de son maître, cette grande école clinique de Vienne, qui reste une création incomparable.

Indépendamment de son rare mérite et de ses vastes et solides connaissances, Van Swieten fut redevable de sa haute fortune médicale à l'intolérance religieuse de ses compatriotes. Né à Leyde en 1700 d'une ancienne famille catholique, il resta fidèle à ses croyances, et s'interdit de la sorte les fonctions universitaires auxquelles ses talents le dési-

avait en dix enfants; cet homme, dont la conduite, paraît-il, laissait beaucoup à désirer, disparut en 1815, et l'on n'ent plus depuis de ses nouvelles. M... resta abandonnée, sans ressources, et le seul soutien de sa nombreuse famille. Elle exerçait la profession de ravaudeuse; les douleurs articulaires avaient débuté seulement pendant l'année 1846; mais rien n'est moins certain que cela.

Voici le résultat de l'examen des déformations que présentait M... Toutes, ou à peu près toutes les jointures des membres et des extrémités étaient rigides, à l'exception des épaules et des hanches. Les articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes étaient le siége de craquements; celles des gros orteils étaient subluxées et ankylosées. La rigidité et les déformations permanentes étaient surtout prononcées aux mains, et depuis longtemps elles empêchaient tout travail. Les deux mains, fortement maintenues en pronation, sont affectées symétriquement et au même degré.

Il y a déviation en masse de tous les doigts vers le bord cubital de la main, et cette déviation est si prononcée que le bord externe du petit doigt fait presque un angle droit avec l'axe du cubitus. Il y a de plus subluxation des phalanges en arrière et en dehors des têtes métacarpiennes, qui font sous les téguments amaigris une saillie très-accusée; par suite tous les doigts de la main sont fléchis sur le métacarpe en même temps qu'ils sont dans l'abduction : de plus les phalangines sont légèrement étendues sur les phalanges, et les phalangettes fléchies sur les phalangines. La plupart des jointures, ainsi affectées, ont conservé encore une mobilité obscure ; à leur niveau il n'y a pas traces de proéminences, de tumeurs autres que celles que produisent les têtes des os subluxés; ou, autrement dit, il n'existe point de tumeurs tophacées appréciables. Nous trouvons donc ici l'exacte reproduction de l'un des types de difformité des extrémités supérieures, observés le plus fréquemment dans le rhumatisme articulaire chronique progressif. Premier type, ou type de flexion. (Voir Charcot, *Thèse inaugurale*, Paris, 1853, p. 16, planche I, fig. 3 et 4; planche II, fig. 1 et 2.)

Nécroscopie. *Examen des jointures.* La plupart des articulations des membres inférieurs et supérieurs ont été ouvertes, et à l'exception des jointures des hanches, elles présentaient une altération consistant en un dépôt abondant d'urate de soude dans l'épaisseur et à la surface des cartilages diarthrodiaux; les ligaments articulaires et les tendons au voisinage des jointures étaient parsemés en outre de petites concrétions blanches d'aspect crayeux, ne dépassant pas en général le volume d'une tête d'épingle et formées également d'urate de soude. Ce qui est relatif aux extrémités supérieures mérite une mention spéciale : les phalanges étaient maintenues dans la flexion et dans l'abduction par suite de la rétraction qu'avaient subie à la longue les tissus fibreux. Par suite de la subluxation des têtes des phalanges en arrière, les têtes des métacarpiens devenus presque complétement libres, se trouvaient placées immédiatement sous la peau. Leurs cartilages diarthrodiaux, ulcérés et détruits même en plusieurs points de leur extrémité périphérique étaient partout incrustés d'urate de soude, et présentaient une surface blanche d'aspect crayeux. En outre, sur la face dorsale des têtes métacarpiennes, immédiatement en arrière des surfaces diarthrodiales, il existait des dépôts de matière crayeuse, enveloppés de tissu cellulaire lâche et qui laissait voir, par transparence, leur couleur d'un blanc mat. Ces dépôts, limités latéralement par les tendons des extenseurs, jouissaient de mouvements de latéralité sur les métacarpiens dont ils étaient tout à fait indépendants; placés immédiatement sous la peau, et pressés, pour ainsi dire, contre les têtes osseuses, ils étaient aplatis et ne formaient pas sur le dos de la main de saillie appréciable, de telle sorte que, avant la dissection des parties molles, leur existence ne pouvait pas être reconnue. On trouvait aussi des points blancs et de petites masses crayenses, dures, enchâssées solidement dans les tissus fibreux périarticulaires et dans les tendons des extenseurs sur toute l'étendue de leur trajet. Toutes les articulations des phalanges, des phalangines et des phalangettes étaient incrustées comme les métacarpo-phalangiennes, de matière crayeuse, mais à un moindre degré au voisinage des jointures; le tissu sous-cellulaire sous-cutané, le névrilemme, les couches profondes du derme présentaient de semblables dépôts sous forme d'une fine poussière blanche.

Aux genoux les condyles du fémur, les surfaces articulaires du tibia et de la rotule paraissent également recouverts par un vernis blanc opaque, brillant, dur, d'aspect crayeux, lequel occupe dans une épaisseur de 1/2 à 1 millimètre la plus grande étendue des cartilages diarthrodiaux. Sur une coupe de ces cartilages, le dépôt blanc paraît limité du côté de la face profonde par une ligne légèrement ondulée. La surface synoviale de la capsule articulaire, dans toute son étendue, ainsi que les divers ligaments de l'articulation, offrent une multitude de petits points blancs adhérents et donnant l'idée d'une fine poussière. Ces mêmes points blancs se retrouvent dans l'épaisseur du ligament rotulien. Les articulations tibio-astragaliennes, celles du coude et de l'épaule présentent des altérations analogues. La synovie est, dans ces diverses jointures, rare, transparente, peu visqueuse.

La matière blanche qui incrustait les cartilages articulaires, traitée par l'acide azotique bouillant, puis par l'ammoniaque, a donné la belle coloration pourpre de muroxyde.

Examen microscopique. Les dépôts d'urates des cartilages articulaires examinés au microscope sur des coupes perpendiculaires à la surface de ces cartilages, vus à un faible grossissement, formaient une zone opaque à la lumière transmise, blanche à la lumière réfléchie, régulière du côté de la surface articulaire, festonnée du côté de la tête osseuse. A un plus fort grossissement (200 diamètres), chacun de ces festons arrondis donnait naissance à des houppes soyeuses de cristaux fins et allongés qui se dirigeaient du côté des cellules de cartilage libres de tout dépôt. A la limite du dépôt, entre les cellules tout à fait transparentes et les portions noires d'urates, se trouvaient des masses opaques ayant la forme et le volume des cellules cartilagineuses, et de ces masses partaient des cristaux fins. En ajoutant de l'acide acétique, les cristaux et les masses opaques se dissolvaient en même temps qu'apparaissaient toutes les formes cristallines propres à l'acide urique, et lorsque tout était dissous, il restait aux points primitivement noirs de belles cellules cartilagineuses. Comme la dissolution se faisait lentement, on pouvait en suivre toutes les phases, et voir que d'abord les aiguilles cristallines se dissolvaient, ainsi que les urates contenus dans la substance fondamentale du cartilage, en laissant les cellules noires et encore incrustées. Puis la membrane des cellules commençait à apparaître, et les urates contenus dans leur intérieur étaient dissous jusqu'au noyau qui restait opaque un certain temps. Bientôt les urates renfermés dans le noyau de la cellule laissaient voir, en se dissolvant, la membrane du noyau et le nucléole qui devenait transparent en dernier lieu. Nous avons répété un grand nombre de fois, et à de longs intervalles de temps, la même expérience qui nous a toujours donné le même résultat; de telle sorte qu'il est bien certain que le dépôt d'urate de soude dans les couches superficielles des cartilages se fait à la fois dans l'intérieur et à l'extérieur des cellules cartilagineuses.

Les urates sont dans l'intérieur des cellules sous forme amorphe, et ces dernières, transformées en une masse opaque qui conserve leur forme arrondie ou ovalaire servent elles-mêmes de centres d'où s'irradient les aiguilles cristallines dans la substance intercellulaire amorphe du cartilage.

A la surface des séreuses, particulièrement autour des cartilages

---

gnaient entre tous. Élève du physicien S'Gravesande et de Boerhaave, il s'attacha particulièrement à ce dernier, et suivit ses leçons publiques et particulières jusqu'à sa mort, en 1738. Van Swieten, qui était le confident autant que le disciple de Boerhaave, ne succéda point à son maître, et continua encore durant quelques années de faire des cours privés qui l'aidaient à vivre, et qui devaient exercer une salutaire et durable influence sur la matière médicale.

Le célèbre médecin Sanchez (Riheiro), qui avait suivi pendant neuf mois les leçons particulières de Van Swieten, n'hésite pas à lui faire honneur des réformes capitales qui s'introduisirent dans l'art de préparer, de prescrire et de formuler les médicaments, réformes dont il est facile d'apprécier l'importance en faisant la comparaison des pharmacopées de Londres (1747) et d'Edimbourg (1733) et des recueils informes et indigestes que l'on décorait autrefois de ce titre. « Les disciples anglais de M. Van Swieten étant placés dans leurs universités, répandirent en Europe la véritable pharmacie et la connaissance de la matière médicale, et la méthode *præscribendi formulas*, » dit expressément Sanchez dans une note autographe très-précieuse qui est dans les cartons de l'Académie, et dont Louis s'est beaucoup servi pour raconter dans son *Éloge de Van Swieten* la première partie de la vie de ce grand médecin (1).

C'est donc le disciple de Boerhaave qui a eu l'honneur de frayer la voie à Murray, le rénovateur de la matière médicale, et qui a le premier affranchi la médecine de la tyrannie de la pharmacie galénique, arabesque et chimique. Van Swieten, recueilli dans sa première jeunesse chez un de ses oncles, apothicaire, s'était appliqué avec ardeur à l'étude théorique et pratique de la pharmacie. Mais sa passion la plus forte était pour la médecine clinique, et Sanchez remarque excellemment que jusque dans ses leçons de matière médicale, il s'inquiétait avant tout des indications, c'est-à-dire de la thérapeutique; de sorte que « ce cours, suivant le témoignage du célèbre médecin portugais, était le plus excellent *introitus in praxin medicam.* »

Appelé à Vienne en 1745, lorsqu'il était déjà en grande réputation par son enseignement et par ses écrits (il avait déjà publié les deux premiers tomes de ses *Commentaires sur les aphorismes* de Boerhaave), Van Swieten, investi de la confiance la plus absolue auprès de Marie-Thérèse, impératrice d'Autriche et reine de Hongrie, reçut de cette souveraine la mission de réformer, de restaurer les études universitaires. Van Swieten procéda avec résolution, et bientôt la routine scolastique fit place au progrès. Ce fut une véritable renaissance. En médecine particulièrement, Van Swieten se montra un réformateur hardi et sans pitié pour les vieux abus. Il enseigna lui-même, en attendant qu'il eût formé ou qu'il lui vînt des maîtres capables; il mit l'enseignement pratique en regard de l'enseignement théorique, et son compatriote An-

(1) V. *Éloge de Van Swieten*, p. 237 de l'édition de M. Fr. Dubois.

diarthrodiaux du genou, on voyait de petits points blancs situés sur les franges synoviales. En examinant ces dernières au microscope, on voyait un grand nombre de houppes synoviales renfermant à leur centre une masse opaque généralement arrondie, simple ou double, blanche à la lumière réfléchie, noire à la lumière directe; en ajoutant de l'acide acétique, cette masse montrait bientôt à sa périphérie de très-petits cristaux d'acide urique et se dissolvait ensuite complétement.

Dans le tissu cellulaire sous-séreux, dans les ligaments articulaires, dans les tendons des muscles, dans le névrilemme des nerfs des doigts, dans le tissu conjonctif sous-cutané, dans les couches profondes du derme, en un mot dans tous les tissus fibreux périarticulaires, les points blancs, sablés, qui s'y trouvaient en grand nombre, avaient la même structure et la même composition. Ils étaient toujours formé par des masses généralement arrondies, opaques, d'urate de soude amorphe qui donnait très-rapidement des cristaux d'acide urique lorsqu'on les traitait par un acide. Ces petites masses étaient entourées par des faisceaux de tissu fibreux et élastique qui se condensaient autour d'elles et les enchatonnaient solidement.

Examen des viscères. Péricarde sain, sauf l'existence d'une petite plaque laiteuse siégeant sur la surface viscérale et de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Le *cœur* volumineux ne présente cependant aucune altération de texture : il pèse 280 grammes. *L'aorte* n'est que très-légèrement athéromateuse. *Poumon droit*, hépatisation granuleuse grise dans toute l'étendue du lobe supérieur. Le *poumon gauche*, congestionné dans toute son étendue, offre dans l'épaisseur de son lobe supérieur trois noyaux d'hépatisation rouge, chacun de la grosseur d'une noix.

La *dure-mère* est épaisse : à sa surface interne, sur les parties qui correspondent à l'hémisphère gauche, on remarque des îlots rouges, comme imbibés de sang, saillants, irréguliers, disposés sous forme de plaques ou de simples points accolés à la dure-mère et bien indépendants de l'arachnoïde : ce sont des *néo-membranes* vasculaires et infiltrées d'extravasations sanguines. La moitié droite de la dure-mère présente quelques points rouges analogues, non réunis sous forme de plaques. Le *cerveau* paraît sain dans toute son étendue. Les *artères* de l'encéphale sont à peine un peu indurées.

20 grammes environ de la *sérosité sous-arachnoïdienne* qui s'était écoulée lors de l'incision des méninges furent recueillis et placés dans un verre de pendule et traités par l'acide acétique, d'après la méthode de Garrod (*thread experiment*). *Les fils qui avaient été déposés au sein de ce mélange parurent, au bout de trois jours, recouverts d'un certain nombre de cristaux d'acide urique.*

Le *foie* est de volume normal. La *vésicule biliaire* renferme trois calculs verdâtres, mous, irréguliers. La *rate* est normale.

L'utérus, la *vessie*, les *uretères* ne présentent aucune altération ; il n'existe pas de calculs, de graviers, soit dans la vessie, soit dans les uretères.

Reins. Le *rein droit*, réduit à un très-petit volume, était adhérent au tissu cellulo-graisseux ambiant. La capsule propre, épaissie, adhérait intimement à la substance corticale du rein.

Celle-ci, atrophiée elle-même, était pour ainsi dire tranformée en kystes nombreux dont les plus volumineux étaient gros comme une noisette. Les pyramides étaient également réduites à de très-petites dimensions, de telle sorte que la substance propre du rein indurée et de consistance presque fibreuse, formait autour du bassinet et des calices dilatés une coque dont l'épaisseur ne dépassait pas 1/2 centimètre.

Examen microscopique (de 20 à 300 diamètres). Des alvéoles celluleuses très-épaisses, très-riches en noyaux, enveloppent de toutes parts les tubes urinifères et les glomérules de Malpighi. Les éléments propres du rein, tubes et glomérules, sont atrophiés. Leur volume est à peu près réduit de moitié. Les parois des vaisseaux artériels étaient épaissies. Nulle part dans ce rein il n'existait de dépôt d'urates. La surface muqueuse du bassinet présentait des plaques de coloration jaunâtre répondant à des dépôts de même couleur situés sous la membrane muqueuse. Ces dépôts étaient produits par une infiltration graisseuse du tissu cellulaire sous-muqueux; on y rencontrait également des cellules de tissu conjonctif remplies de granulations fines qui se dissolvaient dans l'éther.

Rein gauche. Son volume est à peu de chose près celui de l'état normal. L'organe est mou, flasque; sa surface, à laquelle n'adhère que faiblement la capsule fibreuse, est lisse, sans bosselures ou granulations. Sur une coupe, la substance corticale paraît manifestement épaissie; elle est d'une coloration d'un jaune pâle; les vaisseaux et les glomérules de Malpighi injectés s'y dessinent sous forme de petites stries et de petits points rouges visibles à la loupe ou même à l'œil nu. La substance tubuleuse présente une coloration rouge brun assez vif. Ces altérations rappellent, comme on voit, les caractères qu'a assignés M. Rayer à la *deuxième forme* de la néphrite albumineuse ; mais, en outre, *on aperçoit sur les coupes d'un certain nombre des cônes, de petites lignes ou stries d'un blanc de craie parallèles à la direction des tubuli*, et qui se dessinent vivement sur la substance tubuleuse rouge et injectée. L'extrémité de quelques-uns de ces infarctus est visible sous forme de points blancs au sommet libre des papilles.

Examen microscopique. Les tubes contournés de la substance corticale examinée sur des coupes minces, à un faible grossissement (80 diamètres), paraissent légèrement opaques. Ces tubes, plus larges que dans l'état normal, examinés à un plus fort grossissement (300 diamètres), sont vus remplis de cellules épithéliales volumineuses à contenu granuleux. Ce contenu granuleux, d'où dépend l'opacité des tubes, est composé à la fois de granulations protéiques qui se dissolvent sous l'influence d'une solution de soude et de granulations graisseuses qui résistent à l'action de ce réactif. L'examen à un grossissement de 80 à 300 diamètres d'une tranche mince de la substance tubuleuse, dans les points où elle renferme des dépôts blancs, linéaires, parallèles à la direction des tubes, a donné les résultats suivants. Les dépôts se dessinent sous forme de masses opaques, allongées, composées de volumineux et longs cristaux prismatiques, disposés parallèlement les uns aux autres, et réunis en faisceaux. Quelques-unes de ces aiguilles paraissent s'attacher par une de leurs extrémités à la masse principale, et, libres par l'autre extrémité, elles se dirigent en rayonnant dans tous les sens.

Par l'addition d'acide acétique, les cristaux libres par une de leurs extrémités se dissolvent les premiers, en même temps qu'en leur lieu et place on voit se produire les différentes formes cristallines qui caractérisent l'acide urique. Peu à peu, par suite de la pénétration de l'acide acétique dans les parties situées plus profondément, les cristaux réunis en faisceaux se dissolvent à leur tour, et bientôt il ne reste plus qu'une masse opaque, amorphe, cylindrique, qui constitue comme le moule interne d'un tube urinifère dont elle conserve la forme et le volume. Cette masse amorphe, évidemment contenue dans le tube urinifère, est attaquée enfin elle-même et se dissout. Plusieurs fois, il nous est arrivé de suivre, pour ainsi dire pas à pas, la dissolution progressive de ces masses opaques contenues dans les tubes. Une portion d'un tube urinifère devenait transparente, tandis qu'un autre point de ce même tube restait obstrué par la masse amorphe. On peut conclure de là qu'une partie de la matière qui constitue les dépôts blancs, est contenue dans

---

toine de Haën, formé comme lui à la grande école de Boerhaave, inaugura sous ses auspices, en 1754, les leçons de médecine au lit du malade.

Sanchez regrette avec raison que ce professeur n'ait pas suivi la méthode d'enseigner dans l'hôpital comme son maître Boerhaave. Celui-ci ne se contentait pas de faire aux assistants les remarques que lui suggérait l'observation des malades, mais il enseignait dogmatiquement en prenant les observations pratiques pour texte de ses leçons. On voit que de Haën suivait strictement la méthode d'Osterdyk. Ce praticien, qui avait été aussi le maître de Van Swieten, donnait des consultations aux malades en présence de ses élèves, et c'est à cela que se bornait, selon toute apparence, son enseignement clinique. Pour que cet enseignement fût complet, il fallait combiner les deux méthodes, celle d'Osterdyk et celle de Boerhaave.

Van Swieten s'appliqua surtout à former des chirurgiens. Comme son maître Boerhaave, il ne séparait point la chirurgie de la médecine, et l'on sait que ses *Commentaires sur les aphorismes* de son maître contiennent un traité complet de l'art chirurgical, dont on possède une traduction française en 5 volumes in-12 (1753). Van Swieten fit une guerre acharnée aux rebouteurs et autres charlatans qui prenaient hardiment le titre de maîtres en chirurgie, et força de renoncer à la pratique tous ceux qui n'osèrent affronter des examens. Les places de chirurgien d'armée, qui étaient jusque-là au choix des colonels de régiment, furent remplies par des hommes de savoir et d'expérience. Des cours en langue vulgaire, fondés expressément pour les jeunes gens qui voulaient se livrer exclusivement à la chirurgie, ne tardèrent pas à augmenter le nombre des bons chirurgiens, et au bout de quelques années, l'exercice de l'art fut arraché à l'impéritie.

Van Swieten était à l'apogée de sa gloire médicale, et comblé d'honneurs, lorsque l'Académie royale des sciences le nomma spontanément dans la classe des associés étrangers en 1750. L'Académie royale de chirurgie, suivant cet exemple, ne resta point en arrière. Ce fut Morand, alors secrétaire perpétuel, qui se chargea de la négociation, poussé apparemment par un de ses élèves, le docteur Pallucci, un Italien madré et intrigant, que le gouvernement autrichien, sur la recommandation de Van Swieten, avait envoyé en France, comme pensionnaire, pour se perfectionner dans la pratique de la chirurgie. Les *Comptes rendus des séances de l'Académie royale de chirurgie*, à cette époque, sont remplis des inventions, procédés, mémoires et autres travaux communiqués par ce Pallucci, qui s'occupait spécialement des maladies des yeux et de l'opération de la taille.

Ce fut l'ambassadeur de France à Vienne, M. de Choiseul-Stainville, qui se chargea de la proposition de l'Académie auprès de Van Swieten. Celui-ci répondit avec empressement qu'une telle démarche l'honorait beaucoup et qu'il s'estimerait très-honoré et très-heureux d'appartenir à une compagnie dont il admirait fort les travaux et les services. Sollicité si extraordinairement et par un ambassadeur, il fit sa demande, ou dut

l'intérieur même des tubes urinifères où elle paraît exister à l'état de masse amorphe, tandis qu'une autre partie du dépôt située en dehors des tubes paraît, au moins pour la majorité, composée d'aiguilles cristallines soit agglomérées en faisceaux, soit libres par une de leurs extrémités, et disposées sous forme de rayons. La partie amorphe et la partie cristalline ont d'ailleurs la même constitution chimique, car toutes, après dissolution, donnent naissance aux cristaux d'acide urique.

La goutte, caractérisée par des dépôts d'urate de soude dans les cartilages articulaires, est d'une extrême rareté chez les femmes, surtout chez celles qui sont admises à la Salpêtrière; au contraire, les cas de rhumatisme articulaire chronique primitif y sont très-nombreux. Aussi avions-nous pensé, pendant la vie de la malade dont on vient de lire l'observation, que nous avions affaire à un rhumatisme chronique, d'autant mieux qu'elle nous offrait un type parfait des déformations qui sont propres à cette dernière affection, et qu'il n'existait aucun signe apparent de tophus. Dans ce cas, en effet, les têtes des métacarpiens étaient saillantes; les phalanges étaient fléchies et en subluxation sur les métacarpiens, les phalangines étaient étendues sur les phalanges, les phalangettes étaient étendues ou fléchies; la déformation, en un mot, était exactement celle du premier type figuré par M. Charcot dans sa thèse sur le rhumatisme chronique (*Thèses de Paris*, 1853, pl. II, fig. 2). En outre, comme pour augmenter les chances d'erreur, il n'y avait chez notre malade aucun des signes visibles de la goutte, ni les nodosités des cartilages du pavillon de l'oreille, ni les tophus siégeant sur les métacarpiens ou le poignet. Ces circonstances expliquent et justifient l'erreur de diagnostic qui a été commise pendant la vie, et notre observation démontre que le diagnostic entre la goutte et le rhumatisme chronique est parfois impossible par la seule inspection des déformations articulaires. Nous reviendrons bientôt sur les altérations anatomiques des reins et des articulations que nous avons trouvées à l'autopsie, mais nous croyons utile d'exposer en quelques mots l'historique et l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES; par le docteur GALLAVARDIN (de Lyon).

(Suite. — Voir les nos 1, 2, 3, 5, 7, 17 et 21.)

PARAPLÉGIE; SUREXCITATION GÉNÉSIQUE, PUIS IMPUISSANCE; PARALYSIE DE LA LANGUE; PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE.

OBS. XVII. — J. Frank a emprunté cette observation au *Traité sur l'alcoolisme chronique* de Magnus Huss (de Stockholm), et l'a consignée dans son *Magazin für physiologische und klinische Arzneimittellehre und Toxicologie*, p. 666, 1853, Leipzig. Je la traduis en son entier.

Un homme de 39 ans, qui menait un genre de vie ordinaire, s'occupait depuis trois ans de la préparation des allumettes phosphoriques; il travaillait dans la chambre où il habitait, et il y conservait les matières premières et les produits de son industrie. Il n'en avait éprouvé aucun inconvénient jusqu'à ce que, il y a un an, une grande quantité de phosphore et de bois phosphoré s'enflamma après une violente explosion. Alors, en essayant de l'étouffer, il respira la vapeur de phosphore, si bien que finalement la suffocation le fit évanouir. Immédiatement après il éprouva une sensation de faiblesse dans le dos comme s'il voulait s'affaisser; ensuite faiblesse dans les extrémités et tremblement à chaque effort, mouvement de reptation sous la peau et sensation de tressaillement sous l'épiderme. Au commencement, une grande excitation génésique, qui plus tard diminua, et les six derniers mois se convertit en impuissance : impossibilité absolue de l'érection. A part cela, il se trouvait bien d'ailleurs; bon appétit, évacuations convenables, respiration normale, bonne santé, rien n'indiquait une affection du cerveau. A son admission à l'hôpital, on remarque ce qui suit : les deux jambes étaient si faibles qu'il ne pouvait marcher que quelques pas, et encore le faisait-il en chancelant et comme s'il n'était pas sûr de lui-même; essayait-il de se tenir debout, les jambes tremblaient et les genoux pliaient; tremblement des mains et des bras en faisant un effort. Dans l'état de repos, les muscles faisaient saillie par tout le corps (contractions musculaires), principalement aux extrémités qui n'étaient pas douloureuses, mais cependant assez sensibles pour laisser paraître des mouvements convulsifs sous la peau, et les muscles se contractaient sur plusieurs points de temps en temps. Parfois on ne voyait rien, et pourtant il criait soudain comme si une partie de son corps eût été touchée subitement. Au bras gauche, constamment une sensation de fourmillement sous la peau; sensation normale sur toute la surface du corps; l'épine dorsale pas sensible ni douloureuse, mais si faible que le malade ne peut pas se redresser ni rester debout une fois redressé. Les facultés intellectuelles et morales, les fonctions de la poitrine, du cœur et de la digestion sont normales, mais la prononciation est embarrassée (paralysie de la langue).

Le malade vécut encore trois à quatre ans dans la plénitude de son bon sens, la paralysie augmentant et s'étendant (paralysie progressive); mais tous les essais de traitement furent sans résultat.

DYSURIE.

OBS. XVIII. — Dans une observation d'empoisonnement par le phosphore, le docteur Boudant a noté la dysurie qui est un phénomène paralytique. (*Gazette des hôpitaux*, 1851, n° 122.)

VIOLENTES CONVULSIONS.

OBS. XIX. — Empoisonnement aign d'une jeune fille de 17 ans, mort. Il y eut de violentes convulsions. (Docteur Dassier, *Journal de Toulouse*, novembre 1851.)

Tout agent spasmogène est nécessairement paralytique, comme l'a démontré le professeur Imbert-Gourbeyre dans ses travaux de matière médicale. D'ailleurs, en suscitant des mouvements convulsifs, il prouve son action élective sur le système musculaire. Pour ces deux motifs, nous devons citer toutes les observations d'empoisonnement où le phosphore a produit des convulsions toniques ou cloniques.

PARALYSIE DES MAINS.

OBS. XX. — J. Mifflet (de Saint-Etienne-sur-Chalaronne), que sa femme avait, à plusieurs reprises, essayé d'empoisonner avec du phos-

---

la faire, d'après une lettre de M. de Choiseul-Stanville; car les archives de l'Académie royale de chirurgie ne conservent pas trace de cette demande, non plus que les registres. Voici ce qu'on lit dans le compte rendu de la séance du 18 novembre 1751, M. le Dran étant directeur :

« M. le Baron de Van Swieten, premier médecin et Bibliothécaire de Leurs Majestés impériales, désirant d'être associé à l'Académie, suivant une lettre de M. le Marquis de Stainville à M. Morand, écrite de Vienne le 7 de ce mois, a été proposé par M. le Directeur, et il a été élu sur-le-champ par acclamation, sans qu'on ait eu le temps d'aller aux voix (1). »

D'après ce témoignage, il y a grande apparence que Van Swieten fut nommé par acclamation associé étranger de l'Académie de chirurgie, sans s'être même donné la peine de poser, comme on dit maintenant, sa candidature, et il est très-probable que cette nomination fut due en partie aux influences politiques, la cour de France cherchant alors à complaire en toutes choses à la cour de Vienne. Or un moyen infaillible d'agréer à l'altière Marie-Thérèse, c'était d'honorer son premier médecin, qui était en même temps son conseiller intime, et pour ainsi dire son homme de confiance. Peut-être aussi que la vanité de Morand et l'ambition de Pallucci y furent pour quelque chose. Tous ces motifs et d'autres encore concoururent sans doute; mais on est réduit aux conjectures faute de documents certains.

(1) *Registres de l'Acad. roy. de chir.*, t. III (1750-1755), p. 66.

Lamartinière, plein de zèle pour les intérêts de l'Académie et jaloux de maintenir les bonnes traditions, n'approuva pas entièrement une démarche qui était pour le moins extraordinaire, et il fit ses réserves dans une lettre adressée à Morand, et que nous reproduisons d'après l'original :

« Je ne sçais, monsieur, si nous ne devriés pas attendre que Mr. de Ven-Switen nous fit luy mème sa demande au lieu de la prevenir pour luy envoyer des lettres. Il parroist a la vérité, par l'extrait de la lettre de Mr. le marquis de Stainville que Mr. Yenswiten le desire, mais il parroist aussy que ce desire luy est sucgeréz par Mr. de Stainville qui luy en a fait la proposition de notre part; au reste lacquisition d'un homme tel que ce grand medecin ne peut que faire grand honeur a lacademie royale de chirurgie; cest pourquoy vous peuvez le proposer a lacademie qui n'aura pas besoins de sollicitations pour s'acquerir un membre de ceste distinction. »

« J'ai lhoneur d'estre, monsieur, avec les sentimens de la plus hautte estime,

« votre tres humble et tres obeissant serviteur,

« Fontemebleau le 9 novembre 1751. » « LAMARTINIÈRE. »

On voit, d'après cette date, que la nomination de Van Swieten se fit huit jours après, le 18 novembre, et il est probable que sa demande n'arriva point dans l'intervalle. Voici d'ailleurs comment on procédait

phore en 1841, n'en mourut pas, mais il resta paralysé des mains. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, 1855, t. III, p. 157.)

Un ouvrage que je n'ai pas pu consulter, le *Journal de chimie médicale*, 1854, p. 330, relate l'histoire d'un mari, J. M., plusieurs fois empoisonné par le phosphore; il n'en mourut pas, mais il resta paralysé (de quelles parties?). Je n'ai pu vérifier si cette observation est la même que la précédente.

PARALYSIES DU MOUVEMENT; CONVULSIONS; TREMBLEMENT; HYPERESTHÉSIE DE LA PEAU; SYMPTÔMES PRODUITS PAR LE PHOSPHORE AMORPHE.

Obs. XXI. — Le phosphore pris à petites doses longtemps continuées, ou bien les inhalations de phosphore, produisent les symptômes suivants:

Système nerveux en état d'éréthisme; le toucher de la peau ou des cheveux est douloureux; tremblements; convulsions cloniques fréquentes; finalement paralysie du mouvement. (*Actions et emploi thérapeutique du phosphore amorphe*, par le docteur Bednar, article inséré dans la *Gazette hebdomadaire de Vienne*, *Wienmedic, Worchenschrift*, 46-47, 1855.)

Contrairement à l'opinion généralement reçue, il paraîtrait donc que le phosphore amorphe a les mêmes propriétés toxiques et thérapeutiques que le phosphore ordinaire?

VOMISSEMENTS; TÉNESME ANAL; RAMOLLISSEMENT DU CERVELET.

Obs. XXII. — Le 20 décembre 1855, une mère contraignit sa fille naturelle, âgée de 9 ans et jusqu'alors bien portante, à boire un liquide où elle avait mis des têtes d'allumettes phosphoriques. Voici les symptômes que présenta cette enfant: malaise général, vomissements, douleurs de ventre et une selle unique du 20 au 27 décembre, quoique les deux derniers elle fit de violents efforts de défécation.

Dans la soirée du 27 décembre, cette jeune fille expira après avoir poussé de grands cris de six à neuf heures du soir et s'être jetée d'ici de là sur son lit, entrelaçant en roulant ses mains et ses pieds autour d'elle.

On fit l'autopsie le 5 janvier 1856: le corps était gelé et dur comme une pierre. On ne remarqua rien d'extraordinaire, si ce n'est que le cervelet était complétement ramolli. Une commission scientifique, ayant pour rapporteur le docteur Horn, considéra ce ramollissement comme n'étant pas un phénomène cadavérique. (*Casper's Vierteljahrschrift*, t. XII, p. 193.)

DOULEURS DE CRAMPES RÉMITTENTES; CONTRACTURE DANS LES MEMBRES SUPÉRIEURS ET INFÉRIEURS; DÉLIRE VIOLENT; MORT.

Obs. XXIII. — Le 3 juin 1856, Joseph Varrigat remplit d'eau-de-vie un verre à vin ordinaire; il y mélange la pâte phosphorée de quatre boîtes d'allumettes (achetées à 5 centimes chacune), et à six heures du soir il avale tout le contenu du verre.

Le 5, le malade annonce éprouver depuis hier, et avoir surtout ressenti dans la nuit des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs. Les douleurs, qu'il compare à des crampes, persistent constamment, s'exaspérant par intervalles; elles coïncidaient par moments avec de la contracture et de la roideur qui se dissipaient d'elles-mêmes. Le matin, les membres supérieurs et inférieurs ne présentent aucune trace de contracture; les crampes persistent néanmoins.

Dans la soirée du 6, délire violent; le malade s'agite, veut quitter son lit, on est obligé de l'attacher.

Dans la matinée du 7, au délire aigu succède un état comateux terminé par la mort à sept heures. (Docteur E. Leudet (de Rouen), *Archives générales de médecine*, 1857, vol. I, 5e série, t. IX, p. 312.)

INSENSIBILITÉ DE LA PEAU DES MEMBRES; GRAND AFFAIBLISSEMENT; ENGOURDISSEMENT DANS LES MEMBRES; TRISMUS; MORT LE ONZIÈME JOUR.

Obs. XXIV. — Le 5 juin 1856, Marie-Luce Leblanc, couturière, âgée de 38 ans, délaya dans une tasse de café la pâte phosphorée des allumettes d'une boîte achetée 10 centimes. Cette tasse de café fut ingérée immédiatement; le résidu resté au fond de la tasse fut également ingéré après avoir été dissous dans un peu d'eau.

Symptômes éprouvés: fatigue très-grande; insensibilité de la peau des membres.

Le 6, la malade, bien qu'affaiblie, peut se promener toute la journée. Engourdissement et fourmillement dans les membres, trouble de la sensibilité assez grand pour ne pas lui permettre de saisir une épingle entre ses doigts.

Le 7, affaiblissement, intelligence intacte.

Le 13, fourmillement dans les doigts.

Dans la nuit du 13 au 14 délire, coma, dyspnée, bâillements, diminution de l'intelligence, parole difficile.

Le 15, état comateux, trismus, mort.

Autopsie. *Rate et foie* hypertrophiés et ramollis. La malade avait eu un ictère très-prononcé dans le cours de cet empoisonnement. (*Idem, idem*, p. 315.)

(La suite prochainement.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR MESURER LE VOLUME DE L'ENCÉPHALE ET LA CAPACITÉ DU CRANE CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX (mémoire présenté à la Société de biologie); par le docteur HENRI JACQUART, ancien interne des hôpitaux, aide-naturaliste au jardin des plantes, vice-président de la Société de biologie et de la Société médicale du sixième arrondissement, membre de la Légion d'honneur.

S'il est un problème dont la solution ait vivement intéressé les anthropologistes, c'est sans contredit la mensuration du volume de l'encéphale humain et l'évaluation de la capacité du crâne qui le contient, pour comparer ensuite les individus d'une même race, ou les races entre elles.

Excepté dans quelques heureuses circonstances, nous ne pouvons guère nous procurer que des cerveaux de la race au milieu de laquelle nous vivons. Il est possible de mesurer ou de peser directement ceux-ci; mais pour les autres races, n'ayant ordinairement que des crânes, nous sommes réduits à en déterminer la capacité, qui représente le volume de l'encéphale.

Il est inutile de décrire avec détail les différents moyens auxquels

---

à l'élection d'un associé étranger. Nous extrayons un passage des registres de l'Académie:

« Du 2 septembre 1751, M. Le Dran, directeur. »

« M. Le Dran a proposé M. Moscati, chirurgien de Milan, pour associé étranger. Voici la forme que l'on a suivie pour cela. M. Morand a lu l'article XXIII du règlement, qui porte: « Quant à la nomination des académiciens associés étrangers, lorsque l'Académie aura délibéré sur leur association, et que cette association aura passé à la pluralité des voix, Sa Majesté sera suppliée de vouloir bien la confirmer, et l'Académie sera pareillement instruite par le secrétaire d'État de la confirmation faite par Sa Majesté. » Ensuite M. Morand a recueilli les suffrages donnés à haute voix par les académiciens libres, les adjoints, les conseillers et leurs officiers. M. Moscati a eu l'unanimité des suffrages (1). »

La nomination de Moscati fut confirmée en même temps que celle de Van Swieten, d'après le témoignage des registres de l'Académie:

« Du 10 février 1752, M. Le Dran, directeur. »

« M. Morand a lu la lettre suivante à lui écrite par M. le comte d'Argenson, par laquelle le roi confirme l'élection de M. le baron de Van Swieten et M. Moscati, pour associés étrangers:

(1) *Registres de l'Ac. roy. de chir.*, tom. III, p. 54-55.

« A Versailles, le 7 février 1752. »

« Je vous donne avis, monsieur, que le roi a agréé le baron de Van Swieten, premier médecin et bibliothécaire de leurs majestés impériales, et le sieur Moscati, médecin-chirurgien à Milan, pour associés étrangers de l'Académie royale de chirurgie. Je joins ici les lettres que je leur écris pour les en informer.

« Je suis, monsieur, tout à vous,

« M. D'ARGENSON (1). »

Morand n'avait pas attendu ces lettres officielles et confirmatives pour notifier l'élection soit à Van Swieten lui-même, soit à l'ambassadeur de France à la cour de Vienne. De son côté, le premier médecin de Marie-Thérèse s'était empressé de remercier l'Académie par une lettre adressée au secrétaire perpétuel, et que nous transcrivons textuellement d'après l'autographe:

« Monsieur,

« Celle cy sert a remercier messieurs de l'Academie royale de chirurgie de l'honneur qu'ils m'ont fait de m'aggreger a leur corps, et a vous en particulier, monsieur, de la peine que vous avez pris de m'an-

(1) *Registres*, tom. III, p. 105.

on a en recours pour évaluer la capacité cranienne. Nous pensons qu'ils sont assez connus pour qu'il suffise de les mentionner ici.

On a proposé, comme on sait, de boucher les ouvertures du crâne, à l'exception du trou occipital, et d'en remplir la cavité par ce trou, soit de sable convenablement séché, soit de graine de moutarde, ou de toute autre graine semblable par le volume et la forme arrondie, soit enfin de cendrée de plomb de chasse. Ce dernier procédé nous paraît devoir être préféré, parce que le plomb est incompressible, et n'est pas hygrométrique comme les graines. On peut évaluer en centimètres cubes la quantité de substance employée, en la jaugeant dans une mesure graduée.

Tous les résultats fournis par ces procédés, d'une exécution d'ailleurs assez longue, loin d'être exacts et rigoureux, sont seulement approximatifs.

On a eu aussi l'idée de mouler de la gélatine dans l'intérieur de la boîte osseuse divisée par une coupe antéro-postérieure verticale ou horizontale, puis d'en tirer une épreuve en plâtre. Ces essais, commencés il y a longtemps au Muséum sur le crâne de l'homme et des animaux par M. le professeur Serres, poursuivis ensuite par MM. Serres et Gratiolet, ont été repris et continués dans ces derniers temps sous les auspices de M. le professeur de Quatrefages, par M. Pruner Bey sur des crânes humains seulement.

Les épreuves obtenues par ces moulages représentent en effet le volume de l'encéphale revêtu de ses membranes, avec ses vaisseaux, les sinus de la dure-mère et le sang qui y est contenu, ainsi que le liquide céphalo-rachidien qui s'y trouve (1).

Mais si l'épreuve obtenue par le moulage de l'intérieur du crâne est bien la représentation de la capacité de celui-ci, ou du volume de l'encéphale, avant qu'il n'ait été retiré de sa cavité, il reste encore à l'évaluer en centimètres cubes, et ici commence la difficulté; car les plâtres ainsi moulés étant ordinairement creux, afin de les rendre plus légers, on ne peut, en les pesant, en déduire le volume. Mais fussent-ils pleins, on ne pourrait encore rien en conclure de rigoureux sous ce rapport d'après le poids. C'est que la substance qui les compose est loin d'offrir une densité constante. En effet, le plâtre provenant de la même extraction absorbe dans les moulages une quantité d'eau différente, suivant le degré de cuisson qu'il a reçu. Bien plus, le plâtre tiré du même sac, suivant la température à laquelle on opère, et le *modus faciendi* de l'artiste, ne se combine pas avec la même quantité d'eau; d'où il suit que la comparaison des poids des épreuves massives ne saurait être faite, et ne pourrait nous mener à rien de satisfaisant pour en déduire le volume.

Nous avions pensé à peser les épreuves massives obtenues en gélatine; mais l'habile mouleur du Muséum, M. Stahl, qui emploie ce procédé pour mouler ensuite en plâtre, nous a assuré qu'il ne pouvait répondre que la densité de la gélatine employée fût toujours la même, qu'elle variait au contraire à l'infini, suivant la quantité d'eau absorbée.

On est donc réduit à prendre directement de nombreuses mesures sur les différentes parties des moules en plâtre, et à déduire par le

(1) Jusqu'à ce que des recherches entreprises dans cette direction nous aient appris les modifications de forme et de volume que subissent de race à race et d'individu à individu les sinus de la dure-mère, les membranes de l'encéphale, les vaisseaux qui s'y rendent, et le liquide céphalo-rachidien contenu dans les ventricules et dans les cavités intra ou extra-arachnoïdiennes, il nous est permis de considérer ces différents éléments comme invariables, et par conséquent comme augmentant d'une même quantité le volume de l'encéphale dans les différentes races. Nous sommes porté à adopter cette manière de voir, jusqu'à preuve du contraire.

Il nous semble cependant qu'il y aurait à faire là une série de recherches fort intéressantes, si l'on pouvait disposer d'un nombre suffisant de sujets, ou plutôt si les savants se mettaient à étudier sous ce point de vue la race au milieu de laquelle ils vivent, et publiaient ensuite les résultats de leurs recherches. Et en effet, pourrait-on dire aux anthropologistes, quand vous mesurez le volume de l'encéphale et la capacité du crâne dans les races, c'est pour évaluer la plus ou moins grande quantité de substance nerveuse centrale qui a été dévolue à chacune, et en déduire quelque chose par rapport à l'intelligence. A la vérité, il faudrait d'abord savoir. ce que nous ignorons absolument, quel rapport il y a entre le centre nerveux et l'aptitude intellectuelle de chaque individu.

Est-ce le plus grand volume ou la plus grande densité? est-ce la structure ou l'arrangement moléculaire; ou bien encore la composition chimique de la pulpe cérébrale qui donne la supériorité intellectuelle? Problèmes non résolus et peut-être à jamais insolubles! Mais enfin, en nous tenant aux idées les plus généralement reçues, et qui paraissent à tous les plus raisonnables, en supposant que la pesanteur spécifique, que l'arrangement moléculaire, que la composition chimique de la substance nerveuse centrale soit la même pour tous les hommes et dans toutes les races, et que le degré d'intelligence, à part l'influence de l'éducation, puisse être mesuré par le volume de l'encéphale, n'oublions pas que les épreuves obtenues par le moulage de la cavité cranienne ne représentent pas seulement le volume de la substance nerveuse encéphalique, mais ce volume grossi de l'épaisseur des membranes dure-mère, arachnoïde et pie-mère, des sinus, des vaisseaux, des glandes de Pacchioni, du liquide céphalo-rachidien intra ou extra-arachnoïdien, et enfin de celui qui remplit les ventricules. Pour évaluer exactement le volume de l'encéphale humain, il faudrait savoir si les membranes ont toujours la même épaisseur dans toutes les races, et chez tous les individus d'une même race, si les vaisseaux, si les sinus ne sont pas plus ou moins développés de race à race, et d'individu à individu. Il faudrait rechercher si les variations dans les dimensions des cavités ventriculaires ne démentent pas les mesures du volume de l'encéphale que vous prenez, sans faire entrer ces dimensions en ligne de compte. Aussi, bien que nous inventions un procédé pour trouver d'une manière facile et rigoureuse le volume que présente l'encéphale avant d'avoir été retiré du crâne, nous déclarons que tant qu'on n'aura pas résolu les différents problèmes que nous venons d'indiquer, le jaugeage de la capacité du crâne ne permettra de rien conclure de positif par rapport à celui de la substance cérébrale entrant dans la composition de l'encéphale. Mais l'étude comparative de la capacité du crâne, de race à race et d'individu à individu, n'en restera pas moins indispensable pour apprécier une des conditions physiques de celui-ci. Il en est de même de l'étude de l'angle facial; quelle que soit d'ailleurs sa signification par rapport au développement de l'intelligence, elle servira à constater l'une des conditions physiques de la tête, c'est-à-dire qu'elle sera la base de cette partie de la science anthropologique qui compare le développement des différents sinus de la face.

---

noncer cette nouvelle. Comme mon unique desir et le seul but de mes travaux est de concourir à l'avancement des sciences utiles aux genre humain, je me vois avec satisfaction parmy les membres d'un corps qui sous les auspices d'un grand roy travaille à l'avancement de la chirurgie, et en a desja donné de si bonnes preuves. Je souhaite de trouver des occasions pour montrer mon zèle pour l'Academie, et mon estime pour chacun des membres.

« L'exemplaire des reglemens de l'Academie n'est pas encore parvenu, mais je l'attends avec M. Pallucci, qu'on m'a dit estre en chemin. Je vous rend graces des peines que vous avez pris pour le rendre capable de se distinguer dans son art, et la considération du maître qui l'a formé, et la capacité du disciple me mettront en estat de luy procurer à son arrivée une place honorable et utile.

« J'ay l'honneur d'estre avec toute estime,

« Monsieur,

« Vostre tres humble et tres obeissant serviteur,

« Van Swieten. »

« Vienne, le 15 décembre 1851. »

Cette lettre est d'une nette et ferme écriture, en gros caractères. Pour un étranger qui n'avait point l'habitude de la langue française, elle est passablement écrite, et les fautes d'orthographe y sont très-légères. Le remercîment de Van Swieten fut lu en séance publique, le 30 décembre 1751. Il a été transcrit dans les registres de l'Académie royale de chirurgie (1).

Louis a fait un remarquable éloge de ce grand médecin; il est des meilleurs de son recueil. Van Swieten mourut d'une gangrène sénile, le 18 juin 1772. Voici en quels termes dignes et touchants sa veuve annonça à l'Académie royale de chirurgie la perte qu'elle venait de faire :

« A Vienne, le 20 juin 1772. »

« Messieurs,

« La mort vient de m'enlever un époux que vous aviez bien voulu faire membre de votre corps. La gangrène l'a mis le 18 de ce mois au tombeau à Schönbrunn dans la 73e année de son age, après sept semaines de souffrances qu'il a, j'ose le dire, supportées en héros chretien : il a prevû et vû approcher son dernier instant avec une resignation, une fermeté, une sorte de serenité même, et avec une confiance en Dieu qui font mon unique consolation, parce que sa vie et sa mort me donnent également lieu d'esperer que le Très Haut l'a cueilli comme un fruit mur pour l'Eternité bien-heureuse. Comme il n'entre cependant au ciel rien qui ne soit absolument parfait, je vous supplie de joindre

(1) Tome III, p. 78. Séance du 30 décembre 1751.

calcul le volume de ces moules. Mais on comprend combien les formes anfractueuses et irrégulières de l'encéphale, dont la moitié droite et la gauche ne sont même pas symétriques, se prêtent peu à l'application des formules mathématiques. Ce procédé de mensuration directe qui, sous certains points de vue particuliers, peut rendre des services, est long, pénible, compliqué, ennuyeux et presque impraticable, si l'on a un grand nombre d'épreuves à mesurer, et ne donne après tout que des résultats approximatifs.

Nous avons tout récemment trouvé un moyen facile d'évaluer en centimètres cubes le volume de l'exemplaire tiré en plâtre. Il s'agit tout simplement de le rendre imperméable par l'immersion plus ou moins prolongée dans de l'acide stéarique fondu (1) et maintenu en fusion à une douce chaleur. Celui-ci imbibe la matière calcaire, se combine avec elle, sans en altérer en rien la forme ni le volume. Elle prend une petite teinte jaunâtre comme éburnée, et acquiert plus de solidité. On connaît et l'on recherche dans le commerce ces épreuves sous le nom de plâtres stéarinés, et elles ont plus de prix. La quantité d'acide stéarique absorbée par chaque moule d'encéphale humain pour devenir imperméable à l'eau est fort petite et d'une valeur insignifiante. C'est le meilleur de tous les procédés pour obtenir l'imperméabilité. Il n'altère en rien la surface; il est vraiment irréprochable. Cela est si vrai que les inscriptions faites sur le plâtre avec un crayon de mine de plomb n'ont souffert en rien de l'imprégnation de l'acide stéarique, et sont restées ce qu'elles étaient avant, aussi apparentes et aussi lisibles. Il n'en est pas de même des couches répétées et alternatives d'huile grasse et de vernis qui donnent l'imperméabilité, mais ont réellement une certaine épaisseur. Une peinture uniforme de la surface du plâtre produit le même résultat, mais couvre trop. Nous avons dû essayer de tous ces moyens, soit par nous-même, soit avec l'obligeant concours d'un artiste distingué attaché au Muséum, M. Henri Formant, dont l'habile pinceau a su rendre avec une admirable fidélité aux bustes de races qui figurent dans nos galeries les couleurs naturelles des types originaux.

Lorsqu'on a ainsi obtenu l'imperméabilité, il suffit de plonger l'épreuve dans un vase contenant une certaine quantité d'eau; la quantité du liquide déplacé donne le volume de celui-ci. Voici l'instrument que nous avons imaginé, et que nous proposons d'appeler *endomètre cranien* de ενδον (dedans) et μέτρον (mesure), tel que nous l'avions d'abord fait construire. On prend un vase cylindrique haut de 20 à 21 centimètres et de 16 à 18 centimètres de diamètre, aussi régulier que possible.

Il est évident que plus le vase sera étroit, plus les degrés par lesquels on évaluera sa capacité seront espacés, et par conséquent plus l'instrument sera sensible. C'est ce qui nous a déterminé à y plonger l'épreuve en plâtre en plaçant le grand diamètre verticalement, et la grosse extrémité ou occipitale en bas, pour rendre l'équilibre stable. Les dimensions du vase que nous venons d'indiquer permettent de l'introduire sans qu'elle touche les parois du bocal.

Comme la plupart des épreuves sont creuses, elles surnagent assez souvent, ce qu'il faut empêcher. C'est pourquoi une traverse aplatie en cuivre est solidement fixée par les deux extrémités repliées en forme de pinces plates sur le bord supérieur du vase qui est renversé en dehors. On use ce bord supérieur à l'émeri, ainsi que son fond pour les dresser. Cette traverse est superposée au diamètre du vase et mobile; c'est-à-dire qu'on peut l'ôter pour l'introduction de l'épreuve et la replacer ensuite. Un tube en cuivre lui est soudé verticalement dans son milieu; dans l'intérieur de celui-ci se meut à l'aide d'une crémaillère une tige terminée en bas par une pointe mousse, qui vient presser la partie supérieure du plâtre et le maintient contre le fond du bocal.

Un support en cuivre muni de trois vis sert à dresser horizontalement, à l'aide de deux niveaux d'eau, le fond du vase sous lequel il est placé. L'échelle des divisions marquées sur le vase doit être perpendiculaire à ce fond, et ces divisions horizontales, lorsque le niveau a été établi à l'aide de trois vis, c'est-à-dire lorsqu'elles sont parallèles à la surface du liquide contenu dans le vase.

Une fois l'épreuve maintenue, on verse de l'eau jusqu'à ce qu'elle rase l'extrémité supérieure de celle-ci.

Un curseur se mouvant en totalité avec la main pour les grandes distances, avec des vis de rappel pour les petites sur une règle verticale en cuivre, indique sur l'échelle gravée sur le verre le volume de la totalité du liquide. Il est clair que si maintenant, à l'aide d'un fil mince de laiton dont on a embrassé l'épreuve moulée avant de la plonger, on la retire et on la laisse égoutter au-dessus du vase, le liquide restant dans le vase retranché de celui indiqué antérieurement par le premier curseur, donnera le liquide déplacé, c'est-à-dire le volume du corps plongé. Mais à cause de la présence du fil de laiton, de la nécessité de retirer l'épreuve de l'eau, et de la perte plus ou moins grande de liquide qui reste adhérent à sa surface, il est mieux de procéder autrement, c'est-à-dire de laisser le plâtre fixé dans le vase, d'évacuer par l'ouverture d'un robinet partant du fond du vase toute l'eau qu'il contient et de la jauger. Son volume retranché, comme nous venons de le dire, de la totalité du liquide que contient le vase, à partir de son fond jusqu'à l'extrémité supérieure de l'épreuve, donne le volume de celle-ci.

Ce procédé, satisfaisant au premier coup d'œil, n'est cependant rigoureusement applicable qu'à des cerveaux d'un petit volume, ceux par exemple de petits animaux ou de fœtus humains. Alors le vase en verre n'a plus besoin que d'un diamètre très-rétréci, pour permettre leur introduction, et l'on peut espacer les degrés suffisamment pour avoir un instrument très-sensible, c'est-à-dire pour rendre appréciable une différence de quelques grammes; tandis qu'il n'en est pas

(1) Vingt ou trente minutes au plus suffisent ordinairement pour rendre le plâtre imperméable à l'eau. Nous ferons remarquer ici qu'il y aurait avantage à ce que les épreuves fussent pleines et sans cavité intérieure : 1° c'est qu'on rendrait ainsi inutile la pièce de notre instrument qui sert à tenir immergées sous l'eau celles qui surnagent après y avoir été plongées; 2° on ne serait pas obligé de boucher, avec un mastic fait exprès, les trous ou fentes qui s'y trouvent, et qui, la pièce étant plongée dans l'acide stéarique fondu, donneront passage à un courant de petites bulles d'air déplacé par l'eau, si on ne les bouche pas avec cette composition. Pour cela on retire l'épreuve de l'acide stéarique fondu par le même moyen qui a servi à l'y plonger, c'est-à-dire à l'aide d'un fil mince de laiton, et on les y replace ensuite quelques minutes.

---

vos prières aux regrets que je me flate que vous donnerez à sa perte.

« Je suis avec une consideration la plus distinguée

« Messieurs

« Votre très humble et très obeïssante servante

« La B^ne Van Swieten veuve. »

« MM. de l'Académie de chirurgie de Paris. »

Le nom de cette femme distinguée était Marie-Lambertine-Thérèse Beek Van Coesfeld. Elle appartenait à une noble et ancienne famille, originaire de Cassel, dans la Hesse. Van Swieten l'avait épousée en 1729. On voit, d'après cette lettre, dont la rédaction annonce un esprit cultivé, et l'écriture un caractère ferme et presque viril, que cette femme de mérite était la digne compagne d'un homme dont la trace reste ineffaçable, et qui mérita la confiance absolue et l'estime inaltérable d'une souveraine d'un grand cœur et d'un solide jugement, *ob doctrinam et integritatem*, « pour son savoir et sa probité, » suivant l'inscription de la médaille frappée en son honneur.

J. M. Guardia.

— Le service médical des principaux hôpitaux thermaux militaires a été réparti cette année entre les médecins dont les noms suivent :

Amélie-les-Bains. — MM. Artigues, médecin principal de première classe; Bouffard, médecin principal de deuxième classe; Lemarchand, médecin-major de première classe; Tirard, médecin-major de deuxième classe; Julia et Boureiff, médecins aides-majors de première classe; Jean, médecin aide-major de deuxième classe; Bouillard, pharmacien-major de deuxième classe; Marcailhou, pharmacien aide-major de première classe.

Baréges. — MM. Ganderax, médecin principal de deuxième classe; Armieux, médecin-major de première classe; Herhecq, médecin-major de deuxième classe; Delbousquet, médecin aide-major de première classe; Bordères, médecin aide-major de deuxième classe; Strohl, pharmacien-major de deuxième classe.

Bourbon-l'Archambault. — M. Morand, médecin-major de deuxième classe.

Bourbonne-les-Bains. — MM. Cahrol, médecin principal de deuxième classe; de Finance, médecin-major de première classe; Souville, médecin-major de deuxième classe; Krauss, médecin aide-major de première classe; Pineau, médecin aide-major de deuxième classe; Paradis, pharmacien aide-major de première classe.

ainsi quand il s'agit de cerveaux humains ou de grands animaux. On sait, du reste, que pas un de nos gros mammifères, tels que l'éléphant, le rhinocéros, etc., n'offre un encéphale qui dépasse en volume celui de l'homme.

Obligé de nous servir d'un vase à grand diamètre, les tranches de liquide, quoique n'ayant pas plus d'un millimètre de hauteur, représentent la cinquième partie d'un décilitre qui est de 100 grammes, c'est-à-dire 20 grammes; on est donc exposé à se tromper de 15 à 20 grammes, à cause des oscillations inévitables du liquide sur une large surface, au milieu des vibrations de l'air ambiant. Nous avons eu recours à un autre procédé que nous croyons bien préférable.

Nous prenons un vase en verre de même diamètre que le précédent, mais deux fois plus élevé.

Nous conservons le support à trois vis de la base, et l'appareil destiné à fixer les plâtres qui surnageraient.

Un robinet est placé latéralement, d'un assez grand diamètre, pour donner un prompt écoulement au liquide, et assez élevé au-dessus du fond pour que le niveau de l'eau une fois établi par l'ouverture de ce robinet, dépasse l'extrémité supérieure de l'encéphale le plus gros placé verticalement, suivant son plus grand diamètre.

Le robinet est ouvert, le niveau constant établi; on ferme le robinet, on plonge l'épreuve en plâtre; le liquide déplacé par elle monte au-dessus du robinet; le robinet est ouvert de nouveau, on reçoit tout le liquide qui s'écoule, et on le jauge dans des éprouvettes graduées qu'on peut choisir aussi sensibles qu'on voudra.

Ainsi nous n'avons plus besoin de calibrer notre vase, si ce n'est peut-être pour en tirer des indications générales qui ne seront pas sans utilité.

Cependant, comme nous l'avons dit, pour les organes de petites dimensions qui permettront de rétrécir le vase et de l'allonger, notre premier appareil pourra être utilement employé. Non-seulement notre dernier instrument donnera avec une extrême exactitude le volume de la capacité du crâne, mais il servira aussi à prendre le volume de cerveaux frais avec ou sans membranes. Il ne sera pas seulement utile à l'anthropologie; les pathologistes pourront l'employer pour jauger le volume des organes dont ils étudieront les altérations sous ce rapport.

Notre méthode est applicable à la mensuration de la capacité du crâne lorsqu'il aura été divisé par une coupe horizontale ou verticale. L'emploi de la cendrée de plomb devra être réservé, pour les crânes entiers qu'on ne veut pas ouvrir, parce qu'on les regarde comme trop précieux pour la collection dont ils font partie.

Notre procédé, par la facilité de son exécution et la rigueur mathématique de ses résultats, nous paraît devoir marcher de pair avec la mensuration de l'angle facial pris avec notre goniomètre, que l'Académie des sciences, sur le rapport favorable de M. de Quatrefages, a bien voulu honorer de sa sanction.

Nous ne saurions terminer ce mémoire sans présenter quelques considérations qui, pour être accessoires à notre sujet, n'en sont pas moins d'une grande importance.

Nous sommes convaincu que l'avenir du procédé que nous avons seulement le mérite d'appliquer, n'est pas borné à la mensuration de la capacité du crâne qui lui a donné naissance.

Nous avons ouvert, en quelque sorte à notre insu, comme cela arrive quelquefois aux inventeurs, un bien plus vaste champ à d'autres études, que celles auxquelles nous consacrons journellement notre labeur.

L'instrument que nous venons de décrire mesurera aussi le volume de tout autre organe sain ou malade, sans moulage préalable. On pourra jauger en centimètres cubes, les viscères frais soit d'un volume normal, soit après les changements que les maladies leur auront fait subir sous ce rapport.

Sait-on quel volume le cerveau humain sain et frais, revêtu ou dépouillé de ses enveloppes, présente de race à race et d'individu à individu? Ce sont des problèmes fort intéressants à résoudre, et nous rendons plus faciles les recherches qu'il faudra multiplier pour arriver à leur solution.

Si l'on nous fait observer que le mélange du sang avec l'eau modifie les résultats, nous répondrons que l'opération est trop rapide pour que l'objection soit bien sérieuse; enfin nous ajouterons que les viscères comparés entre eux étant soumis aux mêmes conditions, nous avons tout lieu d'attendre des résultats exacts.

Tel est le nouvel horizon qui paraît se dérouler à nos yeux d'une manière inattendue. Mais il appartient à d'autres de réaliser l'objet de nos espérances. Nous ne sommes pas placé nous-même de manière à tirer de ce procédé tout ce qu'en peuvent attendre, selon nous, l'anatomie normale et l'anatomie pathologique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

IV. DUBLIN MEDICAL PRESS.

SUR UN CAS DE FRACTURE ANCIENNE DE L'APOPHYSE ODONTOÏDE; par le docteur PHILIP BEVAN.

Nous reproduisons dans ses principaux détails ce fait remarquable, qui n'a peut-être pas d'analogue dans la science.

Obs. — La pièce dont il s'agit, et qui a été présentée par M. Bevan à la Société chirurgicale d'Irlande, a été trouvée par hasard pendant une dissection ayant pour but d'étudier les ligaments de la colonne vertébrale. En ouvrant le canal rachidien, le surtout ligamenteux postérieur fut trouvé intact, mais après l'avoir enlevé on s'aperçut avec une surprise extrême que le sommet de l'apophyse odontoïde était uni par une soudure osseuse solide au bord antérieur du trou occipital; le col de l'apophyse était uni au corps par un tissu fibreux long de 3/4 de pouce environ, très-épais et très-résistant, et ressemblant à tout égard à celui que l'on trouve entre les deux moitiés d'une rotule fracturée quand la consolidation osseuse ne s'est pas faite.

Après avoir divisé ce tissu fibrineux, on constata que le ligament transversal avait sa résistance et son épaisseur normales, et présentait des deux côtés ses attaches habituelles à l'atlas; mais les rapports de ce ligament étaient singulièrement modifiés. Il ne passait pas derrière l'apophyse odontoïde en opposant à la face postérieure de cette apophyse une surface concave, garnie de cartilage et revêtue d'une synoviale; il passait entre le corps de l'apophyse et le fragment détaché, l'une de ses faces étant devenue supérieure et l'autre inférieure. En l'isolant du tissu fibreux dans lequel il était plongé, on trouva qu'il avait conservé son aspect lisse et luisant et son épaisseur habituelle, mais le revêtement cartilagineux et synovial de sa face antérieure avait complétement disparu. Quant au ligament suspenseur, il avait complétement disparu.

Les apophyses articulaires supérieures de l'atlas avaient conservé leurs rapports avec l'occipital, mais l'atlas lui-même était fortement déplacé en avant par rapport à l'axis, et était maintenu en place par une excroissance osseuse qui garnissait le bord antérieur des apophyses articulaires de la seconde vertèbre. L'atlas était en réalité luxé incomplétement en avant, grâce à l'absence de l'apophyse odontoïde. Le déplacement avait été maintenu dans ses limites, au moins en partie, par le ligament atlanto-axoïdien antérieur, qui était extrêmement développé.

Ces modifications étaient accompagnées de changements très-prononcés dans la forme des os eux-mêmes. Le trou occipital, au lieu d'être ovalaire, avait la forme d'un cœur, grâce à l'adhérence que le sommet de l'apophyse odontoïde avait contractée avec son bord antérieur, et son diamètre transversal l'emportait sur l'antéro-postérieur de 5/12 de pouce. C'est précisément l'inverse du rapport normal.

La soudure des deux os était complète, et c'est tout au plus si l'on voyait une légère dépression entre l'apophyse odontoïde et l'occipital. La base de la pointe était lisse, comme si elle avait été séparée du corps de l'apophyse par un coup de couteau.

A droite, le condyle de l'occipital n'avait pas subi d'altération. Le condyle gauche, par contre, était aplati, circulaire, et s'inclinait en bas et en dehors; son diamètre transversal était plus grand qu'à l'état normal; il mesurait environ 3/4 de pouce. La plus grande partie de sa surface était lisse et couverte de cartilages, mais ses bords étaient rugueux et inégaux. Les surfaces internes des condyles étaient lisses au lieu d'être irrégulières, circonstance due à l'absence des ligaments qui s'y insèrent à l'état normal.

Les surfaces articulaires supérieures de l'atlas étaient peu altérées; la gauche était seulement plus arrondie qu'à l'état normal, et ne présentait pas de dépression centrale. Il en était tout autrement des surfaces articulaires inférieures qui étaient rugueuses, inégales, entourées d'ostéophytes, comme dans les cas d'arthrite rhumatismale chronique et très-élargies, notamment dans leur diamètre antéro-postérieur. Des végétations osseuses parties des apophyses articulaires inférieures rétrécissaient considérablement la partie antérieure de l'anneau formé par l'atlas. La face postérieure du corps de cet os était saillante et rugueuse au lieu d'être lisse, couverte de cartilage et d'une synoviale, et adhérait intimement au tissu fibreux qui unissait le corps de l'apophyse odontoïde à son sommet. La face inférieure du corps de l'atlas était épaisse et reposait sur des végétations osseuses parties du bord antérieur de l'apophyse odontoïde.

Les surfaces articulaires supérieures de l'atlas n'étaient pas situées sur

un même plan; la gauche était placée plus bas que la droite; toutes deux étaient notablement agrandies par des excroissances osseuses parties de leur bord antérieur, qui débordait le corps de l'os de 1/4 de pouce. C'était cette saillie qui servait de support aux surfaces articulaires déplacées de l'atlas.

Les surfaces articulaires de l'axis étaient d'ailleurs rugueuses, incomplétement recouvertes de cartilage; la droite était convexe, la gauche concave.

Le corps de l'apophyse odontoïde était inégal et très-convexe du côté du canal rachidien. Sa face supérieure était très-irrégulière, et présentait un sillon transversal dans lequel reposait le corps de l'atlas. Cette apophyse était considérablement augmentée de volume par les ostéophytes déjà mentionnés; elle mesurait environ 2 pouces de circonférence. Toute sa surface était d'ailleurs extrêmement rugueuse.

Les autres parties du squelette étaient dans un état parfaitement normal. Le cadavre sur lequel la pièce avait été recueillie était celui d'une femme âgée de 40 ans environ, morte de dyssenterie. On ne put se procurer des renseignements détaillés sur son compte. On eut cependant la certitude qu'elle exécutait très-librement tous les mouvements du cou. Au reste, la disposition des tissus fibreux accidentels permettait manifestement des mouvements très-étendus.

Rokitansky dit, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, que les fractures de l'apophyse odontoïde ne sont pas toujours mortelles, et qu'elles peuvent exister pendant un temps très-long sans être suivies de consolidation osseuse. Il ajoute qu'une pièce de ce genre existe dans le musée de Vienne, mais il ne donne pas d'autres détails. On comprend d'ailleurs sans peine qu'une fois la fracture produite, sans avoir donné lieu à des accidents immédiatement mortels, le surtout ligamenteux postérieur puisse maintenir suffisamment les parties pour que la moelle ne soit pas sérieusement compromise. M. Bevan a fait plusieurs expériences pour s'en assurer, en détachant par un trait de scie le sommet de l'apophyse. Il a vu qu'en exerçant les plus grandes violences on ne produit pas de lésion de la moelle, à moins d'arracher des portions osseuses et de déterminer dans tout le squelette de la région les désordres les plus complexes. Quant au surtout ligamenteux, il résistait toujours.

Il est probable que la lésion ci-dessus décrite a été produite par un double mécanisme : en premier lieu, une torsion violente du cou, ayant pour résultat de déchirer les ligaments qui s'attachent au sommet de l'apophyse odontoïde; puis la tête a dû être violemment fléchie ou redressée, de manière à produire la fracture de l'apophyse.

Il faut admettre en outre que cet accident a dû arriver quand le sujet était très-jeune, à une époque où le sommet de l'apophyse était incomplétement ossifié, et pouvait dès lors s'ankyloser facilement sur l'occipital.

Sur un cas remarquable d'élimination tardive de l'arsenic par la peau; par M. le docteur Barry.

Dans cette observation, que M. Barry a communiquée à la Société chirurgicale d'Irlande, il s'agit d'une jeune femme qui avait suivi à une certaine époque un traitement énergique et longtemps prolongé par une préparation arsenicale. Telle était au moins son assertion, qui n'était corroborée par aucune donnée plus certaine. M. Barry fut consulté par cette femme dix ans après l'époque indiquée pour des ulcères des jambes, et il trouva dans des écailles épidermiques détachées des bords des ulcérations des particules noires qu'il fit analyser, et dans lesquelles on constata la présence d'une assez forte proportion d'arsenic. M. Barry pensait qu'il s'agissait là d'une élimination tardive de l'arsenic qui, donné précédemment, aurait séjourné pendant dix ans dans l'économie, et il ajoute que cette élimination se serait faite pendant assez longtemps.

L'interprétation de M. Barry a soulevé dans la Société chirurgicale de vives oppositions. On a fait valoir qu'elle est en opposition avec tout ce que la toxicologie enseigne de bon droit relativement à l'élimination des poisons; que les circonstances du fait étaient telles que l'origine de l'arsenic dans les écailles épidermiques était plus que suspecte; que M. Barry n'a guère soigné sa malade que par correspondance; que cette femme paraissait être hystérique, etc., objections auxquelles il serait facile d'en ajouter d'autres et dont, pour notre part, nous reconnaissons la parfaite justesse. C'est précisément la raison qui nous a décidé à mentionner la communication de M. Barry, qui pourrait entraîner à des conséquences fort sérieuses en matière de médecine légale, si l'on devait l'accepter dans le sens que lui a donné son auteur.

Sur les effets de l'ergot de seigle administré 296 fois dans 2,000 accouchements; par M. le docteur J. W. Beck.

Le titre de ce travail suffit pour en indiquer le sens et la portée. M. Beck ne se range pas, tant s'en faut, parmi les adversaires du seigle ergoté; il l'administre volontiers, et les résultats de sa pratique lui paraissent de nature à exonérer l'ergot des reproches qui lui ont été récemment prodigués. Je suis parfaitement assuré, dit-il, que cette substance n'exerce aucune action toxique sur le fœtus, et le relevé de mes observations le démontre clairement. Dans tous les cas, sauf un, où l'enfant mis au monde était mort en naissant ou peu de temps après, il y avait des raisons suffisantes pour expliquer l'événement sans incriminer l'ergot de seigle. Onze fois il a fallu recourir au forceps et trois fois à la céphalotripsie. Dans six cas qui restent, une fois l'enfant était putréfié en venant au monde; dans un autre cas, il avait fallu faire la version; dans le troisième, le placenta était inséré près de l'orifice, l'enfant était mort d'hémorrhagie; dans le quatrième, l'enfant était, en naissant, dans un état voisin de la rigidité cadavérique; dans le cinquième, l'enfant avait un volume démesuré, et le travail avait duré trente-six heures; dans le sixième fait enfin, l'accouchement avait duré trente-cinq heures, et l'enfant mourut peu de temps après la délivrance sans cause bien apparente; mais il n'y a pas de raison suffisante pour mettre ce décès sur le compte de l'ergot de seigle, car on voit mourir de la même manière bien des enfants à la suite d'accouchements dans lesquels cette substance n'a pas été administrée.

M. Beck a perdu 4 mères sur les 296 accouchées comprises dans son relevé. Ici il est évident que l'ergot de seigle avait été complétement étranger à l'issue fatale, et nous pouvons nous dispenser de consigner les détails. Ajoutons enfin que M. Beck a donné le seigle ergoté dans quarante et un cas d'hémorragie postpuerpérale, et qu'il ne l'a jamais vu échouer.

Telles sont, en peu de mots, les données principales contenues dans le travail de M. Beck. Telles que nous les avons résumées, elles pourront au moins servir à la statistique. Il nous reste seulement à ajouter que M. Beck ne donne jamais l'ergot comme agent expulsif qu'après avoir constaté une dilatation suffisante de l'orifice.

Sur l'extraction des corps étrangers de la vessie par l'urètre; par le docteur Fleming, chirurgien de l'hôpital de Richmond et de Netterville.

M. Fleming a eu à plusieurs reprises l'occasion d'extraire, par le canal de l'urètre, des bougies ou sondes qui avaient pénétré dans la vessie. Il s'est servi à cet effet de petits litholabes ou d'instruments construits d'après le même principe. Parmi les observations qu'il rapporte, il y en a une qui a un intérêt particulier. Il s'agit d'un gentleman chez lequel une sonde s'était glissée dans la vessie, et qui mourut d'accident peu de temps après. En faisant l'autopsie, on trouva que la sonde était contenue en grande partie dans la vessie, mais que l'une de ses extrémités était engagée dans le col vésical et presque dans la portion membraneuse de l'urètre. M. Fleming pense qu'il doit en être de même habituellement, au moins quand l'introduction de la sonde ou de la bougie s'est faite depuis peu de temps, et il recommande par conséquent d'agir tout d'abord comme si l'on se trouvait en présence d'un corps étranger des parties profondes du canal de l'urètre.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

Sur la cessation immédiate de la céphalalgie fébrile par la compression des artères temporales; par M. Guyon.

Dans les nombreuses épidémies de fièvre jaune au milieu desquelles j'ai vécu aux Antilles, de 1814 à 1826, il m'arrivait souvent d'explorer le pouls en touchant la temporale. Un jour que je la touchais en comprimant plus fortement que de coutume, le malade s'écria : Comme vous me soulagez! L'idée me vint aussitôt de comprimer également les deux temporales, et la céphalalgie avait entièrement disparu. Cette même compression, exercée sur d'autres malades, eut un égal résultat

et j'en dirai autant de son application faite dans toutes les fièvres sans exception, ce que j'expérimentai plus tard.

Le simple fait de la cessation de la céphalalgie fébrile, par la compression des artères temporales, résout de suite une question encore en litige, celle du siége interne ou externe de la douleur dans la céphalalgie; il est donc externe, absolument externe. Une autre question qui se rattache à celle-ci, est également résolue par le même fait. C'est celle de la cause de la même douleur, cause qu'on ne saurait voir ailleurs que dans la distension des tissus de la surface du crâne, lesquels tissus ne peuvent s'étendre à proportion de l'afflux de sang qui s'y fait, emprisonnés, en quelque sorte, comme ils le sont, d'un côté, par les os du crâne, et, de l'autre, par les téguments qui les recouvrent. Et, pour le dire en passant, n'est-ce pas à une cause absolument analogue qu'il faut rapporter la douleur propre au panaris, et qu'on fait cesser, comme personne ne l'ignore, par le débridement des tissus distendus?

Maintenant, la compression des temporales, pour combattre la céphalalgie fébrile, est-elle d'une application pratique? La cessation de la douleur, de la céphalalgie, par la compression des temporales, est un fait incontestable, mais les avantages qu'on pourrait en retirer ne seraient-ils pas compensés par quelque inconvénient?

Comme la compression des temporales a pour effet immédiat de diminuer la quantité de sang qui, de la temporale, se porte à l'extérieur de la tête, on serait disposé à craindre que le sang qui, pendant la compression, se porte en moins à l'extérieur de cette cavité, ne se porte en plus dans son intérieur; mais cette crainte, sans doute, paraîtra bien peu fondée si l'on considère que la portion de sang qui pourrait arriver à la carotide interne, refluant de la temporale, serait seulement celle qui, d'abord, n'aurait pu être admise dans les autres divisions de la carotide externe, divisions qui sont assez multipliées, puisqu'elles ne sont pas au nombre de moins de six, et ayant, pour la plupart, un diamètre plus ou moins approchant de celui de la temporale (auriculaire postérieure, occipitale, maxillaire externe, linguale, thyroïdienne supérieure, pharyngienne inférieure). Or la portion de sang dont nous parlons, alors même qu'il faudrait l'admettre, devrait être bien minime.

Et puis, ne perdons pas de vue: 1° que, pour obtenir le résultat qu'on se propose, il ne s'agit pas d'interrompre tout à fait le cours du sang; qu'il s'agit seulement d'en amoindrir la colonne, et de manière à la réduire juste, si c'était possible, à son volume normal; 2° que la compression ne doit pas être continue, et qu'on ne devrait même y recourir que dans les redoublements ou exacerbations fébriles, c'est-à-dire lorsque la céphalalgie a acquis son maximum d'intensité. Toujours est-il qu'ayant souvent comprimé la temporale dans la fièvre jaune, et souvent aussi pendant un temps assez long, je n'en ai jamais vu surgir le moindre inconvénient: tout au contraire, toujours, au moment même de la compression, le malade sortait de l'état, soit de torpeur, soit de simple somnolence, où il était: il ouvrait les yeux, respirait librement, et répondait avec netteté aux questions qu'on lui adressait, en exprimant le sentiment d'un véritable bien-être.

La compression des temporales nous paraît surtout applicable à la fièvre jaune, où la céphalalgie constitue, avec les douleurs lombaires, le symptôme qu'il importe le plus de calmer. Aussi a-t-on vu des médecins, dans ce but, pratiquer de profondes scarifications sur les tempes, et même ouvrir la temporale. Il est pourtant vrai de dire que ceux qui ont recouru à ce dernier moyen, tels que le docteur Lefort, à la Martinique, avaient moins en vue la cessation de la céphalalgie, ou seulement son allégement, que d'obtenir une plus prompte déplétion sanguine que par l'ouverture des veines. L'application du procédé dont nous parlons, au traitement de la fièvre jaune, n'y serait pas, du reste, chose absolument nouvelle, du moins jusqu'à un certain point. Et, en effet, que font les femmes indigènes, négresses et autres femmes dites de couleur, adonnées, dans nos colonies, au traitement de la fièvre jaune? Elles appliquent sur chaque tempe, et sur chaque temporale par conséquent, la surface plane d'un citron fraîchement coupé par le milieu, et qu'elles maintiennent par plusieurs tours de bande autour de la tête; et, tout en comprimant ainsi les régions temporales, elles compriment en même temps la région lombaire en la faisant porter sur des draps pliés en plusieurs doubles. Cette compression est interrompue de temps à autre pour y substituer un massage de la même région, de telle sorte que sa compression générale alterne avec des compressions partielles, compressions plus profondes que la dernière et non moins efficaces par conséquent.

Comme on le voit, les femmes dont nous parlons s'attaquent aux deux symptômes qui sont à la fois, dans la fièvre jaune, les symptômes prédominants, et ceux qui, en même temps, font le plus souffrir les malades. Mais, on le comprendra de suite, une compression toujours plus ou moins forte, et n'embrassant pas seulement les régions temporales, mais encore tout le reste de la circonférence de la tête, ne saurait être maintenue longtemps. C'est ce mode de compression dont parle Hippocrate, et dont il sera question plus loin.

Force est donc de la discontinuer plus ou moins vite, ses inconvénients dépassant de beaucoup les avantages qu'on se proposait d'en retirer. Ces inconvénients, nous pouvons nous dispenser de les indiquer, mais il en est un autre que nous ne saurions passer sous silence: le suc de citron dont les tempes se sont imprégnées pendant la compression (qui, d'un autre côté, la favorise par l'état d'inertie dont elle frappe les téguments), y détermine une irritation, et un afflux sanguin par conséquent, qui ne peut qu'ajouter à la douleur qu'on avait en vue de combattre. Il ne ressort pas moins du procédé compressif dont nous parlons, et c'est tout ce que nous voulions établir ici, que l'allégement et la cessation même de la douleur dans la fièvre jaune, selon le degré où la compression est portée, est un fait d'observation depuis longtemps acquis dans nos colonies par les femmes indigènes adonnées au traitement de la fièvre jaune. Ajoutons que ces mêmes femmes, qui attachent une si grande importance à leur procédé compressif, ont pu observer aussi, comme nous, l'heureuse influence qu'elle exerce en même temps sur l'état général des malades, influence que nous avons sommairement indiquée plus haut, et sur laquelle nous ne reviendrons pas.

Quant au moyen propre à exercer la compression des artères temporales, dans le cas dont il est question, le plus convenable serait une lame d'acier courbée en demi-cercle et garnie, à ses extrémités, d'une pelote mobile et semblable, pour la contexture, à celle usitée pour la compression des tumeurs herniaires. La mobilité de la pelote permettrait de varier, de temps à autre, ses points de contact avec les téguments, de telle sorte que ceux-ci ne fussent pas toujours comprimés par les mêmes points de la pelote. La lame d'acier, laissée tout à fait nu, formerait un arc de cercle assez grand pour laisser, entre elle et la région frontale, un espace de quelques centimètres, espace dont le vide permettrait de faire, sur cette région, les applications réfrigérantes qui sont d'un usage général dans la période fébrile de la fièvre jaune.

Nous terminerons ce qui nous reste à dire sur le sujet de notre communication en rappelant que la compression des temporales, coïncidant avec celle des veines du bras, était usitée du temps d'Hippocrate, pour faire cesser l'épistaxis, compression qui rappelle, à son tour, la cautérisation et de ces mêmes vaisseaux, et d'autres vaisseaux encore de la surface du crâne, également usitée du temps d'Hippocrate dans diverses maladies de la tête. Et il ne saurait y avoir de doute sur la nature des vaisseaux sur lesquels portait la cautérisation. « On brûlera les veines, » dit Hippocrate en parlant des veines situées près des oreilles, « jusqu'à ce que les battements en cessent. » (*Des maladies*, IIe livre, traduction de Littré.) Il ne saurait y avoir de doute non plus sur la complète interruption du cours du sang par cette cautérisation, car les vaisseaux étaient transversalement divisés. Et en effet, Hippocrate, après avoir dit que les ferrements seront en forme de coins, ajoute: « Et vous brûlerez les vaisseaux transversalement. » (*Des lieux dans l'homme*, même traduction.)

Usitée chez les Grecs, comme nous venons de le voir, la cautérisation dont nous parlons l'était également chez les Romains, et même chez nos ancêtres, les Gaulois, ce que nous voyons dans A. C. Celse, qui nous indique en même temps le mode d'opérer des chirurgiens d'alors.

« Ils se servaient, dit Celse, de ferrements ou cautères déliés (*tenuibus ferramentis*), qu'ils appliquaient légèrement à la région temporale (*contra tempora quidem timidè*), dans la crainte d'offenser les muscles qui la recouvrent et se fixent aux mâchoires, mais qu'ils enfonçaient jusqu'à l'os dans toute l'étendue du vertex et du front. (*Inter frontem vero et verticem vehementer sic, ut squama ab osse recedat.*) » (Lib. et cap. VII.)

La cautérisation des vaisseaux superficiels du crâne se retrouve jusque dans Hérodote, c'est-à-dire jusque dans nos premiers documents historiques. « Parmi ceux-ci, » dit Hérodote, parlant des Libyens nomades; « parmi ceux-ci, je ne dirai pas tous, mais au moins un très-grand nombre sont dans l'usage, quand les enfants ont atteint l'âge de 14 ans, de leur brûler, avec de la laine grasse de brebis, les veines du sommet de la tête, et quelques-unes même de celles des tempes. On prétend, par cette opération, les mettre à l'abri des écoulements de la pituite, auxquels ils seraient exposés dans le cours de leur vie, et leur assurer une santé plus robuste. » (Liv. IV, *Melpomène*, traduction de Miot.)

A la cautérisation des vaisseaux superficiels du crâne, dont la pratique remonte si haut dans l'antiquité, ajoutons leur ligature, mise en pratique à une époque très-rapprochée de nous, et qui avait également pour effet l'interruption du cours du sang. Tout le monde sait que ce moyen thérapeutique a été employé et préconisé par Harvey, qui assure lui devoir la guérison de céphalalgies anciennes et rebelles à toutes les autres médications.

RECHERCHES SUR LA PUTRÉFACTION SPONTANÉE DES ŒUFS COUVÉS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES GÉNÉRATIONS DITES SPONTANÉES.

M. FLOURENS communique au nom de M. DONNÉ une note dont nous extrayons le passage suivant, qui en résume le contenu:

Ainsi que me le conseillait M. Pasteur, j'ai repris mes observations sur les œufs abandonnés à eux-mêmes. J'ai pris des œufs fécondés, je les ai fait couver par une poule et je les ai examinés à différentes périodes de l'incubation. J'avais donc non-seulement une matière organique éminemment organisable et prête à vivre, mais un être formé, un animal vivant; en abandonnant cet être à la décomposition, j'avais un petit cadavre tout entier, pourrissant au milieu d'un air respirable, parfaitement propre à la vie, puisque cet air suffit au développement de l'embryon, mais naturellement à l'abri des germes répandus dans l'espace, sans qu'il fût nécessaire de faire intervenir la chaleur pour détruire ces

germes; toutes les conditions de la vie étaient donc respectées, et l'on ne pouvait accuser mon procédé d'attenter au principe de vie que le feu anéantit peut-être, en même temps qu'il détruit les germes dont on veut se préserver. Les œufs offrent ainsi un mode d'expérience tout préparé par la nature et dans les conditions les plus propres à permettre la transformation de la matière organique en corps organisé, si cette transformation pouvait effectivement avoir lieu spontanément et sans le concours de germes procédant eux-mêmes d'animaux ou de végétaux semblables à eux.

Eh bien! rien de semblable n'arrive, et ce qui se passe dans les œufs contenant un embryon développé par l'incubation jusqu'au moment de l'éclosion est tout à fait analogue à ce que l'on observe dans les œufs ordinaires abandonnés à eux-mêmes: les œufs, avec un embryon de 8 jours, de 15 jours et de 3 semaines, exposés pendant un mois à toutes les variations de la température extérieure, subissent une altération, une décomposition qui peut aller jusqu'à la putréfaction, jusqu'à répandre une odeur putride, avec teinte livide des liquides, sans donner naissance à aucun être organisé, si simple que ce soit, du règne végétal ou du règne animal, tant que l'œuf n'a pas été ouvert et que la substance intérieure n'a pas été mise en communication avec le grand réservoir où pullulent les germes que M. Pasteur a si bien démontrés. De même encore que dans mes premières expériences, les œufs dont on a mêlé les éléments par l'agitation subissent une altération, une décomposition plus rapide et plus profonde. De quelle nature est cette altération? Est-ce une véritable putréfaction, sans intervention de ferments? Est-ce une altération particulière, analogue, comme le dit M. Pasteur, à la gangrène? Mais qu'est-ce que la gangrène? Nous ne le savons guère. Je laisse à de plus habiles et à de plus savants que moi, à M. Pasteur surtout, le soin de résoudre cette obscure question. (Renvoi à la commission des générations dites spontanées.)

M. Milne-Edwards fait remarquer que l'espèce de filtre constitué par la coquille de l'œuf ne s'oppose pas toujours à la pénétration des corps organisés vivants dans l'intérieur de ce corps. En effet, les expériences de M. Panceri prouvent que dans certains cas des plantes cryptogames, déposées sur la surface extérieure de l'œuf de la poule, en traversent la coquille et se développent dans l'albumen sans que les pores qui leur livrent passage soient visibles à l'œil. La présence de certains êtres vivants dans l'intérieur d'un œuf dont la coquille est intacte ne pourrait donc être considérée comme une preuve de la production de ces êtres par voie de génération dite spontanée.

— M. Dumas présente, au nom de M. Grimaud (de Caux), un mémoire sur *les rivières et leurs rapports avec l'industrie et l'hygiène des populations.*

M. Dumas, en déposant ce mémoire sur le bureau, se réserve de donner, dans une des prochaines séances, sur les sujets qu'il traite, des informations précises qui pourront intéresser l'Académie et faire connaître au public le but et la portée des grands travaux entrepris par la ville de Paris dans l'intérêt de l'hygiène.

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS URÉTRAUX PAR LA GALVANO-CAUSTIQUE CHIMIQUE.

(Commissaires : MM. Jobert et Cloquet.)

M. A. Tripier adresse une note sur ce sujet.

Les divers modes de traitement des rétrécissements urétraux, dit l'auteur, offrent à apprécier des résultats immédiats ou prochains et des résultats éloignés. Aucune des méthodes recommandées jusqu'ici n'a fait ses preuves à ce dernier point de vue; pour aucune il n'a pu être bien établi que, la dilatation de l'urètre une fois obtenue, la guérison fût durable. On me permettra donc, ayant à proposer une méthode dont l'application est toute récente, de m'en tenir pour aujourd'hui à ses effets immédiats, laissant intacte la question de ses résultats éloignés.

C'est en cherchant à localiser exactement et à circonscrire dans des limites voulues une cautérisation alcaline, que je me suis trouvé conduit à conseiller, en janvier 1863 (*Annales de l'electrothérapie*), de détruire les rétrécissements urétraux par la galvano-caustique chimique négative. Le concours de M. le docteur Mallez m'a fourni récemment l'occasion de faire passer dans le domaine des faits cette opération, restée jusqu'ici à l'état de conception théorique.

Notre malade est un homme de 62 ans, atteint depuis longtemps d'un rétrécissement qui, progressant toujours, était devenu une cause de rétention incomplète avec incontinence permanente durant depuis dix-huit mois, et avait sérieusement compromis l'état général du sujet. L'urètre n'admettait qu'après de longs tâtonnements une bougie conique de 1 millimètre de diamètre (n° 3 de la filière Charrière). Après une séance de galvano-caustique chimique négative de cinq minutes environ, une bougie n° 18 de la filière Charrière passait facilement. Il n'y a eu ni fièvre ni hémorrhagie; l'incontinence a cessé aussitôt après l'opération; le malade a pu immédiatement rendre ses urines à volonté.

Douze jours après l'opération, l'amélioration locale persistait entière, et l'état général était devenu tout à fait satisfaisant.

Il faut recourir, pour ces cautérisations, à un courant de tension un peu forte et d'intensité peu considérable.

— M. R. Vigouroux adresse un mémoire intitulé : Sur la nature et le traitement de l'épilepsie, de l'hystérie et de plusieurs autres maladies. (Commissaires : MM. Serres, Andral et Rayer.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 MAI 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports d'épidémie, par M. le docteur Millon (de Revel);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département de la Meurthe (Comm. des épidémies);

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Alban (Loire), par M. le docteur Gay; de Néris (Allier), par M. le docteur de Laurès (Comm. des eaux minérales).

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Nencourt (de Verdun), accompagnant l'envoi d'un entozoaire du genre strangle géant, expulsé avec l'urine (Comm., M. Ségalas);

2° Une lettre de M. A. Sanson, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire;

3° Une lettre de M. Herland, pharmacien à Laval, qui prie l'Académie de regarder comme non avenue la note qu'il a précédemment envoyée, touchant un prétendu réactif de la digitaline (Comm., M. Poggiale);

4° Une note sur les accidents de la vaccination en 1863, par M. le docteur Delabrosse (de Rouen) (Comm. de vaccine);

5° Une note sur l'organe central de la circulation, par M. le docteur J. B. P. Brun-Séchaud (de Limoges) (Comm., M. Béclard).

— M. Larrey fait hommage à l'Académie, au nom du conseil de santé des armées, de la statistique médicale des armées, pour 1862.

— M. Depaul offre : 1° au nom de l'auteur, M. le docteur Paspatis, un mémoire relatif à l'hôpital grec de Constantinople, le premier ouvrage de ce genre qui ait paru en Orient; 2° au nom de M. le docteur Hardy, un ouvrage intitulé : *Leçons sur la scrofule et les scrofulides, la syphilis et les syphilides.*

— M. Gavarret dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Binaut (de Lille), sur une nouvelle théorie des bruits du cœur.

— M. Vernois, au nom de M. Trousseau et en sien, fait hommage d'un mémoire de M. le docteur Vicherat (de Nemours), sur une épidémie de coqueluche; et au nom de M. le docteur Deschamps, d'un *Mémoire sur la vérification des décès et le danger des déclarations précipitées.*

— M. Roger, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion par l'Académie.

— M. Briquet donne lecture des conclusions *modifiées* du rapport qu'il a présenté dans une des dernières séances, au nom de la commission du choléra, sur un mémoire de M. le docteur Mailloux, concernant le choléra épidémique de l'Inde.

Les nouvelles conclusions sont ainsi conçues :

La commission propose de répondre au cabinet de l'empereur que les deux parties dont se compose le travail sur lequel l'Académie est appelée à porter un jugement, la première, qui est la partie historique et qui a trait aux différentes épidémies de choléra-morbus observées à l'île Maurice, peut, bien qu'incomplète, offrir un certain intérêt; la seconde, qui contient sur la cause spécifique, sur la nature et sur le traitement du choléra-morbus épidémique de l'Inde des doctrines propres à l'auteur se compose d'assertions qui, aux yeux de l'Académie, ont paru complétement dénuées de preuves et se trouver en désaccord avec les faits. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR.

La parole est à M. Beau.

Répondant d'abord à M. Bouillaud, M. Beau maintient que M. Racle a très-fidèlement reproduit les opinions de son maître dans les *Leçons sur les maladies du cœur*, et que M. Bouillaud a mauvaise grâce à les renier, car sa théorie y est exposée et développée de la façon la plus exacte.

Suivant M. Bouillaud, le ventricule est une pompe aspirante et foulante, et l'oreillette un réservoir constamment plein et immobile. M. Beau combat cette doctrine et repousse l'assimilation que M. Bouillaud a faite entre la portion ventriculaire du cœur et une poche en caoutchouc. Leur manière d'agir est toute contraire : le ventricule est

un muscle creux qui est actif dans le mouvement de contraction, tandis que la poche de caoutchouc est activée dans son mouvement de dilatation.

Il est impossible que l'oreillette fasse l'office d'un réservoir toujours plein et immobile; car le ventricule, qui a la même capacité que l'oreillette, venant à aspirer, selon M. Bouillaud, le sang que contient cette dernière, va la vider d'un seul coup; une autre raison, c'est qu'on voit l'oreillette se contracter et se dilater alternativement.

M. Bouillaud, ajoute M. Beau, me reproche surtout de faire contracter l'oreillette avec vigueur et énergie, et il traite cette idée de *monstrueuse*. Je suis très-sûr d'avoir constaté cette vive et énergique contraction des oreillettes dans toutes les expériences que j'ai faites ou auxquelles j'ai assisté; et dans les expériences d'Alfort, un des premiers points sur lesquels M. Chauveau appela mon attention, fut l'énergie de la systole auriculaire.

M. Beau, contrairement à M. Bouillaud, soutient aussi que l'ondée sanguine lancée par la systole auriculaire dilate le ventricule avec assez de force pour donner de la dureté à ses parois distendues, et pour le faire choquer contre la poitrine. « Ce mouvement, qui est le battement ventriculaire et qui passe pour constituer uniquement la systole, est un mouvement complexe qui comprend : la diastole, par laquelle il commence, et la systole, par laquelle il finit... Le choc précordial est donc caractérisé par une ampliation de la cavité ventriculaire ou une augmentation de tous ses diamètres, qui s'allongent au moins d'un tiers. Est-il possible d'appeler systole un mouvement du ventricule qui présente ainsi les caractères les plus positifs de l'état de dilatation? La dissidence qui existe parmi les partisans de l'ancienne théorie, prétendant les uns que la pointe du cœur s'allonge, les autres qu'elle se raccourcit pendant la systole, cette dissidence repose sur une erreur qui consiste à regarder le battement ventriculaire comme affecté à la seule systole du ventricule, tandis qu'il comprend sa diastole et sa systole.

Au sujet de la succession des mouvements du cœur, M. Beau répète que l'ondée sanguine passe très-vite de l'oreillette dans le tronc artériel en traversant le ventricule successivement dilaté et contracté. « Par conséquent, la systole de l'oreillette, la diastole du ventricule, la systole du ventricule et la diastole artérielle sont des actes qui se succèdent avec rapidité en s'emboîtant les uns dans les autres. Leur succession a lieu dans le premier temps du cœur, ce qui ne signifie pas qu'ils ont lieu simultanément et d'une manière synchrone, mais ce qui veut dire qu'ils sont inséparables tant ils sont rapides. »

L'orateur résume ensuite l'argumentation de M. Béclard, et nie, comme il l'a fait précédemment, que la dureté des parois ventriculaires soit un signe de systole. « Est-ce que, dit-il, dans les artères le choc et la dureté des parois ne sont pas le résultat de leur tension diastolique? Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le ventricule dilaté, tendu et durci par l'ondée que lance l'oreillette!

« Quant à prétendre que le choc précordial est produit par la projection du cœur en totalité, au moment de la systole ventriculaire, c'est un fait que je n'accorderai jamais, M. Béclard fût-il appuyé par toute la Confédération germanique. Un autre fait qui renverse cette hypothèse du déplacement du cœur en masse et en bas, c'est que le ventricule n'augmente pas seulement dans son diamètre longitudinal, mais encore dans tous ses autres diamètres. »

M. Beau se plaint de ce que cette augmentation de tous les diamètres ventriculaires dans les battements du ventricule, qui est un argument capital en faveur de sa théorie, soit passé sous silence par ses adversaires.

« La dilatation du ventricule pendant le repos est un fait traditionnel, admis partout, mais on ne le constate pas sur la nature... Quoi qu'en ait dit M. Béclard, le ventricule, pendant le repos, reste dans l'état où l'a mis sa contraction, c'est-à-dire qu'il est revenu sur lui-même, ses parois sont en contact, sa cavité est effacée, ainsi que son orifice auriculo-ventriculaire. Par conséquent, le ventricule forme alors une masse de chair compacte qui sert de plancher résistant à la cavité de l'oreillette, jusqu'à ce que l'oreillette, en se contractant, ouvre, par l'action de ses fibres verticales, l'orifice auriculo-ventriculaire, et chasse l'ondée dans le ventricule. Il est vrai que le doigt, introduit dans le cœur, se sent pressé par la valvule auriculo-ventriculaire pendant la systole, ce qui fait dire à M. Béclard que l'orifice s'ouvre, dans l'état de repos, pour laisser passer le sang qui vient dilater le ventricule. Mais cette pression du doigt ne cesse pas pendant l'état de repos; elle est seulement moins intense, parce qu'alors les parois ventriculaires sont molles et n'ont pas leur dureté systolique. L'orifice n'est donc pas ouvert, pendant l'état de repos, pour donner passage au sang que l'on suppose venir remplir le ventricule. »

M. Beau, rappelant que sa théorie a pour bases les deux faits suivants : 1° l'ampliation du ventricule dans le battement ventriculaire; 2° l'immobilité et le retrait, c'est-à-dire le vide du ventricule dans le temps de repos, déclare que ces deux faits capitaux lui servent de barrière infranchissable contre le fatras de preuves dont on cherche à l'étouffer.

M. Gavarret, au commencement de son argumentation, m'a reproché de m'appuyer, comme je le fais, sur la vivacité, sur l'énergie des contractions de l'oreillette. Il considère que ces contractions énergiques sont impossibles, parce que les veines qui s'ouvrent dans l'oreillette n'ont ni valvules ni sphincters. Voici ce qu'a écrit Gerdy : « L'orifice de la veine cave supérieure se resserre par son sphincter; celui de l'inférieure, par les divisions droite et gauche de l'anse musculaire droite..... La nature a placé, par une sorte de prévision, un sphincter particulier autour de chacune des ouvertures auriculaires des veines pulmonaires, et un sphicter commun qui les entoure toutes ensemble. » Voilà, je pense, des sphincters en quantité suffisante pour contenter M. Gavarret.

M. Gavarret soutient qu'il doit y avoir une distole ventriculaire, et il ne comprend pas comment une simple valvule pourrait empêcher le sang de l'oreillette de passer dans le ventricule. C'est l'objection de M. Béclard; j'y ai répondu. M. Gavarret ajoute que, d'après mes propres expériences, le cœur est noté comme relâché dans l'état de repos. Est-il possible, dit-il, qu'il ne soit pas en diastole, puisqu'il est relâché en ce moment?

M. Gavarret confond le relâchement avec la dilatation. Le relâchement est l'état d'un muscle qui n'est pas en contraction, voilà tout. Le sphincter anal est habituellement relâché, en ce sens qu'il n'est pas contracté; mais il n'est pas dilaté pour cela; et sa *force de tonicité* suffit pour fermer l'ouverture qu'il entoure. Il en est de même du pharynx. Le ventricule, à l'état de repos, est donc revenu sur lui-même par sa tonicité, bien qu'il ne soit pas contracté et qu'il soit relâché par conséquent.

M. Gavarret a soutenu que si le premier bruit et le choc du cœur étaient le résultat, comme je le dis, de la diastole, la pulsation de l'artère devrait suivre le choc, tandis qu'au contraire elle lui est synchrone. M. Gavarret se trompe encore; M. Bouisson qui, le premier, s'est servi, dans sa thèse, des instruments enregistreurs, pour fixer les rapports de certains phénomènes circulatoires, dit : « La pulsation de la carotide *suit* en réalité le choc du cœur. » M. Bouisson est cependant un de mes adversaires.

M. Gavarret me demande pourquoi j'accorde une prééminence si grande de l'oreillette sur le ventricule. Je réponds : Parce qu'il est impossible de ne pas accorder aux oreillettes plus d'activité, plus de vitalité aux oreillettes. Elles sont l'*ultimatum moriens* du cœur. Dans les céphalopodes, on ne trouve qu'une seule oreillette pour constituer le cœur. Le ventricule n'apparaît que lorsqu'il devient nécessaire que le sang soit projeté au loin. L'oreillette ne se repose jamais.

M. Beau entre ici dans la discussion des tracés cardiographiques et il persiste à préférer le premier tracé donné par MM. Chauveau et Marey. Ces expérimentateurs ont déclaré eux-mêmes qu'ils n'avaient obtenu le deuxième et le troisième, si différents du premier, qu'en modifiant la sensibilité de leurs instruments, et M. Beau se demande s'ils n'ont pas modifié cette sensibilité, précisément pour obéir à des vues théoriques et pour arriver à des résultats prononcés. Il se défend de toute intention blessante envers les personnes et le caractère de ses adversaires, mais il maintient son droit de discuter librement leurs opinions et de signaler leurs erreurs. Il s'attache à montrer comment le premier tracé confirme pleinement sa théorie, et il croit que toute l'argumentation de M. Gavarret ne l'a pas, le moins du monde, ébranlée. Mettant sous les yeux des membres de l'Académie les figures de ces tracés, il fait voir à quels points des lignes du tracé correspondent les bruits du cœur, et il réfute, par ce fait, ce qu'a dit M. Gavarret du synchronisme des deux bruits qui devait résulter de l'adoption du premier tracé par M. Beau.

Passant ensuite au discours de M. Parchappe, il l'approuve fort d'avoir mis en relief le rôle très-important de l'oreillette, et d'avoir signalé la disposition des fibres musculaires du cœur, disposition qui remplace les sphincters aux orifices auriculo-ventriculaires... « Mais, ajoute M. Beau, je suis tout désappointé d'apprendre de M. Parchappe qu'immédiatement après la systole de l'oreillette arrive la systole ventriculaire, et je lui demanderai où est donc la diastole ventriculaire qui doit suivre la systole énergique de l'oreillette et précéder la systole du ventricule?

Convié par M. Marey, en 1861, à assister aux vivisections de M. Chauveau, je fis remarquer à M. Chauveau que dans le mouvement du battement ventriculaire, après la systole de l'oreillette et avant la systole du ventricule, on constatait très-facilement avec la main une ampliation brusque des parois ventriculaires dénotant visiblement un état diastolique du ventricule. Je fis remarquer, de plus, que la diastole ventriculaire ne pouvait pas être placée dans le temps de repos ou de pause, parce qu'alors le ventricule était immobile, à l'état de retrait, et que le doigt, introduit par une ouverture de l'oreillette jusque sur l'orifice auriculo-ventriculaire, sentait en même temps cet orifice fermé et revenu sur lui-même. »

Ces remarques subsistent; elles n'ont pas été affaiblies, parce qu'on a varié les moyens de les constater, et ce sont elles que je prie M. Chauveau, — s'il m'est permis de lui demander quelque chose, — de soumettre aux témoins de ses expériences, curieux, je le suppose, de connaître toute la vérité.

M. Marey, dans son dernier ouvrage, a écrit : « Cette théorie de M. Beau doit son succès à ce qu'elle est simple et logiquement déduite. » Si, comme le fait entendre M. Marey, la théorie ancienne n'a pas cet avantage précieux d'être simple et logiquement déduite, je lui dirai : « Prenez garde! c'est un avertissement que vous n'êtes pas dans le vrai. »

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Grisolle sur les candidatures au titre d'associé national.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'urétrotomie ; par le docteur P. Tillaux. 1 vol. in-8°. — Paris 1863. Asselin.

Disons, pour débuter, que cette thèse de concours donne une idée très-complète du sujet qui y est traité. L'auteur la divise en deux parties : la première, ayant pour objet l'urétrotomie externe, et la seconde, l'urétrotomie interne.

La première partie est elle-même exposée en deux chapitres, selon que l'opération se pratique sans ou avec conducteur.

Dans le premier, on passe successivement en revue : 1° les cas où il existe un rétrécissement infranchissable avec plus ou moins d'induration périnéale, mais sans fistules ni rétention d'urine ; 2° ceux où, avec le même état des parties molles, il y a de plus des fistules périnéales ; 3° ceux où, avec le même état de l'urètre, avec ou sans fistules, il y a de plus rétention d'urine. L'auteur décrit nombre de procédés qui, en définitive, se réduisent à inciser au hasard et longitudinalement le tissu induré et à faire passer une sonde du bout antérieur de l'urètre dans le postérieur à travers ce sillon ; ou bien à extirper complétement l'induration et à faire passer la sonde du bout antérieur dans le postérieur à travers cette lacune ; ou enfin à laisser le tissu induré intact et à faire passer la sonde à côté, du bout antérieur dans le postérieur.

Dans tout ce chapitre, l'auteur a fort bien rempli sa tâche ; nous nous demandons seulement s'il a été assez sévère et s'il croit que 4 morts sur 50 opérations de ce genre sont bien l'expression de la vérité. Dans les quelques faits qu'il rapporte on voit une infection purulente et une fièvre typhoïde, qui vraisemblablement aurait plus dignement porté le même nom. Un chirurgien qui agit sur le tissu spongieux de l'urètre doit toujours craindre les infections urineuses et purulentes. Il y a longtemps que nous l'avons dit à propos des grandes incisions intra-urétrales ; malheureusement nous avons crié dans le désert, et Dieu sait ce qu'il est advenu. D'un autre côté, on ne saurait trop le répéter, les rétrécissements infranchissables sont excessivement rares et nous doutons très-fort que ceux qui en rencontrent si souvent possèdent une dose suffisante de patience, de méthode ou de dextérité. Nous reviendrons incessamment sur ce sujet.

Le second chapitre, qui traite de l'urétrotomie externe avec conducteur, opération que M. Syme s'est en quelque sorte appropriée, nous paraît un peu écourté, surtout quant à l'historique. Au reste on le comprend quand on arrive à l'appréciation de M. Tillaux : « D'après les documents qui nous sont fournis, dit-il, nous voyons que cette opération est grave, puisqu'elle a produit 6 morts sur 100, en admettant même que tous les cas aient été publiés, *ce qui n'est pas probable.* Parmi les survivants, il y a beaucoup de demi-succès, d'insuccès et de récidives : elle laisse des fistules à sa suite... ; elle présente parfois de grandes difficultés dans son exécution... ; elle a donné lieu à des hémorrhagies souvent inquiétantes, quelquefois mortelles ; elle fait une plaie étendue, soumise au contact de l'air, qui suppure, susceptible de s'enflammer, d'amener des érysipèles et des phlegmons ; elle intéresse très-souvent le bulbe dont la lésion donne si souvent lieu à la phlébite ; elle ne peut atteindre les rétrécissements multiples, à moins de fendre l'urètre dans une grande partie de sa longueur... Je crois que nous avons eu raison en France de ne pas adopter l'opération de Syme, au moins pour l'immense majorité des cas ; car, de deux choses l'une : ou le rétrécissement est franchissable, et il faut le dilater par les moyens ordinaires ; ou il est infranchissable, et nous avons déjà vu ce qu'il convient de faire. »

Ces conclusions ressemblent trop à celles que nous avons posées dans nos *Recherches* de 1856 pour que nous ayons à faire quelque objection.

La deuxième partie est consacrée, avons-nous dit, à l'urétrotomie interne. L'auteur commence par un long historique qu'il fait remonter jusqu'à A. Féri ; finalement il établit trois périodes : la première, qu'il nomme celle des *scarifications*, s'étendrait jusqu'à 1833 ; la seconde, qu'il suppose commencer à cette époque, serait celle des *incisions profondes*, qu'il croit avoir été proposée alors par M. Reybard. Enfin des avantages et des inconvénients de ce traitement serait née la période des *incisions moyennes*, dont MM. Civiale, Maisonneuve et Sédillot seraient les représentants.

Qu'il nous permette de lui dire qu'il nous a laissé dans un oubli un peu trop profond. Il nous cite bien en commençant parmi ceux qui ont contribué à élever les bases de l'urétrotomie ; mais c'est en quelque sorte une fleur qu'il jette sur notre tombe, car à partir de là nous disparaissons complétement. Du reste nous ne lui en voulons pas : on a tout fait pour étouffer nos travaux sur ce sujet ! Cependant voyons.

Pourquoi l'urétrotomie a-t-elle subi des oscillations telles qu'on l'a regardée tantôt comme un immense bienfait, tantôt comme une indigne audace ? Parce que, ne connaissant pas la nature des rétrécissements et la manière d'agir de l'instrument tranchant sur eux, on l'appliquait dans des cas où elle était inutile ou même nuisible, et au moyen de procédés souvent irrationnels.

Or qui a éclairé ces questions ? qui a posé cette loi qu'à part les rétrécissements spasmodiques qui occupent un siége à part, et les rétrécissements cancéreux ou scrofuleux qui sont fort rares, tous les rétrécissements sont fibreux ? On la trouvera dans notre Thèse d'abord, puis dans la *Gazette Médicale* d'avril 1839, et enfin dans celle de 1845 ; tandis que M. Reybard, que M. Tillaux gratifie de cette découverte, écrivait encore dans le même journal, au mois d'août 1839, que les rétrécissements sont formés tantôt par un *engorgement*, tantôt par une *cloison membraneuse*, tantôt par des *fausses membranes* et des *adhérences*.

Qui a posé cette autre loi, conséquence de la première, que l'incision n'élargit un rétrécissement que par la production d'une cicatrice intermédiaire aux parties divisées ? C'est encore nous dans la *Gaz. méd.* de 1845. M. Reybard, dans ses travaux antérieurs, croyait qu'elle n'agit qu'en *dégorgeant* les tissus, *en leur rendant leur souplesse* (*Gaz. méd.*, 1839, p. 551) ; et, dans son *Traité* de 1853, n'a pas fait plus qu'appeler *pièce supplémentaire* ce que nous avions nommé *pièce d'allongement*.

Or si ces lois sont la base des grandes incisions de M. Reybard, ainsi qu'il le dit lui-même, il ne pouvait les avoir imaginées en 1833. Et en effet, l'instrument qu'il figure dans la brochure qu'il a publiée à cette époque est une espèce de lancette dont il ne serait pas difficile de trouver les analogues parmi ceux de ses devanciers. Bien plus, si l'on consulte les observations de son ouvrage de 1853, on verra que ce qu'il dit de son premier et de son second procédé est passablement embrouillé. Si, d'un autre côté, on a recours au rapport de la commission qui lui a décerné le grand prix d'Argenteuil, on y trouvera, à la page 39, qu'il n'a présenté que sept observations au concours, et que la première date de novembre 1845, c'est-à-dire qu'elle est postérieure de plusieurs mois à la publication de nos *Recherches* dans la *Gazette médicale*.

Que disions-nous donc dans ce travail ? Que les rétrécissements organiques sont tous fibreux ; que, dans ceux qui résistent à la dilatation, la transformation occupe toute la circonférence du point rétréci et presque toujours toute l'épaisseur des parois de l'urètre ; que la scarification est insuffisante ; qu'il faut couper ce qui résiste à l'instrument tranchant ; mais que, par cela seul que le tissu résiste, il n'est pas besoin d'une incision bien profonde pour le diviser entièrement ; qu'aller plus profondément serait s'exposer à des infiltrations, des abcès, des fistules. Nous ajoutions qu'il faut soigneusement éviter d'ouvrir le tissu spongieux sain d'où pourraient résulter des résorptions urineuses, des phlébites, etc. Nous décrivions de plus un instrument à olives susceptibles de se rapprocher pour bien circonscrire en avant et en arrière le tissu induré, et à lames susceptibles de s'écarter pour diviser d'arrière en avant et sur plusieurs points à la fois le même tissu. Enfin nous recommandions l'introduction, à des intervalles variables, d'une bougie volumineuse dans le canal, parce que les cicatrices étaient elles-mêmes formées d'un tissu rétractile ; ce que M. Reybard a nié plus tard, et ce que plus tard encore l'expérience a victorieusement démontré. Deux ans après nous avons imaginé un urétrotome pour agir d'avant en arrière quand le précédent ne pouvait entrer.

Ne voilà t-il pas toutes les idées dont M. Tillaux gratifie la *période actuelle* ! Nous demandons pardon aux lecteurs d'y avoir insisté quelque temps à propos de son travail ; mais ce sont celles qu'il expose le plus longuement, celles qu'il adopte, celles vers lesquelles M. Reybard lui-même est revenu à la fin de sa carrière, en couvrant sa retraite, il est vrai, avec toute l'adresse d'un stratégiste exercé (*Gaz. méd.*, 1862.)

Après avoir décrit nombre de procédés pour inciser d'avant en arrière ou d'arrière en avant, l'auteur se demande si un traitement préparatoire est nécessaire, et il blâme avec raison ceux qui opèrent d'emblée. Mais partant d'une opinion que nous avons émise en 1856

(*Rech.*, p. 461, *Gaz. méd.*, 1861, p. 766) sur la résorption urineuse comme cause des accidents qui succèdent quelquefois aux opérations pratiquées sur l'urètre, opinion qu'il attribue, comme le reste, à un autre, il adopte le conseil donné par M. Gosselin de faire prendre préalablement force boissons diurétiques, bains, lavements, etc., pour étendre l'urine et diminuer ses qualités toxiques. Cette pratique paraît au premier abord assez rationnelle; cependant la liquidité du sang et les émissions d'urine fréquentes qui en résultent sont-elles alors sans inconvénients? Nous nous bornons à administrer le sulfate de quinine comme moyen préventif, et d'ailleurs, en évitant d'intéresser le tissu spongieux sain, on se met autant que possible à l'abri de ces dangers.

L'auteur vent également un traitement consécutif et il approuve celui qui consiste à mettre une sonde de 6 millimètres à demeure pendant 24 ou 48 heures, pour empêcher le contact de l'urine sur la plaie. Est-il bien sûr que, pendant les contractions violentes de la vessie que provoque habituellement la présence d'une sonde, il ne s'écoule jamais d'urine entre elle et le canal? Dans ce cas, la sonde serait plus nuisible qu'utile. Nous nous contentons d'introduire journellement une bougie cylindro-conique boutonnée ou une bougie en étain, légèrement conique à son extrémité, et nous nous trouvons fort bien de cette pratique. Quant à la dilatation consécutive, il nous apprend aussi qu'on a conseillé de ne la commencer qu'au bout de 25 ou 30 jours, avec l'intention formelle d'étendre la cicatrice linéaire qui réunit alors les bords de la division. Nous croyons qu'il est infiniment plus sûr d'obtenir la cicatrisation isolée des deux lèvres de la plaie, et qu'il faut par conséquent dilater dès les premiers jours. Avec le soin de ne diviser que le tissu fibreux rien n'est à craindre. Qu'on essaye les deux méthodes sur un rétrécissement du méat, et on verra.

Nous passerons sur le chapitre des accidents, dont nous avons déjà dit quelques mots, accidents qui résultent la plupart d'opérations mal faites ou de méthodes vicieuses. Arrêtons-nous cependant un instant sur un point. Nous avons écrit en 1856 (*loc. cit.*, p. 439): « Il est une question à laquelle personne ne paraît avoir songé. Lorsque le canal a été divisé à sa portion pénienne, dans l'étendue de 7 à 8 centimètres et qu'une cicatrice s'est formée entre les bords de la division, comment l'érection se fait-elle? car, quelle que soit la souplesse qu'on prête à cette cicatrice, elle n'a pas sans doute l'élasticité des tissus spongieux. » Or M. Tillaux nous apprend qu'on a vu la verge se courber dans l'érection et le coït devenir douloureux et même impossible. Ceci prouve qu'avec des principes scientifiques et du raisonnement on peut, quoi qu'on en dise, devancer quelquefois les faits.

Au chapitre des indications nous voyons en premier lieu que l'urétrotomie convient quand un rétrécissement, assez étroit pour provoquer des accidents, refuse de se laisser dilater par les moyens ordinaires; mais on ne nous dit pas comment on acquiert cette certitude. Trop souvent on ne fait pas attention qu'un rétrécissement n'est pas seulement le produit d'une condensation, d'une rétraction des tissus, mais qu'il résulte encore de leur atrophie. Il ne suffit donc pas toujours de dilater mécaniquement; il faut encore donner le temps à de nouvelles molécules organiques de venir s'ajouter aux anciennes; et souvent même il arrive ceci de remarquable qu'on parvient facilement à un numéro qui correspond en général à un diamètre de 5 ou 6 millimètres; qu'on se trouve alors arrêté; mais que si, au moyen d'une pratique convenable, on finit par le franchir, on arrive très-rapidement ensuite aux limites extrêmes.

L'urétrotomie interne est encore indiquée, suivant M. Tillaux, toutes les fois que le canal ne peut supporter les moyens ordinaires de dilatation. A cela nous répondrons qu'en ce cas encore on se presse trop. Très-souvent le nitrate d'argent appliqué, non pour détruire le rétrécissement, mais seulement pour modifier la muqueuse urétrale, prépare utilement la voie aux corps dilatants.

Quant à beaucoup d'autres indications posées par certains urétrotomistes, M. Tillaux s'en défie, et il a grandement raison. Nous aurions cependant désiré quelques mots relatifs à ce qu'il pense des rétrécissements qui cèdent très-vite à la dilatation et se reproduisent de même.

Dans le peu qu'il dit sur les contre-indications, il est un point qu'il tranche d'une manière beaucoup trop absolue: « Une maladie des reins, dit-il, est une contre-indication formelle. » Nous serions presque tenté de prendre le contre-pied. Eh quoi! un malade a une néphrite causée par un rétrécissement de la région pénienne ou même du méat, rétrécissements qu'on sait être les plus rebelles à la dilatation, et une urétrotomie comme nous l'entendons, lui et nous, aggraverait plus sûrement la néphrite qu'une dilatation infructueuse et sans fin!

Il est vrai qu'il rapporte plusieurs statistiques recueillies dans les hôpitaux, où « il arrive parfois, dit-il, qu'on inscrit *par mégarde* sur la pancarte une autre cause que celle de la mort, » statistiques assez peu encourageantes, dont une notamment donne 13 morts sur 47 opérés. C'est à n'y rien comprendre. Nous ne dirons pas que, depuis plus de vingt ans que nous pratiquons l'urétrotomie, nous n'avons jamais vu un malade y succomber; car M. Tillaux nous a répondu davance que « la science ne doit faire aucun cas des statistiques non contrôlées. » Nous irions volontiers plus loin que lui; nous supprimerions ces deux derniers mots. Quand on possède des principes rationnels, et la science nous en fournit suffisamment aujourd'hui sur les strictures urétrales, se laisser guider par eux vaut mieux que toutes les statistiques. Nous n'avons jamais eu d'accidents mortels, mais aussi nous ne demandions pas à cette méthode une cure radicale que, dans la préface de nos *Recherches de* 1845 publiées à part, nous traitions de *chimère*. Après bien des malheurs on revient aujourd'hui forcément à cette opinion, et M. Tillaux la soutient avec énergie. Il prend, par exemple, les vingt premières observations de M. Reybard données comme guérisons radicales, et il fait voir que presque dans toutes le diamètre obtenu a promptement diminué, et qu'aucune n'a été suivie plus d'un an. Bien plus, il élève des doutes sur la réalité des rétrécissements dont l'autopsie a, dit-on, constaté la disparition complète. En effet, un tissu fibrifié peut s'étendre, mais il ne peut jamais redevenir spongieux. Nous-même nous avons fait voir, d'après les mesures mêmes indiquées par M. Reybard, que beaucoup de ses opérations ont été faites au delà de la région spongieuse, c'est-à-dire là où les rétrécissements *organiques* ne se rencontrent presque jamais. (*Rech. de* 1856, p. 367 et 86.) Bref, ce dernier chapitre, très-développé et traité magistralement, se termine par ces mots: « L'urétrotomie interne produit une amélioration plus rapide, il est vrai, mais ne guérit pas plus radicalement que la dilatation... *Elle n'a jamais guéri un rétrécissement de l'urètre.* » C'est l'auteur qui souligne, et nous approuvons.

Dr Aug. Mercier.

VARIÉTÉS.

Par décret en date du 21 mai 1864, rendu sur la proposition de S. Exc. le maréchal ministre de la guerre, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent, et qui prendront rang du 19 mai courant:

Au grade de chevalier: MM. Toussaint (Jean-Baptiste), médecin-major de deuxième classe au 8e régiment de chasseurs: 21 ans de services, 6 campagnes; Vidal (Jean-Paul-Isidore), médecin aide-major de première classe aux hôpitaux de la division de Constantine, détaché en Chine au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique: 10 ans de services, 5 campagnes.

— Concours. Le concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. Guyot (Jules) et Simon (Jules).

— Nécrologie. Nous avons le regret d'annoncer la triste nouvelle de la mort de M. le docteur Camille Allard, médecin inspecteur de l'établissement thermal de Royat; cet honorable et distingué confrère vient de succomber à la longue maladie qui, depuis plusieurs mois, ne laissait aucun espoir à ses amis. M. C. Allard, connu par des travaux recommandables sur l'hydrologie, la météorologie, des relations intéressantes de voyages, joignait à une instruction solide et variée une grande modestie et une distinction rare de manières. C'est une perte réelle pour l'établissement de Royat, auquel M. C. Allard avait imprimé une grande activité et avait su donner une véritable importance.

— Le nombre des étudiants en médecine augmente considérablement en Amérique, notamment dans les écoles de New-York et de Philadelphie; et l'on remarque aussi que les jeunes recrues pour notre profession se lèvent maintenant parmi les classes les plus élevées de la société.

— *Cours de physiologie comparée.* M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, professeur.

M. Vulpian, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ouvrira ce cours au Muséum d'histoire naturelle le mardi, 7 juin 1864, à onze heures et demie, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Le cours aura pour objet la *physiologie du système nerveux*.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

La discussion sur les mouvements du cœur a continué dans la dernière séance de l'Académie. De nouveaux orateurs sont inscrits, et MM. Bouilland et Beau se proposent de reprendre la parole dans la prochaine séance. Ces circonstances, et la très-grande étendue du discours de M. Gavarret, que nous reproduisons en entier, nous forcent à renvoyer au prochain numéro le résumé que nous nous proposions de présenter aujourd'hui. La question est assez difficile et assez compliquée pour que l'on comprenne l'utilité de cette réserve. (J. G.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DE LA GOUTTE, ET SPÉCIALEMENT DU REIN CHEZ LES GOUTTEUX; par MM. CHARCOT et V. CORNIL.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

I. — DE L'ÉTAT DU REIN CHEZ LES GOUTTEUX

Parmi les lésions du rein trouvées à l'autopsie de sujets goutteux, les unes, bien que dépendantes de la goutte, ne présentent rien qui lui soit spécial, tandis que les autres lui appartiennent en propre. La première catégorie de lésions n'est autre chose que la néphrite albumineuse; la seconde consiste dans des dépôts d'acide urique ou d'urates de soude dans le rein. Ces infarctus rénaux, immédiatement liés à la goutte, présentent deux formes bien tranchées suivant qu'ils sont constitués par de l'acide urique ou des urates. Dans ce dernier cas, dont notre observation a présenté un bel exemple, le dépôt d'urates sous forme de lignes blanches est aussi caractéristique de la goutte et au même titre que les dépôts de même nature des articulations.

De tout temps l'idée de goutte a été associée dans l'esprit des médecins à celle de maladie rénale, ce qui tient à l'existence souvent observée de calculs rénaux chez les goutteux. Telles sont les relations indiquées par Aretée, Sydenham, Murgrave, Fasch, Hoffmann, Wepfer, Morgagni, etc. Au commencement de notre siècle, Scudamore a vu que l'albumine se rencontrait parfois dans l'urine des goutteux, qu'ils fussent ou non hydropiques, et que sa présence coïncidait avec une remarquable diminution de l'urée et des principes salins de l'urine (1). La néphrite albumineuse a été observée également chez des goutteux par Bright, Blackall, Anderson. Leurs observations sont analysées dans le chapitre du livre des maladies du rein de M. le professeur Rayer qui traite des rapports de la néphrite albumineuse avec la goutte. Il s'agissait dans ces cas de formes chroniques d'albuminurie, dont on a voulu faire dans ces dernières années, en Angleterre, une espèce spéciale, comme nous le verrons bientôt.

(1) Scudamore, *A treatise*, etc., fourth edit., p. 313. London, 1823, cité par M. Rayer dans son *Traité des maladies du rein*, t. II, p. 540.

M. Rayer a décrit sous le nom de néphrite goutteuse (1) une altération du rein plus directement liée à la goutte et qui coexiste avec la gravelle urique; c'est le dépôt de petits grains jaunes ou rouges, composés d'acide urique, fixés dans la substance corticale et tubuleuse du rein et dans les calices.

M. de Castelnau a le premier signalé la seconde forme de dépôts qu'on trouve dans le rein, dans un mémoire sur la goutte et le rhumatisme, inséré dans les *Archives de médecine* en 1843 (2). A l'autopsie du malade qui fait le sujet de l'observation remarquablement bien prise de M. Castelnau, on trouva les deux reins malades; le gauche, atrophié, présentait sa membrane fibreuse adhérente, la substance corticale réduite à 1 millimètre 1/2 d'épaisseur, jaunâtre, comme si elle avait une tendance à la transformation graisseuse; la substance tubuleuse était remplacée par une masse graisseuse; les bassinets très-dilatés contenaient du pus; leur muqueuse était blanche et épaisse. Le rein droit, plus volumineux que le gauche, quoique restant bien au-dessous du volume normal du rein, également envahi par la dégénérescence graisseuse, contenait seul des dépôts salins.

« Tous les cônes tubuleux qui restent renfermeut des *dépôts de « matière blanche comme de l'émail, en tout semblable à celle des articulations; cette matière est partout disposée en stries très-fines « qui affectent la direction des tubes urinifères et semblent être contenus dans l'intérieur de ces tubes eux-mêmes*; ce n'est que dans « des points très-rares qu'on la trouve sous la forme de granulations « amorphes infiniment petites et toujours du même blanc éclatant.» La substance corticale n'en renfermait pas. Dans les réflexions fort judicieuses qui suivent, M. de Castelnau signale la différence des dépôts qu'il a observés avec ceux qu'a décrits M. Rayer. Dans les cas de M. Rayer, en effet, ce sont des grains rouges composés d'acide urique, tandis que dans l'observation de M. de Castelnau ce sont des lignes d'un blanc éclatant chimiquement constituées par de l'urate de soude. (L'analyse en avait été faite par M. Laroque, préparateur à l'École de pharmacie.) Ce sont ces dépôts, chimiquement identiques à ceux des articulations qui appartiennent en propre à la goutte, ce sont eux qu'ont observés plusieurs fois les auteurs anglais MM. Ceeley, Todd et Garrod, et dont nous rapportons nous-mêmes un exemple.

Le docteur Todd, dans ses leçons sur quelques maladies des organes urinaires (3), consacre un long chapitre à l'état du rein dans la goutte, et il s'efforce d'établir qu'il y a constamment une forme particulière de néphrite chronique, qu'il appelle le rein goutteux, *gouty kidney*.

Le *rein goutteux* de Todd est petit, dur, atrophié, réduit à la moitié ou au tiers de son volume primitif. La capsule fibreuse y est opaque et épaissie; la surface du rein est rugueuse et granulée. Sur une coupe, on voit que la diminution de volume porte sur la substance corticale, si étroite que les pyramides touchent presque la surface de l'organe.

(1) T. II, p. 42.
(2) *Archives générales de médecine*, 4e série, t. III, p. 285.
(3) Robert Bentley Todd, *Clinical lectures on certain diseases of the urinary organs and dropsies*. London, 1857, in-12.

FEUILLETON.

UNE TOURNÉE MÉDICALE AU SALON.

II.

SCULPTURE.

Les œuvres de la Statuaire paraissent, un peu plus que celles de la peinture, justiciables d'une critique fondée sur des principes scientifiques. Au point de vue technique, sa fonction propre est, non pas simplement, comme en peinture, la représentation de *l'apparence* visible, mais la construction matérielle, réelle et tangible, dans les trois dimensions, des formes des corps et principalement du corps humain. Dès lors l'imitation sculpturale, par cela même qu'elle emprunte plus d'éléments à la réalité, est plus aisément et par plus de points comparable au modèle. Aussi est-ce principalement aux sculpteurs que l'anatomie a pu être justement recommandée comme une acquisition essentiellement utile et même de première nécessité, si, par anatomie, on entend, non pas seulement, ni même précisément la connaissance des parties, telles que la dissection les montre, mais l'étude des configurations extérieures de ces parties à l'état de repos ou de mouvement, et surtout de leurs proportions et rapports, soit avec le corps tout entier, soit entre elles.

C'est particulièrement à cette dernière étude faite sur le vivant — car les morts leur étaient interdits — que s'adonnèrent les artistes grecs. Il paraît certain que c'est par une voie véritablement scientifique, c'est-à-dire par des comparaisons répétées et des mesures précises qu'ils établirent certains *canons* ou règles de proportions qu'ils appelaient rhythme, symétrie, nombre. Quelques-uns de ces canons, dressés par de grands artistes, jouirent dans l'antiquité d'une autorité universelle. On cite particulièrement celui que Polyclète avait expliqué dans un livre intitulé la *Règle*, et qu'il appliqua dans sa fameuse statue du *Doryphore* ou porte-lance qui fut appelée, par excellence, le *Canon*. D'après les savantes recherches de M. Charles Blanc, ce canon de Polyclète serait d'origine égyptienne, et aurait été communiqué, trois siècles avant ce grand statuaire, à quelques-uns des plus anciens sculpteurs grecs par les prêtres égyptiens. Galien en parle en divers endroits. En l'absence de ces traités sur les proportions, on ne peut guère déterminer les principes adoptés par les anciens sculpteurs, réduit qu'on est à les déduire de leurs ouvrages, travail difficile et chanceux à cause des nombreuses modifications que l'âge, le sexe, la condition, le caractère, etc., apportaient dans l'application. On l'a essayé cependant. L'intérêt de l'art et celui des artistes y invitaient également. Les œuvres de la statuaire antique étant considérées comme les réalisations les plus parfaites des types du beau, on pensa que le secret de

Cet état du rein s'accompagne quelquefois pendant la vie, mais non constamment, d'une hydropisie limitée et peu considérable, qui n'est jamais générale et abondante comme dans la maladie de Bright. La quantité de l'urine n'est pas diminuée, mais elle est au contraire normale ou accrue. Elle est pâle, et contient *de l'albumine, mais en petite quantité*. L'acide nitrique et la chaleur y font naître un léger précipité, qui peut même n'être pas appréciable dans l'intervalle qui sépare deux attaques de goutte, pour reparaître au prochain accès. Les sédiments de l'urine y sont relativement en petite quantité. De l'épithélium plus ou moins altéré, des cellules de pus, des dépouilles granuleuses (*waxy casts*) des tubes urinifères, forment dans l'urine un dépôt blanchâtre quelques heures après l'émission. Qu'il survienne alors une attaque aiguë de goutte ou une irritation bronchique, et l'on trouvera dans l'urine des urates en grande abondance.

Tels sont les caractères anatomiques et cliniques sur lesquels s'appuie le docteur Todd pour différencier la néphrite chronique des goutteux de la maladie de Bright aiguë et chronique. Il est certain que les caractères différentiels donnés par le docteur Todd sont le fruit d'une observation exacte, que l'œdème est rare et limité, que l'albumine, quand elle existe dans l'urine, est peu abondante, que les reins sont ordinairement atrophiés, endurcis et granuleux à leur surface; mais d'un autre côté, cet état du rein et les symptômes qui en résultent peuvent s'observer dans d'autres maladies que la goutte, et de plus, nous verrons bientôt par l'analyse d'une observation de M. Garrod et par la nôtre, que les reins de goutteux peuvent présenter anatomiquement toutes les lésions de la maladie de Bright (néphrite albumineuse, desquammative, ou parenchymateuse). Aussi croyons-nous que la distinction établie par Todd ne peut être admise dans les termes où il l'a posée.

Quant aux dépôts d'urate de soude dans le rein, l'auteur que nous analysons les a notés deux fois, mais sans paraître leur attacher une grande importance, dans une de ses observations (obs. 38), et dans une autre qui lui a été communiquée par le docteur Ceeley. Notons en passant ce fait remarquable, c'est que deux des malades de Todd sont morts subitement, avec des symptômes urémiques très-évidents.

C'est au docteur Garrod qu'appartient l'honneur d'avoir mis en relief, dans son bel ouvrage sur la goutte (1), la forme spéciale des dépôts d'urates de soude dans le rein. En 1849, dans l'examen des reins d'un goutteux mort d'une autre maladie, il rencontra, dit-il, un dépôt crayeux considérable. Il apparaissait sous forme de raies disposées suivant la direction des tubes des pyramides; la papille de chaque cône présentait de petits points blancs dus à cette matière. La substance corticale montrait aussi quelques uns de ces dépôts. Il a eu depuis l'occasion d'examiner plusieurs reins de goutteux offrant les mêmes lésions, notamment ceux de ses observations 4, 5, 6 et 8.

L'examen microscopique des dépôts blancs linéaires, ajoute le docteur Garrod, y montre une structure cristalline consistant en prismes d'urate de soude. Leur composition est constamment la même; l'analyse chimique y démontre de l'urate de soude semblable à celui des dépôts des cartilages articulaires. La murexide, avec sa belle coloration purpurine, prend naissance par la réaction de l'acide nitrique chaud et de l'ammoniaque sur eux, et l'addition d'un acide fait cristalliser des rhombes d'acide urique.

Une question se présentait, à savoir si le dépôt d'urate avait en lieu en dehors des tubes urinifères ou dans leur intérieur. Le premier examen anatomique fait par le docteur Garrod le porta à penser que les lignes blanches étaient dues au remplissage des tubes urinifères, et ce fut aussi l'idée de M. Ceeley; des examens ultérieurs modifièrent son opinion: les cristaux d'urate de soude, communément plus larges dans le rein que dans les cartilages, lui parurent plusieurs fois situés dans le tissu cellulaire plutôt que dans la cavité des tubuli: du reste, dit-il, ce point demande de nouvelles études.

L'examen anatomique du rein, dans le fait qui nous appartient, nous a permis de résoudre cette question, au moins pour ce cas particulier, dans lequel les cristaux semblaient au premier abord placés dans l'intervalle des tubes; mais par l'addition d'acide acétique et la dissolution des cristaux libres, on voyait qu'une partie du dépôt siégeait manifestement dans l'intérieur même des tubes urinifères.

Quant à l'altération des reins qui accompagne ces infarctus uratiques, le docteur Garrod a généralement observé les reins atrophiés, condensés, et granuleux à leur surface, comme les décrit Todd sous le nom de *gouty kidney*. Dans ces cas, l'urine était albumineuse et contenait des dépouilles (cylindres fibrineux) granulées ou cireuses (*waxy casts*). Mais peut-être l'état atrophique et granuleux du rein tenait-il uniquement à la période avancée de la maladie ou étaient morts ses malades. C'est ce qui paraît résulter de l'analyse de l'observation très-intéressante d'un goutteux mort à sa huitième attaque, peu de temps après le début de l'affection (obs. 8). Dans ce cas le rein était sain en apparence, sa capsule s'enleva sans difficulté; il pesait 4 onces 1/2, et cependant la coupe de cet organe révéla dans les cônes de la substance tubuleuse des dépôts blancs d'urate de soude. L'examen microscopique du parenchyme rénal fut fait par le docteur G. Johnson, qui trouva l'épithélium des tubes très-granulé, infiltré de graisse, la ligne extérieure des tubes urinifères très-sombre, etc., toutes lésions appartenant à la néphrite desquammative ou parenchymateuse (néphrite albumineuse de M. Rayer).

Dans un relevé des altérations rénales fait par M. Dickinson (1) dans les autopsies d'une période de dix ans de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, ce médecin n'a jamais rencontré que des reins durs et granulés à leur surface chez les goutteux. Il distingue deux formes de lésion rénale, l'une portant sur le contenu épithélial des tubes, qui donne lieu au rein lisse à sa surface, l'autre portant sur le tissu cellulaire interstitiel qui cause le rein endurci et granuleux. Or sur 152 cas de reins lissés à leur surface, un seul, et encore est-il douteux, appartient à un sujet mort de la goutte. Sur 281 cas de reins granulés, 27 au contraire appartenaient à des personnes sûrement goutteuses. Pour Dickinson, c'est donc le rein granuleux (néphrite interstitielle) qui est prédominant dans la goutte, et telle est aussi l'opinion de Basham (2).

(1) Garrod, *On gout and rheumatic gout*. London, 1859, et 2e édit. (1863 p. 236 et suivantes, *changes in the kidneys of gouty subjects*.)

(1) Dickinson, *Medico-chirurgical transactions*, 1861, p. 170.
(2) *On dropsy connected with renal diseases*, 1859.

---

cette constante réussite était dans l'observation de ces règles de proportion, auxquelles les anciens avaient attaché tant d'importance; et ces règles, on espéra les trouver lisiblement écrites et pleinement formulées dans les statues consacrées par l'admiration universelle. Les écrits sur ce sujet sont nombreux, et comme il arrive souvent dans ces sortes d'études, ils se répètent les uns les autres, et quand ils ne se répètent pas ils se contredisent. Les artistes un peu instruits, — il y en a quelques-uns, — ont entendu parler et peuvent citer même les travaux spéciaux de Léonard de Vinci, d'Albert Durer, de Jean Cousin, de Lomazzo, de Gérard Audran, de Morghen et Volpato, de Sandrart, de de Piles, de P. de Montabert, de M. de Clarac (1), etc. Mais il en est bien peu qui soient allés au delà du titre de ces ouvrages et des noms des auteurs; et peut-être n'ont-ils pas trop grand tort, car le produit net de la lecture et de l'étude de ces livres ne compense pas toujours la peine qu'on a à les comprendre.

A ces livres *ex-professo* de maîtres de l'art, d'intelligents amateurs, de savants archéologues, dont on se permet de suspecter un peu, sinon le mérite, du moins l'utilité, nous préférerions, — et ce n'est pas sans quelque orgueil qu'on exprime ici cette préférence, — les travaux de quelques médecins que le goût et la pratique de l'anatomie, joints au sentiment de l'art, ont conduit à des recherches de ce genre. Les premiers qui nous viennent en mémoire sont les deux Suë, père et fils, qui, tous deux professeurs d'anatomie à l'Académie de peinture et de sculpture, ont fourni, le premier par les planches ajoutées à sa traduction de l'Ostéologie de Monro, et par d'excellentes annotations au texte, le second par ses *Eléments d'Anatomie à l'usage des peintres, etc.*, et son *Essai sur la physionomie des corps vivants, etc.*, des éléments positifs d'instruction aux jeunes artistes. A ce propos, il y a lieu d'être surpris que, des neuf professeurs d'anatomie, tous chirurgiens ou médecins, qui depuis deux siècles se sont succédés à l'Académie de peinture et de sculpture et à l'École des beaux-arts, il n'y ait que les Suë qui aient publié quelque chose sur la matière de leur enseignement. Robert, l'avant-dernier titulaire, avait projeté de composer une anatomie pour les artistes. Rien n'empêche de supposer que c'eût été un livre mieux conçu et mieux approprié à son but que la plupart de ceux, anciens ou nouveaux, qui ont paru sous ce titre. La mort, survenue avant l'heure, ne lui permit pas d'avancer beaucoup ce travail, ni même peut-être, que nous sachions, de le commencer.

Un autre écrivain, plus connu que les Suë, et en quelque sorte classique, est Salvage, docteur de la Faculté de Montpellier, auteur d'un magnifique in-folio sur l'anatomie de la célèbre statue d'Agasias d'Éphèse, improprement nommée le *Gladiateur combattant*, du musée du Louvre; ouvrage souvent consulté et qui mérite de l'être pour son exac-

(1) Le travail de cet antiquaire distingué est le résultat de mensurations de 42 statues exécutées avec une grande précision.

Dans l'autopsie que nous avons faite, les deux reins présentaient des lésions fort différentes à droite et à gauche : le rein gauche contenait seul des dépôts d'urate de soude. Il était de grosseur à peu près normale, de consistance molle. Sur la coupe, la substance corticale épaisse et de coloration gris jaunâtre, montrait une injection assez vive des vaisseaux et des glomérules de Malpighi. Sur des coupes minces de la substance corticale, on voyait au microscope, à un grossissement de 80 diamètres, que les tubes contournés étaient opaques. Cette opacité était due aux granulations protéiques et graisseuses contenues dans les cellules épithéliales des tubes qui avaient eux-mêmes subi une assez grande augmentation de volume par l'hypertrophie et l'hypergénèse de leur contenu épithélial. Ce sont là les altérations anatomiques de la néphrite parenchymateuse (deuxième degré de la néphrite albumineuse de M. Rayer), et il est impossible de ranger cet état du rein dans le *gouty kidney* de Todd.

Les dépôts blancs, linéaires, se détachaient vivement sur la substance tubuleuse rouge et injectée. Examinés sur des coupes fines à des grossissements de 80 à 300 diamètres, ils se sont montrés composés de longs cristaux prismatiques généralement parallèles ou réunis en faisceaux; quelques-uns d'entre eux partant de la masse principalement se dirigeaient dans tous les sens.

Lorsqu'on eut ajouté de l'acide acétique, les cristaux libres furent dissous les premiers en même temps que se formaient les tables rhomboïdales d'acide urique; la masse tout entière perdit sa structure cristalline, devint amorphe, opaque, et prit la forme et le volume de tubes urinifères. Une partie du contenu de ces tubes se dissolvant, on obtint des figures, dans lesquelles une portion de tube, devenue transparente, se continuait avec une portion du même tube encore remplie. Ces examens microscopiques répétés à divers intervalles ne nous ont laissé aucun doute sur le siége des dépôts dans le rein que nous avons observé. *Les cristaux superficiels étaient libres et situés hors des tubes droits; mais ces derniers étaient aussi remplis par un dépôt probablement amorphe du même sel qui servait de point d'implantation aux aiguilles libres.*

Le rein droit offrait des altérations toutes différentes; il était petit, réduit au tiers à peine de son volume primitif, difficile à détacher de son enveloppe graisseuse. Sa capsule fibreuse y adhérait intimement La substance corticale atrophiée était couverte de kystes. Sur une coupe de ce rein, les vaisseaux se présentaient à l'œil nu sous forme de lignes fibreuses très-apparentes, dures et privées de sang. La muqueuse du bassinet épaissie présentait des plaques de coloration jaunâtre répondant à des dépôts graisseux situés dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

L'examen microscopique de ce rein montra une atrophie très-marquée de tout son parenchyme sécréteur, glomérules et tubes, en même temps que l'épaississement des parois artérielles et des cloisons fibreuses qui séparent les glomérules et les tubes. Il n'y avait pas dans ce rein de dépôts uratiques.

D'après ce qui précède et l'analyse des faits, il est vrai peu nombreux, qui ont trait à notre sujet, nous croyons pouvoir conclure :

I. Que chez un certain nombre de goutteux, par suite de l'irritation que cause dans le rein le passage d'une grande quantité d'urates, l'albumine se montre dans l'urine, irrégulièrement et en faible quantité, et coïncide parfois avec de l'œdème;

II. Que ces symptômes correspondent à une altération anatomique quelquefois très-avancée des reins, qui consiste dans une forme chronique de la néphrite albumineuse (néphrite parenchymateuse), ou dans une altération chronique caractérisée par l'atrophie du parenchyme avec épaississement des cloisons fibreuses et des parois artérielles (néphrite interstitielle, *gouty kidney* de Todd), mais que ces lésions n'ont rien par elles-mêmes qui soit spécial à la goutte (1);

III. Que deux sortes de dépôts du rein appartiennent en propre à la goutte : 1° les dépôts uriques ou néphrite goutteuse de M. Rayer; 2° les dépôts uratiques qui sont caractéristiques de la goutte, et complétement identiques à ceux des articulations.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Nous publierons dans le prochain numéro une observation analogue à la précédente, que l'un de nous a eu l'occasion d'observer tout récemment.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION CURATIVE DES EAUX DU MONT DORE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur JULES MASCAREL. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

(Suite — Voir les n°s 15, 16, 18, 19 et 22.)

Première classe héréditaire confirmée.

Genre féminin; nombre 5.

PHTHISIE A LA SECONDE PÉRIODE ARRÊTÉE ET GUÉRIE A PEU PRÈS COMPLÉTEMENT PAR TROIS SAISONS AU MONT DORE.

OBS. XXXI. — Mademoiselle A... est âgée de 29 ans, brune et très-lymphatique, pâle, amaigrie avec incurvation du thorax en avant. Sa mère est morte à 39 ans *d'épuisement de poitrine*, après avoir eu 12 enfants qui se portent assez bien, si ce n'est qu'ils s'enrhument facilement. Mademoiselle A... attribue le développement de sa maladie à son travail assidu et sédentaire dans un comptoir humide de Lyon. Très-peu réglée mais toujours exactement, elle l'est beaucoup moins depuis deux ans qu'elle tousse et crache presque constamment et c'est depuis cette époque qu'elle a beaucoup maigri et qu'elle a des flueurs blanches. D'après l'avis de plusieurs médecins de Lyon, elle se rendit au mont Dore à la fin de juin 1858 présentant les symptômes suivants:

Les omoplates sont saillantes et le devant de la poitrine déprimé de chaque côté du sternum. Sous la clavicule gauche et dans la fosse sus-épineuse du même côté, il y a de la matité, surtout en arrière, avec râle sous-crépitant humide aux deux temps de la respiration, la voix est retentissante. A droite la respiration est rude mais sans bruits anormaux. La toux est fréquente, quinteuse, et s'accompagne d'expectoration particulièrement le matin et quelquefois le soir. Peu de sommeil, pas d'appétit, langue blanche, constipation, mouvement fébrile le soir, caracté-

---

titude technique, quoique bien fatigant par sa rhétorique déclamatoire (1).

N'est-ce pas encore à un médecin contemporain que les artistes sont redevables d'un ouvrage qui, malgré quelques erreurs de principe et de plus nombreuses erreurs d'application, offre cependant dans son ensemble le travail le plus ingénieux, le plus riche en observations de détail et en déterminations positives qu'ils puissent consulter, l'*Anatomie des formes extérieures du corps humain*, de Gerdy? auquel il n'est que juste de joindre celui moins original, mais plus méthodique, d'un de ses élèves et disciples en médecine et en art, le docteur Julien Fau qui, indépendamment de cette contribution à l'enseignement de l'anatomie artistique, a doté les ateliers d'un Ecorché, exécuté sous sa direction par Caudron, plus exact, dit-on, que celui de Houdon jusqu'alors en faveur. Et notre honorable confrère, M. Duchenne (de Boulogne), quelle reconnaissance des peintres et des sculpteurs n'aura-t-il pas méritée, s'il est vrai qu'il peut leur enseigner à exprimer avec la vérité la plus saisissante, toutes les passions et affections de l'âme, dans tous leurs degrés et nuances, par la contraction ou le relâchement, isolés ou combinés, des muscles de la face!

Ces travaux anthropométriques des médecins se distinguent en général de ceux des artistes en ce que, bien qu'entrepris aussi en vue de l'art, ils se composent d'observations faites sur la Nature, tandis que ceux des premiers reposent uniquement sur les données fournies par la Statuaire antique, qu'ils supposent impeccable. Il arrive de là que les anatomistes trouvant parfois, dans les œuvres réputées les plus parfaites, des formes ou des proportions notoirement démenties par la nature, et n'admettant pas que ce qui est faux puisse être beau, les condamnent comme des fautes, et les artistes, par contre, n'admettant pas que ce qui est beau puisse être faux, donneraient volontiers tort à la nature. C'est ainsi que lorsque Vésale démontra sur le cadavre les erreurs de Galien, la foi à l'autorité, non moins obstinée en matière de science qu'en matière d'art, s'en tira en disant que la structure du corps humain pouvait avoir changé depuis les temps du médecin de Pergame. Dans ce conflit, la science positive aura toujours, ce semble, l'avantage, tant que les artistes n'auront pas prouvé, en théorie, qu'une grave incorrection anatomique peut être en soi un élément de beauté, en pratique, que sans ces incorrections toute la beauté de certaines figures s'évanouirait, ou que, dans ces mêmes exemples, une imitation plus fidèle n'aurait pas donné des résultats meilleurs. Tant que cette preuve, très-difficile à faire, ne sera pas faite, nous aurons le droit de dénoncer comme des méfaits injustifiables

(1) Le texte et les planches remplissent complétement les promesses du titre qu'il convient de citer tout au long : *Anatomie du gladiateur combattant, applicable aux beaux-arts*, ou *Traité des os, des muscles, du mécanisme, des mouvements, des proportions et des caractères du corps humain*, par Jean Galbert Salvage, docteur-médecin de la Faculté de Montpellier. Paris, in-folio, 1812.

risé seulement par de la chaleur et des sueurs bornées à la poitrine le matin.

Après dix-neuf jours de traitement thermal, la face s'était animée et bronzée, la toux un peu diminuée et l'expectoration réduite des trois quarts de ce qu'elle était. Le sommet gauche du poumon n'était plus mat qu'en arrière et le siége d'un râle crépitant fin mêlé à du râle humide et plus gros; le sommeil et l'appétit meilleurs, les flueurs blanches avaient cessé. La malade pouvait faire des courses à pied qu'il lui aurait été impossible de faire à son arrivée.

Cette personne revint au mont Dore le 24 juin de l'année suivante (1859).

L'embonpoint, sans être considérable, contraste avec ce qu'il était l'année dernière; l'hiver s'est passé sans nouveaux rhumes, les flueurs blanches sont nulles et les règles durent cinq jours au lieu de deux ou trois avant le voyage aux thermes.

Le sommet gauche est encore un peu mat en arrière et en haut, mais sans bronchophonie; il n'y a de râle sous-crépitant qu'à l'expiration et en petite quantité

Nouvelle saison de dix-huit jours pendant lesquels la malade fait de fréquentes promenades dans la forêt de sapins; elle s'en retourne fort contente, n'expectorant plus qu'une très-petite quantité d'humeurs le matin, seul instant de la journée où elle tousse. Plus de sueurs matinales ni douleurs thoraciques, toujours quelques bulles de râles dans la fosse sus-épineuse.

Le 8 juillet 1860, troisième saison.

L'hiver s'est passé sans un seul rhume qui ait donné lieu à de la fièvre, la malade a pu vaquer à toutes ses occupations, la physionomie est bonne, toutes les fonctions se font bien. Sous la clavicule gauche la respiration est faible et s'accompagne parfois de bruit de frottement. Point de matité dans la fosse sus-épineuse, mais quelques bulles rares de craquements humides, expectoration nulle, toux très-rare.

Après cette troisième saison, la respiration devient bonne partout, on ne peut constater quelques bulles de craquements humides rares que dans la fosse sus-épineuse droite.

PHTHISIE A LA SECONDE PÉRIODE. EXCELLENTS EFFETS DE LA MÉDICATION THERMALE.

Obs. XXXII. — Madame E...., âgée de 36 ans, est d'un blond châtain, grande, bien constituée, mais très-lymphatique et toujours bien réglée Son père et sa mère se portent assez bien. mais quatre de ses parents dans la ligne maternelle sont morts de la phthisie. Elle n'a qu'une enfant âgée de 9 ans qui a une très-grande disposition à s'enrhumer.

Madame E.... s'enrhume tous les hivers, elle a eu plusieurs hémoptysies et deux fluxions de poitrine, la dernière il y a deux ans; elle tousse fréquemment, mais ne crache que le matin des matières granuleuses. Sommet du poumon gauche mat dans l'étendue de quatre travers de doigt en arrière et de deux en avant, bronchophonie, râle muqueux abondant dans ces parties. Sommet droit, respiration râpeuse, tuboïde, craquements humides postscapulaires. A la base des poumons le bruit respiratoire s'entend moins bien du côté gauche qui a été le siége de la dernière fluxion de poitrine. L'appétit est peu développé, la langue est saburrale.

Au milieu du traitement thermal, la malade est prise d'un rhume intense qu'elle attribue à un refroidissement, mais qui ne dure que six jours, pendant ce temps les eaux ne sont pas interrompues. Après vingt jours de séjour, elle quitte le mont Dore, ne conservant plus de toux que le matin et après avoir repris de l'embonpoint et plus de vigueur dans l'habitude extérieure du corps. Le reste de l'année se passe sans accident, et au mois de mars une atteinte de grippe ne retient la malade à la chambre que pendant cinq à six jours.

Au commencement de juillet 1860, elle retourne aux eaux dans l'état suivant : embonpoint bien conservé, appétit, sommeil, toux seulement le matin et expectoration de petites mucosités concrètes, mais bien moins abondantes qu'autrefois.

Le sommet gauche du poumon offre encore de la matité, mais seulement en arrière, où l'on perçoit à l'oreille quelques bulles de râle muqueux; à droite on n'entend plus de craquements humides, mais la respiration y est rude et prolongée. Les règles viennent bien et abondamment chaque fois; il n'y a pas de pertes blanches depuis le traitement de l'année dernière.

Au neuvième jour du traitement, la toux cesse complétement et les bruits du sommet gauche sont remplacés par du râle crépitant clairsemé (râle crépitant de retour). Cette dame part le dix-neuvième jour en affirmant qu'elle ne tousse ni ne crache une seule fois dans la journée. Cependant le sommet gauche laisse entendre çà et là quelques bulles de craquements humides en arrière. Aujourd'hui, fin de novembre 1860, la santé est bonne; il n'est pas survenu de rhume depuis le départ des eaux.

AFFECTION UTÉRINE; GRIPPE AVEC FLUXION DE POITRINE; TOUX OPINIATRE, SUIVIE DE CAVERNES; BONS EFFETS IMMÉDIATS DES EAUX; RETOUR DE LA FIÈVRE AUSSITÔT LES EAUX; EFFETS CONSÉCUTIFS DES EAUX SANS RÉSULTAT NOTABLE. (Docteurs LAGARE, THOMAS.)

Obs. XXXIII. — Madame I..., 42 ans, non mariée, lymphatique, brune, hémorrhagies utérines fréquentes accompagnées seulement d'éruptions vulvaires et vaginales aphtheuses sur le col de l'utérus, grippe en novembre 1859, s'accompagnant de pleuro-pneumonie à droite et résistant à toute espèce de traitement. Toux permanente, sèche d'abord, puis suivie d'expectoration ensanglantée, fièvre, frissons le soir, sueurs nocturnes, amaigrissement, perte complète de l'appétit.

Arrivée au mont Dore le 17 juillet 1860; caverne au sommet du poumon droit, gargouillement, pectoriloquie; matité moins prononcée au sommet gauche, mais râle muqueux, abondant, avec résonnance de la voix, toux très-fatigante, résistant à tous les calmants, expectoration opaque, parfois rougeâtre. Il y a eu une hémoptysie à la fin de décembre qui a duré trois jours; à la suite de cet accident, les crachats sont restés rouillés pendant deux mois. La malade a de la fièvre tous les soirs, précédée de frissons. La voix est souvent voilée, il y a un peu de laryngite. Sous l'influence du traitement, la toux et l'expectoration diminuent, la fièvre cesse à partir du septième jour, et tout va pour le mieux jusqu'au dix-huitième et dernier jour du traitement. Le dix-neuvième jour, jour de repos, la fièvre éclate à trois heures du soir par un frisson qui dure une demi-heure; puis fièvre pendant trois jours, allant en diminuant le quatrième jour; départ le cinquième jour.

Cette fièvre persiste encore pendant quatre jours après l'arrivée de la malade dans sa famille, puis elle cesse sous l'influence de l'apparition des règles, et la malade m'écrit qu'elle respire bien mieux qu'avant son arrivée au mont Dore. Cependant le médecin ordinaire déclare à une personne de la famille de cette demoiselle qu'il trouve peu de changement dans l'état local. Aujourd'hui, décembre 1860, l'état général de la malade est à peu près le même; attendons que le temps prononce.

---

les licences des sculpteurs anciens et des modernes leurs imitateurs; quand ils ont, par exemple :

Indûment tronqué, dans vingt statues, l'angle du deltoïde, muscle si influent sur la forme et sur le mouvement du bras;

Quand ils ont arbitrairement distribué les digitations du grand Dentelé, et de plus altéré les rapports des insertions de ce muscle avec la saillie des dernières côtes, avec le sillon latéral du ventre et l'angle antérieur de l'ilium;

Quand ils ont donné au faisceau musculaire et tendineux du milieu de l'avant-bras une direction parallèle au membre, tandis qu'elle est notoirement oblique;

Quand ils ont élevé, contre toute expérience, au même niveau les éminences thénar et hypothénar; d'où la lourdeur des mains ainsi faites;

Quand ils ont, à l'envi, creusé au dessus et au dedans de la rotule, sur des genoux fléchis, un pli oblique qui ne peut se produire que dans l'extension ou demi-extension de la jambe; bévue facile à constater dans les deux genoux du Laocoon, et particulièrement dans le droit qui est le plus fléchi. On la constate même jusque dans quelques figures du peintre David, bien que l'étude de la rotule fût en si grande estime dans son école, que les derniers représentants de son style et de sa méthode ont été et sont encore désignés sous le nom de *rotuliens!!*

Mais passons. Il est trop clair que les formes et proportions du corps sont susceptibles d'une détermination positive, en tant qu'elles sont des rapports de grandeurs soumises au nombre et à la mesure. Mais cette part légitime une fois faite à la science, il importe de remarquer qu'elle ne sert guère plus pour juger de la valeur esthétique d'une statue qu'elle n'est pour l'artiste le principe et la raison des caractères propres qui font dire de son œuvre qu'elle est bonne ou mauvaise. La correction anatomique est une de ces conditions négatives comme sont, dans d'autres domaines de l'art, la perspective et la grammaire; il n'est pas permis de les violer. mais il n'y a aucun mérite à les observer. Quant à cette correction même, entendue au sens purement technique, il est douteux que la connaissance des lois de proportion, telles qu'on les trouve formulées par Polyclète, si l'on veut, par Vitruve, Salvage ou Gerdy, aide beaucoup à l'apprécier dans une œuvre donnée. Ces formules, en effet, n'ont rien de rigoureux; elles ne vont que par à peu près, ce qui laisse à l'artiste la même latitude dont jouit la nature pour diversifier à l'infini dans les individus l'expression du type de l'espèce. Et puis ces canons, plus ou moins honorablement patronés, ne s'accordent ni dans leur méthode ni dans leurs résultats. Les anciens avaient généralement pris pour unité de mesure des parties du corps humain le pied (1); les modernes ont pris, les uns la tête, d'autres

(1) M. Charles Blanc pense que c'était le doigt médius : ce qui paraît probable pour le canon égyptien, mais reste douteux pour le canon grec, car le passage de Galien sur lequel il s'appuie principalement est susceptible d'une autre interprétation.

PLUSIEURS CAVERNES AUX SOMMETS; TRAITEMENT IRRÉGULIÈREMENT SUIVI; AUCUN EFFET; MORT.

OBS. XXXIV. — Madame O..., 55 ans, lymphatique, amaigrissement considérable, ongles incarnés, plusieurs petites cavernes dans les deux sommets constatées par M. le docteur Heurteloup; fièvre le soir. Cette dame est accompagnée de sa fille unique, âgée de 18 ans, qui absorbe tous ses instants. On ne peut lui faire suivre que très-imparfaitement le traitement thermal en juillet 1858, tandis qu'elle fatigue sa fille qui n'est pas malade de la même affection par ses obsessions continuelles. Pas de changement dans l'état local en général; morte à la fin de décembre 1858.

PHTHISIE A LA DERNIÈRE PÉRIODE; FIÈVRE DE CONSOMPTION; QUELQUES DOSES D'EAU MINÉRALE; PAS DE CHANGEMENT; MORT.

OBS. XXXV. — Madame U..., 20 ans, tempérament très-lymphatique, malade depuis deux ans, doigts hippocratiques, doubles cavernes, hémoptysie, fièvre hectique, diarrhée ou constipation; on accorde quelques cuillerées d'eau minérale. Pas de changement. Arrivée au mont Dore le 17 juillet; départ le 10 août; mort en octobre.

RÉFLEXIONS SUR LES OBSERVATIONS DE CE GROUPE.

Cette première classe de phthisie confirmée et héréditaire compte 13 cas, dont 8 hommes et 5 femmes. Sur ce nombre il y a 3 morts, 2 femmes et 1 homme.

Bien que nous n'ayons pas eu de nouvelles directes depuis un an de l'observation 23, nous savons que le bien obtenu durant une première saison s'est maintenu, et que les accidents hémoptoïques ne se sont pas reproduits.

L'observation 24, qui appartient à M. le docteur Heurteloup, est un exemple remarquable de guérison après deux saisons passées au mont Dore. Dès la première année, il s'est produit une amélioration telle que M. C... n'a pas eu besoin dans tout le cours de l'année de consulter une seule fois son médecin; il est parti à la fin de juillet 1860, conservant à peine des traces de sa grave affection.

L'observation 25 vient de faire sa première saison, des changements favorables ont eu lieu sur place: attendons que M. le docteur Meynard, auquel appartient M. D..., nous fasse connaître ses impressions.

Les observations 26 et 27 se rapprochent par bien des points de contact. La maladie paraît complétement enrayée dès la première année 1858 pour M. F... Une fluxion de poitrine éclate en février 1859 et cède en moins de quinze jours, tout en ébranlant fortement l'organisme qui ne tarde pas à reprendre son équilibre.

L'observation 27 offre l'exemple d'une grande étendue de lésion pulmonaire, trois des principaux membres de la famille ayant succombé à la maladie de poitrine, le frère aîné aux Eaux-Bonnes mêmes. Deux saisons au mont Dore, 1858-1859, impriment à l'économie tout entière un tel cachet de bonne santé, que personne ne peut soupçonner les graves lésions qui sommeillent sous cette belle carnation.

L'observation 28, qui est venue au mont Dore d'après les indications de M. Andral, offre un exemple de la maladie rendue à la troisième période; observé par nous pour la première fois à la troisième année de cure au mont Dore, il vaque encore aujourd'hui, novembre 1860, à toutes ses occupations, se livre même au plaisir de la chasse, et tout cela sans avoir une seule fois gardé la chambre pendant toute la durée de l'hiver.

Nous ne parlerons pas de l'observation 29 qui vient de faire sa première saison, quoique la maladie soit à la dernière période, que pour signaler que la fièvre a cessé pendant la cure, ainsi que les sueurs nocturnes, et que l'expectoration a diminué. Mais nous craignons que ce malade ne résiste pas à l'hiver, étant dans l'impossibilité de pouvoir en amoindrir les effets pernicieux.

L'observation 30 est encore une phthisie au troisième degré extraordinairement amendée sur place (la voix était perdue, elle revient), pour se perdre pendant le retour au milieu des péripéties du voyage et revenir encore après; mais le malade succomba en octobre par une sorte de choc en retour, occasionné, il faut bien le dire cependant, par un accident de l'imprudent jeune homme.

Si maintenant nous reportons notre attention sur les femmes de cette classe dite héréditaire et confirmée, nous trouvons cinq cas, dont deux terminés par la mort: les observations 34 et 35. Mais on a vu que le traitement thermal n'a pas été appliqué convenablement, parce qu'il n'était pas applicable.

L'observation 33, qui appartient à MM. les docteurs Lagarde et Thomas, vient seulement de faire sa première saison. Pendant dix-huit jours tout s'est passé pour le mieux; la fièvre qui existait en arrivant et qui paraissait tenir aussi aux fatigues du voyage a cessé pendant la cure, l'expectoration a diminué, malheureusement la veille du départ la fièvre est revenue par un accès de frisson. Mais mademoiselle I... nous fait observer qu'elle est sujette à ces sortes de fièvres au retour de ses époques. Elle part, et mademoiselle I... nous écrit elle-même que la fièvre a cessé avec l'apparition des règles plus abondantes, plus rouges qu'autrefois. Cependant l'un de ses médecins constate peu de changement dans l'état local. Que deviendra cette demoiselle pendant l'hiver? Nous avons de ses nouvelles, 5 décembre 1860; il n'y a rien de particulier dans son état.

Quant aux observations 31 et 32, ce sont deux beaux exemples de guérison. Madame E... habite le centre ouest de la France, mademoiselle A... le centre est. Toutes deux ont fait trois saisons, toutes deux peuvent être considérées comme guéries. Que reste-t-il en effet pour l'oreille de l'observateur? Un peu de faiblesse respiratoire et çà et là à peine quelques bulles de craquement humide. Si dans les circonstances graves d'humeur que nous venons de parcourir, les eaux ont manifesté leurs bienfaits, que ne devons-nous pas en attendre dans les circonstances où la maladie est tout à fait accidentelle?

(La suite prochainement.)

---

la face. Cette différence seule d'étalon a engendré beaucoup de confusion et d'incertitude dans la théorie des proportions, et l'application de chacun de ces étalons, soit aux statues antiques, soit à la nature, donne des résultats si discordants qu'il est difficile d'en tirer la moyenne qui représenterait les proportions normales. La règle s'évanouit dans les exceptions.

Supposons cependant qu'on tienne pour bon et valable un des Canons quelconques approuvés dans les écoles et académies, celui de Jean Cousin, par exemple, et qu'en conséquence on sache: que la tête étant prise pour unité de mesure, un corps bien proportionné doit avoir du sinciput au talon, 8 têtes, du menton au mamelon, 1 tête, du mamelon au nombril, 1 tête, du nombril aux parties génitales, 1 tête, etc.;

Que la tête étant divisée en 4 parties, et le nez étant une de ces parties, un ventre régulièrement conformé doit avoir un niveau du pli du flanc 5 parties ou 5 nez de largeur;

Que l'intervalle entre l'ombilic et les parties sexuelles doit être de 4 nez, bien que, — comme l'ont remarqué des critiques très-forts, — l'Apollon du Belvédère ait dans cette dimension 1 nez de plus;

Qu'il faut compter de l'épaule au coude 1 tête 1/2, donner 4 nez de largeur au cou et 2 nez de largeur à la main;

Qu'on sache encore, de par Vitruve et Léonard de Vinci, que le nombril est le centre du corps, de sorte que si sur un adulte tenant les bras étendus et les jambes écartées on met une pointe de compas dans le creux ombilical, la circonférence décrite par l'autre pointe touchera l'extrémité des doigts des mains et des pieds; et, à propos de pieds, qu'on sache par les calculs du savant professeur Schadow (de Dusseldorf), qu'un pied bien fait est au corps entier :: 10 : 66 et non :: 10 : 60, comme le prétend indûment Vitruve, etc., etc.;

Qu'on ait appris, disons-nous, par cœur, — ingrate et rude besogne! — ou autrement, les détails numériques de ces tables de proportion pour l'homme adulte, pour la femme, l'enfant, et tous les âges, et qu'avec cette provision de notions scientifiques *positives* on aborde, avec quelque prétention de critique, l'examen des œuvres de sculpture, on sera tout surpris et en même temps un peu humilié, de se sentir dès la première rencontre, abandonné du guide sur lequel on comptait. L'idée nette et précise qu'on croyait s'être faite de ces types normaux de structure, de formes, de proportions, méthodiquement déduits de l'étude comparée des chefs-d'œuvre de la statuaire et des résultats anthropométriques, et qui devait servir d'échelle de comparaison, s'efface tout à coup on ne sait comment, et ne laisse à sa place que l'image grossièrement ébauchée, mais cependant fidèle dans ses traits généraux, que la vue habituelle des mêmes objets trace dans l'esprit. C'est cette image telle quelle, acquise et possédée empiriquement, à notre insu, qui est en réalité le seul critère à notre disposition pour l'appréciation des représentations plastiques. Cet étalon, toujours disponible, à l'usage de tout le monde, rendant à peu près inutile l'autre qu'on n'a pas sous la main, et d'ailleurs difficile à manier, il va de soi que le ru-

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

V. EDINBURGH MEDICAL JOURNAL.

Les numéros de janvier à décembre 1863 contiennent les travaux originaux suivants (1) : 1° *Cas de désarticulation de la cuisse*, par M. Spencer. 2° *Sur quelques résultats de la délivrance incomplète à la suite de l'avortement et de l'accouchement, et spécialement sur les écoulements utérins fétides*, par M. Duncan. 3° *Sur la théorie et la classification des maladies de la peau*, par M. Buchanan. 4° *Sur la topographie médicale de Sanauer*, par M. Ireland. 5° *Cas de fracture comminutive avec dépression du sternum et d'abcès du médiastin antérieur; terminaison favorable après une attaque de pyémie*, par M. Gillespie. 6° *Cas d'étranglement intestinal; gangrène; guérison*, par M. Brisbarre. 7° *Sur l'emploi de l'atropine et de la strychnine à l'extérieur*, par M. Fleming. 8° *Recherches sur l'action et l'emploi de l'atropine*, par le même. 9° *Sur l'accouchement prématuré provoqué à l'aide du dilatateur en caoutchouc*, par M. Keiller. 10° *Sur les plaies d'armes à feu*, par M. Neill. 11° *Rapport statistique sur 1,000 accouchements*, par M. Lawrence. 12° *Sur l'emploi de la fève de Calabar dans le traitement des maladies des yeux*, par M. Robertson. 13° *Ablation d'un testicule cancéreux arrêté dans le canal inguinal*, par M. Fayrer. 14° *Sur la doctrine de la pathologie cellulaire*, par M. Furner. 15° *Observations d'ovariotomies*, par M. Keith. 16° *Gangrène du pied et de la jambe, consécutives à une obstruction de l'artère fémorale*, par M. Annandale. 17° *Remarques sur l'affaire Alexandre Milne*, par M. Yellowlees. 18° *Cas de rétroversion de l'utérus gravide*, par M. Dickie. 19° *Clinique chirurgicale de M. Spence*, par M. Steel. 20° *Sur la mortalité dans les prisons écossaises*, par M. Thomson. 21° *Rapports de la manie puerpérale avec l'albuminurie*, par M. Donkine. 22° *Sur la nomenclature des luxations de l'épaule*, par M. Bell. 23° *Epingle avalée et rendue par les selles au bout de vingt heures*, par M. Annandale. 24° *Sur la valeur diagnostique de l'accentuation du second bruit du cœur*, par M. Beghie. 25° *Sur le poids respectif des viscères des deux moitiés du corps*, par M. Strutkers. 26° *Observations de lithotomie*, par M. Watson. 27° *Note sur la fève de Calabar*, par M. Robertson. 28° *Sur les causes et la nature du goître vasculaire accompagné de pulsations et de palpitations anémiques*, par M. Laycock. 29° *Observations cliniques*, par M. Edwards. 30° *Etat actuel de nos connaissances relativement à l'irritabilité musculaire*, par M. Mac Lanrin. 31° *Caractères, action et emploi thérapeutique de la fève de Calabar*, par M. Fraser. 32° *Instrument nouveau destiné au traitement des rétrécissements de l'urètre*, par M. Watson. 33° *Sur les affections diphthéritiques du système nerveux*, par M. Greenhow. 34° *Sur quelques malformations congénitales du tube digestif*, par M. Turner. 35° *Cas d'ovariotomie*, par M. Burtsanam. 36° *Deux cas de luxations des vertèbres cervicales*, par M. Doig. 37° *Observation de diphthérie*, par M. Hamilton. 38° *Accouchement prématuré artificiel*, par M. Low. 39° *Sur le col de l'utérus pendant la grossesse*, par M. Duncan. 40° *Sur le goître vasculaire et l'exophthalmie*, par M. Beghie. 41° *Notes médicales sur la Nouvelle-Zélande*, par M. Tuke. 42° *Emploi du chloroforme dans les convulsions puerpérales*, par M. M'Nab. 43° *Sur l'anévrisme sous-sternal dans ses rapports avec les affections du cœur*, par M. Douglas. 44° *Sur l'hydropisie ovarique et l'ovariotomie*, par M. Keith. 45° *Deux cas d'empoisonnement par des perdrix américaines*, par M. Newhigging. 46° *Contribution de chirurgie navale*, par M. Markay. 47° *Sur le delirium tremens*, etc.; par M. Seller. 48° *Sur les maladies dominantes et épidémiques*, par M. Christison. 49° *Cas d'ovariotomie*, par M. Crockatt. 50° *Sur la dilatation des vaisseaux chylifères*, par M. Stewart. 51° *Sur la fausse diphthérie*, par M. Smith. 52° *Sur la gingivite diphthéritique des femmes en couches*, par M. Duncan. 53° *Sur une épidémie de choléra*, par M. Donaldson. 54° *Action physiologique de l'utérus dans l'accouchement*, par M. Donkin. 55° *Sur la méthode antiphlogistique*, par M. Veale. 56° *Kyste de l'ovaire; ponction vaginale; guérison*, par M. Brisbarre.

(1) Le numéro de février nous manque.

SUR LES AFFECTIONS DIPHTHÉRITIQUES DU SYSTÈME NERVEUX; par M. le docteur HEADLAM GREENHOW.

Les accidents nerveux qu'en France on a constatés souvent à la suite des affections paraissent s'être produits également assez fréquemment dans les épidémies qui ont régné en Angleterre pendant ces dernières années. M. Greenhow appelle surtout l'attention sur les troubles de la vision dus probablement à une paralysie des muscles ciliaires. Ces troubles surviennent quelquefois d'une manière très-brusque. Les malades s'aperçoivent qu'ils ne peuvent plus lire leur journal ni distinguer nettement les objets de petites dimensions rapprochés des yeux. En même temps ils voient très-nettement des objets éloignés, et les verres convexes corrigent assez bien le trouble de la vision. M. Greenhow a remarqué que la pupille est parfois dilatée et un peu contractile pendant un ou deux jours avant que la vision soit sensiblement altérée, et que la mydriase persiste quelquefois pendant quelques jours après que la vision est revenue à peu près à l'état normal. Le trouble de l'accommodation ne se présente d'ailleurs pas toujours au même degré dans les deux yeux.

Les lèvres et la langue sont assez fréquemment le siége de fourmillements ou d'une sensation de brûlure, d'engourdissement ou de froid. La contractilité de la langue peut être diminuée. Les troubles de sensibilité dont il s'agit débutent généralement à la pointe de la langue, et s'étendent ensuite au dos et à la base de l'organe. Dans un cas de ce genre, le sens du goût était également aboli. Chez un autre malade, les muscles des joues étaient paralysés.

Du côté des extrémités, M. Greenhow a observé, comme tout le monde, des paralysies, l'analgésie, etc. Il signale chez un de ses malades des mouvements choréiques qui se produisaient lorsque le malade essayait d'exécuter un mouvement. La paralysie des muscles s'accompagne assez souvent d'une exaltation de la sensibilité dans quelques points limités : à la plante des pieds, dans les mollets ou dans les masses musculaires des bras. Une pression un peu énergi-

---

han métrique, le compas d'épaisseur, instruments si chers à la science exacte, seront avantageusement remplacés par ce compas naturel que chacun a plus ou moins dans l'œil, et que Michel-Ange disait être le meilleur.

De ce qui précède, il ne faudrait pas cependant conclure que toute la science de l'anatomiste et du *canoniste*, s'il est permis de forger ce mot, ne vaut guère plus, comme effet utile, que celle des simples amateurs qui ne jugent, dit-on, que par sentiment, et sont incapables, comme la Nicolle du *Bourgeois gentilhomme*, de donner la raison démonstrative de leurs décisions. Contre cette conclusion s'élève la voix unanime et constante des artistes qui, dans tous les siècles et par tous pays, ont demandé à la science, et particulièrement à la géométrie, à l'anatomie, un enseignement qu'ils jugent indispensable. A défaut d'autres raisons, — qui ne se présentent pas en ce moment, — cette déférence seule serait décisive : *Cuique in suâ arte credendum*. Ils savent bien qu'à notre école ils n'apprendront pas à modeler des Vénus de Milo ou des Hercule Farnèse, mais que nous les empêcherons d'estropier leurs figures.

Un service de cette importance nous donne bien le droit de parler avec quelque liberté de leurs œuvres; mais vu l'heure avancée, nous remettrons à une autre fois le règlement de ce reste de compte.

L. PEISSE.

— M. Donné, recteur de l'Académie de Montpellier, après avoir fondé un prix d'encouragement aux études anatomiques dans la Faculté de médecine de Montpellier, vient de fonder un prix annuel qui sera décerné à la suite d'un concours ouvert parmi les stagiaires des hôpitaux de cette ville. Le premier concours s'ouvrira le 10 août prochain.

— Les candidats admis à la seconde série d'épreuves pour le concours de chirurgie du Bureau central sont :

MM. de Saint-Germain, A. Després, Duchaussoy, Labbé (Léon), Liégeois, Péan, Sée (Marc), Tarnier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Majesté, médecin principal en retraite, officier de la Légion d'honneur.

L'Ecole impériale de cavalerie de Saumur, ayant à sa tête M. le général Crespin, a voulu lui rendre les derniers devoirs.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort du docteur Alexis Bremond, décédé à l'âge de 76 ans. Il avait pratiqué la médecine à Pont-Saint-Esprit pendant cinquante et un ans.

— Un élève distingué des hôpitaux de Paris et rempli d'avenir, M. Coste, vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique.

— M. le docteur Allard, médecin inspecteur des eaux de Royat, vient de succomber à la suite d'une longue maladie.

— M. le docteur Bouyer, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être désigné pour suppléer M. l'inspecteur des eaux d'Amélie-les-Bains pendant la saison d'été.

que, exercée sur les muscles, provoque en outre chez quelques malades des mouvements réflexes très-énergiques.

Sur quelques conséquences de la délivrance incomplète a la suite de l'avortement et de l'accouchement, et spécialement sur les écoulements utérins fétides; par le docteur Matth. Duncan.

M. Duncan a observé plusieurs cas dans lesquels la rétention partielle de l'œuf à la suite de l'avortement a pu se prolonger pendant fort longtemps sans donner lieu à aucun accident sérieux, et notamment sans produire d'écoulement fétide, et dans lesquels ces accidents sont survenus. finalement à longue échéance sans qu'il fût possible de rattacher la décomposition finale à une cause déterminée. Les cas de ce genre sont loin d'être extrêmement rares, mais ils passent souvent inaperçus pendant un temps plus ou moins long et deviennent facilement l'occasion d'erreurs de diagnostic fort graves.

Dans la première observation de M. Duncan, la rétention d'une partie de l'œuf datait de quelques semaines quand apparurent les premiers signes d'une affection utérine et un écoulement brunâtre d'une odeur repoussante. L'orifice du museau de tanche était béant et l'index pénétrait facilement dans la cavité du col que M. Duncan dilata immédiatement à l'aide d'une tente d'éponge préparée. Dès le lendemain en enlevant la tente, on retira en même temps les restes décomposés d'un œuf qu'il était d'ailleurs facile de reconnaître. M. Duncan fit alors faire dans l'utérus des injections fréquemment répétées d'eau tiède, administrées à l'aide d'une sonde à double courant et l'on continua à faire ces injections jusqu'à ce que l'écoulement fétide se fût complétement tari. La malade qui avait eu, entre autres accidents, une métrorrhagie extrêmement grave, se remit assez rapidement, et après avoir avorté deux fois, elle devint de nouveau enceinte et accoucha à terme d'un enfant bien développé et en bonne santé.

La troisième observation de M. Duncan fournit un exemple frappant des erreurs de diagnostic auxquelles peuvent donner lieu les cas dont il s'agit. On avait rattaché l'écoulement fétide à une ulcération du col, que l'on avait cautérisé à plusieurs reprises. Le traitement employé dans ce cas fut le même que dans le précédent. Les restes de l'œuf furent extraits de l'utérus à l'aide d'une pince à polype, et la guérison fut assez rapide.

Dans la cinquième observation, l'écoulement fétide ne survint que cinq mois après l'avortement. On eut encore recours au même traitement et le résultat fut tout aussi satisfaisant.

Observation de fracture comminutive, avec dépression du sternum, suivie d'un abcès du médiastin et d'accidents d'infection purulente; guérison; par le docteur J. D. Gillespie, chirurgien de l'Infirmerie royale d'Edinburgh.

Cette observation, qui ne se prête pas à une analyse détaillée, présente de l'intérêt à plusieurs points de vue. En premier lieu, c'est un des faits les plus certains de guérison à la suite d'accidents évidents et extrêmement graves de pyémie; en second lieu, il est très-remarquable que ce résultat ait été obtenu quoique l'alimentation fût rendue fort difficile par une fracture compliquée de la mâchoire qui existait en même temps que les autres désordres. Enfin, quand l'abcès vint faire saillie sous la peau, il présentait, grâce au voisinage du cœur, des battements d'expansion tellement prononcés que l'on a pu croire un instant qu'il s'agissait d'un anévrisme. Sous ce rapport, l'observation de M. Duncan présente quelque analogie avec une observation remarquable d'empyème pulsatile publiée, il y a quelques années, dans le *Bulletin de thérapeutique* par Aran.

Observation de gangrène du pied due a une obstruction de l'artère fémorale au niveau de l'aine; par le docteur Annandale.

Observation curieuse en ce que l'obstruction de l'artère fémorale était due à une embolie détachée de concrétions fibrineuses déposées sur une plaque calcaire de l'aorte. Les symptômes de l'obstruction subite ont été également dans ce cas extrêmement marqués. La malade marchait dans la rue quand elle éprouva subitement une douleur violente dans la jambe. Cette douleur acquit une telle intensité que la malade dut s'arrêter et ne put rentrer chez elle qu'en voiture. A ce moment déjà le pied était complétement refroidi et privé de sensibilité. La gangrène suivit ensuite la marche ordinaire.

Sur la manie puerpérale considérée dans ses relations pathologiques avec l'albuminurie; par le docteur A. Scott Donkin (de Newcastle).

Dans un travail publié en 1856, le professeur Simpson (d'Edinburgh) établissait un rapport étiologique entre la manie puerpérale et l'albuminurie, rattachant les accidents de la manie à l'urémie comme on y a rattaché ceux de l'éclampsie puerpérale. M. Donkin se rattache à cette manière de voir, et rapporte une observation à l'appui. Il a soin toutefois de distinguer deux espèces très-distinctes de manie puerpérale, que l'on n'a pas toujours séparées d'une manière suffisamment tranchée.

Dans l'une, la manie est essentiellement aiguë et sa marche est rapide. Le pouls est toujours accéléré, qu'il soit d'ailleurs sthénique ou asthénique. La peau est généralement moite. L'attaque maniaque est précédée et accompagnée pendant quelque temps de céphalalgie, de chaleur à la tête, d'une grande susceptibilité à la lumière, au bruit, au mouvement, de tintements d'oreille, d'insomnie. La maladie a presque toujours une grande tendance à se terminer par la mort, qui est précédée de coma et de perte de sensibilité.

Dans l'autre espèce, on n'observe pas les mêmes symptômes généraux. Le pouls est de fréquence normale ou tout au plus légèrement accéléré. La vie n'est pas compromise, mais le désordre des facultés mentales est généralement plus ou moins chronique, et persiste trop souvent d'une manière définitive.

C'est la première de ces deux formes que M. Donkin rattache à l'albuminurie. Celle-ci, dans l'observation de l'auteur, fut passagère, et tenait probablement à une simple hyperémie des reins, due à la compression des veines rénales. L'urine ne contenait ni cylindres fibrineux ni globules sanguins, et l'albumine même ne s'y trouvait qu'en petite quantité. Pour expliquer le défaut d'harmonie entre les accidents nerveux et l'albuminurie, M. Donkin appelle l'attention sur les modifications de la crase sanguine qui doivent se produire pendant le travail d'involution de l'utérus. Cet organe, dit-il, pèse, immédiatement après l'accouchement, de 1 livre 1/2 à 2 livres 1/2, tandis que quinze jours plus tard son poids n'est que de 10 ou 11 onces. L'involution de l'utérus doit donc surcharger le sang d'une grande quantité de matériaux azotés, et l'on comprend qu'alors un trouble léger dans la sécrétion rénale puisse entraîner des accidents graves qui ne se seraient pas produits en temps ordinaire.

Sur une épingle avalée par un enfant, et rendue par les selles au bout de vingt heures, par le docteur Th. Annandale.

L'épingle dont il s'agit mesurait 5 centimètres de long et était munie, en guise de tête, d'un écusson de plus d'un centimètre de diamètre. L'enfant qui l'avait avalée n'était âgé que de 3 ans. La migration du corps étranger s'était d'ailleurs faite sans provoquer aucun accident, ce que M. Annandale attribue aux circonstances suivantes.

La tête de l'épingle s'était engagée la première dans le pharynx, en effet, le père et l'enfant en avait encore aperçu la pointe au moment où il voulait la retirer. La longueur, relativement considérable, de l'épingle, la força à cheminer suivant l'axe du pharynx et l'empêcha de se placer transversalement. La facilité avec laquelle l'épingle parcourut le reste du tube digestif s'explique, au moins en partie, par cette circonstance qu'elle avait été avalée immédiatement après un repas copieux. M. Annandale rappelle à cette occasion une pratique assez usuelle parmi certains industriels de Londres que la nature de leurs occupations met parfois dans le cas d'avaler des pièces de monnaie : au lieu de se purger et de prendre des vomitifs, ils ont soin de prendre des repas très-copieux et de se constiper pendant quelques jours, afin de fournir une enveloppe protectrice suffisante au corps du délit. C'est cette pratique que M. Annandale recommande d'adopter, en ayant soin de choisir des aliments qui laissent beaucoup de résidus.

Sur la valeur séméiotique du renforcement du second bruit du cœur; par le docteur Warburton Begbie, médecin de l'Infirmerie royale d'Edinburgh.

Le renforcement, ou l'accentuation exagérée du second bruit du cœur a été signalée, ainsi qu'on le sait, par Skoda, comme un signe sthétoscopique assez important; il s'agissait ici de cette partie du second bruit qui est due à l'occlusion des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, et son renforcement indique, d'après Skoda, un accroissement de la pression du sang contenu dans l'artère pulmo-

naire, que cet accroissement soit d'ailleurs dû à une diminution du champ circulatoire des branches de l'artère pulmonaire, à un rétrécissement de l'orifice mitral ou à toute autre cause.

D'après M. Begbie, le renforcement du second bruit aortique perçu au niveau des valvules aortiques, mérite autant que le précédent d'attirer l'attention: c'est, d'après ce médecin, un signe important de la dilatation et des anévrismes de la crosse de l'aorte. Il est, du reste, bien entendu que ce renforcement ne peut être perçu que si les valvules aortiques sont suffisantes. Lorsqu'il est remplacé au bout de quelque temps par un souffle au deuxième temps, on peut conclure que la dilatation occupe la portion ascendante de l'aorte et qu'elle s'est étendue à sa racine.

Sur quelques malformations congénitales du tube digestif; par le docteur Wm. Turner, démonstrateur d'anatomie à l'Université d'Edinburgh.

M. Turner a communiqué à la Société obstétricale d'Edinburgh trois cas de vices de conformation du tube digestif, dont un surtout est intéressant. Il a été observé sur un enfant qui succomba douze jours après être né, et après avoir présenté tous les signes d'une occlusion de la partie supérieure du tube digestif. La continuité du jéjunum était en effet complétement interrompue dans deux points, et l'intestin y était remplacé par un cordon fibreux. On voyait, au moins dans l'une de ces portions, que le jéjunum oblitéré avait subi manifestement une torsion autour de son axe comme dans certains cas d'étranglement interne. Les vaisseaux artériels de l'intestin étaient complétement oblitérés dans ce point, ce dont on s'assura sans peine en injectant l'artère mésentérique supérieure.

M. Turner incline à rattacher ce vice de conformation à une péritonite fœtale, bien que l'on n'ait trouvé aucune trace d'adhérences. Quoiqu'on ne puisse pas rejeter cette opinion d'une manière absolue, nous serions plus disposé à croire que c'est la torsion de l'anse intestinale qui a été le point de départ de la malformation.

Le second fait de M. Turner est un exemple de *malposition* du cœcum. La pièce a été recueillie sur un cadavre d'adulte. Le cœcum était situé beaucoup plus haut qu'à l'état normal, sur les limites de la région lombaire et de l'hypochondre droit, et il était relié à la paroi abdominale par un méso-cœcum très-long, qui lui permettait d'exécuter des mouvements fort étendus. Le cœcum se continuait d'ailleurs presque directement avec le colon transverse. La fin de l'iléon occupait la fosse iliaque droite, avec laquelle il était exactement dans les rapports que le cœcum offre à l'état normal; puis, remontant pour rejoindre le cœcum, l'iléon devenait de nouveau flottant, grâce à un mésentère supplémentaire qui se continuait avec celui du cœcum.

Ce vice de conformation tient évidemment à un arrêt de développement. On sait que l'intestin est représenté primitivement par une anse unique, qui se contourne de telle manière que l'une de ses moitiés est antérieure et l'autre postérieure. Cette rotation s'accompagne d'un mouvement de bas en haut de l'anse postérieure, qui formera le cœcum, lequel est d'abord situé sur la ligne médiane ou à gauche de cette ligne, et se trouve en rapport presque immédiat avec la surface inférieure du foie. Le développement progressif du tube digestif amène ensuite peu à peu le cœcum dans la fosse iliaque droite, en le déplaçant à la fois de gauche à droite et de haut en bas, et ce déplacement ne se complète que dans les derniers mois de la vie fœtale. Il n'est même pas toujours achevé au moment de la naissance.

D'autres fois il se fait d'une manière excessive, et l'abaissement excessif que le cœcum subit finit par l'amener presque dans le petit bassin, où il se trouve fixé très-lâchement par un méso-cœcum ordinairement assez tendu. C'est à cette variété que se rapporte la troisième observation de M. Turner.

Ces différences de position n'ont le plus souvent d'intérêt qu'au point de vue de l'embryogénie, mais on comprend à quel point elles pourraient obscurcir le diagnostic dans un cas de typhlite, par exemple.

VI. The Dublin quarterly journal of medical science.

Nous n'avons sous les yeux que le numéro de février 1863 de ce journal, qui contient les travaux originaux suivants: 1° *Remarques sur la blennorrhagie et la syphilis*, par M. Collis. 2° *Sur les conditions affectant la constitution des phthisiques avant l'apparition de la maladie*, par M. Smith. 3° *Sur l'aliénation mentale et l'épilepsie syphilitiques*, par M. Duncan. 4° *Sur les affections réflexes de l'œil d'origine traumatique*, par M. Solomon. 5° *Sur une affection analogue à la rougeole, produite par une cause accidentelle*, par M. Kennedy. 6° *Sur les phénomènes du diabète sucré*, par M. Haughton. 7° *Sur la dilatation immédiate des rétrécissements de l'urètre*, par M. Smyly.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

Intermittences du cœur et du pouls par suite de l'abus du tabac a fumer. Extrait d'un mémoire de M. Em. Decaisne.

(Commissaires: MM. Andral, Rayer, Bernard.)

J'ai pu constater en moins de trois ans, dans les trois communes de Mello, de Cires-lès-Mello et de Saint-Wast-lès-Mello (Oise), 21 cas d'intermittence du pouls, indépendante de toute lésion organique du cœur, sur 88 fumeurs incorrigibles. 9 accusaient en même temps des digestions pénibles. Les 12 autres n'avaient jamais rien ressenti du côté de l'estomac. 5 ou 6 s'étaient aperçus des intermittences depuis quelque temps sans y attacher d'importance. 7 virent disparaître complétement les désordres du cœur par l'abstention absolue ou presque absolue de la pipe, en moins d'un mois. Sur ces sept, deux avaient des digestions pénibles, qu'ils conservèrent après la cessation des intermittences. 9 autres, qui avaient aussi abandonné la pipe, n'éprouvèrent qu'une légère amélioration, c'est-à-dire une diminution dans la fréquence des intermittences. Je n'ai pas pu suivre les cinq autres; tous ces individus étaient âgés de 27 à 42 ans; ils exerçaient la profession de filateur et de carrier.

Si l'on considère: 1° qu'aucun des sujets soumis à mon observation n'était atteint d'une lésion organique du cœur; 2° que la plupart d'entre eux n'étaient pas dans les conditions de santé qui favorisent la production des intermittences des battements du cœur; 3° et surtout qu'il a suffi, chez *neuf* d'entre eux, de supprimer l'usage du tabac pour voir revenir le cœur à son rhythme normal, peut-être ne trouvera-t-on pas trop hardies et trop prématurées les conclusions suivantes:

1° L'abus du tabac à fumer peut produire sur certains sujets un état que j'appellerai *narcotisme du cœur*, et qui se traduit par des intermittences dans les battements de cet organe et dans les pulsations de l'artère radiale.

2° Il suffit, dans certains cas, de suspendre ou du moins de réduire l'usage du tabac à fumer pour voir disparaître entièrement ou diminuer l'irrégularité dans les fonctions du cœur.

— M. Sistach envoie, comme pièces de concours pour le prix de statistique, deux mémoires imprimés ayant pour titre, l'un: *Études statistiques sur les varices et le varicocèle*, l'autre: *Études statistiques sur les infirmités et le défaut de taille, considérés comme causes d'exemption du service militaire.* (Renvoi à la commission du prix de statistique.)

Recherches sur les origines de la monstruosité double chez les oiseaux; par M. C. Dareste. (Extrait.)

J'ai eu occasion d'observer, il y a quatre ans, deux embryons, développés simultanément sur un vitellus unique, et qui, bien que complétement séparés, étaient juxtaposés et présentaient entre eux les relations de position si caractéristiques qui existent entre les deux sujets composants d'un céphalopage. Ces embryons avaient péri depuis quelque temps lorsque j'ouvris la coquille qui les renfermait. S'ils avaient survécu, ils n'auraient pu continuer leur développement sans se souder, et ils auraient nécessairement produit un céphalopage.

Tout récemment M. Lavocat, professeur à l'École de médecine vétérinaire de Toulouse, m'a remis un métopage, produit dans l'espèce du canard, et qui avait atteint l'époque de l'éclosion. Ce métopage présente, en outre de l'union immédiate par les régions frontales, une seconde union médiate résultant de l'interposition d'un vitellus unique entre les ombilics des deux sujets composants.

Ces faits nous démontrent l'existence d'un vitellus unique dans la céphalopagie et la métopagie.

Reste donc la pygopagie, que je n'ai pas eu encore occasion d'étudier chez les oiseaux. Je ne puis donc pas dire comment ici les choses se passent, mais les conditions anatomiques de cette monstruosité ne me paraissent pas compatibles avec l'existence de deux vitellus séparés.

Je crois donc pouvoir admettre, comme une loi générale, que, chez les oiseaux comme chez les poissons, l'union immédiate des deux sujets qui composent le monstre double est la conséquence d'une union médiate résultant de leur formation sur un vitellus unique. Toutefois, lorsque deux embryons se développent sur un vitellus unique, cet évé-

nement n'entraîne pas nécessairement la formation d'un monstre double; car plusieurs embryogénistes ont vu, et j'ai vu moi-même, deux embryons complétement distincts, et qui n'auraient jamais pu se réunir, quoique formés sur un vitellus unique.

Les monstres à double ombilic sont fort rares chez les oiseaux. Je n'en connais qu'un seul cas qui ait été signalé avant le travail actuel: c'est un canard métopage décrit par Tiedemann. Mais cette grande rareté n'est probablement qu'apparente; les oiseaux qui nous présentent cette monstruosité doivent périr inévitablement à une époque voisine de l'éclosion, par l'impossibilité où se trouve le vitellus de pénétrer dans la cavité abdominale.

Chez les mammifères il en est tout autrement. Ici la vésicule ombilicale qui représente le vitellus se sépare entièrement de l'animal avec les éléments du cordon, et cette séparation n'est pas plus difficile lorsqu'elle est en rapport avec deux ombilics par deux pédicules séparés, que lorsqu'elle est en rapport avec un seul ombilic par un pédicule unique. Rien ne s'oppose donc, chez eux, à l'existence de la vie extra-utérine, puisque, abstraction faite de la soudure, les deux sujets composants ont une conformation régulière et normale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 JUIN 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1863, dans les départements du Var, du Lot et de Saône-et-Loire.

2° Le rapport final de M. le docteur Crié (de Laval), sur une épidémie d'intoxication saturnine dans trois communes de l'arrondissement de Laval. (Com. des épidémies.)

3° Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur Cisseville, pour l'année 1862. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une deuxième note sur les mouvements du cœur, par M. le docteur Brun-Séchaud, de Limoges. (Com., M. Béclard.)

2° Un mémoire sur la Cochinchine, au point de vue hygiénique, physiologique et pathologique, par M. le docteur Gimelle fils. (Com., M. Briquet.)

3° Une lettre de M. Roussin, pharmacien à Marseille, accompagnant l'envoi d'une brochure sur les eaux potables de cette ville.

4° M. Robinet communique une note de M. le docteur Gobet, de Jeancourt (Aisne), sur une ablation d'une petite tumeur graisseuse enkystée de la paupière supérieure. (Com., M. Larrey.)

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Robinet, le spécimen d'un *Dictionnaire hydrographique de la France, comprenant l'étude des eaux douces*, au point de vue statistique, géographique, géologique, chimique, économique, hygiénique et agricole.

— M. Larrey, au nom de M. le docteur Pascal, fait hommage à l'Académie d'une brochure intitulée : *l'Année médicale à Rome*.

DE LA MORT SUBITE PAR EMBOLIE PULMONAIRE DANS LES CONTUSIONS ET LES FRACTURES.

M. le docteur Azam (de Bordeaux) donne lecture de quelques observations relatives à des morts subites déterminées par des embolies pulmonaires dans les contusions et les fractures. En voici les conclusions :

1° Les fractures et les contusions peuvent devenir des causes de mort subite par embolie pulmonaire;

2° Ces embolies ont pour origine une thrombose des veines de la région blessée, due elle-même à la résorption du sang épanché;

3° Ces thromboses, ou les phlébites qui les précèdent, sont en général latentes; elles doivent être plus communes qu'on ne le croirait au premier abord;

4° L'exploration par les doigts du trajet des veines superficielles profondes peut seule démontrer leur existence;

5° Certains accidents pulmonaires subits, tels que dyspnée, hémoptysie, douleurs précordiales, syncopes, etc., indices de la présence dans le poumon d'un caillot embolique de volume variable, peuvent attirer sur ces phlébites l'attention du chirurgien;

6° Dans les thromboses veineuses, les caillots sont plus ou moins adhérents. Le degré de plasticité du sang est en rapport avec la solidité de ces adhérences. Or, les fractures condamnées au repos sont de mauvaises conditions de plasticité;

7° Les mouvements généraux ou partiels accompagnés d'efforts; l'application d'appareils compressifs peuvent provoquer le départ des caillots emboliques;

8° Le chirurgien devra rechercher si, à partir du quinzième jour, il n'existe pas chez les fracturés ou les contusionnés des phlébites latentes;

9° Si l'existence d'une phlébite lui est démontrée, le repos, les antiphlogistiques et un traitement alcalin sont indiqués. (Commissaires : MM. Velpeau, Reynal et Sappey.)

ÉLECTION.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission proposait la liste suivante :

En première ligne...	MM. Fonssagrives, à Brest.
En deuxième ligne..	Cazeneuve, à Lille.
En troisième ligne..	Tholozan, à Téhéran.
En quatrième ligne.	Thore, à Sceaux.

Sur 66 votants, M. Cazeneuve obtient..	32	suffrages.
M. Fonssagrives........	22	—
M. Tholozan...........	9	—
M. Thore..............	2	—
Bulletin nul...........	1	—

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue, il est procédé à un second tour de scrutin.

Sur 59 votants, M. Cazeneuve obtient...	39	suffrages.
M. Fonssagrives.......	18	—
M. Tholozan..........	2	—

En conséquence, M. Cazeneuve est nommé correspondant national.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR.

La parole est à M. Bouillaud.

L'honorable académicien met sous les yeux de ses collègues des cœurs de différentes grosseurs, et il fait voir que sur les cœurs moyens, et les cœurs petits comme sur les gros, la partie importante, incomme̲nsurablement la plus importante, au point de vue anatomique, ce sont les ventricules.

Puis, il fait monter à la tribune un homme sur lequel il montre avec quelle régularité bat le cœur et avec quelle facilité on constate que le pouls artériel coïncide avec le choc de la pointe du cœur contre la paroi précordiale. Or, le pouls étant évidemment causé par la systole ventriculaire, puisqu'il est senti par le doigt appliqué sur une des artères, en même temps que l'œil voit la pointe du cœur venir battre la paroi thoracique, en se relevant, il s'ensuit que le premier bruit, de même que le premier mouvement, appartient à la systole. C'est, en effet, au moment du choc de la pointe du cœur que le premier bruit est perçu. Cette constatation si simple paraît suffisante à M. Bouillaud pour ruiner absolument toute la théorie et tous les raisonnements de M. Beau. Il est inutile de chercher d'autres preuves; quand on a démontré que la somme des angles d'un triangle est égale à deux droits, on s'en tient là et l'on ne se met pas en peine de trouver d'autres démonstrations. Or, le mécanisme des mouvements et des bruits du cœur est géométriquement constatable. On n'a qu'à toucher et à regarder.

L'honorable professeur se réserve de développer ce qu'il ne fait qu'indiquer aujourd'hui. Il prie donc M. le président de lui conserver son tour de parole pour la séance prochaine, et il cède la tribune à M. Gavarret.

M. Gavarret s'exprime ainsi qu'il suit :

Messieurs,

Lorsque, dans la séance du 10 mai, je suis venu prendre part à cette discussion sur la physiologie du cœur, je n'avais ni l'espoir ni la prétention de convertir M. Beau. J'ai trop pratiqué les hommes pour me bercer de semblables illusions. On ne renonce pas ainsi à des idées qu'on a caressées pendant une trentaine d'années; de pareils sacrifices sont trop pénibles pour qu'il soit permis de les espérer. Ces débats, je ne les ai pas provoqués, mais je les ai acceptés avec confiance, parce que je suis convaincu de la bonté de la cause que je défends, et qu'il serait difficile de trouver à développer une doctrine physiologique devant une assemblée plus impartiale et composée d'hommes plus compétents.

Vous avez entendu la réponse de M. Beau aux nombreuses et puissantes objections qui lui ont été adressées; a-t-il apporté de nouvelles preuves à l'appui de ses théories? Non; notre honorable collègue ne s'est pas écarté un seul instant de la voie qu'il a constamment suivie dans ses publications et ses lectures. Ce sont toujours les mêmes affirmations, basées sur les mêmes hypothèses, qu'il oppose invariable-

ment aux résultats les plus positifs des expériences les mieux instituées, les plus démonstratives. Avec une constance digne d'une meilleure cause, il n'abandonne rien de ce qu'il a dit, écrit ou professé depuis trente ans sur la circulation intracardiaque et sur l'anatomie du cœur. Il nous sera facile de mettre en relief tout ce qu'il y a d'hypothétique, d'inadmissible et de contraire aux faits les mieux établis, dans les propositions fondamentales de sa théorie.

Notre honorable collègue admet et soutient que, pendant la systole de l'oreillette, toute communication est interrompue entre la cavité auriculaire et les veines qui s'y rendent. Pour lui, les orifices de ces veines sont et restent hermétiquement fermés jusqu'à ce que le ventricule ait achevé sa systole. Et, comme il n'y a pas de valvule pour opérer et maintenir cette occlusion, il est obligé d'admettre l'existence de six muscles sphincters *assez puissants* pour fermer exactement les deux veines caves et les quatre veines caves pulmonaires. Ici, comme en toute circonstance, si l'on veut qu'une discussion aboutisse, il faut d'abord fixer nettement le véritable sens des expressions et ne pas jouer sur le mots. Nous connaissons très-bien les fibres contractiles des parois des veines, des capillaires et des artères, et nous savons que ces fibres, en rétrécissant le calibre des vaisseaux, contribuent activement et utilement à entretenir le mouvement circulatoire. Nous connaissons aussi les fibres musculaires disposées en anses autour des embouchures des veines caves et des veines pulmonaires, et capables de rétrécir leurs orifices. Il n'était pas nécessaire de remonter jusqu'à Gerdy pour prouver la réalité d'une disposition anatomique que personne ne conteste et qui se trouve décrite dans les livres élémentaires dont nos élèves se servent à l'amphithéâtre. Si M. Beau avait lu plus attentivement les écrits de Gerdy, il n'aurait peut-être pas si complaisamment invoqué son autorité; il se serait certainement aperçu que, d'accord en ce point avec tous les anatomistes et tous les physiologistes, Gerdy nie complétement l'occlusion des veines pendant la systole de l'oreillette. Nous lisons, en effet, dans son article *Circulation* (*Dictionnaire de médecine*, t. VIII, p. 37) : « Celle-ci (l'oreillette droite) se contracte « soudain... le sang pressé subitement, réagit à l'entour, repousse la « valvule de la veine cardiaque sur son orifice, et le sang qui afflue des « veines caves, redresse les vertiges impuissants de la valvule d'Eus-« tache, et se partage en trois portions, l'une *récurrente*, l'autre pro-« gressive, l'autre intermédiaire. La *récurrente* reflue péniblement dans « les veines caves, surtout dans la supérieure, et y produit le *mouve-« ment rétrograde* décrit ci-dessus. » Ainsi donc, même en admettant l'autorité de Gerdy, nous restons en droit de dire à M. Beau : Votre occlusion complète des veines qui débouchent dans les oreillettes est une hypothèse gratuite, en contradiction avec les faits les mieux établis dans la science. Elle cadre, il est vrai, avec vos idées préconçues; mais ce n'est pas, à nos yeux, une raison suffisante pour l'admettre sur parole. Après comme avant cette discussion, votre position reste la même; nous vous mettons en demeure de nous fournir la preuve de l'existence de ces sphincters *assez puissants* pour *fermer hermétiquement* les orifices auriculaires des grosses veines.

Plus énergiquement que jamais, M. Beau affirme que le sang ne passe de l'oreillette dans le ventricule que par et pendant la systole de l'oreillette. Les parois du ventricule ont beau être *molles* et *relâchées*, le sang a beau s'accumuler dans l'oreillette et presser sur l'orifice auriculo-ventriculaire, la valvule ne cède pas. « Le ventricule forme, dit « M. Beau, une masse de chair compacte qui sert de plancher *résistant* « à la cavité de l'oreillette, jusqu'à ce que l'oreillette se contractant « ouvre par l'action de ses fibres verticales l'orifice auriculo-ventricu-« laire. » Mais ce plancher *résistant* ne peut, en définitive, opposer que la *résistance* qui appartient à un muscle que M. Beau qualifie luimême de *mou* et relâché! Et je le demande toujours à M. Beau, comment avec cette résistance d'un muscle *mou* et *relâché* fait-il équilibre à une pression de 200 grammes au moment du choc de l'ondée sanguine, et qui s'élève bientôt à 425 grammes? Nous avons beau dire avec tous ceux (et ils sont nombreux) qui ont assisté aux expériences de M. Chauveau : pendant la diastole auriculaire, alors que le ventricule est en relâchement, le doigt sent la valvule fuir et démasquer l'orifice auriculo-ventriculaire. Non, répond intrépidement M. Beau : « Il est très-« vrai que le doigt introduit dans l'intérieur du cœur se sent pressé par « la valvule auriculo-ventriculaire pendant la systole, mais cette pres-« sion ne cesse pas pendant le temps de repos. » Quand il a écrit cette phrase, M. Beau a-t-il bien pesé toutes ses expressions? S'est-il rappelé que si, pendant la systole ventriculaire la valvule presse le doigt introduit dans l'oreillette, c'est parce qu'elle fait hernie dans la cavité auriculaire? A-t-il bien compris que si la pression de la valvule continue, malgré le relâchement du ventricule, d'après lui vide de sang, il faut que les parois ventriculaires fassent elles-mêmes hernie dans la cavité auriculaire pour maintenir la valvule dans sa forme convexe du côté de l'oreillette?

Enfin, M. Beau persiste à déplacer le centre circulatoire et à le transporter du ventricule dans l'oreillette. J'ai écouté avec grande attention les raisons qu'il a données à l'appui de cette opinion inattendue. Je ne puis pas croire que, dans une Académie de médecine, ces raisons paraissent suffisantes pour justifier la subordination de la fonction du ventricule à celle de l'oreillette?

Je ne voudrais pas abuser des moments de l'Académie, cependant il m'est impossible de ne pas relever ici quelques petites inexactitudes de M. Beau à mon endroit.

Je lis dans un premier passage de sa réponse : « Mais, dit M. Gavar-« ret, je vois que, même d'après vos expériences, le ventricule est noté « par vous comme relâché dans l'état de repos. Est-il possible qu'il ne « soit pas en diastole, puisque, d'après vous, il est relâché en ce mo-« ment? » Et là-dessus M. Beau explique longuement la différence qu'il y a entre un ventricule relâché et un ventricule en diastole, c'est-à-dire distendu. Je sais parfaitement qu'un muscle d'abord contracté peut rester raccourci pendant son relâchement, aussi n'ai-je rien dit de ce que me prête gratuitement notre honorable collègue. Mais je sais aussi que lorsqu'un muscle est relâché, la moindre traction suffit pour l'allonger, et voilà pourquoi je me suis refusé et je me refuse encore, quoi qu'en dise M. Beau, à reconnaître à un ventricule relâché la puissance de résister, sans se dilater, une pression de 425 grammes.

Je lis dans un autre passage : « Je ne peux pas quitter ce sujet sans « repousser une erreur anatomique que me prête M. Gavarret. Il me « fait dire que l'oreillette et le ventricule du côté droit ont la même « force et la même épaisseur. J'ai dit qu'ils ont à peu près, etc. » Eh bien! moi qui cite toujours textuellement, et M. Beau aurait bien fait de suivre cet exemple, j'ai lu à cette tribune et j'ai écrit dans la *Gazette hebdomadaire* : « C'est que, dit-il, les phénomènes se passant « dans les cavités droites, l'oreillette et le ventricule ont à peu près la « même épaisseur et la même force. » Je n'ai donc rien prêté à M. Beau. Seulement, me rappelant que, d'après les mesures si exactes de M. Bouillaud et de M. Marey, l'épaisseur de l'oreillette n'est que le tiers de celle du ventricule, et la force de contraction auriculaire n'est que le dixième de la force de contraction ventriculaire, je me suis cru et je me crois encore le droit de demander à M. Beau par quelle série d'illusions il a pu être amené à considérer comme à peu près égales des quantités qui sont dans les rapports de un à trois et de un à dix.

Dans un troisième passage de sa réponse, M. Beau s'exprime ainsi : « Or on sait, dit M. Gavarret, que le pouls est en état de synchronisme « parfait avec le premier bruit et le choc précordial. » D'abord, il me sera permis de faire observer que, dans le paragraphe incriminé, il n'est fait aucune mention du choc. Or que disais-je dans ce passage? Je rappelais qu'au lit du malade, dans les salles de clinique, on prend toujours pour premier bruit celui qui coïncide avec le pouls carotidien. Ce que j'ai dit, je le soutiens encore, et sans crainte d'être démenti par personne. Oui, cliniquement, il y a coïncidence entre le premier bruit du cœur et le pouls carotidien. Quant au synchronisme parfait dont parle M. Beau, c'est une expression dont je ne me suis jamais servi en pareille matière, parce que je sais que ce synchronisme n'existe pas. Je n'ai pas oublié que j'ai vérifié avec le cardiographe, et que j'ai écrit dans mon rapport que, même dans l'aorte ascendante, le pouls artériel est en retard de près d'un dixième de seconde sur le début de la systole ventriculaire.

Dans toute espèce de discussion, mais surtout dans des réponses écrites, méditées dans le silence du cabinet, toutes les pièces sous les yeux et lues à cette tribune, la citation textuelle serait une bonne habitude à prendre.

Frappé des scrupules exprimés par M. Beau au sujet des modifications successives du cardiographe, nous avons fait tous nos efforts pour rassurer sa conscience alarmée. Nous lui avons montré comment MM. Chauveau et Marey, éclairés par l'expérience elle-même sur les imperfections de leurs appareils, sont parvenus, après beaucoup d'essais et de tâtonnements, à construire un cardiographe qui permet de reproduire dans ses plus petits détails le tableau complet des mouvements de l'organe central de la circulation. Nous lui avons prouvé que, loin de se contredire dans leurs indications, les trois tracés successivement publiés ne font réellement que se compléter les uns les autres. Nos efforts ont été superflus; M. Beau ne peut pas se familiariser avec l'idée, bien simple pourtant, de reconnaître à ses adversaires le droit de perfectionner leur procédé expérimental. « J'ai le droit aussi, dit-il, de préférer le premier « tracé, parce qu'il a été pour ainsi dire le premier jet de l'instrument « enregistreur. » S'il s'agissait d'une œuvre d'art, je comprendrais cette préférence pour un premier jet; il arrive parfois, en effet, que la première ébauche d'un tableau contient des beautés de premier ordre qui s'affaiblissent et même disparaissent complétement sous le pinceau de l'artiste qui essaye de terminer son œuvre. Mais nous sommes ici sur le terrain de la science; et, en matière d'instruments de précision, une pareille manière de raisonner ne saurait être acceptée. « J'ai aussi, « ajoute M. Beau, le droit de dire, au risque de me tromper, que je « regarde la manifestation de cet instrument primitif, c'est-à-dire sim-« ple, rude et grossier, comme plus spontanée que celle du cardiographe « modifié dans sa sensibilité et perfectionné. » Je vous laisse à décider, messieurs, jusqu'à quel point on est autorisé à parler de spontanéité, à propos d'instrument enregistreur; mais vous aurez certainement, comme moi, beaucoup de peine à comprendre comment un perfectionnement peut compromettre cette spontanéité si chère à notre honorable collègue.

A propos du second tracé, nous avons dit comment MM. Chauveau et Marey, faisant droit à une juste observation de notre honorable collègue, avaient augmenté la sensibilité de l'appareil pour obtenir l'indication de l'augmentation de pression déterminée dans le ventricule par

la contraction auriculaire. M. Beau, qui préfère les instruments rudes et grossiers aux appareils perfectionnés, nous dit à ce sujet : « Il n'en « est pas moins vrai que cette rectification du tracé est due à une aug- « mentation de sensibilité de l'instrument, et que si au lieu d'aug- « menter la sensibilité de l'instrument on l'avait diminuée, on eût obtenu « des résultats tout opposés. » Quand j'ai entendu cette phrase sortir de la bouche d'un homme aussi distingué, je n'ai pas voulu y croire, je me suis demandé si je n'étais pas le jouet d'une illusion... Je l'ai relevée scrupuleusement sur le manuscrit, et il a bien fallu se rendre à l'évidence : *Quandoque bonus dormitat Homerus!*

Il faut que l'idée de perfectionnement répugne singulièrement à notre honorable collègue pour qu'il ait tenté de nous accabler sous le poids du reproche suivant : « La sensibilité de l'instrument a été modifiée « dans un but *précis qui a été atteint*; ce but a été inspiré par une idée « ou une influence théorique, et cette influence théorique peut très- « bien être une illusion. » Mais comment M. Beau ne voit-il pas qu'une simple modification de sensibilité ayant permis d'atteindre le but qu'on se proposait, cela prouve évidemment qu'il n'y avait d'illusion ni dans le but cherché ni dans l'idée théorique qui a pu l'inspirer? Après cela, peut-être M. Beau croit-il qu'en augmentant la sensibilité d'un appareil on diminue l'exactitude de ses indications? Il croit peut-être que les thermomètres de M. Walferdin, rendus plus sensibles dans le but *précis* d'accuser directement des variations de température de 1 *centième* de degré, fournissent des renseignements moins exacts que les thermomètres primitifs, rudes et grossiers que l'on vend sur le Pont-Neuf. Je ne serais pas surpris qu'il accusât les galvanomètres, à 24,000 tours de fil, actuellement employés dans les recherches physiologiques, de créer de toutes pièces les courants électriques des muscles et des nerfs, parce que leur sensibilité a été augmentée dans un but *précis*, et que notre collègue et ami M. Regnauld en a modifié les électrodes dans le but *précis*, avoué et *inspiré par une idée théorique* de les mettre à l'abri des polarisations secondaires. M. Beau me dit dans un passage de sa réponse : « Je ferai remarquer à M. Gavarret que nous avons une « manière différente de procéder en fait de raisonnement. » Sa remarque était au moins inutile; je le savais depuis longtemps, et plus j'avance dans cette discussion, plus j'en demeure convaincu. C'est à vous, messieurs, de me dire si je dois m'affliger ou me réjouir de cette divergence dans notre manière de comprendre et de raisonner.

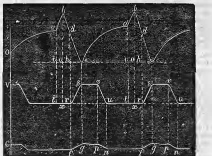
Quoi qu'il en soit, M. Beau considère comme illégitime et par conséquent comme dangereux tout perfectionnement obtenu dans un but *précis*; ce qui revient en définitive à condamner l'art expérimental à l'immobilité absolue; car enfin pour qu'un homme puisse avoir la pensée de modifier un appareil quelconque, ne serait-ce qu'un bistouri, il faut qu'il ait une raison déterminante, et cette raison ne peut être autre chose que l'espoir d'atteindre par cette modification un but déterminé. M. Beau oublie donc que si nos horloges marquent l'heure avec une si grande régularité, c'est parce qu'elles sont munies de pendules compensateurs, c'est-à-dire de pendules modifiés dans le but *précis*, avoué, *inspiré par la théorie* de les rendre indépendants de toute variation de température? Entre la pince à trois branches de M. Civiale et le percuteur de M. Heurteloup, que de modifications ont subies les instruments de lithotritie! Les rejetterez-vous toutes sans examen? nierez-vous le progrès parce que toutes ces modifications ont été tentées dans le but *précis* et avoué de remplir des indications nouvelles? Mais alors hâtez-vous de mettre l'autorité supérieure en demeure de fermer immédiatement les ateliers de MM. Charrière, Lüer et Mathieu; car on y travaille le jour et la nuit à modifier les appareils de chirurgie dans un but *précis* et avoué. Hâtez-vous, il y va de l'avenir de la chirurgie; la santé publique est en danger. Sérieusement parlant, M. Beau ne comprend-il donc pas que le premier cardiographe, comme tout appareil possible, a été imaginé dans un but *précis*, et que ce qui lui paraît licite pour l'invention l'est nécessairement aussi pour le perfectionnement de la chose inventée.

Maintenant que les opinions de notre honorable collègue en matière de perfectionnement nous sont enfin connues, nous nous garderons bien de revenir sur la discussion du second et du troisième tracé. A quoi bon? Notre adversaire ne manquerait certainement pas de nous dire : Ces tracés sont sans aucune valeur, puisqu'ils ont été fournis par des appareils modifiés dans un but *précis qui a été atteint*. Nous nous contenterons de dire que nous maintenons invariablement tout ce que nous avons dit de ces tracés dans la séance du 10 mai, parce que nos convictions n'ont nullement été ébranlées par les réponses que M. Beau a essayé de nous faire dans sa dernière communication, et nous passerons immédiatement au premier tracé. Tout incomplet qu'il est, ce tracé nous suffira amplement pour mettre en évidence le peu de solidité des théories physiologiques que nous combattons.

Ici encore vient se placer une inexactitude, suite inévitable de la manière un peu trop cavalière adoptée par M. Beau dans ses citations. « M. Gavarret, dit-il, arrive à la discussion du premier tracé et trouve « que je l'ai adopté parce qu'il confirme ma théorie. » Si telle avait été ma pensée, si en effet le premier tracé avait confirmé la théorie de M. Beau, je ne me serais pas contenté de trouver bon que notre honorable collègue l'eût adopté; mon rôle aurait changé dans cette discussion, et je serais monté à cette tribune pour défendre les théories que je combats. Aussi n'ai-je rien dit ni publié de semblable. J'ai dit ici et publié dans les journaux de médecine : « M. Beau est parvenu à trouver « une interprétation de ce tracé, qu'il se croit autorisé à considérer « comme la démonstration absolue, irréfutable de ses doctrines physio- « logiques. » La différence est *grosse et matérielle*, comme dirait M. Beau; il n'est pas besoin d'insister. Je ferai remarquer seulement que, si je ne recule jamais devant la responsabilité de mes paroles et de mes publications, je ne me sens nullement disposé à endosser les opinions que peut me prêter notre honorable collègue.

Vous vous rappelez peut-être, messieurs, que dans son interprétation du premier tracé, M. Beau a admis que la pression intraauriculaire éprouve une brusque diminution pendant la seconde moitié de la systole de l'oreillette. Dans sa première communication, il nous donna de cette assertion inattendue une explication, empruntée à l'hydrodynamique, qui causa dans cette enceinte une très-vive surprise. J'essayai de lui faire comprendre que cette explication était en contradiction flagrante avec les principes élémentaires de l'hydrodynamique. Je ne crois pas me tromper en ajoutant que ma démonstration fut acceptée comme complète par tout le monde. M. Beau n'en persiste pas moins dans son opinion première, et il se contente de me répondre : M. Gavarret soutient le contraire..., *c'est une dissidence à ajouter à toutes celles qui nous separent*. Je n'ai pas l'intention de porter atteinte à la liberté de discussion, chacun doit rester maître absolu du choix de ses arguments; mais il m'est impossible de ne pas regretter que notre honorable collègue ne nous ait pas dit plus catégoriquement s'il continue à admettre ou s'il abandonne sa fameuse théorie de l'invariabilité de la forme ovoïde de l'ondée sanguine. Il aurait été intéressant de savoir s'il pense encore que la force du retrait systolique de l'oreillette doit varier suivant les divers diamètres de l'ondée qui se présentent à l'orifice auriculo-ventriculaire.

Nous voici arrivés, messieurs, au point le plus important de cette discussion; permettez-moi de réclamer un instant toute votre attention. M. Beau a soutenu pendant trente ans que la diastole de l'oreillette ne commence qu'après la systole du ventricule. Or dans le premier tracé cardiographique (fig. 1), M. Beau, comme MM. Chauveau et Marey, fait



commencer la diastole de l'oreillette au point *e*. De plus, dans la ligne ventriculaire V, il admet que le mamelon *rsvu* représente ce qu'il appelle la diasto-systole du ventricule, et que la systole ne finit qu'au point *u*. Nous lui avons fait remarquer que le point *e* précède de beaucoup le point *u*, et que par conséquent il n'est pas autorisé à dire que la diastole auriculaire ne commence qu'après la systole ventriculaire. Notre honorable collègue reconnaît la vérité de la remarque, et il ajoute : « Par conséquent, j'adopte maintenant que la diastole auricu- « laire commence en même temps que la systole du ventricule, au lieu « de commencer après cette dernière. » Cette concession est précieuse, car tout simplement M. Beau se trouve réduit à admettre ce qu'il a tant combattu, c'est-à-dire un des principes fondamentaux de cette théorie orthodoxe qu'il poursuit depuis trente ans de ses sarcasmes. Mais cette concession ne nous suffit pas; pour faire coïncider le début de la diastole auriculaire avec le début de la systole ventriculaire, il faudrait que, dans son interprétation du premier tracé, M. Beau eût fait commencer la systole du ventricule au point *s*, et c'est ce qu'il n'est pas. Que dit-il, en effet, dans cette interprétation (p. 13 et 14) : « Le com- « mencement *rs* du mamelon dépend de la diastole ventriculaire...; « la pression de la boule ventriculaire est portée au *summum* dans le « point *s*......; l'état *diastolique complet* du ventricule se prolonge pen- « dant une durée mesurée par la ligne *sv*. » Vous l'entendez, c'est M. Beau qui le dit, et il connaît trop bien la signification des mots *diastolique* et *systolique* pour avoir fait confusion. Pour lui, la diastole du ventricule commence en *r* et ne finit qu'en *v*. C'est donc en *v* seu-

lement, et non en *s* qu'il fait commencer la systole du ventricule; et j'en trouve la preuve directe dans un autre passage de la même publication (p. 16 et 17) : « On voit, dit-il, que le commencement *f* du mamelon du choc répond parfaitement au commencement *r* du mamelon ventriculaire, et qu'il y a également coïncidence entre la fin *pn* « du mamelon du choc et la fin *vu* de mamelon ventriculaire, et que cette « fin des deux mamelons dépend du *retrait systolique qui arrive après « la diastole ventriculaire*... Ce point *p* répond juste au point *v* qui « *marque la systole* dans le mamelon ventriculaire. » Ainsi donc le fait est constant, dans l'interprétation du premier tracé telle que M. Beau l'a donnée *spontanément* et *avant toute objection*, la systole ventriculaire ne commence qu'au point *v*; dans tout l'intervalle *rsv*, le ventricule est en diastole. D'après cette interprétation, ce n'est donc pas au début de la systole du ventricule, mais en pleine diastole ventriculaire, comme nous l'avons établi dans la séance du 10 mai, que commence la diastole auriculaire. Je laisse à notre honorable collègue le soin de nous expliquer comment peut s'établir et se maintenir la régularité de la circulation intracardiaque avec cet empiétement singulier des deux diastoles.

Passons aux bruits du cœur. Dans la séance du 10 mai, j'ai prouvé à M. Beau que le synchronisme des deux bruits du cœur est la conséquence forcée, inévitable, de sa théorie des bruits cardiaques et de son interprétation du premier tracé. Dans sa dernière lecture, il a fait de vains efforts pour échapper à cet argument; il a même fait imprimer dans ce but un premier tracé original orné de trois signes musicaux, une *noire* pour chacun des deux bruits et un *soupir* pour le silence unique de sa théorie. Nous lui repondons à ce sujet : Cette figure ne représente pas exactement votre théorie des bruits cardiaques; les *noires* et le *soupir* n'y occupent pas les places réservées à ces deux bruits et au silence dans cette théorie que vous défendez depuis trente ans, et qui est là consignée dans votre *Traité d'auscultation*, et nous le prouvons. Nous lisons en effet dans le *Traité d'auscultation* (p. 227, 229, 230, 291, 294):

« Le deuxième bruit nous apprend que la dilatation auriculaire se fait « par l'introduction subite du sang veineux dans la cavité des oreillet« tes; enfin, pendant le silence, le sang veineux continue d'y couler « jusqu'à ce que leur réplétion soit complète... Les deux bruits sont égaux « (en durée), puisqu'ils répondent à des temps égaux. En conclurons« nous aussi que les dilatations ventriculaires et auriculaires auxquel« les ils se rattachent sont égales en durée? Non, car nous savons po« sitivement, par l'inspection du cœur de la grenouille, que l'une est « beaucoup plus longue que l'autre. Nous en conclurons seulement que « le choc du sang contre les parois des deux cavités, dans le moment « où elles sont comme surprises par son arrivée subite, a une durée « égale dans l'une et dans l'autre... Le deuxième bruit n'est marqué « que par l'arrivée du sang veineux. Enfin, pendant le troisième temps, « qui est silencieux, l'oreillette continue de se remplir... Si le choc du « sang lancé par l'élasticité des troncs veineux contre les parois de l'o« reillette fait un bruit, l'ondée lancée par la contraction de l'oreillette « contre les parois ventriculaires doit en produire un à plus forte rai« son... Le premier bruit s'entend le mieux sur la pointe du cœur, c'est« à-dire dans l'endroit où le choc de l'ondée lancée par l'oreillette s'ef« fectue avec le plus d'intensité... Les bruits normaux, qui donnent à « l'oreille la sensation d'un choc simple, sont pourtant le résultat d'un « choc double... Les bruits normaux résultent de l'impulsion brusque « de l'ondée dans les cavités du cœur. »

Ainsi, le fait est établi; pour M. Beau, les expressions de bruit du cœur et de choc brusque de l'ondée sanguine contre les parois cardiaques sont synonymes; ces chocs n'ont lieu qu'au moment de l'irruption soudaine de l'ondée dans les cavités cardiaques, et, par conséquent, au début des diastoles. C'est pour obtenir ces chocs qu'il a imaginé de faire arriver le sang par irruptions brusques et violentes. Après cette irruption, il n'y a plus lieu à production de bruit ou de choc; *le reste de la diastole s'opère silencieusement*, il nous le dit lui-même. C'est donc bien réellement en *r*, comme il l'a soutenu pendant trente ans, comme nous l'avons dit dans la séance du 10 mai, et non en *s*, comme il le dit maintenant et comme il nous le fait dire à faux, que sa théorie des chocs et des irruptions brusques place le siége du premier bruit. C'est également en *e* que sa théorie place fatalement le second bruit, car ce point *e* indique bien le début de la diastole de l'oreillette, c'est-à-dire le moment où l'ondée sanguine, lancée d'après lui par l'élasticité des veines, vient choquer la paroi antérieure de l'oreillette. Or le point *r* et le point *e* sont tous les deux antérieurs à la systole ventriculaire qui ne commence qu'en *v*. Nous avons donc le droit de dire, comme dans la séance du 10 mai : Le second bruit se trouve ainsi placé entre le premier bruit et le pouls; mais le premier bruit coïncide avec le pouls, donc, *à fortiori*, les deux bruits du cœur doivent coïncider. Voilà où nous conduit fatalement la combinaison de la théorie des bruits cardiaques et de l'interprétation du premier tracé, telles que M. Beau les a spontanément publiées; les deux bruits du cœur se produisent dans un même instant indivisible, se superposent, et l'oreille appliquée sur la poitrine doit les entendre en même temps.

Pour échapper à cette fatale conclusion, M. Beau a imaginé, dans sa seconde lecture, de déplacer les deux bruits et de les transporter à la fin des diastoles. Mais il devrait comprendre qu'à la fin des diastoles, quand les cavités cardiaques sont gorgées de sang, il ne saurait plus y avoir place ni pour un choc ni pour un bruit quelconque; il a donc oublié qu'il a dit lui-même, dans son *Traité d'auscultation*, qu'*après le choc produit par l'irruption subite de l'ondée, la diastole s'achève silencieusement*.

Donc en résumé : 1° d'après son interprétation du premier tracé, M. Beau se trouve forcé d'admettre que le début de la diastole auriculaire ne coïncide ni avec la *fin* de la systole ventriculaire comme *le veut sa théorie*, ni avec le *commencement* de la systole ventriculaire comme il *l'adopte maintenant* et comme le veut la théorie orthodoxe, mais qu'il *se produit en pleine diastole ventriculaire*.

2° De la combinaison de la véritable théorie de M. Beau, et de l'interprétation de son premier tracé, il résulte incontestablement que les *deux bruits du cœur se superposent et arrivent en même temps à l'oreille de l'observateur*.

Je m'en rapporte avec confiance au jugement de l'Académie et de M. Beau lui-même pour savoir ce qu'il faut penser de doctrines et d'interprétations qui aboutissent forcément à de telles conclusions.

Et maintenant, messieurs, je vous le demande, dans sa seconde lecture M. Beau était-il autorisé à m'edresser les aménités suivantes :

« En vérité l'erreur d'interprétation que M. Gavarret a commise en « cela est si grosse, si matérielle, que si je ne respectais pas, quoi qu'on « en dise, les intentions de mes adversaires, je me laisserais aller à « croire que M. Gavarret a inventé cette absurdité pour avoir plus de « facilité à la renverser. Mais il est plus convenable et aussi plus vrai « de dire que M. Gavarret *ne connaît peut-être pas assez* les choses « dont il parle avec tant d'intrépidité et tant d'éloquence. » L'erreur d'interprétation que M. Beau me reproche mérite explication. Il me dit qu'en plaçant le deuxième bruit au point *e*, je l'ai placé dans l'*intervalle* qui sépare la systole de l'oreillette de la diastole. Mais il devrait voir lui-même que, dans son interprétation, cet *intervalle* n'existe pas, puisque, comme il le répète sans cesse avec complaisance, la *diastole succède sans interruption à la systole*. Le point *e* appartient à la fois à la systole qui finit et à la diastole qui commence; ce point *e* est un point de rebroussement de la courbe auriculaire, ce point *e* indique donc le moment précis où l'ondée, chassée, suivant M. Beau, par l'élasticité des veines, vient surprendre et choquer les parois de l'oreillette; ce point *e* coïncide donc réellement avec ce choc, qui, dans sa théorie, est la véritable et seule cause du deuxième bruit. A l'Académie appartient le droit de me dire si j'ai eu le malheur de lui parler avec intrépidité de choses qui ne me sont pas *suffisamment connues*; je me soumets à son jugement en toute confiance. M. Beau conviendra du moins que, quand je suis venu démontrer l'inanité de ses doctrines physiologiques, j'avais eu le soin de m'éclairer par la lecture attentive et consciencieuse de ses publications.

Dans sa dernière lecture, M. Beau nous a dit : « Je ne suis pas allé de ma théorie à ces faits, mais de ces faits à la théorie. » C'est une thèse qu'il affectionne particulièrement, et sur laquelle il revient avec complaisance, conseillant à ses adversaires de suivre son exemple. Voyons donc si, en réalité, « il veut d'abord la constatation du fait avant de « chercher à le comprendre et à l'expliquer..., s'il admet seulement ce qu'il voit ou croit voir; » voyons enfin si, dans ses théories physiologiques, il s'est conformé aussi strictement qu'il le dit aux principes fondamentaux de la méthode expérimentale. Je ne veux pas ici ergoter sur une chose minime, sur un détail insignifiant; entrons de plain pied dans le cœur de la théorie. Pour M. Beau, il n'entre de sang dans le ventricule que par et pendant la systole auriculaire, et, pendant cette systole, toute communication est interrompue entre la cavité de l'oreillette et les veines qui s'y rendent. C'est donc un dogme fondamental de la théorie de M. Beau, que la capacité de l'oreillette est *au moins égale* à celle du ventricule correspondant, puisque le sang qui remplit l'oreillette suffit pour remplir le ventricule et le porter à son *maximum* de distension. L'égalité de capacité de l'oreillette et du ventricule correspondant est une question de fait qui vaut la peine d'être vérifiée. M. Beau s'est-il un instant préoccupé de cette importante constatation ? Nullement. Cette égalité de capacité était nécessaire à sa théorie; avec cette intrépidité que rien n'arrête, il l'a affirmée dans son *Traité d'auscultation*, p. 233 : « Or on sait, dit-il, que sa capacité (celle du ventricule) n'est pas plus « grande que celle de l'oreillette. » Les scrupules qui ne sont pas venus à M. Beau, d'autres les ont eus et les ont même hautement proclamés il y a plusieurs années à la Société biologique. Notre honorable collègue ne s'en est pas ému, car, dans sa réponse à M. Bouillaud, il est revenu sur ce sujet et s'est exprimé ainsi avec non moins d'assurance : « Et d'abord, cet état toujours plein de l'oreillette est une chose impos« sible; car le ventricule, qui *a la même capacité* que l'oreillette, etc. » Cette intrépidité dans l'affirmation ne nous étonne pas; le salut de sa théorie passe avant tout, même avant les faits, pour lesquels il professe pourtant dans ses écrits, sinon dans la pratique, un si grand respect.

Je suis heureux d'annoncer à M. Beau que cette vérification qu'il aurait dû tenter a enfin été faite par M. Hiffelsheim, son ancien contradicteur de la Société biologique, et notre savant collègue M. Robin. Avec leur autorisation, je cite ici textuellement la conclusion de leur travail : « Aucun auteur, disent-ils, n'avait, jusqu'à nos essais ci-dessus, comparé « les capacités auriculaires aux ventriculaires correspondantes, fait qui

« pourtant constitue le point essentiel de ces comparaisons. En somme, « partout chez l'adulte, le cœur droit a plus de capacité que le gauche, « et dans chaque cœur le ventricule en a plus que l'oreillette corres- « pondante. » Pour ne pas fatiguer l'Académie par un étalage inutile de chiffres, nous nous contenterons d'ajouter que, chez le lapin comme chez l'homme, la capacité de l'oreillette droite n'est, en nombres ronds, que les *deux tiers* de la capacité du ventricule droit. Laissons à M. Beau le soin de nous expliquer comment, avec les 128 centimètres cubes de sang que contient l'oreillette droite distendue, il peut remplir et distendre le ventricule droit, dont la capacité est de 181 centimètres cubes. La chose lui sera peut-être difficile. Mais pourquoi n'a-t-il pas pris la peine de vérifier avant d'affirmer? Il doit comprendre maintenant combien il se serait épargné d'erreurs et de dépense inutile d'efforts, de travaux et d'intelligence par cette seule et simple vérification. S'il avait mis en pratique les conseils qu'il aime à donner aux autres, il n'aurait pas fondé ses théories sur des hypothèses qui s'écroulent au premier souffle.

M. Beau se fera peut-être une arme de nos paroles; nous n'en dirons pas moins avec M. Marey et sans faire violence à notre conscience : Cette théorie que nous combattons est simple et logiquement déduite. Puisque M. Beau n'a pas voulu comprendre le véritable sens de cette phrase polie, mais fort transparente, sous laquelle un élève a cru devoir voiler une critique amère des doctrines d'un ancien maître, nous allons la compléter; nous en avons acquis le droit. Oui, cette théorie est logiquement déduite, mais elle est déduite de prémisses fausses, de pures hypothèses en contradiction avec les faits les mieux établis. Les trois principes fondamentaux de cette théorie sont, en effet : l'occlusion complète des veines pendant la systole auriculaire; l'occlusion complète de l'orifice auriculo-ventriculaire pendant la diastole auriculaire; l'égalité de capacité des cavités auriculaire et ventriculaire correspondantes. Or, nous l'avons démontré, ces trois prétendus principes sont des hypothèses gratuites et sans fondement. Y a-t-il lieu de s'étonner maintenant si plus M. Beau s'est montré serré et rigoureux dans ses raisonnements, plus ses conclusions se sont fatalement trouvées entachées d'erreur?

Cependant notre honorable collègue est de bonne foi; vous avez, comme moi, admiré la vigueur, le talent et la conviction profonde avec lesquels il a défendu ses doctrines. Comment un esprit si distingué a-t-il pu être ainsi et si loin entraîné sur cette pente glissante de l'erreur? Il suffit de lire attentivement ses publications et ses travaux pour s'en rendre compte. M. Beau a beaucoup cherché, beaucoup vu, beaucoup travaillé; mais c'est surtout sur les animaux inférieurs (grenouille, tortue, anguille) qu'ont porté ses expériences et ses vivisections. Chez les grenouilles, il a revu tout ce que longtemps avant lui Harvey et Haller avaient si bien constaté. Il a montré de plus que, chez les anguilles et chez les tortues, les choses se passent comme chez les batraciens. Mais, cédant à un entraînement que n'avaient pas subi ses deux illustres prédécesseurs, il a, sans examen assez approfondi, conclu de la grenouille au mammifère, il a déduit des résultats de ses expériences sur les batraciens sa théorie de la circulation intracardiaque de l'homme. Je suis de ceux qui pensent que la physiologie de l'homme peut, en beaucoup de circonstances, être éclairée par les expériences faites sur des animaux inférieurs, mais à la condition de ne jamais comparer que des phénomènes accomplis dans des circonstances semblables. Or le mode de fonctionnement de tout organe est réglé par des conditions, les unes intrinsèques, les autres extrinsèques, qui dépendent, les premières de la composition de l'organe lui-même, les secondes de ses rapports avec les organes voisins et du milieu ambiant.

Ainsi, prenons un exemple bien connu. Comme l'homme, la grenouille a un poumon communiquant par une trachée-artère avec l'air extérieur. Chez la grenouille, comme chez l'homme, l'air entre dans le poumon riche en oxygène, et en sort riche en acide carbonique; le sang entre veineux dans les capillaires pulmonaires, et en sort artériel. Tant qu'il ne s'agit que des phénomènes physico-chimiques de la respiration, le physiologiste conclut logiquement de la grenouille à l'homme, les conditions intrinsèques sont comparables. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit des phénomènes mécaniques, qui dépendent surtout des conditions extrinsèques très-différentes créées par la conformation des parois thoraciques. La grenouille déglutit l'air; chez l'homme, le thorax fait fonction de soufflet, et l'air pénètre dans la cavité pulmonaire par un simple mouvement d'aspiration.

Ce que nous venons de dire de la respiration s'applique rigoureusement à la circulation intracardiaque. Chez la grenouille, comme chez l'homme, la diastole auriculaire commence avant la diastole ventriculaire, et la systole de l'oreillette précède la systole du ventricule; ces phénomènes sont subordonnés à des conditions intrinsèques de composition du cœur assez semblables pour que la conclusion de l'animal inférieur à l'homme lui-même soit logique; mais là s'arrête toute comparaison légitime. Pour pénétrer plus avant dans le mécanisme intime de la circulation intracardiaque, il faut nécessairement tenir compte de l'intervention des conditions extrinsèques. Et qui ne serait pas frappé de l'énorme différence de ces conditions extrinsèques!

Chez la grenouille, la circulation tout entière s'accomplit dans un plan horizontal; il n'y a pas de colonne sanguine pressant de tout son poids sur les orifices cardiaques des veines et des artères; le ventricule n'a pas de colonne sanguine à soulever, et n'a à vaincre que la faible résistance des capillaires; les veines caves jouissent d'une contractilité extrêmement remarquable. Aussi le sang, en passant des veines dans les oreillettes, des oreillettes dans le ventricule, et du ventricule dans les artères, obéit à un véritable mouvement péristaltique que Harvey a très-heureusement comparé au cheminement du bol alimentaire dans l'œsophage. En raison de toutes ces circonstances, on peut voir, chez ces animaux, l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire persister pendant la diastole des oreillettes, et les veines rester fermées pendant la systole auriculaire.

Chez l'homme, au contraire, le sang veineux presse sur l'orifice de la veine cave supérieure de toute la hauteur de la colonne sanguine comprise entre l'embouchure de cette veine et les sinus de la dure-mère, et tend à retomber par son propre poids dans l'oreillette; la contractilité des veines caves est rudimentaire, presque négligeable, et les mouvements d'aspiration des parois thoraciques facilitent l'afflux du sang veineux vers l'oreillette. Il résulte de ces circonstances que jamais la communication ne peut être interceptée entre la cavité auriculaire et les veines qui s'y rendent, et que l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire cesse nécessairement avec la systole du ventricule. D'un autre côté, le ventricule, qui a à soulever des colonnes sanguines considérables pour faire passer le sang dans les artères, et à vaincre la résistance des capillaires, prend nécessairement une prédominance d'action énorme sur l'oreillette, qui n'a d'autre fonction que de compléter la diastole ventriculaire.

C'est pour n'avoir pas tenu compte de ces différences que M. Beau a commis la faute capitale de se croire autorisé à déduire une théorie de la circulation intracardiaque de l'homme de ses expériences sur les animaux inférieurs. C'est parce que jusqu'ici il n'a pas compris l'importance de l'influence des conditions ambiantes sur le mécanisme intime du passage du sang à travers les cavités cardiaques, que, de très-bonne foi, il a dépensé tant de talent et d'énergie à défendre des doctrines physiologiques basées sur de pures hypothèses.

Messieurs, il en est des assises de l'intelligence comme des assises judiciaires. Il arrive un moment où tout a été dit de part et d'autre, où toutes les pièces du procès sont entre les mains des juges. Cette discussion ne pourrait être continuée avec fruit qu'à la condition d'être portée sur le terrain pathologique; nous devons laisser à des voix plus autorisées que la nôtre la mission d'envisager la question de ce point de vue. Notre tâche est achevée, nous quittons aujourd'hui, pour n'y plus rentrer, ces débats que nous n'avons pas provoqués. A vous, messieurs, de nous dire, dans votre conscience et dans votre impartialité, laquelle des deux théories en présence est frappée..., frappée à mort.

M. Barth est inscrit pour la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. De la situation de l'S iliaque chez le nouveau-né, dans ses rapports avec l'établissement d'un anus artificiel; thèse pour le doctorat en médecine présentée et soutenue le 18 août 1863, par Arthur Bourcart. — Paris, A. Parent, imprimeur de la Faculté.

II. Des soins consécutifs à la trachéotomie; par le docteur P. Fischer, ancien interne de l'hôpital des Enfants. — Paris, A. Delahaye, libraire-éditeur, 1863.

III. Recherches sur le traitement de l'étranglement herniaire et en particulier sur le taxis progressif; par le docteur H. Tirman, interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. — Paris, A. Delahaye, libraire-éditeur, 1863.

S'il importe d'une manière essentielle à l'anatomiste et au chirurgien de connaître avec précision la position absolue, la direction et les rapports des diverses parties de l'organisation humaine, il n'est pas moins utile à la médecine opératoire d'être renseignée d'une manière exacte sur les diverses anomalies qui peuvent se produire à ces divers points de vue.

Dans les atrésies congénitales de l'extrémité inférieure du tube digestif, tous les chirurgiens qui voulaient, d'après la méthode de Littre, établir un anus artificiel sur l'S iliaque du colon, pratiquaient l'incision abdominale sur les parois du côté gauche, lorsque M. Huguier vint soutenir à l'Académie de médecine que pour trouver l'S iliaque chez le nouveau-né, ce n'était point à gauche, mais bien à droite, qu'il fallait la chercher. M. Huguier appuyait son opinion sur la situation de l'S iliaque, « qui, disait-il, est très-longue chez le fœtus et chez l'enfant nouveau-né, et se dirige transversalement dans la fosse iliaque droite, pour de là se replier de nouveau et plonger de droite à gauche dans l'excavation pelvienne. » Une autopsie pratiquée sous les yeux mêmes de l'Académie vint sanctionner de tous points l'assertion de M. Huguier.

Toutefois, cette proposition souleva de vives réclamations à l'Aca-

démie de médecine aussi bien qu'à la Société de chirurgie. M. Giraldès, entre autres, cita 114 autopsies faites par lui et dans lesquelles il avait trouvé vingt-quatre fois seulement la disposition transversale de l'S iliaque; 20 autopsies faites par Curling, dans lesquelles l'S iliaque n'existait que deux fois à droite; enfin, 11 autopsies d'enfants imperforés dans lesquels l'S iliaque occupait toujours la fosse iliaque gauche.

Tel était l'état de cette importante question lorsque M. Bourcart se proposa d'en appeler à de nouvelles recherches pour l'élucidation des points litigieux. Comme la proposition de M. Huguier comprenait deux parties distinctes, l'une, anatomique, relative à la direction transversale de l'S iliaque chez le nouveau-né, et l'autre, essentiellement chirurgicale, ayant trait au siége de l'opération chez le nouveau-né, M. Bourcart a également scindé son œuvre en deux parties spéciales : dans la première, il a cherché à bien préciser la situation normale de l'S iliaque chez l'enfant nouveau-né, ainsi que les principales variétés qu'elle présente; dans la seconde, il a rendu compte d'une série d'expériences destinées à comparer entre eux les résultats du procédé de M. Huguier et du procédé classique.

Mais, d'abord, signalons que l'œuvre de notre jeune confrère repose sur 150 autopsies pratiquées par lui à l'hôpital des Enfants-Trouvés sur des enfants âgés de quelques jours au plus.

Après avoir minutieusement décrit les diverses précautions prises dans l'ouverture cadavérique pour ne pas déplacer les diverses circonvolutions intestinales, l'auteur établit que, d'une manière générale, le colon descendant est fixé contre les parois postérieures de l'abdomen par un feuillet du péritoine qui passe au devant de lui et qui recouvre une portion plus ou moins grande de sa surface. Les limites entre le colon descendant et l'S iliaque sont uniquement établies par sa situation et par le méso-colon iliaque, ou, si l'on veut, par le changement de direction du gros intestin qui semble se détacher des parois abdominales postérieures au niveau de la crête iliaque. La fixité du rectum au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche établit la limite inférieure de l'S iliaque qui décrit ainsi, entre ces deux points fixes, un trajet plus ou moins flexueux comprenant généralement trois anses, et quelquefois deux seulement. Presque toujours l'une de ces trois anses est de beaucoup plus étendue que les deux autres, qui sembleot ne servir qu'à relier ses deux extrémités aux deux points fixes de l'S iliaque.

Ce point de départ établi, et afin d'éviter tout malentendu, M. Bourcart a pris pour règle de considérer comme une *position ascendante* toute variété quelconque dont aucune anse n'occupe l'excavation pelvienne ni la fosse iliaque droite; comme appartenant à la *position transversale*, toute variété dans laquelle une portion plus ou moins considérable de l'S iliaque est située à droite de la ligne médiane, audessus du détroit supérieur, et dirigée transversalement vers la fosse iliaque droite; enfin, comme appartenant à la *position descendante*, toute variété dans laquelle une portion de l'S iliaque, autre que la portion terminale, est contenue dans l'excavation pelvienne.

Or des recherches de cet intelligent investigateur, il résulte que la *position ascendante* se rencontre le plus fréquemment (111 fois sur 150), et présente ordinairement trois anses, dont la plus grande occupe toute la partie moyenne. Dans cette position, l'S iliaque vient d'abord obliquement en bas et en avant, de manière à se mettre en rapport direct avec les parois abdominales antérieures, au niveau et un peu au-dessus de l'arcade fémorale dans son tiers externe; elle se replie ensuite et devient ascendante, soit qu'elle reste en rapport avec les parois abdominales antérieures et remonte plus ou moins en haut en les suivant, soit qu'elle les abandonne pour remonter en se dirigeant un peu en arrière, en dehors ou en dedans. Enfin, arrivée au point le plus élevé de son trajet, elle se replie et descend dans l'excavation pelvienne en suivant des directions très-variables, et se termine enfin par la troisième anse qui vient elle-même se terminer dans le rectum un peu au-dessous de l'angle sacro-vertébral et à gauche. Ajoutons que, dans les diverses variétés que présente la disposition de l'S iliaque dans cette position ascendante, il est digne de remarque que, constamment l'extrémité inférieure de la première anse est en rapport immédiat avec les parois abdominales au niveau et un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, là précisément où se fait l'incision dans l'opération de Littre.

La *position transversale*, que M. Bourcart a rencontrée 33 fois sur 150, présente deux variétés principales. La première, qui a été trouvée 29 fois, ne diffère de la position ascendante que par la situation de l'anse principale qui, inclinée à droite, devient transversale et vient occuper, par sa partie moyenne, la fosse iliaque droite. Dans ces cas, les rapports de l'S iliaque avec le cœcum sont immédiats, et ce dernier peut-être refoulé, soit en avant, soit en haut, soit en arrière; la partie moyenne de l'anse transversale est en rapport avec la fossette inguinale droite, dont elle est séparée par le cœcum dans les cas où cet intestin a été refoulé en avant.

Dans la seconde variété de position transversale, qui n'a été observée que quatre fois, l'S iliaque se dirige dès son origine, transversalement vers la partie antérieure de la fosse iliaque droite, se replie ensuite de nouveau et plonge dans l'excavation pelvienne, au niveau et à gauche de l'angle sacro-vertébral. Il n'existe ici que deux anses, dont la première, très-étendue, occupe la fosse iliaque droite, et la seconde, plus petite, le côté gauche de l'angle sacro-vertébral, immédiatement au-dessus de l'origine du rectum. Dans cette variété, l'S iliaque n'arrive plus au contact des parois abdominales antérieures, avec lesquelles ses rapports sont immédiats dans une plus ou moins grande partie de son trajet dans la fosse iliaque droite, suivant que le cœcum se trouve en avant, au-dessus ou en arrière de la partie moyenne de son anse transversale.

Dans la *position descendante*, qui n'a été rencontrée que 6 fois sur 150, la grande anse est située dans l'excavation pelvienne, entre le rectum et la vessie, et sur les parties latérales gauches chez le petit garçon, et chez la petite fille à gauche du rectum et en arrière du ligament large. Ici encore, comme dans la position transversale, il existe deux variétés principales.

En rapprochant les résultats de ces consciencieuses recherches des chiffres indiqués par M. Giraldès, M. Bourcart arrive à la conclusion que, sur un total de 295 autopsies, l'S iliaque n'a été trouvée à droite que 59 fois, c'est-à-dire 1 fois sur 5.

Mais dans les 33 cas de position transversale observés par l'auteur, 24 fois seulement (c'est-à-dire 1 fois sur 6) l'intestin s'est trouvé en rapport direct avec les parois abdominales au niveau de la fossette inguinale droite; tandis que dans les 9 autres cas, le cœcum était situé en avant de l'S iliaque et la séparait des parois abdominales antérieures.

D'un autre côté, dans les 111 positions ascendantes, dans 29 cas de la première variété transversale, ainsi que dans les 4 cas de la première variété descendante, c'est-à-dire 144 fois sur 150, la première portion de l'S iliaque se trouvait en rapport immédiat avec les parois abdominales antérieures au point précis où se fait l'incision dans l'opération de Littre par le procédé classique.

Enfin, 6 fois seulement sur 150, l'S iliaque n'était pas en rapport direct avec les parois abdominales gauches. Mais, même dans ces cas exceptionnels, alors qu'aucune partie de cet intestin ne serait en rapport avec les parois abdominales antérieures (1 fois sur 25); c'est encore à gauche et immédiatement au-dessous de son origine qu'il s'en rapproche le plus.

Dans la seconde partie de son œuvre, l'auteur nous annonce qu'il a exécuté avec le plus grand soin, sur 16 cadavres d'enfants nouveau-nés ou âgés de quelques jours au plus, l'opération de l'anus artificiel par la méthode indiquée par Littre. Après avoir fait l'opération à droite et à gauche, il a vérifié par l'autopsie les résultats obtenus par ces deux procédés, et c'est en comparant entre eux ces résultats qu'il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° En opérant à gauche, on trouve l'S iliaque immédiatement au niveau de la plaie (14 fois sur 16); en dehors, en arrière et en haut, mais à une faible distance de la plaie, dont elle n'est séparée que par l'intestin grêle (2 fois sur 16).

2° En opérant à droite, on ne rencontre l'S iliaque qu'exceptionnellement (4 fois sur 16), tandis que c'est le cœcum qui se présente généralement de ce côté (12 fois sur 16).

La conclusion finale qui se déduit de ces recherches, c'est que pour pratiquer un anus artificiel chez le nouveau-né par la méthode de Littre, il faut faire l'incision à gauche, au-dessus de l'arcade fémorale, dans sa partie externe, et la prolonger un peu au delà du niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Six planches, représentant les principales variétés des diverses positions de l'S iliaque, enrichissent cette intéressante thèse, dont nous ne saurions trop louer l'esprit, la méthode et les résultats pratiques qui viennent sanctionner de tous points les recherches de M. Giraldès.

SISTACH.

(La fin au prochain numéro.)

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : THÉORIE DU CŒUR. — MM. BEAU ET GAVARRET.

La précision et la clarté avec lesquelles les deux principaux champions de la discussion ouverte à l'Académie ont résumé les points qui les divisent, permet au moins d'apprécier la valeur des arguments de chacun. MM. Beau et Gavarret — on leur doit cette justice — combattent en face l'un de l'autre, et n'offrent pas, comme cela se voit souvent, l'image de deux adversaires qui passent et repassent à côté l'un de l'autre sans se rencontrer jamais. M. Gavarret a eu surtout le mérite de nettement circonscrire les difficultés pendantes, et il a mis son contradicteur dans la nécessité de donner le dernier mot de sa théorie. Les deux argumentations de M. Gavarret ont encore eu un autre mérite : remarquables entre toutes par l'ordre et la méthode, elles se distinguent surtout par une connaissance approfondie des éléments mécaniques de la question. Cependant, ce tribut de justice et de haute considération payé aux deux principaux champions, nous nous permettrons de leur soumettre à l'un et à l'autre quelques observations qui justifieront les réserves que nous avons faites précédemment. Mais avant d'aborder les points qui divisent nos deux collègues, qu'on nous permette quelques remarques générales sur la véritable origine de leurs dissidences.

Quoi de plus remarquable, en effet, que ce désaccord profond sur des circonstances absolument matérielles, telles que celles qui servent de but et de motif à la discussion? Il s'agit de constater si les oreillettes se vident et se ferment tour à tour, si leurs orifices sont pourvus de sphincters ou de valvules, si les ventricules sont relâchés et passivement relâchés pendant la contraction des oreillettes, et *vice versâ*; et ces circonstances, qu'on croirait du domaine de l'observation pure, que la vue, le toucher et l'ouïe devraient mettre à l'abri de toute contradiction, restent néanmoins dans l'obscurité la plus complète. Pourquoi cela? pourquoi : parce que, ainsi que nous l'avons dit, il manque à ces constatations l'idée vraie qui les dirige, l'idée qui leur montre la véritable constitution et l'exacte signification des phénomènes. En exprimant l'autre jour cette opinion en présence d'un de nos savants et jeunes collègues, nous maintenions que l'observation empirique des faits, c'est-à-dire la constatation par les yeux, n'en perçoit que les apparences. Cela ne veut pas dire qu'il faille avoir, avant de les regarder, une idée préconçue, une théorie toute faite des phénomènes. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent et doivent se passer : quand l'idée vient au secours de l'observation, elle vient par et pendant l'observation; mais si elle ne vient pas, si ce trait de lumière ne jaillit pas, les yeux restent à la surface du fait, ils n'en donnent qu'une image extérieure confuse et incomplète. S'il suffisait de regarder, de toucher, de mesurer, de peser avec la plus grande patience et la plus grande attention, tout le monde verrait ce qui se passe dans les mouvements du cœur, et tout le monde serait d'accord sur les circonstances matérielles et sur la véritable signification de son mécanisme. Mais il a manqué à ceux qui ont regardé ou touché, l'étincelle qui leur fît voir et comprendre ce qu'ils ont examiné et touché. Regarder les choses et les regarder attentivement et longtemps est assurément une bonne condition pour les mieux comprendre, mais cette condition n'entraîne pas plus la nécessité de fournir des idées à ceux qui n'en ont pas, qu'elle n'est absolument indispensable à ceux qui en ont. Cette explication doit satisfaire une fois pour toutes ceux qui se font, avec le plus louable désintéressement, les défenseurs de l'observation sans idée contre ceux qu'ils gratifient de l'idée sans observation.

Dans l'espèce, nous avons dit et nous maintenons que les explications données sur le mécanisme et les mouvements du cœur ne nous paraissent pas le dernier mot de la science. M. Gavarret a incontestablement fait bonne justice de la suprématie des oreillettes sur les ventricules; mais M. Beau n'en a pas moins montré l'insuffisance de leur passivité, alléguée par M. Gavarret; et ainsi des détails de chaque théorie. Comment comprendre, avec M. Gavarret, par exemple, que le sang passe des oreillettes dans les ventricules par le seul fait de sa pesanteur, principalement pour le sang des veines alimentées par les parties supérieures du corps? Dans la station verticale, il est de fait que la colonne du sang des sinus et des jugulaires peut favoriser son entrée dans l'oreillette, et son passage de l'oreillette dans le ventricule; mais l'homme n'est pas toujours debout; il y a bien des animaux qui ne le sont jamais, et la circulation veineuse n'en est pas entravée pour cela. Il y a donc et il doit y avoir un autre mécanisme pour expliquer les mouvements et les bruits du cœur que le mécanisme fourni jusqu'ici par la vue et le toucher des organes. Ce mécanisme, nous l'avons dit, doit s'inspirer inductivement des faits fournis par l'embryogénie, par la physiologie comparée, par la physiologie expérimentale, et nous ajouterons par la physiologie pathologique. Jusqu'ici on s'en est tenu à l'observation anatomique, précise, directe; la discussion, qui continue, promet beaucoup de l'observation pathologique : attendons ses révélations.

Mais il existe dans la science quelques aperçus, si ce n'est même quelques idées autres que celles qui ont été invoquées pour les théories en présence; et ces aperçus, ces idées, ont été suggérés par des faits que la discussion actuelle a laissés complétement dans l'oubli. Voici quelques-uns de ces faits.

Le plus saillant est celui-ci : Dans les théories actuelles, comment se rend-on compte de la vacuité presque complète du système artériel, après la mort, coïncidant avec la réplétion du système veineux? Comment le ventricule gauche peut-il, en se contractant, faire passer le sang dans les capillaires, et de ceux-ci dans les veines, sans l'intermédiaire de la colonne artérielle absente?

Comment s'explique-t-on, toujours par les mêmes théories, la continuation du cours du sang dans les artères au-dessous des ligatures, et dans les capillaires après l'enlèvement du cœur? Comment s'explique-t-on le commencement de la circulation chez l'embryon dans la théorie si vraie du développement centripète des organes en général et du système circulatoire en particulier?

Comment se rend-on compte du mouvement du sang dans les vaisseaux des animaux dépourvus de cœur, les annélides et les insectes par exemple?

Comment comprend-on que le cœur détaché de ses vaisseaux con-

FEUILLETON.

UNE TOURNÉE MÉDICALE AU SALON.

III.

SCULPTURE ET PEINTURE.

Les honneurs de la sculpture sont, à ce salon de 1864, pour la médecine vétérinaire. Deux compositions de bas-relief commandées à M. Thabar par le ministre des beaux-arts, et destinées à l'école vétérinaire de Toulouse, nous offrent, selon le livret, *une leçon d'anatomie* et *une leçon de clinique*. Dans la première le professeur, debout, entouré de cinq ou six assistants, paraît faire une démonstration anatomique sur un squelette de cheval; dans la seconde le même professeur, avec le même auditoire, prend dans un coffret porté par un élève un couteau pour opérer le pied d'un cheval qu'un aide relève comme pour la ferrure. Tous ces personnages, maîtres, disciples, aides et garçons de service, magnifiquement drapés à l'antique, ont l'amplitude de geste et la solennité de pose d'Oreste ou d'Agamemnon. Même dans cette région de l'idéal et du symbolisme où s'est placé l'artiste, ce déploiement de style épique ou tragique semble ici un peu excessif; et le sujet aurait pu très-bien, sans rien perdre de son caractère de généralité idéale, être traité d'une manière plus familière.

La Statuaire est à peu près réduite à la représentation d'une figure isolée. Cette figure, par son isolement même, n'ayant aucun motif d'action, de geste, de mouvement déterminés, et, par conséquent, dénuée de tout intérêt dramatique, ne peut guère exprimer autre chose que ce qui est immédiatement donné dans la forme et par la forme. De là, pour cet art, la presque nécessité du Nu, puisque c'est la forme même, avec ses caractères intrinsèques propres, qui est l'objet direct de la représentation. Aussi ne faut-il pas s'étonner que les figures nues soient toujours en très-grande proportion dans la production sculpturale; et, encore moins, que, parmi ces figures, celles de femmes prédominent, car entre tous les êtres de la nature, c'est éminemment dans le corps de la femme que se révèle cette mystérieuse essence, principe et fin de l'art, la Beauté. Or le Nu féminin ou masculin est de notre gibier, quoique à un autre titre que la convenance esthétique. Il nous appartient, *stricto jure*, comme anatomistes, anthropologistes, physiologistes et pathologistes. Nous n'userons cependant de ce droit scientifique que sous les réserves, avec les restrictions et limitations précédemment énumérées, qui le réduisent, si l'on s'en souvient, du moins en pratique, à un Minimum voisin de zéro.

Que ce soit là l'excuse de ce feuilleton pour la brièveté et l'insigni-

tinue à se mouvoir, c'est-à-dire à se contracter et à se dilater alternativement, nous disons se *dilater*, et non pas seulement se relâcher, comme le professent MM. Bean et Gavarret? C'est que dans ce dernier cas, comme dans ceux précédemment cités, il y a autre chose que cette action matérielle, limitée, exclusive de la contraction et du relâchement alternatifs du cœur, pour expliquer l'ensemble de l'acte circulatoire. Cette vieille doctrine de la *vis à tergo*, nous l'avons dit bien des fois, est insuffisante, impuissante; elle a fait son temps. Celle qui doit la remplacer n'est pas trouvée, mais il en existe des rudiments dans la science : nous attendrons que la discussion les mette en évidence; et si elle n'y pourvoit pas, nous essayerons peut-être de l'indiquer, dussions-nous cette fois encore fournir inductivement à l'observation et à l'expérience les indications nécessaires pour les faire marcher vers quelque chose de plus vrai et de plus certain.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LES LÉSIONS DE L'ŒSOPHAGE CAUSÉES PAR LES ANÉVRISMES DE L'AORTE; par E. LEUDET, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Rouen. membre correspondant de l'Académie de médecine, de la Société de biologie, etc.

L'étude d'une maladie ne devient en général complète que lorsqu'il est permis de l'observer fréquemment et, par conséquent, d'en scruter les diverses formes; d'autres maladies, plus rarement observées, demeurent par cela même relativement plus obscures : c'est ce qui a eu lieu peut-être pour la variété d'accidents des anévrismes de l'aorte dont il est ici question. Dans un travail récent, M. Millard (*Bull. de la Société anatomique*, sect. II, t. VI, p. 424, 1861) publiait un résumé substantiel de nos connaissances actuelles sur ce sujet, d'après l'analyse de 16 observations. Ayant moi-même eu l'occasion d'observer un nombre relativement considérable de cette terminaison des anévrismes de l'aorte et de découvrir dans les archives de la science plusieurs faits qui ne figuraient pas dans le savant travail du médecin des hôpitaux de Paris, j'ai cru utile aux progrès de la science de publier quelques nouveaux éléments propres à éclairer quelques-uns des points de cette question,

La plupart des faits publiés actuellement, surtout dans les recueils français, nous montrent la perforation de l'œsophage comme complète; pour arriver à une notion plus exacte sur le mécanisme de ce travail pathologique, j'ai recherché surtout les observations dans lesquelles la perforation n'était pas achevée, des faits par conséquent dans lesquels on surprenait la lésion en cours d'évolution.

Ce rapprochement d'observations de lésions plus ou moins avancées de l'œsophage sous l'influence de la pression exercée par l'anévrisme aortique contigu avait pour but de montrer qu'elle était la vraie parmi plusieurs théories émises; l'une, en effet, c'est celle de Mondière (*Mal. de l'œsophage; Archiv. gén. de méd.*, sect. II, t. III, p. 50, 1833), prétend que la perforation, qui est produite par un anévrisme de l'aorte, doit être attribuée à une sorte d'usure, sans travail inflammatoire. La portion du tube œsophagien, dit-il, qui se trouve en contact avec le sac anévrismal, se désorganise, s'amincit, s'use de plus en plus, et finit enfin par se détruire complétement. Cette opinion de Mondière paraît, au moins en partie, celle de M. H. Lebert (*Traité d'anat. path. gén.*, vol. I, p. 521); en effet, suivant lui, c'est de dehors en dedans que semble progresser le travail qui prépare la communication entre le vaisseau sanguin et la partie supérieure des voies digestives. Une autre opinion, celle la plus généralement reçue aujourd'hui et professée dans son travail par M. Millard (*loc. cit.*, p. 429), est que dans les anévrismes de l'aorte s'ouvrant dans l'œsophage la perforation a lieu par gangrène.

C'est à cette dernière opinion que je me rattache et crois, d'après l'analyse des faits et pour les raisons que je vais donner, que l'usure de l'œsophage de dehors en dedans, que la rupture par phlegmasie n'a jamais été démontrée cliniquement ou anatomiquement.

L'anévrisme de l'aorte, en comprimant l'œsophage, donne lieu à plusieurs ordres de lésions; je ne parlerai pas ici du déplacement, beaucoup plus rare qu'on ne pourrait le présumer, et qui s'explique cependant par les liens étroits musculaire et cellulo-fibreux qui fixent le commencement de l'œsophage aux voie aériennes supérieures. Ces cas de déplacement sont rares dans la science; je sais cependant qu'il est indiqué dans un fait présenté par M. de Beauvais à la Société anatomique. Il est plus difficile de se rendre compte de la compression simple, eu égard aux changements de rapports que la dissection opère dans les parties. Restent donc les lésions de tissu; ce sont celles dont je m'occuperai ici.

Ces lésions sont, ou bien la gangrène simple des parois de l'œsophage, ou l'ulcération de ce canal sans communication avec l'aorte, ou bien enfin la communication libre entre l'œsophage et l'aorte anévrismatique par une ouverture plus ou moins grande.

Les observations parvenues à ma connaissance sont les suivantes, que je classe d'après la division ci-dessus :

I. *Anévrismes de l'aorte causant la gangrène de l'œsophage.*

Habershon, *Observations on the diseases of the alimentary canal*, p. 47. 1857, 1re édit.

Cull, dans l'ouvrage d'Habershon, p. 48.

— *London med. Gazette*, mai 1839; *Archiv. gén. de méd.*, série III, vol. V, p. 480.

II. *Anévrismes de l'aorte causant une ulcération de l'œsophage qui ne communique pas avec le vaisseau sanguin.*

J. B. S. Jackson, *Catalogue of the Boston Society for medical improvement*, p. 98. 1847.

E. Leudet, fait inédit.

III. *Anévrismes de l'aorte avec perforation complète de l'œsophage.*

Popham, *Journ. de Schmidt; Archiv. gén. de méd.*, série V, vol. XI, p. 477.

Fuller. *Lond. med. Gaz.*, janvier 1847; *Archiv. gén. de méd.*, série IV, vol. XXI, p. 378.

Soemmering, cité dans Voigtel, *Path. anat.*, vol. I, p. 468. 1804.

---

fiance de ces quelques notes, ici consignées uniquement pour l'acquit de sa conscience médicale.

OTTIN. *Bethsabée*, marbre. Accroupie, la tête tournée dans une direction où elle craint de rencontrer des regards indiscrets, elle semble hésiter à laisser tomber le restant de voile qui peut protéger encore en quelques endroits sa pudeur alarmée; tête à type grec, proportions ramassées et peut-être, ce semble, rabougries; mouvement douteux de l'épaule du bras qui tient la draperie. Modelé très-étudié et caressé dans toutes les parties.

CARPEAUX. *Jeune fille à la coquille*, 10 à 12 ans; âge de transition qui n'est ni l'enfance ni l'adolescence, et dont les formes mal arrêtées sont aisément disgracieuses. Etude anatomique d'une exactitude et d'une finesse rares. Plusieurs parties pourraient, par leur individualité, être prises pour des moulages sur nature. Est-ce un éloge ou une critique?

Éloge ou critique on n'en saurait dire autant d'une figure de très-bas-relief, de grandeur naturelle, incrustée dans un grand médaillon ovalaire, sous le nom de *Diane chasseresse*, couchée et dormant en compagnie d'un cerf; pastiche aussi malheureux qu'effronté de Jean Goujon. Courbe paraboloïde de la cuisse droite particulièrement odieuse; œuvre anatomiquement, *ergo* esthétiquement, hérétique.

La *Jeune fille à la source*, de M. Truphème a beaucoup d'analogie avec la *Jeune fille à la coquille*, de M. Carpeaux; mais ses quatre on cinq ans de plus ont permis à l'artiste d'étendre par endroits sous le derme une légère couche de tissu adipeux et d'obtenir ainsi ces douces ondulations que le peintre anglais Hogarth appelait la *ligne de beauté*. Mais son voisin M. Valette a évidemment abusé du procédé en matelassant, comme il l'a fait, cette *Pandore* camarde (n° 2783); trop fidèle copie d'un trop gras modèle.

CHAMBARD, groupe en plâtre, *l'Amour offrant son cœur à une jeune fille*. Cet Amour, dont le sexe resterait douteux si l'on n'avait pour constater que les caractères tirés des proportions du squelette, et dont l'âge indécis flotte entre l'adolescence commençante et la puberté confirmée, tient sur sa main un tout petit cœur et le présente à sa belle comme un fruit sur une assiette. Il a bien l'air, avouons-le, de ce qu'il est, d'un sot. La petite fille un peu moins niaise regarde cet objet singulier avec la plus parfaite indifférence. Ce groupe, ouvrage d'un ancien grand-prix de Rome est d'ailleurs, nous dit-on, bien composé, et la figure de la jeune fille surtout serait d'une rare élégance. Adjugé.

PROTHEAU, autre groupe en plâtre, *l'Innocence et l'Amour*, deux compagnons qui vont rarement ensemble ou qui n'y restent pas longtemps! L'Innocence est une très-jeune femme, à profil, à chignon, à ajustement du grec le plus grec; elle a ramené et retient sur son sein droit quelques plis de sa tunique, tandis qu'un assez vilain petit Cupidon, nourrisson effronté, s'attache à la mamelle gauche restée sans protection. Le vrai sens de cette composition nous échappe. Mais si, après avoir coupé les ailes à ce fœtus cupidonné, on intitulait ce groupe : *Jeune mère* donnant le sein à son enfant nouveau-né, ou bien encore,

MacDowell, *Dublin hosp. Gaz.*, 1856; *Canstatt's Jahrerb*, 1856, vol. III, p. 248.
W. H. Walshe, *Diseases of the heart and Lungs*, p. 555. 1851.
G. Langstaff, *Catalogue of the Museum of the royal College of surgeons of England, Path. spec.*, vol. III, p. 253. 1848.
Sir W. Blizard, *ibid.*, p. 252.

A ces observations, il faut ajouter celles dont on retrouvera l'indication dans le travail de M. Millard. Ce sont les faits publiés par Armiger, Sédillot, Fauconneau-Dufresne, Bricheteau, Ouvrard, Reardon, Morgagni, Sauvage, Bertin et Bouillaud, Cruveilhier, Serverin, Wabl, une publiée dans les *Ephémérides de Montpellier*, et enfin trois observations qui me sont propres; deux d'entre elles ont déjà été publiées (*Bulletins de la Société anatomique*, série I, vol. XXIII, p. 25. 1848; vol. XXVI, p. 355. 1851), la troisième est inédite et sera consignée dans ce travail.

Comme il est facile de le prévoir, l'anévrisme occupait dans tous les cas la portion descendante et la crosse de l'aorte, tantôt limité à cette partie du vaisseau, comme dans les observations d'Habershon, de Popham et Fuller, tantôt comprenant, outre cette partie, une étendue plus ou moins grande de l'aorte ascendante ou de l'aorte descendante. Le plus souvent l'anévrisme était constitué par le soulèvement de la tunique cellulaire avec rupture des tuniques interne et moyenne; cependant dans quelques cas l'anévrisme était vrai, c'est-à-dire consistait dans une dilatation plus ou moins étendue de toutes les tuniques occupant une partie variable de la circonférence du vaisseau.

De la gangrène de l'œsophage consécutive à la pression exercée par l'anévrisme de l'aorte. Cette lésion est rare; aussi n'en connaissons-nous que peu d'exemples que nous transcrivons ici.

Anévrisme de l'aorte; gangrène de l'œsophage sans communication avec le vaisseau sanguin. (Extrait de Habershon, *Diseases of the alimentary canal*, p. 47. 1857.)

Obs. I. — James (F.), âgé de 34 ans, fut admis dans les salles du docteur Hughes (hôpital de Guy) en novembre 1855, et mourut en janvier 1856; c'était un homme d'habitudes régulières, marié et cultivateur à Dartford. Six mois avant son entrée à l'hôpital, après avoir porté pendant peu de temps des fardeaux très-lourds, il ressentit dans le sein gauche une douleur très-vive qui augmenta rapidement d'intensité et s'étendit jusque dans l'espace interscapulaire.

Le 4 décembre, la douleur se localisa plus au niveau du sein gauche, et l'on entendit un léger bruit de souffle au premier temps. Le 1er janvier, le docteur Hughes remarqua que le pouls était plus faible à la radiale droite, et le malade accusa de la difficulté pour avaler les aliments solides. La dysphagie augmenta d'intensité et la dyspnée devint plus pénible: le 20 janvier, il était incapable d'avaler les aliments; sa figure était livide, la dyspnée extrême et la douleur affreuse. Il mourut le 25 janvier.

Les poumons étaient emphysémateux pâles, mais modérément affaissés; on constatait une inflammation du péricarde et une injection considérable des deux plèvres. Une tumeur anévrismale du volume d'une grosse orange existait à la fin de la crosse de l'aorte; ses parois étaient minces; la partie postérieure du vaisseau était détruite et remplacée par une cavité située en avant du corps des vertèbres; le corps de l'une des vertèbres était résorbé. Il y avait de la fibrine dans le sac. La tumeur anévrismale avait comprimé l'œsophage et oblitéré complétement sa cavité; ses parois verdâtres exhalaient une odeur fétide et étaient sphacelées; il n'existait cependant aucune perforation. Les deux bronches étaient comprimées. Deux autres tumeurs anévrismales existaient dans la partie ascendante et transverse de la crosse de l'aorte.

Cette observation, bien qu'exceptionnelle, est presque identique avec un autre fait publié antérieurement, et que je reproduis à cause de sa rareté.

Anévrisme de l'aorte. gangrène de l'œsophage. (London, *Med. Gaz.*, 1839. *Archiv. gén. de méd.*, sér. III, vol. V, p. 480, 1839.)

Obs. II. — Hempson, mécanicien. âgé de 56 ans, eut l'année dernière une indisposition qu'on traita de grippe.

Le 2 janvier, étant ivre, il tomba sur le côté.

Le 6, il fut pris subitement d'une impossibilité d'avaler et fit appeler un médecin; il ne souffrait plus du côté et ne se plaignait que de l'impossibilité d'avaler toute substance liquide ou solide; tout ce qu'il prenait s'arrêtait à un point fixe qu'il rapportait à environ 3 pouces au-dessus de l'ouverture de l'œsophage dans l'estomac. Les matières ingérées ne produisaient pas de douleur au passage, mais au bout de deux ou trois minutes, il en sentait une très-vive qui durait cinq à six minutes et était suivie de vomissements. On supposa une constriction spasmodique et l'on proposa d'introduire une sonde œsophagienne; mais, comme le malade ne voulut pas y consentir, des lavements furent administrés. Les symptômes continuèrent et la mort par inanition survint quinze jours après la première apparition de la dysphagie.

Autopsie. Point de fracture des côtes; à gauche anciennes adhérences; vaste sac anévrismal de l'aorte pectorale rempli de couches fibreuses qui semblent oblitérer sa cavité. Cet anévrisme comprend l'aorte thoracique tout entière depuis l'origine de ses vaisseaux jusque près de son passage à travers le diaphragme et comprime l'œsophage au point où le malade éprouvait de la constriction. L'œsophage présente sur son trajet, dans une longueur de 4 pouces, une couleur noire et un aspect gangréneux, il est ramolli, réduit en bouillie, et se déchire par la moindre pression. 2 pouces au-dessus et au-dessous de ce point, le conduit est, au contraire, épaissi et congestionné. Les valvules du cœur sont saines, ainsi que tous les vaisseaux du thorax; le ventricule du cœur est légèrement hypertrophié; les organes abdominaux n'offrent aucune altération.

Ces deux observations présentent une étendue tout à fait exceptionnelle du sphacèle de l'œsophage sous l'influence de la compression exercée par l'anévrisme de l'aorte; du reste les symptômes constatés pendant la vie sont complétement en rapport avec les lésions. En effet la dysphagie était telle que la déglutition était devenue presque absolument impossible, et cela par une progression très-rapide des accidents. Dans aucun autre cas de gangrène localisée ou d'ulcération peu étendue, la dysphagie ne fut aussi marquée.

D'autres fois, comme dans une observation de Gull (obs. III), la gangrène est beaucoup plus limitée; il en est de même dans une observation du docteur Fuller.

Ces cas où l'on rencontre l'œsophage sphacelé sans aucune communication, sont, du reste, exceptionnels; le plus souvent l'escarre est déjà détachée, cependant on a constaté dans un cas très-intéressant

---

ce qui se rapporterait mieux au goût homérique de la figure, *Andromaque allaitant Astyanax*, on ne surprendrait personne, et l'on pourrait, sans se rompre la tête à deviner une énigme, jouir de la variété des heureux aspects que rencontre l'œil en faisant le tour de cette statue, qualité éminente des Antiques, et moins aisée à leur emprunter que certaines particularités de forme ou d'ajustement, dont la répétition banale ne produit que d'ennuyeux pastiches.

Prouha. *Psyché*, debout les deux pieds rapprochés, tient d'une main sa petite lampe et semble se faire de l'autre un écran. Le mouvement d'inclinaison en avant est admirablement saisi et fixé. L'élégante finesse de modelé du torse, — le bassin n'est-il pas un peu étroit? — des épaules et des bras ne se soutient pas dans les jambes, peut-être trop fortes pour l'âge et la taille du sujet. Les extrémités, les pieds surtout, irréprochables d'exactitude et d'un goût charmant; joli plâtre qui peut devenir un beau marbre.

Moreau. *Baigneuse* tenant sa longue chevelure ramassée en tresse dans sa main comme la Vénus Anadyomène antique. Cette figure a ce qu'on appelle de la tournure. C'est quelque chose, c'est beaucoup. Mais étude bien insuffisante de modelé! seins bien haut placés! abdomen bien prolongé! jambes bien lourdes! Passons.

La *Lesbie* de M. Révillon tient sur son doigt levé au-dessus de sa tête et regarde amoureusement son moineau qui bat des ailes. Rien de notable, nous voulons dire, rien de noté sur notre carnet, si ce n'est l'exécution du torse, qui est charmant.

La *Nymphe Echo*, de M. Ferrat, ressemble à distance à la Vénus d'Arles; elle se présente la main à l'oreille, faisant pavillon pour recueillir les sons; la bouche est entr'ouverte et la lèvre inférieure légèrement tombante, comme chez les auditeurs d'Enée, *intentique ora tenebant*, phénomènes physiologiques bien observés et représentés avec une louable exactitude dans cette estimable statue.

Si le Nu est de convenance majeure dans l'art comme véhicule essentiel du Beau, il est certes d'absolue rigueur pour la personnification du Vrai. La Vérité donc est toujours représentée nue. C'est ainsi qu'elle apparaît dans un marbre de M. Girard qui la montre sous les traits d'une grande et forte femme, debout, écartant et rejetant loin d'elle le voile qui la cachait et tenant dans sa main droite abaissée son petit miroir de poche. De même que toute vérité n'est pas bonne à dire, toute vérité n'est pas bonne à montrer. Celle-ci n'a rien, du reste, de choquant. C'est un honnête-lieu commun de sculpture, consciencieusement taillé dans un marbre de très-beau grain, et qui dans une niche de quelque édifice remplira aussi bien son office que pourrait le faire la Victoire de Brescia ou l'Amazone du Vatican.

On nous excusera, non-seulement sans regret, mais encore avec quelque reconnaissance, de passer un peu plus vite devant la rangée des Nus masculins dont, par exception, cette année, le nombre égale, si même il ne dépasse celui des féminins. Avec la même pénurie d'éléments de critique médico-scientifique, ces sujets sont évidemment par eux-mêmes moins intéressants. Allons donc au plus pressé et signalons d'abord

que le détachement de l'escarre n'était pas encore accompli; tel je résume ici le cas de cette observation.

Anévrisme de l'aorte ascendante ouvert dans le péricarde; gangrène de l'œsophage communiquant avec la bronche gauche; par le docteur Gull. (Citat. de Habersbon, *Diseases of the alimentary canal*, p. 48, 1857.)

Obs. III. — Frédéric K..., âgé de 23 ans, fut admis dans le service du docteur Gull (à l'hôpital de Guy) le 23 janvier, et mourut le 26 avril 1856. Il avait joui d'une bonne santé jusque il y a cinq mois, époque où une caisse suspendue à une grue lui frappa la poitrine; quinze jours après il ressentit dans cet endroit une douleur qui alla en augmentant jusqu'à trois semaines avant son admission à l'hôpital, et qui existait encore à cette époque. On constate alors une impulsion entre les deuxième et troisième côtes droites, et un frémissement au deuxième temps du cœur. De la douleur est accusée par le malade au niveau du siége de l'impulsion et se propage, le long du bras droit surtout, à son côté interne et sous le grand pectoral. Un bruit de souffle fut constaté au niveau du siége de la tumeur; sommeil impossible pendant la nuit.

Le 19 avril, le malade éprouva une difficulté de la déglutition qui augmenta les jours suivants.

Le 28, après avoir parlé à des amis, il mourut subitement.

En enlevant le sternum, on trouva un anévrisme de l'aorte ascendante qui atteignait à droite le sternum. Le péricarde était plein de sang, et présentait dans sa partie supérieure un petit orifice irrégulier qui communiquait avec l'aorte. Le cœur présentait son volume normal; le ventricule gauche n'était pas hypertrophié; les valvules étaient saines. L'aorte ascendante donnait naissance à un sac anévrismatique qui avait environ 2 pouces 1/2 de diamètre, principalement du côté droit. Le poumon était adhérent et presque perforé. L'anévrisme s'étendait jusqu'à la carotide gauche; au-dessous de la sous-clavière gauche existait une autre petite dilatation. Au centre de l'œsophage, dans l'endroit où il est en contact avec la bronche gauche, on remarque une escarre gangréneuse et une ouverture dans la bronche, avec beaucoup de tissu inflammatoire; il n'existait aucune communication avec le vaisseau.

Dans ce fait, nous trouvons une lésion peu indiquée par les auteurs, c'est une escarre de l'œsophage, sans communication avec le vaisseau sanguin, et même dans ce cas, quoique le peu de détails ne nous permette pas d'affirmer le fait, il semble que la lésion soit surtout localisée au niveau de la surface interne du canal œsophagien. Ce qu'il nous importe de constater ici, c'est que l'escarre est localisée, peu étendue, non encore détachée.

A un degré plus avancé, la partie sphacélée de l'œsophage est trouvée en partie détachée; c'est ce qui avait lieu dans un fait publié par le docteur Fuller. (Lond., *Méd. Gaz.*, janvier 1847. *Arch. gén. de méd.*, sér. 4, vol. XVI, p. 378, 1848.) On voyait dans ce cas l'aorte anévrismatique communiquer simultanément avec la trachée et l'œsophage par deux orifices séparés. « L'ulcération de l'œsophage, dans ce cas, de forme ovalaire, était un peu plus grande qu'un shelling, avait des bords irréguliers, et était bouchée en partie par une escarre brunâtre adhérente aux parties voisines; c'était par une partie de cette ouverture, dont l'escarre s'était détachée, que le sang avait pénétré dans l'œsophage et dans l'estomac.

Jusqu'ici nous observons une gradation des lésions depuis le sphacèle non localisé jusqu'à l'escarre limitée et jusqu'à un commencement d'élimination de la partie mortifiée; dans les faits que je viens de relater ici, la partie interne de l'œsophage semble surtout altérée; malheureusement on regrette de ne pas trouver dans ces faits des détails exacts sur l'état des tuniques externes, ce qui aurait permis d'établir dans quel ordre s'altèrent les tuniques de l'œsophage. J'ai moi-même eu l'occasion de recueillir une observation que je crois propre à éclairer un peu ce fait, et je la transcris ici dans ses détails.

Anévrisme de l'aorte ascendante ouvert dans le péricarde; ulcération de la partie inférieure de la trachée et de l'œsophage, seulement à sa partie interne, sans perforation; mort; autopsie.

Obs. IV. — Deleau (Louis-Pascal), âgé de 62 ans, revendeur, d'une taille moyenne, muscles peu développés, maigre, entre le 2 octobre 1863 à l'Hôtel-Dieu, salle 19, n° 4, dans ma division.

Malaise depuis deux ans, D... n'éprouvait cependant aucune douleur localisée et ne se rappelle qu'une éruption pustulo-crustacée de la largeur de la paume de la main au niveau de la fosse iliaque droite; cette éruption avait duré cinq à six mois; cependant ses souffrances ne l'empêchèrent pas de travailler; depuis le mois de juin 1863, son état maladif a augmenté, il est survenu de la toux, de la gêne de la respiration, et depuis quinze jours avant l'entrée de l'œdème très-considérable et rapidement croissant des membres inférieurs; depuis la même époque, anorexie et abattement.

Lors de l'admission à l'Hôtel-Dieu, D... était dans l'état suivant : pâleur, un peu de cyanose des lèvres et des mains; anasarque assez marqué de toute la longueur des membres inférieurs; dyspnée, impossibilité de demeurer couché horizontalement; le malade est presque toujours assis. Distension de la veine jugulaire gauche sans aucun pouls veineux, sans régurgitation; la veine jugulaire droite est relativement beaucoup moins distendue; aucune déformation ou voussure de la paroi antérieure du thorax, dans la région précordiale ou ailleurs; aucune impulsion visible, mais la main perçoit dans une grande étendue depuis la deuxième jusqu'à la cinquième côte gauche une impulsion profonde; matité très-intense dans toute cette étendue dépassant en dehors le mamelon et un peu à droite le sternum sous lequel elle est absolue. Les deux bruits du cœur sont sourds, sans souffle distinct; cependant le premier bruit semble plus couvert que le deuxième. Aucun frémissement cataire ou soulèvement des artères du col. Isochronisme et développement égal du pouls peu accéléré aux deux artères radiales. Respiration rude aux deux sommets avec beaucoup de râles sous-crépitants à grosses bulles ressemblant presque à du gargouillement; en arrière, cette ressemblance avec le gargouillement est encore plus marquée aux deux sommets, mais il n'y a ni bronchophonie ni matité. Expectoration spumeuse et un peu purulente. Anorexie, pas de difficulté remarquée dans la déglutition; aucun trouble digestif; l'urine est assez colorée, non sédimenteuse, et ne donne pas de précipité d'albumine quand on l'examine par la chaleur ou par l'acide nitrique. (Vésicatoire volant sur le thorax, gomme sucrée, pectoraux, julep diacodé.)

Du 3 au 6 octobre, l'état de D... demeure à peu près le même; l'examen de la région précordiale donne les mêmes résultats; l'atrophie est la même, et D... passe une partie des nuits assis sur son lit. (Vésicatoire le 6 octobre sur le thorax.)

Le 7 octobre, à dix heures du soir, mais après un affaiblissement progressif déjà manifeste dans la matinée, connaissance restée intacte jusqu'à la mort.

---

cette charmante figure envoyée de Rome par M. Falguière, pensionnaire de notre Académie de la Villa-Médicis, le *Vainqueur au combat de coqs*, dont la pose et l'action rappellent le Mercure de Jean Bologne. Le joyeux gamin s'éloigne en courant du lieu du combat, portant en triomphe son coq victorieux, et jette en arrière un dernier regard railleur à ses adversaires déconfits. Comme il court! comme il s'élance! et quelle jeunesse, quelle vie, quelle grâce dans ses membres, dans son mouvement, dans son rire éclatant! Mais ces points admiratifs sont ici déplacés. Restons dans le ton froid et sévère de la science.

Moulin. *Une Trouvaille.* Il s'agit d'une figure que l'auteur nous invite modestement à prendre pour un vieux bronze qu'on aurait récemment déterré à Pompéi. C'est un jeune paysan qui danse, tenant une bêche sur une épaule et portant dans sa main une figurine d'Hercule ivre qu'il regarde en riant. Maigreur outrée générale; contracture avec paralysie de l'appareil musculaire du tronc et des membres; atrophie des avant-bras et du biceps brachial; pieds démesurés, etc., etc. La fraude est évidente. Ce n'est pas là l'œuvre des artistes qui modelèrent jadis les statues des Balbus et du petit Faune dansant, du musée de Naples. Nous pourtant qu'un jury compétent a décerné à ce morceau une médaille. Il a donc une valeur d'art que nous nous garderons de contester; mais nos remarques subsistent.

Fotatier (feu), auteur célèbre du *Spartacus* des Tuileries. L'*Athlète Alcidamas sauvant une femme et un enfant* pendant la ruine d'Herculanum, groupe en bronze. Anatomie conventionnelle et d'école. L'Alcidamas relève sa tête de cire de coiffeur avec une expression de hauteur et de défi comme Ajax insultant les dieux. Pourquoi? Un tableau de Prudhon représentant aussi une scène de sauvetage a fourni le beau motif de la femme dont le corps ploie sous l'étreinte du bras vigoureux qui la soulève et l'emporte.

M. Sussmann-Hellborn a envoyé, à ce qu'il dit, un *Jeune faune ivre*; mais il y a lieu de contester cette attribution. Il manque, en effet, à cette figure l'attribut organique essentiel de la race Faunesque, la queue. Le corps, entraîné par la tête et fortement penché à droite tomberait infailliblement, si un tronc d'arbre auquel s'enroule le bras gauche (trop court) ne se trouvait là fort à propos pour le retenir et offrir à l'artiste une pose intéressante. Très-beau marbre, soigneusement et très-habilement travaillé dans chaque partie et par morceaux, mais infidèle à tous les Canons reçus des proportions. Pas de thorax dans le diamètre vertical et pas assez d'abdomen, con grêle, jambes trop longues. Sous l'étiquette de la *Première ivresse*, on trouve un autre faune, reconnaissable, celui-ci, à son appendice caudal fièrement relevé; figure très-disgracieuse, du reste. Puis voici un troisième faune à queue (de M. le Père), qualifié de *Chasseur*, parce qu'il tient un lièvre; rappel en grand, pose et mouvement, d'un gracieux petit bronze antique de faune du musée de Naples. Et ce faune n'est pas le dernier, car un artiste belge, M. Sopers, exhibe un quatrième *Faune à la coquille* qui grimace horriblement, mais dont une médaille constate suffisamment le mérite.

Les faunes, on le voit, sont en grande faveur auprès de nos statuai-

Examen du cadavre le 9 octobre 1863, à neuf heures du matin. Temps chaud et assez sec.

Cerveau et moelle non examinés.

En ouvrant la cavité thoracique, on trouve les deux poumons refoulés en dehors par une tumeur ayant le volume du poing d'un adulte et surmontant le péricarde qui semble lui-même distendu.

Le péricarde était distendu par une masse de sang non-seulement coagulé dont la quantité pouvant être évaluée à 150 grammes; ce sang était placé dans le péricarde en avant du cœur dans deux cavités circonscrites par des adhérences anciennes et cellulo-fibreuses; en arrière un accolement complet des deux feuillets du péricarde avait empêché l'épanchement de se faire dans cet endroit. A la partie supérieure du cœur, en avant des ventricules, l'aorte énormément dilatée anévrismatique communiquait avec la cavité du péricarde par un orifice morbide qui avait permis l'épanchement du sang dans sa cavité. Le cœur lui-même étant d'un volume un peu au-dessus de l'état normal, surtout au niveau du ventricule gauche, la valvule mitrale était intacte, comme la tricuspide, les valvules aortiques étaient un peu épaisses.

Immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte commençait la tumeur anévrismale qui occupait toute la hauteur de l'aorte ascendante; elle avait une capsule capable de loger la tête d'un fœtus à terme et contenant beaucoup de caillots de sang noirâtre à peine décolorés dans une petite partie de leur étendue; aucun caillot stratifié ancien comme ceux des anévrismes sacciformes. Les parois sont formées par toutes les tuniques dilatées avec de petits points dans lesquels la tunique moyenne est rompue et la tunique celluleuse est saillante.

La crosse de l'aorte se continuait avec la tumeur anévrismale et ne présentait aucun rétrécissement ou ampliation partielle autre. Les gros troncs du col et des membres supérieurs étaient sains.

Le larynx était sain, la trachée présentait, vue à l'intérieur, une petite tache un peu brunâtre ayant 0,02 de long sur 0,01 de large au niveau de sa partie inférieure et un peu externe se continuant dans la partie supérieure et un peu externe de la bronche gauche; à l'intérieur de cette partie du canal aérien on n'observait aucune apparence de rétrécissement ou d'aplatissement ni aucune ulcération. L'œsophage accolé dans ce point à cette partie du canal aérien n'offrait à l'extérieur rien d'anormal; en l'ouvrant on trouvait à sa partie médiane et un peu à gauche une perte de substance de sa tunique muqueuse et fibreuse un peu ellipsoïde; les bords de cette perte de substance sont taillés à pic, un peu noirâtres, sans aucune trace de vascularisation périphérique, de suppuration ou d'épaississement du tissu cellulaire environnant. Dans le fond de la plaie on voyait les anneaux cartilagineux de la trachée et du commencement de la bronche gauche au nombre de quatre saillants comme des épines, leur partie libre et détachée dirigée perpendiculairement à l'axe de la trachée et tous détachés suivant une même ligne verticale. Ces anneaux n'étaient pas ramollis. Ailleurs les anneaux n'étaient pas dénudés; il n'existait aucune communication entre les voies aériennes et l'anévrisme; mais la poche appuyait dans ce point sur la trachée.

Poumons volumineux, parsemés de quelques bulbes d'emphysème, sans aucune dilation des bronches ou trace de pneumonie. Les poumons n'offraient aucune adhérence avec l'anévrisme.

Aucune altération des viscères de l'abdomen; foie un peu congestionné, sain; rate et reins sains.

Dans ce fait, il semble démontré que le travail de destruction a commencé à la face interne de l'œsophage; en effet, j'insiste spécialement ici sur l'absence d'adhérence étroite du canal alimentaire avec la tumeur anévrismale et le défaut d'épaississement du tissu cellulaire. D'ailleurs l'œsophage au niveau de l'ulcération, comme au-dessus et au-dessous d'elle ne présentait aucun signe de phlegmasie. Quelle a donc été, dans ce cas, la lésion primitive? Les faits cités plus haut me permettent de supposer qu'il y a eu d'abord une gangrène localisée de l'œsophage à sa partie interne, et que le détachement de l'escarre a mis à nu et détruit une partie de la couche externe de la bronche gauche. On aurait donc pu dans ce cas, si le malade n'était pas mort par suite d'une rupture de l'anévrisme dans le péricarde, observer une fistule brocho-œsophagienne sans communication avec le vaisseau sanguin.

Une autre lésion peut encore s'observer, c'est la propagation du travail de destruction s'étendant des voies aériennes à l'œsophage; c'est ce qui avait lieu dans le cas suivant que j'emprunte à un observateur américain :

Anévrisme de l'aorte ouvert dans la bronche gauche qui communique elle-même avec l'œsophage. (J. B. S. Jackson, *Catalogue of the Museum of the Boston Society for medical improvement*, p, 98. 1847.)

Obs. V. — Une négresse âgée de 64 ans fut d'abord vue par le docteur R... en octobre 1834 pour un rhumatisme supposé de l'épaule gauche et d'un côté du col. En octobre 1835, quand elle fut examinée pour la première fois, elle déclara que pendant l'hiver précédent, elle avait commencé à éprouver de la dysphagie, de la céphalalgie et une douleur du col s'étendant jusque derrière l'oreille gauche. Pendant la semaine précédente, elle avait eu de l'orthopnée, de la douleur, une oppression à la base du sternum et une toux déchirante, fréquente, sans expectoration; jamais elle n'eut de palpitations. La dysphagie était par moments considérable; elle ne pouvait avaler un morceau de viande sans boire et souvent éprouvait d'affreuses douleurs après avoir essayé de le faire. En examinant la poitrine, on trouva à gauche du sternum, au niveau de l'articulation de la pièce supérieure et moyenne de cet os, une saillie marquée, et au même endroit une forte impulsion et de la matité à la percussion. La respiration était mêlée de râles sibilants dans tout le poumon gauche, puérile et mêlée de râles sonores dans le poumon droit. Aucun bruit de souffle. On porta le diagnostic d'un anévrisme de la crosse de l'aorte.

A partir de cette date d'octobre 1835, les principaux symptômes et signes physiques persistèrent; la dysphagie devint surtout très-gênante, au point de faire redouter constamment une suffocation. Le 22 février 1836, pendant qu'elle était en train de causer, elle fit un effort pour se soulever et demanda un crachoir, quand un flot de sang s'échappa par la bouche et le nez, et elle mourut immédiatement, ne rendant pas plus d'une pinte de sang.

Autopsie. L'*aorte* est dilatée depuis son origine jusqu'au delà de la crosse, où existent deux anévrismes faux, presque aussi volumineux que le poing; l'un d'eux est adhérent à la partie supérieure du sternum. La concavité de l'aorte pressait sur la bronche gauche, avec laquelle elle communiquait par un orifice placé presque à la naissance de cette bronche. A la surface interne de l'œsophage, on trouve un petit ulcère profond qui communique avec la bronche gauche près de l'orifice de communication de cette bronche avec l'anévrisme. La trachée et les bronches du côté droit sont pleins de sang coagulé. Le poumon droit est volumineux et sain, le poumon gauche est plus petit, son tissu comprimé et carnifié.

---

res. C'est une tradition. Mais savent-ils ce que c'est qu'un faune? J'en doute, ou plutôt je suis certain qu'ils ne le savent pas; je le sais, moi, mais je ne le leur dirai pas ici, d'abord parce que pas un ne lira ces notes, et ensuite parce que ce serait trop long. Je poursuis donc mon procès-verbal.

Iguel. Le *Chasseur*, statue en pierre. Forte nature d'adulte; trop de buste, et par conséquent pas assez de jambes; réminiscence éloignée du David colossal de Michel-Ange, et plus prochaine du Christ du Jugement Dernier.

Bourgeois. Un *Charmeur de serpents*. Armé d'une légère baguette, un pied posé, l'autre en l'air; il souffle, en se dandinant, au bout d'un roseau taillé en sifflet. Le serpent attentif se dresse devant lui. Type de tête éthiopien, très-mitigé. L'Egypte est le pays des psylles; il y en avait déjà du temps des dynasties divines, il y en a encore aujourd'hui, qui font leurs incantations de la même manière que les sorciers de Pharaon luttant de puissance magique avec Moïse.

Maillet. *Chasseurs*. Ces chasseurs sont un jeune homme et un chien. L'homme tient en suspension par les pattes un beau lapin qu'il fait danser au nez du chien qui voudrait bien le happer, mais qui n'ose. L'arc et le carquois placent cette scène familière à une époque de civilisation assez primitive pour que les acteurs aient un caractère héroïque. Anatomie courante et régulière.

Fabrucci. L'*Ascension*, statue en plâtre. Ce morceau vient de Florence. Rien à noter en anatomie, sauf sur les parois thoraciques une foule d'accidents capricieux déterminés par les insertions hypothétiques des dentelés, par les courbures extravagantes des côtes et leurs points de soudure au sternum. Du reste, la topographie de cette région a été de tout temps bouleversée par les artistes qui semblent croire qu'on y peut mettre tout ce qu'on veut, *e sempre bene*. Ceci soit pris pour excuse. A un autre point de vue, on pourrait, — si ces questions étaient ici de mise, — demander pourquoi le Christ est représenté montant au ciel chargé de sa croix, avec des yeux et des mains suppliants? L'Ascension n'est-elle pas l'acte décisif de sa rentrée en possession de la vie divine? N'est-il pas déjà dans la gloire? La solution de cette question doit être laissée aux théologiens, seuls juges compétents en matière d'iconographie religieuse.

Lanno. *Noé*, — qui le premier cultiva la vigne, — est un vieillard vigoureusement charpenté, porteur d'une tête et d'une barbe de modèle des plus vénérables. Assis, les jambes croisées devant sa porte, il exprime de ses deux mains dans une large écuelle une magnifique grappe, et suit la marche de son opération avec un sérieux, une force d'attention, une concentration qui auraient fait honneur à Pythagore méditant sur le problème du carré de l'hypothénuse. L'artiste, nous a-t-on dit, n'a voulu faire qu'une étude de vieillard. Très-bien. Mais pourquoi cet artiste, qui depuis longtemps a dépassé lui-même l'âge mûr, a-t-il voulu, après quarante ans de travaux, faire une étude, et une étude de vieillard? Voilà encore une de ces questions qu'il nous est à peine permis de hasarder, et auxquelles il nous est tout à fait interdit de répondre.

L'observation que je viens d'emprunter au catalogue du musée de Boston complète celle que j'ai moi-même recueillie, elle fournit également la preuve de la possibilité d'une ulcération de l'œsophage sans communication avec l'anévrisme, il semble que dans ce cas la lésion initiale ait été celle du canal aérien, et que celle-ci ait amené consécutivement la perte de substance de l'œsophage.

Un fait bien connu de M. Cruveilhier (*Atlas d'anatomie pathol.*, liv. III, pl. 4), présente une autre variété de lésions. C'est une perforation de l'œsophage communiquant avec l'anévrisme et plusieurs perforations incomplètes de la bronche gauche.

L'ulcération de l'œsophage consécutive à la pression par l'anévrisme de l'aorte, mais sans communication avec le vaisseau, est une lésion, du reste exceptionelle, on rencontre en général la perforation déjà complète, et une libre communication entre l'œsophage et l'anévrisme. L'ulcération perforante a presque toujours une forme ronde ou ovoïde, ce que l'on comprend facilement en admettant que la mortification résulte de la compression exercée par un cylindre vertical sur un autre cylindre, qu'il touche dans un endroit souvent peu étendu, ce qui est plus marqué encore quand la cause comprimante est un sac anévrismal dit faux; les bords de ces orifices sont en général lisses, c'est du moins ce que j'ai observé moi-même dans les quatre faits que j'ai recueillis et dans les faits publiés, l'inégalité des bords de la plaie n'est guère indiquée que dans les faits de Sauvages et de Georges Langstaff. Encore la description que ces auteurs nous donnent des bords de la perte de substance est-elle assez écourtée, pour qu'on ne puisse y attacher une trop grande importance.

Ces premiers caractères nous montrent beaucoup plus les caractères d'un ulcère reliquat d'une escarre éliminée, que d'un produit phlegmasique.

Il est un autre caractère auquel quelques observateurs ont attaché une interprétation que je ne crois pas assez démontrée, c'est la coloration noirâtre des bords de la plaie; on a voulu y voir la preuve d'une lésion ancienne, comme on l'observe dans des pertes de substances consécutives à des phlegmasies de longue durée. Si l'on se rappelle que le point de départ de la perte de substance est presque toujours une gangrène, on doit manifestement ne pas hésiter à croire que le dépôt de pigment peut exister sur les bords d'une perte de substance même de date récente. C'est, du reste, toujours un problème difficile que de chercher à déterminer l'époque présumée du début de la lésion œsophagienne.

Les lésions des tuniques externes de l'œsophage sont à peine indiquées dans la plupart des observations, ou bien elles sont indiquées comme ayant fait défaut. L'adhérence seule de l'anévrisme à l'œsophage au moyen d'un tissu cellulaire plus ou moins dense n'est pas une preuve d'un travail phlegmasique antérieur, dans toutes les compressions exercées par des tumeurs sur la couche celluleuse, on voit celle-ci se condenser à mesure qu'elle diminue d'épaisseur. Ce que nous remarquerons surtout, c'est que dans aucun fait à nous connu, on n'observe jamais la destruction des couches externes, les internes continuant à exister, que par conséquent l'usure simple comme cause des lésions de l'œsophage dans les anévrismes de l'aorte est plus que problématique.

(La fin au prochain numéro.)

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE.

PREMIÈRE ÉTUDE SUR LES ASPIRATIONS D'OXYGÈNE; CONSIDÉRATIONS A PRIORI; par M. EDOUARD FOLEY, ancien élève de l'Ecole polytechnique (1).

> On se fatigue de penser et même d'agir; on ne se lasse jamais d'aimer.
>
> AUGUSTE COMTE.

Parce que chaque génération a son œuvre, chaque œuvre son genre spécial de travail organique, et chaque genre spécial de travail organique ses conséquences bonnes et mauvaises, individuelles et spécifiques, d'où naissent, pour le praticien hygiéniste surtout, un certain nombre de préceptes momentanés qui lui font mettre telle ou telle médication à la mode, on peut, jusqu'à un certain point, préjuger la valeur d'un remède nouveau en consultant les habitudes générales au moment où il paraît.

C'est en me basant sur ces considérations, naïves en quelque sorte, que je me propose de dire, *à priori*, si les aspirations d'oxygène pur, recommandées par le docteur Demarquay, sont bonnes ou mauvaises.

Donc à quel besoin organique moderne ce gaz vient-il satisfaire?

Ou, ce qui revient au même, quelles obligations vitales nous imposent les mœurs et préoccupations actuelles?

Evidemment, sans louer ou blâmer aucun régime, on peut affirmer que tous les habitants de l'Europe occidentale (les catholiques un peu moins que les protestants toutefois) vivent, comme on fait aux Etats-Unis d'Amérique, dans une surexcitation perpétuelle, et qu'ici, comme là-bas, les stimulants à l'intérieur et les expédients à l'extérieur sont poussés jusqu'au délire.

Cette conclusion (à laquelle on arrive fatalement, en jugeant du grand au petit, des peuples aux familles et des souverains aux particuliers) biologiquement se peut traduire ainsi : *Bon gré mal gré, chacun de nous surmène son capital vital autant que son avoir pécuniaire.*

— Eh bien! cette réserve, ce trésor, cette résistance vitale (pour employer un bon vieux mot), ce capital, qui le constitue?

— Deux sortes de choses : notre sang et nos pulpes nerveuses, ou mieux, les forces qui leur sont inhérentes.

— Ces deux genres de liquides, l'un rouge très-complexe, les autres oléagineux, citrins à peine et quasi-homogènes, comment les faisons-nous?

— Nos entrailles, que gouverne le grand sympathique assisté de la moelle épinière et de l'encéphale, changent d'abord une partie des solides, liquides et gaz, que nous ingérons, en sang artériel. Puis, avec ce sang artériel, chacun de nos centres nerveux fait sa ou ses pulpes administratives propres. Si bien que plus nous fabriquons de celles ci et moins il nous reste de celui-là.

(1) Cet article n'est qu'une sorte d'introduction, de préface à d'autres articles qui suivront sur le même sujet.

Quelques autres morceaux, tels que le *Pâris* de M. Garnaud, le *Pêcheur de crabes* de M. Girard, l'*Abel* de M. Feugère des Forts, l'*Enfant et le sablier* de M. Aizelin, l'*Amour de cire* de M. Gaston-Guitton, ne sont pas assez bien notés sur notre carnet pour que nous ayons à regretter la nécessité où nous met le manque d'espace de jetter au panier ces annotations.

Il y a cependant une œuvre qu'il serait malséant d'oublier dans une tournée médicale : c'est le *Crucifix* n° 2503, spécimen complet de toutes les déformations, de toutes les laideurs, que l'âge, la maladie, la mort, les phénomènes cadavériques peuvent produire sur le corps humain. Imaginez un cadavre de vieillard, mort de gangrène pendant la période ultime de la décrépitude et du marasme séniles, abandonné, par oubli, sur la dalle d'un laboratoire d'anatomie; clouez ce cadavre par les pieds et par les mains à une croix; figurez au niveau des plaies, des extrémités et de la poitrine, des traînées de sang à demi-coagulé, vous aurez le Crucifix de M. Becquet. Le Réalisme n'avait jusqu'ici, même par les mains du chef avoué de cette secte, M. Courbet, donné aucun produit de cette force. Mais la Réalité est-elle donc toujours nécessairement laide, difforme, dégoûtante, monstrueuse? La Beauté n'est-elle pas aussi réelle? Ce qu'on appelle le réel, est-il la même chose que le vrai? Que de questions? Mais n'esthétisons point. Disons seulement que ce Christ prétendu réaliste n'est, en réalité, ni celui de l'histoire ni celui de la croyance. Le Crucifié du Golgotha était on a dû être, au moment de sa mort, florissant de jeunesse, de santé et de beauté. C'est ainsi que l'a conçu et exécuté dans un très-beau style M. Rohinet, dont le *Crucifix* en bois fait pendant et contraste au précédent. La tête est très-belle d'expression et de type. Observons toutefois qu'un corps ainsi suspendu doit tirer davantage sur les bras, les bras sur les mains, et par suite faire, en s'affaissant, fléchir plus fortement les genoux.

L. PEISSE.

La suite au prochain numéro.

— Par divers arrêtés de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, les nominations suivantes viennent d'avoir lieu aux fonctions de médecins inspecteurs d'eaux minérales :

Saint-Gervais (Savoie), M. le docteur Billout, médecin consultant à Luxeuil, en remplacement de M. le docteur Payen, démissionnaire;

Chaudesaigues (Cantal), M. le docteur Bremont, en remplacement de M. le docteur Chevalier, démissionnaire;

Ax (Ariége), M. le docteur Aufhan, médecin inspecteur à Euzet (Gard), en remplacement de M. le docteur Alibert, démissionnaire.

Royat (Puy-de-Dôme), M. le docteur Basset, médecin inspecteur de Saint-Nectaire, en remplacement de M. le docteur Camille Allard, décédé.

Or plus un élément organique joue un rôle important dans notre être et plus il use de matériaux, ou, si mieux on aime, fait de sang veineux. Donc encore, nous pouvons affirmer que plus nous fabriquerons de fluide nerveux (mental d'abord, animal ensuite et végétatif enfin) et plus nous aurons le sang pauvre.

Eh bien! en vertu de ces solidarités organiques, n'est-il pas évident que chaque Européen, chaque Français principalement (vu le rôle politique de son pays), par cela même qu'il dépense énormément d'activité cérébrale et musculaire, est un être plastiquement appauvri, un individu à liquide artériel pâle et à force ou fluide trisplanchnique médiocre?

L'aspect si varié des figures, dans les villes surtout; le contingent, toujours décroissant qu'elles fournissent à l'armée; le maximum de mortalité atteint dans ces derniers temps, et ce fait que nous sommes (comme procréateurs) tombés au plus bas rang en Europe, prouvent, du reste, ces tristes résultats individuels et spécifiques de la surexcitation milito-industrielle qui nous entraîne.

Mais trêve de considérations biosociales! Trop de médecins encore préfèrent les faits bruts au raisonnement, pour qu'on puisse avancer une assertion quelconque sans l'étayer immédiatement de preuves matérielles.

Citons donc des accidents pathologiques à l'appui de cette affirmation que je répète exprès : *Les mœurs et préoccupations actuelles épuisent plastiquement les populations qu'elles surmènent*, puisque tel doit être mon point de départ pour blâmer ou louer les aspirations d'oxygène pur.

PREMIER POINT. — *Les mœurs et préoccupations actuelles nous surmènent.*

Premier genre de preuves. — Cela est si vrai, le travail de notre axe encéphalo-rachidien est si fort, vu notre activité prodigieuse et nos incessantes spéculations de toutes sortes, que le nombre des fous, des hypocondriaques et des paralytiques, des hommes qui congestionnent perpétuellement, dérangent ou brisent une ou plusieurs parties de ce double appareil, que ce nombre, dis-je, croît de jour en jour.

DEUXIÈME POINT. — *Les mœurs et préoccupations actuelles qui nous surmènent nous épuisent plastiquement.*

Deuxième genre de preuves. — En tant qu'êtres végétatifs, nous sommes si à bont de force trisplanchnique et de sang, que la consommation des corps ferrugineux, iodurés, sulfurés, bromurés et autres stimulo-reconstituants, va croissant de jour en jour; tant de jour en jour va croissant le nombre des lymphatiques, scrofuleux, etc., etc.

Et parlant ainsi (la chose va de soi), j'entends par scrofuleux tous ceux qui portent des tubercules, aussi bien sous la peau qu'aux muqueuses, parenchymes et séreuses, aussi bien dans l'épaisseur des os eux-mêmes que dans leur enveloppe ou leur contenu.

Et parlant ainsi encore, je fais allusion aux richissimes comme aux plus pauvres; car je défie de citer un médecin ou même une personne quelconque qui ne puisse, *ex abrupto*, signaler, chez des millionnaires comme chez des meurt-de-faim, des jeunes filles chlorotiques, des enfants scrofuleux, des jeunes gens poitrinaires et des adultes fous ou paralysés déjà.

Continuons la triste énumération des faits confirmant l'excessive surexcitation nerveuse moderne et l'épuisement végétatif qu'elle engendre, non plus dans l'espèce, mais dans l'individu lui-même.

Depuis plusieurs années déjà, dans toutes les maladies aiguës, les désordres nerveux sont si grands et si disproportionnés aux lésions matérielles observables, que vouloir triompher directement de ces épiphénomènes, au moyen des narcotiques, est chose presque aussi imprudente qu'impossible.

De plus, les maladies qui doivent se terminer par la mort courent vers leur fin avec une rapidité continuellement croissante.

De plus, le nombre des morts subites va toujours en augmentant.

De plus, les fléaux (qui d'habitude n'apparaissent aux pays à climats excessifs que sous l'influence de changements atmosphériques énormes) tendent à se naturaliser chez nous, tant notre organisme plastiquement épuisé peut tomber facilement dans un désordre extrême par l'effet d'insignifiants changements de temps.

(Ainsi se produisent entre autres les flux cutanés muqueux ou séreux, liquides ou gazeux, dits météorismes, tympanites, asthmes, catarrhes suffocants, suettes, dyssenterie, choléra et diabètes de toutes sortes; qui ne sont dus en définitive qu'à la filtration mécanique des éléments fluides que notre sang renferme.

Quand nous sommes dans les conditions organiques où ces maladies se produisent, la plasticité manque si bien à notre liquide cruorique, et si bien la force organisante aux ganglions ou plexus de notre grand sympathique, sous-gouverneurs de toutes nos surfaces élaborantes, qu'il suffit d'une faible modification du milieu qui nous entoure, ou d'un simple écart de régime, ou même de la plus petite émotion pénible, pour qu'immédiatement un écoulement déplorable commence.)

De plus! la constitution typhoïque;... mais prolonge qui vondra ce triste tableau sanitaire!

Donc en résumé : « *Tout en dehors, rien en dedans!* » Tels nous sommes, organiquement et socialement au sein de la splendeur moderne.

Eh bien, en présence d'un pareil état de choses, chez un être forcé de maintenir une tension cérébro-rachidienne énorme, en épuisant sa force végétative et son liquide artériel, son innervation trisplanchnique et son sang rouge, sa science architecturale et ses matériaux; puisqu'il nous est impossible de faire quoi que ce soit pour l'artiste, en changeant la donnée sociale, perfectionnons du moins le mortier qui doit lui servir en modifiant le milieu matériel qu'on nous laisse libre de manier. Autrement dit, aidons le plus possible l'artérialisation du sang des épuisés en ne leur offrant à respirer que de l'oxygène pur, ainsi que le fait le docteur Demarquay; ou bien en leur facilitant l'absorption de ce gaz par un excès de pression, comme ferait Ch. G. Pravaz, dans son établissement à Lyon.

Les aspirations d'oxygène me semblent bonnes et opportunes : telle est ma conclusion.

Mais alors, me direz-vous, pourquoi les avoir proscrites dès l'origine? C'est que, tout d'abord, ce gaz fit peur et se trouva, médicalement parlant, intempestif.

Justifions l'une après l'autre ces deux assertions.

Tout d'abord il fit peur, parce que tout d'abord il tromp adesespérances mal fondées, et parce qu'on le crut tout d'abord seul comburant, seul élément caustique des bases et des acides.

Si bien que (sans penser à l'air et à l'eau qui en renferment tant, ou à certains poisons qui n'en renferment pas) ou l'écarta comme dangereux.

Le soufre, l'iode, le brome et le chlore (comburants comme lui, comme lui parties constituantes de beaucoup de caustiques, et, dans maintes occasions, ses succédanées biochimiques) continuèrent dèslors à le remplacer, sans qu'on s'en doutât, grâce à leurs diverses marques pharmaceutiques.

Cette idée de succédanées biochimiques devant me servir à justifier ma deuxième assertion, permettez-moi de la justifier elle-même au moyen d'une petite digression préalable.

Dans beaucoup de composés inorganiques (sels, bases ou acides), le soufre, l'iode, le brome et le chlore peuvent remplacer, équivalent pour équivalent, l'oxygène, sans changer que la couleur du cristal et quelques-unes de ses propriété.

Eh bien! tout semblablement, chez beaucoup de plantes, de bêtes et d'hommes, placés dans des conditions insalubres, sans changer que leur teinte générale et quelques-unes de leurs excrétions ou sécrétions, on peut, avec des préparations de fer et de soufre, iode, brome ou chlore, réveiller la nutrition et la germination languissantes, comme ferait un air plus riche de lumière et d'oxygène.

Deux exemples seulement choisis dans notre espèce, afin d'être mieux compris

Grâce à des sulfures, iodures, bromures et chlorures de fer, beaucoup d'épuisés adultes maintiennent les tristes productions de leur sang désartérialisé dans un état presque tolérable, jusqu'au moment où ils vont prier, les uns l'air pur du bord de la mer de les suroxygéner (par son excès de pression); les autres, au contraire, celui aromatisé des montagnes d'aspirer leurs fluides impurs par son manque de pesanteur.

(Parlant ainsi, je suppose, ce qui arrive souvent, qu'ils s'abstiennent de toute médication.)

Les riches m'ont fourni ce premier exemple; voici le second que m'offrent les pauvres.

Dans nos villes (à défaut du grand air des champs, si bon oxygéneur) beaucoup d'enfants à dentition tardive et rachitisme imminent évitent l'un et provoquent l'autre par l'huile de foie de morue et les stimulants végétaux; eh bien! c'est à des composés ferrugineux, sulfurés, iodurés, bromurés ou chlorurés, que tous ces extraits phar-

macentiques doivent leurs saveurs, leurs arômes, leurs couleurs mêmes, et surtout leurs propriétés salutaires.

Plus on étudiera les rôles qu'avec le fer jouent (chez les êtres vivants aériens) l'oxygène et le soufre principalement, et, chez ceux aquatiques, le chlore, le brome et l'iode surtout (métal quasi-respirable tant il est volatil), plus on songera au pouvoir caloripare et colorant que le surcroît de tous ces comburants communique aux globules nourriciers de toutes les sèves affaiblies, plus on appréciera la relation qui proportionne à la richesse pigmentaire de toute écorce ou peau l'assistance que ces membranes externes prêtent aux organes de l'hématose, et plus, ce me semble, paraîtra juste (pour le soufre, l'iode, le brome et le chlore) l'épithète de succédanées de l'oxygène.

Une fois en nous, ces quatre corps, en agissant directement sur le fer de nos globules sanguins, les vivifient-ils et colorent-ils de leur propre chef?

Ou bien les réveillant par une combustion préalable, les rendent-ils plus capables d'absorber l'oxygène au sein d'un air méphitique?

Ou bien, se chargeant de brûler les miasmes absorbés, laissent-ils à l'air vital son plein effet rubéfiant?

Ou bien en excitant (qui la peau, qui le rein et qui la muqueuse intestinale) mettent-ils en jeu ces trois auxiliaires du poumon, améliorant ainsi notre liquide cruorique sans qu'il renferme pour cela plus d'oxygène?

Ou bien.....?

Vérifie qui voudra chacune de ces hypothèses! Pour mon compte je les crois toutes justes et accepte leur résultante.

Donc, à mes yeux, l'oxygène, le soufre, l'iode, ou (ce qui vaudrait mieux peut-être) l'oxygène, l'iode, le soufre, le brome et le chlore sont des artérialiseurs ou reconstituants de premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième ordre.

Partant de cette idée, prouvons maintenant que l'air vital fut, médicalement parlant, tout d'abord intempestif, et pour ce voyons, comme tout à l'heure, dans quelles données biosociales on était, à l'époque où Lavoisier fixa l'attention des physiologistes sur l'oxygène.

Le monde industriel et libéral de France allait engager sa noble et grande lutte contre tous les partisans, catholiques ou protestants, du régime de l'absolutisme militaire et religieux. La guerre étrangère, la guerre civile, vingt-trois ans de grandes et continuelles batailles, et la famine à diverses reprises, voilà ce qu'allaient soutenir nos très-grands-pères. Certes, si pauvres et si peu nombreux, il fallait qu'ils fussent bien munis de science, d'énergie, d'enthousiasme et de santé!

Donc ils ne devaient pas, comme leurs très-petits-fils, avoir besoin de surexcitants de toutes sortes et surtout d'oxygène. Donc enfin après avoir aggravé certaines inflammations, ce maître artérialiseur devait être abandonné.

Mais au lieu de raisonnements toujours suspectés fournissons, puisque les médecins les préfèrent, de simples faits thérapeutiques.

L'année maximum de mortalité en France, depuis l'institution des mairies est 1854 (2), sous le deuxième empire. Eh bien! en fait de modes médicales, que nous a laissé le premier? la méthode des saignées à outrance et des superpurgations.

Ainsi, même à la fin de sa grande lutte, la population française pouvait encore supporter l'abus de la lancette, si justement proscrite de nos jours. Voilà, ce me semble, une preuve bien médicale de la vigueur plastique peu commune de nos grands grands-pères.

Mais, m'objecterez-vous, si, aux approches de la révolution française, on était mentalement aussi surexcité, d'après vos propres idées, sur la solidarité quantitative de nos trois genres de forces ou pulpes nerveuses, l'incitation végétative aurait dû, tout au contraire, manquer aux hommes de la fin du dix-huitième siècle.

Voici ma réponse :

Chez l'homme matérialisé, les contacts du monde extérieur sont les seuls aliments de la moelle épinière, source primordiale de toute citation organique, et tout travail mental (par cela même qu'il est égoïste, sordide et froissé par tout le monde) est une source d'épuisement plastique.

Chez l'enthousiaste des grandes époques, c'est le contraire qui a lieu. Le passé comme l'avenir sont tout pour lui, le présent peu de chose et le monde matériel rien. Les images (aimées autant qu'aimables) qu'il a en tête impressionnent seules et très-heureusement son rachis. Ce sont elles et l'opinion publique qui l'aident à vivre.

Interrogez l'histoire des penseurs les plus éminents, des saints, celle même des plus tristes faquirs affolés de leur idole, et vous les verrez tous, complétement insensibles au milieu matériel qui les entoure, accomplir néanmoins des prodiges de végétalité.

Mais trêve, encore une fois, de considérations abstraites! A leur place un fait tout vulgaire.

Voyez dans le même hôpital la même plaie chez le vaincu et le vainqueur. Celui-ci ne la cicatrisera que sous un jet continu d'eau froide; celui-là, tout au contraire, vous demandera des stimulants et de l'oxygène à grands cris.....

La lettre tue et la foi vivifie, dira-t-on et dira-t-on toujours. Eh bien! pour un corps vivant, individuel ou collectif, la foi, ce n'est certainement pas l'exclusive préoccupation des satisfactions purement égoïstes et sensuelles.

Mais en voilà suffisamment, trop même, pour un coup d'œil *à priori* sur la valeur biosociale de l'oxygène. Donc je termine en vous remerciant de votre longue patience.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros de janvier, avril et octobre 1863 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur la thoracentèse, résumé de douze ans de pratique*, par M. Bowditch. 2° *Sur la médecine conservatrice appliquée à la thérapeutique*, par M. Flint. 3° *Relevé de 57 cas d'amputations, faites à l'hôpital de Sharpsburg après la bataille d'Antictam*, par M. Fisher. 4° *Sur le trismus des nouveau-nés*, par M. Dowel. 5° *Trachéotomies pour l'extraction de corps étrangers des voies aériennes*, par M. Walter. 6° *Nouveau procédé de trachéotomie*, par M. Bell. 7° *Cas de pyémie primitive*, par M. Blake. 8° *Ligature de l'artère sous-clavière chez un nègre*, par M. Browne. 9° *Luxation de l'épaule réduite sans le secours du chloroforme*, par M. Pile. 10° *Sur l'hémorragie consécutive à l'extraction d'une dent*, par M. Anderson. 11° *Accouchement prématuré; présentation extraordinaire du fœtus*, par M. Owen. 12° *Cas de placenta prævia*, par M. Taylor. 13° *Cas de traumatisme du cou*, par M. Davies. 14° *Sur la cholestérine et la séroline, considérées comme produits de sécrétion de divers organes à l'état de santé*, par M. Salesbury. 15° *Rapport clinique sur l'hydro-péritonie, basé sur l'analyse de 46 observations*, par M. Flint. 16° *Sur la poussière d'or et la limaille de fer comme antidote du sublimé corrosif*, par M. Johnston. 17° *Observations chirurgicales*, par M. Ashhurst. 18° *Cas d'ovariotomie double*, par M. Peasla. 19° *Analyse de 93 accouchements*, par M. Fraser. 20° *Sur les ligatures de fils d'argent*, par M. Davies. 21° *Hydropisie de l'ovaire traitée par les injections iodées*, par M. Thomas. 22° *Plaie par arme à feu de la poitrine et de l'abdomen*, par M. Wales. 23° *Sur l'emploi local de l'émétique et de l'huile de croton dans le traitement des varices*, par M. Turner. 24° *Luxation de la tête du péroné*, par M. Richardson. 25° *Formule d'une solution de brome*, par M. Lawrence Smith. 26° *Sur les opérations pour les fissures du palais*, par M. Warren. 27° *Sur la consolidation tardive des fractures*, par M. Prince. 28° *Sur l'influence du séjour dans l'air libre sur la phthisie*, par M. Blake. 29° *Sur les principes azotés du corps humain*, par M. Flint. 30° *Sur la médecine conservatrice appliquée à l'hygiène*, par le même. 31° *Sur le coup de soleil*, par M. Wood. 32° *Cas de resection du tiers supérieur de l'humérus*, par M. Bennett. 33° *Excision du calcanéum*, par M. Greenleaf. 34° *Fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus*, par M. Duer. 34° *Épidémie de fièvre jaune*, par M. Horner.

SUR LA THORACENTÈSE; RÉSUMÉ D'UNE PRATIQUE DE DOUZE ANS; par le docteur H. I. BOWDITCH. (Communication à la Société médicale d'observation de Boston.)

Depuis le mois d'avril 1850 à décembre 1861, M. Bowditch a fait 150 thoracentèses chez 75 malades. Il a assisté en outre à 10 thoracentèses faites par d'autres médecins. C'est sur cet ensemble de 160 faits que son travail repose.

M. Bowditch emploie le procédé de thoracentèse imaginé par M. Wyman, qui se sert du trocart explorateur et d'une pompe aspirante.

Jamais, dit l'auteur, je n'ai vu la thoracentèse avoir la moindre conséquence fâcheuse permanente; elle a seulement occasionné par-

fois des accidents momentanés très-légers, tels que de la douleur, une légère dyspnée, de la toux, etc.

Chez une malade, l'opération a été répétée neuf fois dans l'espace de huit mois et demi. Lors de la première thoracentèse, cette femme était enceinte de quatre mois et demi; elle avait eu à plusieurs reprises des accès d'orthopnée tels, que la mort serait très-probablement survenue dans les vingt-quatre heures si l'on n'avait pas opéré. La santé de cette femme s'est assez bien rétablie, sa poitrine est seulement fortement rétrécie, ainsi qu'il arrive presque toujours à la suite des pleurésies chroniques.

Chez un homme assez avancé en âge, la thoracentèse a été faite huit fois dans l'espace de six semaines.

Sur les 75 malades, il en est 29 chez lesquels la santé s'est complétement rétablie à la suite de la thoracentèse. L'opération avait été faite généralement quand des symptômes urgents la réclamaient. Chez quelques sujets cependant on a opéré en l'absence de signes fonctionnels graves, et en raison de l'abondance et de l'ancienneté de l'épanchement. Dans tous ces cas, la marche favorable de la maladie vers la guérison a paru dater de l'époque de la ponction.

Chez 26 malades, l'épanchement était purement séreux. Ce groupe a fourni 21 guérisons complètes. Six fois l'épanchement, séreux d'abord, est devenu plus tard purulent, 4 de ces malades sont morts, et les 2 autres allaient très-mal quand on les a perdus de vue.

Chez 24 malades l'épanchement était purulent au moment de la première ponction; dans un de ces cas, il avait la consistance du miel; malgré cette circonstance, il fut extrait facilement par le procédé indiqué. Parmi les malades de cette série, 7 furent guéris, 7 succombèrent. Chez les autres, l'opération a produit un effet palliatif une ou plusieurs fois, mais la plupart moururent phthisiques après une longue maladie, ou bien gardèrent une fistule.

La présence d'un épanchement sanguinolent au moment de la première ponction, observée 7 fois, se rattachait à une dégénérescence cancéreuse de la plèvre ou du poumon chez 6 sujets qui succombèrent. Le dernier sujet allait fort mal quand le travail de M. Bowditch a été publié. Le caractère sanguinolent de l'épanchement est, par conséquent, d'un pronostic très-grave quand on l'observe dès la première ponction; mais il n'en est nullement ainsi quand il ne se montre qu'après une ou plusieurs ponctions.

Dans trois cas, l'épanchement était formé par un liquide à la fois purulent et sanglant. Les 3 malades succombèrent.

Chez un malade l'épanchement avait une fétidité gangréneuse. La ponction fit cesser l'horrible dyspnée que le malade éprouvait, et qui ne se reproduisit pas. Ce malade succomba dans un état adynamique. A l'autopsie, on trouva un état gangréneux de la plèvre.

M. Bowditch a fait la thoracentèse une fois chez un sujet atteint de pneumothorax; l'opération a notablement soulagé le malade, et cette amélioration a persisté pendant plusieurs jours. L'emploi de la thoracentèse dans un cas de ce genre, ajoute l'auteur, peut soulever beaucoup d'objections théoriques, mais la ponction ne peut faire aucun mal, elle peut amener un soulagement considérable, et je n'hésiterais pas à y recourir de nouveau dans un cas où une dyspnée considérable la réclamerait.

Dans 7 cas le trocart n'a pas rencontré de liquide. Ce cas s'est présenté surtout dans les premiers temps de la pratique de l'auteur, à une époque où il avait l'habitude d'enfoncer le trocart très-lentement; il est probable qu'en opérant ainsi on a plus d'une fois décollé des fausses membranes qui ont coiffé la canule et empêché l'écoulement du liquide. Quelques erreurs de diagnostic ont aussi été commises probablement.

Dans 25 cas seulement, le côté qui occupait la pleurésie a été noté; 14 fois elle siégeait à droite et 11 fois à gauche. Sur les 14 premiers cas, il y en a un seul dans lequel la présence de tubercules dans le poumon est mentionné, ce sujet fut guéri de sa pleurésie. Dans ce groupe, il y eut 4 décès, 9 guérisons complètes et un résultat douteux. Pour les cas où la pleurésie siégeait à gauche, 5 décès, 4 guérisons, 2 résultats douteux.

Les thoracentèses du côté droit ont, par conséquent, donné des résultats beaucoup plus favorables que celles du côté gauche; aussi M. Bowditch pense-t-il qu'on a beaucoup exagéré en affirmant que la pleurésie droite est toujours symptomatique de tubercules pulmonaires.

M. Bowditch fait ordinairement la ponction dans le neuvième espace intercostal, sur le trajet d'une verticale abaissée de l'angle de l'omoplate.

Dans les cas de pleurésie purulente, M. Bowditch n'attend pas, pour recourir à la thoracentèse, que l'épanchement tende à se faire jour au dehors; lorsqu'il en est ainsi, c'est encore le point le plus déclive qu'il considère comme étant le lieu d'élection.

Trachéotomies faites pour l'extraction de corps étrangers des voies aériennes; par le docteur Walter (de Pittsburg.)

Les observations rapportées par M. Walter sont au nombre de sept. Dans six, l'opération a été suivie de l'extraction du corps étranger et de la guérison du malade. Chez le malade qui succomba, la trachéotomie n'a été faite que six semaines après la pénétration du corps étranger, alors qu'une pneumonie purulente ne laissait plus guère d'espoir. Le corps étranger, implanté dans la bronche gauche, où il était maintenu par le gonflement des parties, ne put être extrait.

Ces faits se joignent à ceux que possède la science pour montrer l'innocuité de la trachéotomie faite dans de bonnes conditions, et la nécessité de ne pas tarder, quand il s'agit d'un corps étranger des voies aériennes que les moyens non sanglants n'ont pu déloger.

Sur la présence de la cholestérine et de la séroline dans diverses sécrétions normales; par le docteur H. Salisbury.

Dans un travail dont nous avons rendu compte précédemment, M. Flint avait exposé les résultats de ses recherches sur le rôle physiologique de la cholestérine qu'il considère comme étant principalement produite dans le système nerveux et éliminé, à titre de déchet, dans la bile. M. Salisbury a fait des recherches analogues, dont il résume les résultats comme suit:

La cholestérine existe en grande quantité dans les œufs de l'espèce humaine et des animaux.

La cholestérine, et surtout la séroline, entrent pour une large part dans la composition du sperme humain.

La salive ne soutient pas la séroline, mais elle est riche en cholestérine.

L'urine normale ne contient ni séroline ni cholestérine.

Dans les urines ictériques, on trouve beaucoup de cholestérine et une petite quantité de séroline. Il est probable que les reins sécrètent ces deux substances toutes les fois que le foie cesse de les éliminer.

Le liquide exhalé par les muqueuses fortement congestionnées ou enflammées contient de la cholestérine, de même que le liquide de l'ascite, du spina-bifida, les larmes.

Le colostrum contient beaucoup de cholestérine. On n'y a pas trouvé de séroline, tandis que ces substances existent toutes deux dans le lait après la naissance de l'enfant et jusqu'au sevrage.

Le lait de vache contient une grande quantité de cholestérine et de séroline. On trouve ces deux corps dans le beurre et la graisse de bœuf et de porc.

La cholestérine et la séroline sont sécrétées en grande quantité par les glandes sudoripares pendant le stade de sueur des fièvres intermittentes. La sueur normale contient du reste de la cholestérine.

La cholestérine apparaît en quantité plus ou moins considérable dans l'urine, dans la fièvre intermittente, la variole, la diphthérie, la fièvre typhoïde, le diabète.

Il résulte donc de ces divers faits que l'élimination de la cholestérine n'est pas confiée exclusivement au foie; mais on ne saurait en conclure jusqu'alors que le système nerveux n'est pas la vraie source de la cholestérine, puisque l'homme ingère toujours de la cholestérine avec ses aliments azotés.

Sur l'emploi de la poussière d'or et de la limaille de fer comme antidote du sublimé corrosif; par le docteur Chr. Johnston.

On comprend sans peine la réaction que l'on se propose d'obtenir à l'aide de ce procédé; il doit se former un amalgame d'or et de mercure d'une part et de perchlorure de fer de l'autre. C'est un moyen de traitement qui a été d'abord proposé en Amérique par M. Buckler, qui a fait à ce sujet de nombreuses expériences sur des animaux. M. Johnston a eu le courage de l'employer une fois chez un homme qui avait avalé environ 3 grammes de sublimé corrosif. La guérison fut obtenue, précédée seulement d'une salivation énergique qui semblerait prouver au moins que l'amalgame d'or et de mercure n'est pas un corps inerte dans le tube digestif. Il faut du reste observer que chez l'individu dont il s'agit les vomissements avaient été très-fré-

quents à la suite de l'ingestion du poison, et que très-peu de temps après on avaitadministré du lait et du blanc d'œuf, circonstances qui, selon nous, ôtent à l'observation de M. Johnston toute signification précise.

Luxation de la tête du péroné; par M. Richardson, médecin de l'hôpital de Pennsylvanie.

La luxation de l'extrémité supérieure du péroné a été observée, dans ce cas, chez un garçon âgé de 9 ans. Elle paraissait s'être produite pendant que ce garçon, en sautant en bas d'un mur haut de 6 pieds, s'était heurté le côté externe du genou contre un obstacle. Les signes suivants ont été notés par l'auteur : la jambe était dans la demi-flexion, le pied légèrement dévié en debors. L'extension et les flexions complètes de la jambe étaient impossibles. On observait une saillie anormale au côté externe et postérieur de la jambe, environ 3/4 de pouce en arrière du point où la tête du péroné se trouve à l'état normal; on constatait distinctement qu'à cette saillie venait s'insérer le tendon du biceps, qui était fortement tendu, et offrait de temps en temps des contractions spasmodiques. La réduction fut obtenue facilement par quelques manipulations ayant pour effet de ramener la tête du péroné en avant, et le péroné ne montra aucune tendance à se déplacer de nouveau.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

Sur la nature de la fièvre jaune; par M. Guyon.

Quelle est la nature de la maladie connue sous le nom de *fièvre jaune?* Et, d'abord, disons tout de suite que pour nous, comme pour bien d'autres, la fièvre en général n'est point une maladie, mais seulement un signe, un symptôme de maladie, signe ou symptôme qui pourrait être défini l'appareil, le *consensus* des forces déployées par la nature pour repousser, expulser de l'organisation (réaction des organes, réaction organique) la cause morbide.

Cette cause, dans la fièvre jaune, est pour nous une *intoxication du sang par un agent extérieur ou aériforme*.

Il peut arriver que, aussitôt après avoir été touchée par l'intoxicatioo, cette intoxication ayant une certaine puissance, l'organisation s'affaisse, pour ainsi dire, sur elle-même pour ne plus se relever; mais ces cas sont rares, peut-être pas dans la proportion de 3 ou 4 sur 100 dans tout le cours d'une épidémie. A part les cas où les malades tombent comme foudroyés, la nature ne pouvant réagir, une réaction surgit, réaction toujours plus ou moins vive, plus ou moins intense. Cette réaction, après une courte durée, ou triomphe du mal (et de là, tantôt d'abondantes diaphorèses, tantôt d'abondantes diarrhées), ou succombe sous ses propres efforts; ou bien encore, soit que les forces conservatrices aient plus de puissance, soit que la cause morbide ait moins d'action, elle se relève avec une nouvelle énergie, et puis alors, après une durée environ double de la première, de deux choses l'une : ou elle tombe et disparait sons les efforts de cette même énergie, ou elle se continue sous forme rémittente.

D'où résulte qu'on pourrait admettre, ce que nons admettons ici, trois formes de fièvre jaune, savoir :

1° Une fièvre jaune hémorragique qui n'est autre que la fièvre jaune proprement dite, la fièvre jaune ordinaire;

2° Une fièvre jaune phlegmasique aiguë ou continue;

3° Une fièvre jaune phlegmasique chronique ou rémittente.

Ces trois formes de fièvre jaune sont caractérisées, comme déjà leur dénomination l'indique assez, par des phénomènes hien distincts, ainsi qu'il résulte de l'exposition que nous allons en faire.

Fièvre jaune hémorragique, ou fièvre jaune proprement dite, fièvre jaune ordinaire. — Durée de deux, trois à quatre jours; corps pas ou très-peu émacié au terme de la maladie.

Phénomènes morbides, lésions organiques. — Réaction ou fièvre plus ou moins intense, avec des rémissions incomplètes, à moins d'une tendance à une solution heureuse; fièvre à laquelle succède l'entière résolution des forces, le vomissement noir, la suppression des urines, une teinte plombée ou jaune plombé de la peau (le jaune succédant à l'ecchymose) et de tons les tissus, des hémorragies muqueuses et cutanées, des exsudations et infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire, dans celui des cavités et dans celui de la périphérie du corps.

Observation.— A cette forme de fièvre jaune, la fièvre jaune hémorragique ou fièvre jaune proprement dite, se rapportent la plupart des descriptions que nous possédons sur la fièvre jaune en général.

Fièvre jaune phlegmasique aiguë ou continue. Durée de cinq, six à sept jours; corps très-peu émacié au terme de la maladie

Phénomènes morbides, lésions organiques.— Réaction ou fièvre des plus iotenses, des plus tumultueuses, sans rémissions; respiration pénible, laborieuse; anxiété extrême, souffrance inexprimable, grincement de dents, délire, exquise sensibilité de l'épigastre à la moindre pression; puis, à la chute de la réaction ou fièvre, point d'hémorragie ni de vomissement noir par conséquent (la matière noire du vomissement étant le produit d'une exudation sanguine); des phlegmasies muqueuses, avec épaississement de la membrane phlegmasiée et augmentation de son mucus.

Observation.— A cette forme de fièvre jaune, la fièvre jaune phlegmasique aiguë ou continue, se rapporte tout ce que dit Dubreuil de la fièvre jaune en général. On sait que pour ce médecin, fort habile anatomiste, la fièvre jaune était une sorte de gastrite, une gastrite maligne, *sui generis*, sans rapport aucun avec les fièvres dites alors *fièvres essentielles* (*Mémoire sur la fièvre jaune*, par le docteur Duhreuil, dans le *Journal universel des sciences médicales*, 2e année, t. VIII, p. 317-335).

Fièvre jaune phlegmasique chronique ou rémittente. —Durée de quatorze à vingt jours; corps plus ou moins émacié au terme de la maladie.

Phénomènes morbides, lésions organiques.— Réaction ou fièvre moins intense que dans les deux précédentes formes de fièvre jaune; rémission matin et soir, toujours plus prononcée le matin. Les urines coulent, jamais de vomissement noir, ictère de la peau et de tous les autres tissus, urine safranée sur la fin de la maladie; des phlegmasies muqueuses, avec induration de la membrane phlegmasiée, épaississement et tendance membraniforme de son mucus, et des phlegmasies cellulo-cutanées, avec suppuration des parties phlegmasiées.

Observation. — A cette forme de fièvre jaune, la fièvre jaune phlegmasique chronique ou rémittente, se ratachent les descriptions de la fièvre rémittente hilieuse, sporadique et épidémique; mais il importe de faire remarquer qu'il ne saurait être question ici que des cas de fièvre jaune phlegmasique chronique ou rémittente régnant simultanément dans une même épidémie, avec des cas des deux autres formes de la maladie.

(Aux trois formes de fièvre jaune que nous venons d'exposer, se rattachent des états particuliers et fort remarquables du foie, mais dont nous ne pouvions tenir compte dans notre travail.)

Maintenant, que conclure, au point de vue de la nature de la fièvre jaune, des phénomènes constituant les trois formes sous lesquelles elle se présente?

Les plus saillants, les plus importants de ces phénomènes, ceux qui dominent tous les autres, sont l'hémorragie dans la fièvre jaune ordinaire ou fièvre jaune hemorragique, et la phlegmasie des deux antres, les fièvres jaunes phlegmasiques aiguë et chronique.

L'hémorragie et la phlegmasie se développent sons l'influence d'une action commune, la réaction ou fièvre dont le but véritable, dans la maladie dont nous parlons, est évidemment la phlegmasie, l'hémorragie n'étant, pour tous les pathologistes, qu'une inflammation avortée.

Or la phlegmasie est également le but véritable de la réaction ou fièvre constituant les premiers phénomènes des maladies éruptives (variole, rougeole, scarlatine), maladies avec lesquelles la fièvre jaune nous paraît avoir une grande analogie. Seulement, dans la fièvre jaune, la phlegmasie serait plutôt interne qu'externe, à moins qu'on ne veuille considérer la phlegmasie externe, dans la fièvre jaune chronique, comme le produit du complément des efforts développés par la nature dans la fièvre jaune en géoéral. La fièvre jaune phlegmasique chronique serait alors la fièvre jaune ayant parcouru toutes ses phases, ayant accompli tout son cours; elle serait alors, en regard des deux autres formes, celle qui représenterait, dans son plus grand développement, la fièvre jaune en général.

L'analogie qui nous paraît exister entre la fièvre jaune et les fièvres ou maladies éruptives, ne se bornerait pas à leurs phénomènes constitutifs: elle s'étendrait à leur double mode de développement, à leur développement spontané, c'est-à-dire sous l'influence d'une constitution atmosphérique particulière, *sui generis*, à chacune d'elles, et à leur mode de développement par transmission, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une atmosphère contaminée par des malades qui en sont atteints. Et, en effet, dans les lieux qui en sont la patrie, la fièvre jaune se développe spontanément tous les jours, et sa transmission loin de ces lieux, par une atmosphère contaminée par des malades qui en viennent, paraît établie par les faits qui s'offrent de temps à autre en Europe, et dont les derniers ont plus particulièrement appelé l'attention de la médecine française : nous voulons parler des faits observés à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure), au mois d'août 1861, et fournis par *l'Anne-Marie*, navire venant de la Havane (*Gazette Médicale de Paris*, année 1863, p. 274, 299, 326 et 338).

Sur l'application de la dialyse a la recherche des alcaloïdes; nouveau caractère de la digitaline; note de M. L. Grandeau, présentée par M. Cl. Bernard.

Les belles recherches de M. Graham sur la diffusion moléculaire ont doté l'analyse chimique de procédés précieux pour la séparation de certains corps. La toxicologie et la chimie physiologique en particulier tireront un grand profit des méthodes de dialyse imaginées par le savant anglais.

Je poursuis dans cette voie, depuis quelques mois, au laboratoire de médecine du Collége de France, des études dont je demande à l'Académie la permission de lui communiquer les premiers résultats, afin de me réserver la possibilité de continuer ces recherches longues et assez délicates.

M. Graham a fait voir qu'on peut, à l'aide de la dialyse, déceler de très-petites quantités de certains poisons, notamment d'acide arsénieux et de strychnine, mélangées à des matières organiques de diverse nature. J'ai de mon côté expérimenté déjà sur la morphine, la brucine et la digitaline.

1° *Dialyse de la digitaline.* — On place dans le dialyseur 100 centimètres cubes d'eau distillée tenant en dissolution 0gr,01 de digitaline pure. Après vingt-quatre heures, on suspend la dialyse; le liquide contenu dans le vase extérieur est évaporé avec précaution, à siccité, dans une capsule de platine tarée. Il laisse un résidu pesant exactement 0gr,01, doué d'une saveur amère et présentant les caractères de la digitaline, caractères sur lesquels je reviendrai tout à l'heure.

La liqueur restant dans le dialyseur est également évaporée à siccité dans un vase de platine taré: elle se volatilise sans laisser de résidu; toute la digitaline a donc passé dans le liquide dialysé.

2° *Dialyse d'urine contenant 0gr,01 de digitaline.* — Dans 45 centimètres cubes d'urine normale, fraîche, on verse 2 centimètres cubes d'une solution contenant 0gr,50 de digitaline pour 100 centimètres cubes d'eau; après dix-huit heures on suspend la dialyse et l'on évapore à siccité le liquide du vase extérieur (environ 300 centimètres cubes). Le résidu à peine coloré, est repris par l'alcool; la solution alcoolique, évaporée à sec, présente tous les caractères de la digitaline avec autant de netteté que le résidu de 2 centimètres cubes de la dissolution normale de digitaline. Le contenu du dialyseur est évaporé à part; le résidu est brun; on le reprend par l'alcool à 95 degrés; la solution verdâtre ainsi obtenue fournit des réactions qui décèlent la présence de traces de digitaline. La dialyse n'avait donc pas été complète.

3° *Dialyse de morphine, brucine et digitaline, mélangées à des matières animales.* — On prend l'estomac et les intestins d'un chien (quelques heures après la mort); on les fait macérer dans de l'eau à 25 ou 30 degrés pendant deux heures environ; on filtre sur une toile le liquide jaunâtre, très-odorant, résultant de ce traitement. On en fait quatre parts de 250 centimètres cubes chacune; à la première on ajoute 0gr,04 de digitaline; à la deuxième 0gr,02 de brucine; à la troisième 0gr,02 de chlorhydrate de morphine! on laisse la quatrième intacte; on soumet séparément à la dialyse ces quatre liqueurs. Après vingt-quatre heures on évapore avec soin les liquides contenus dans les vases extérieurs; les résidus obtenus sont repris respectivement par l'alcool, pour séparer les sels minéraux (sels de soude, de chaux, etc.) qui ont été dialysés. Les réactifs ordinaires de la brucine (acide azotique) et de la morphine (acide azotique, perchlorure de fer) décèlent de la façon la plus nette la présence de ces alcaloïdes dans les résidus des liqueurs alcooliques. La digitaline se retrouve également bien dans l'eau du premier vase. Quant au résidu de l'évaporation de la partie du liquide à laquelle on n'avait ajouté aucun alcali végétal, il est séparé en plusieurs parts et essayé avec les réactifs employés pour reconnaître la brucine, la morphine et la digitaline. Cette expérience avait pour but de s'assurer que les matières animales auxquelles on avait ajouté les substances vénéneuses ne fournissaient pas par elles-mêmes avec les réactifs des colorations propres à induire en erreur. Le résultat de ce contrôle ne laisse aucun doute sur la valeur de la dialyse appliquée aux recherches de ce genre.

J'ai dû, dans le courant de cette étude préliminaire, chercher une réaction caractéristique, autant que possible, de la digitaline. On ne connaît jusqu'ici, comme réaction chimique propre à distinguer la digitaline des autres poisons végétaux, que la coloration verte qu'on obtient en dissolvant cette substance dans l'acide chlorhydrique concentré. Cette réaction, comme on l'a fait remarquer, ne saurait être un indice certain de la présence de la digitaline, car plusieurs matières organiques colorent également en vert l'acide chlorhydrique concentré. L'action successive de l'acide sulfurique et des vapeurs de brome me paraît, jusqu'ici, caractériser la digitaline, même à de très-faibles doses. La digitaline pure se colore en brun, *terre de Sienne*, au contact de l'acide concentré; cette coloration passe au rouge vineux au bout de quelque temps; l'addition d'eau la fait virer immédiatement au vert sale. Lorsque, au lieu d'opérer sur un centigramme, par exemple, de digitaline solide et n'ayant encore été en contact avec aucun liquide, on soumet à l'action de l'acide sulfurique le résidu de l'évaporation de quelques gouttes d'une solution étendue de digitaline, la coloration, au lieu d'être brune, est rouge brun plus ou moins foncé, suivant la quantité de substance employée. Pour de très-faibles doses de digitaline (0gr,0005 par exemple), la coloration est rose, couleur de fleur de digitale. Lorsqu'on expose aux vapeurs de brome la digitaline humectée d'acide sulfurique, le mélange se colore instantanément en violet, dont la teinte varie du *violet pensée* le plus foncé au *violet mauve*, suivant qu'on a affaire à plus ou moins de digitaline. La coloration manifestée par l'acide sulfurique et modifiée par les vapeurs de brome est des plus nettes avec le résidu de l'évaporation de 1 centimètre cube d'eau contenant 0gr,005 de digitaline: elle est très-nette encore avec 0gr,0005 de cette substance vénéneuse. On peut la constater même avec des traces plus faibles de digitaline. Aucune des substances suivantes, que j'ai soumises à la même réaction, ne m'a présenté ce caractère: morphine, narcotine, codéine, narcéine, strychnine, brucine, atropine, solanine, salicine, santnine, vératrine, phloridzine, daturine, amigdaline, asparagine, canharidine, caféine. Je ferai en outre remarquer que la dialyse, et c'est là son grand avantage, permet de séparer des substances animales auxquelles on les mélange, les poisons végétaux dans un état de pureté assez grand pour qu'il soit possible d'en examiner aisément les principaux caractères.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 JUIN 1864. — PRÉSIDENCE DE M. MALGAIGNE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Gers, de Maine-et-Loire, des Hautes-Pyrénées, de la Seine-Inférieure et de Seine-et-Oise. (Com. des épidémies.)

M. le ministre de l'instruction publique transmet un travail de M. le docteur Martenot (de Cordoux), relatif à l'action du feu sur les cadavres comme moyen certain de reconnaître la mort réelle. (Com. M. Vernois.)

M. Larrey fait hommage à l'Académie de plusieurs brochures qu'il vient de publier.

M. Gavarret présente, au nom de MM. Dechambre et Vulpian, une note sur la production des bruits anormaux du cœur dans les cas d'anémie.

M. Velpeau, au nom de M. Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, communique une observation de paralysie du bras, consécutive à une fracture consolidée. M. Ollier pensa que cette paralysie était due à l'emprisonnement du nerf médian dans un cal difforme; il dégagea ce nerf au moyen de la gouge et du maillet, et la paralysie cessa.

DIGITALINE.

M. Jules Lefort lit un travail intitulé: *Etudes chimiques et toxicologiques sur la digitaline*, dont voici les conclusions:

1° En France, la médecine emploie deux espèces de digitaline possédant des propriétés physiques et chimiques notablement différentes: l'une, dite allemande ou soluble; l'autre, dite française ou insoluble;

2° La digitaline soluble se colore plus lentement et moins fortement en vert par l'acide chlorhydrique que la digitaline insoluble;

3° Le gaz chlorhydrique colore en vert foncé la digitaline insoluble et en brun foncé la digitaline soluble;

4° Ce même gaz acide développe avec la digitaline insoluble l'odeur spéciale de la poudre ou de la teinture alcoolique de digitale; avec la digitaline soluble, ce caractère est moins appréciable;

5° Au microscope, la digitaline soluble laisse apercevoir des vestiges de cristaux sous formes déterminées, et la digitaline insoluble, un magma opaque utriculaire représentant un mélange de deux substances au moins;

6° La digitaline soluble paraît être un produit mieux défini et plus pur que la digitaline insoluble;

7° Le principe qui se colore en vert par l'acide chlorhydrique paraît être indépendant de la digitaline elle-même, soit soluble, soit insoluble; il est sans doute volatil et le même qui communique à la digitale son odeur spéciale;

8° Les deux espèces de digitaline, dissoutes dans l'eau et dans l'alcool, traversent les membranes colloïdales, et peuvent être séparées par la voie dialytique des matières qui les renferment naturellement ou accidentellement;

9° L'amertume de la digitaline soluble et de la digitaline insoluble, leur coloration par l'acide chlorhydrique, et l'odeur de digitale qu'elles répandent par le gaz chlorhydrique, sont des caractères suffisants pour permettre d'affirmer leur présence dans les matières qui les contiennent en proportion un peu notable. (Comm.: MM. Tardieu et Poggiale.)

— M. Depaul, au nom de la commission de vaccine, soumet à l'approbation de l'Académie le projet d'une lettre adressée au ministre des

travaux publics, de l'agriculture et du commerce, en réponse à deux dépêches du préfet des Basses-Pyrénées, par lesquelles ce fonctionnaire réclame contre les distributions des récompenses accordées par l'Académie, aux médecins-vaccinateurs de son département, pour l'année 1862.

M. le rapporteur, dans ce projet de lettre, maintient les droits de l'Académie, justifie, par des preuves à l'appui, les conclusions du rapport officiel de la commission de vaccine, notamment en ce qui concerne M. Honrsolle, et montre que, en général, l'Académie est seule compétente pour adresser à M. le ministre des propositions motivées de récompense.

La rédaction de cette lettre est adoptée à l'unanimité par l'Académie.

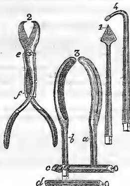
EMBRYOTOMIE.

M. Mattei lit une note sur de nouveaux instruments destinés à opérer l'*embryotomie*.

Après avoir jeté un coup d'œil historique sur l'embryotomie et sur les nombreux instruments qu'on a employés à cet usage, M. Mattei indique les inconvénients de ceux dont on se sert aujourd'hui, et en présente de nouveaux.

Il résume son travail de la manière suivante :

1° Mes instruments permettent de perforer la tête de l'enfant avec un *perce-crâne* plus simple (fig. 1) que les trépans, les forêts et les ciseaux ;



2° Que la tête une fois perforée, je détruis, avec mon endotôme (fig. 2), la base du crâne, qui est la partie la plus résistante ; chose que ne font pas ou que font mal tous les instruments qu'on a proposés jusqu'ici ;

3° Que la tête une fois ouverte et la base du crâne détruite, je saisis, avec mon forceps modifié *ad hoc* (fig. 3), cette tête d'une manière bien plus solide qu'avec le céphalotribe ou tout autre instrument destiné à cet usage ;

4° Que pour diviser le cou, le tronc ou les membres de l'enfant, lorsque la chose est nécessaire, je n'ai pas besoin d'une foule d'instruments qu'on a proposés, plus compliqués ou dangereux les uns que les autres. Mon endotôme me permet de faire ces opérations de la manière la plus prompte et la plus sûre.

Cet instrument pourra même servir aux resections osseuses et à d'autres opérations chirurgicales.

5° Que, pour les cas où j'ai besoin d'un crochet pointu ou mousse (fig. 4), je le monte sur le manche du forceps, comme je le fais pour le perforateur. Enfin, pour les cas où j'ai besoin d'une pince, j'en ai fait faire une à branches séparables, comme le cranioclaste de M. Simpson, mais plus petit, pinçant bien du bout, et nullement faite pour écraser les os ;

6° Que, avec ces instruments, j'espère pouvoir effectuer l'embryotomie, même dans des rétrécissements au-dessous de 5 centimètres 1/2, ce qui est diminuer d'autant le champ funeste de l'opération césarienne ;

7° Enfin, que tout l'attirail instrumental de l'embryotomie se trouve ainsi réduit à cinq instruments qu'on peut placer dans une trousse longue de 32 centimètres et large de 12. (Comm. : MM. Devillers et Jacquemier.)

SUR LE BASSIN CONSIDÉRÉ DANS LES RACES HUMAINES.

M. le docteur Joulin lit un mémoire *sur le bassin considéré dans les races humaines*, dont voici les conclusions :

1° Les traits les plus importants qui ont été signalés comme caractérisant les races nègre et mongole n'existent pas.

2° Les différences légères qui s'observent sur le pelvis des trois races humaines n'ont rien de véritablement caractéristique. Elles apparaissent seulement lorsque la comparaison porte sur un certain nombre de sujets, mais elles ne sont pas assez tranchées pour qu'un bassin isolé leur emprunte une caractéristique évidente.

3° Les races mongole et nègre présentent dans la conformation du bassin une *identité* qui ne permet pas de les distinguer. Si donc, par l'examen du crâne, on doit diviser le *genre homme* en trois races principales, l'examen pelvis ne fournit que deux groupes. Dans le premier, je place la race aryenne et caucasienne; dans le second, la mongole et la nègre.

4° Dans toutes les races humaines, contrairement à ce qu'on a dit, le diamètre transversal du détroit supérieur est plus grand que l'antéro-postérieur.

5° Dans le bassin de la négresse et de la mongole, le diamètre oblique du détroit supérieur ne diffère du transverse que de quelques millimètres. Chez l'aryenne, la différence est d'un millimètre et demi.

6° La verticalité des ilions est plus prononcée chez la mongole et la négresse que chez l'aryenne.

7° Dans les races, la direction plus ou moins verticale des ilions ne concorde pas avec la forme du crâne, mais avec celle de la poitrine. Chez le nègre *dolichocephal* et le mongol *brachicephal*, les fosses iliaques ont la même direction, parce que la conformation thoracique est la même.

8° Dans les races mongoliques et nègres, on peut presque toujours constater la transparence des fosses iliaques, mais elle est moindre en général que chez l'aryenne;

9° Le point le plus élevé de la crête iliaque est situé dans les trois races à sa partie moyenne.

10° Il n'est point exact de dire que, dans la race nègre, le crête iliaque atteigne constamment un point plus élevé des vertèbres lombaires que chez l'aryenne, seulement les variations dans le degré d'élévation sont plus fréquentes et plus notables que chez cette dernière. Sous ce rapport, comme sous tous les autres, la mongole ressemble à la négresse.

11° Les bassins des races jaunes et nègres ont une capacité moindre que ceux de la race blanche; ils sont moins profonds et l'arcade pubienne est plus large de quelques degrés.

12° Il n'existe aucune corrélation entre la forme de la tête et du pelvis. Les légères différences que j'ai signalées comme séparant le bassin de l'aryenne de celui des deux autres races, et qui sont communes à ces dernières, le prouve d'une manière évidente.

Ces conclusions sont basées sur l'examen et la notation de tous les diamètres de dix-sept bassins de négresses et de neuf de mongoles, qui sont consignés dans deux tableaux annexés au mémoire.

—L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR.

M. Bouillaud : Messieurs, il peut paraître étonnant qu'on fasse durer si longtemps une discussion lorsqu'il ne s'agit simplement que de constater les mouvements d'un organe déterminé. Il semble qu'il suffit d'avoir des yeux et des oreilles pour juger cette question, et pourtant il y a plus de deux cents ans qu'on s'en occupe, et malgré tout ce qui a été dit d'étoquent à cette tribune, M. Beau ne parait pas près de lâcher pied. M. Beau est seul de son avis, seul contre tous : il faut bien l'avouer, c'est là une situation intéressante, dramatique, je dirai même enviable ; oui, j'aurais du plaisir à combattre du côté de M. Beau, car enfin

A vaincre sans péril on triomphe sans gloire.

M. Beau est donc seul, ou peu s'en faut : combien en connaissez-vous qui se soient enrôlés sons le même drapeau?

Il en est jusqu'à trois que je pourrais citer :

l'un est mort, c'était Valleix; les deux autres sont MM. Hardy et Béhier.

Monsieur Valleix est mort, laissons en paix sa cendre...

mais je ne sais s'il soutiendrait encore aujourd'hui cette opinion; quant à MM. Hardy et Béhier je crains qu'ils n'aient un peu abandonné la théorie en question. Je doute qu'il y ait encore quelques partisans; dans tous les cas

Le reste ne vaut pas l'honneur d'être nommé.

Si M. Beau voulait s'avouer vaincu, je descendrais volontiers de cette tribune; mais non, M. Beau ne veut pas rendre son épée. Nous avons employé tous les tous, le plaisant et le sévère, Molière à côté de Harvey; M. Beau résiste à tout, il se moque de Harvey et de Molière : il faut donc continuer de combattre.

Et d'abord, je regrette avec M. Gavarret que M. Beau, quand il cite, ne reproduise pas fidèlement les arguments et les interprétations de ses

adversaires. Ainsi, il m'accuse de contester les mouvements des oreillettes, et à cela je ne puis mieux répondre qu'en lisant quelques passages de mon *Traité des maladies du cœur* pour prouver que j'ai au contraire parfaitement admis ces mouvements (M. Bouillaud donne lecture de plusieurs citations à l'appui), seulement j'ai dit que leurs contractions étaient moins fortes que celle des ventricules.

M. Beau : Mais si vous admettez la contraction des oreillettes, vous êtes en contradiction avec vous-même.

M. le Président invite M. Beau à ne pas interrompre l'orateur.

M. Bouillaud : J'avais prévu l'objection ; aussi ai-je dit que l'oreillette joue plus simplement le rôle de réservoir. Quant à l'immobilité des oreillettes que M. Beau me fait admettre gratuitement, je défie mon honorable contradicteur de trouver un seul passage dans tous mes ouvrages où je soutienne cette opinion.

Mais arrivons au fond même de la question.

Lorsqu'on examine ce qui se passe chez un homme dont la poitrine est à nu, on observe un mouvement de propulsion et de retrait ; en appliquant l'oreille, on entend un tic tac, puis un silence, et toujours la même chose. On admet généralement que le premier mouvement est dû à la systole ventriculaire, et le second correspond à la diastole. Il suffit d'ouvrir les yeux pour se rendre compte du phénomène. M. Beau renverse l'ordre de choses établi : ainsi, pour lui, le premier mouvement est produit par la systole auriculaire, et, par conséquent, par la diastole ventriculaire. Si nous examinons le fait au point de vue de la mécanique, nous allons voir qu'il est impossible qu'il en soit ainsi. En effet, pour que le premier mouvement et le premier bruit, qui sont plus importants que les seconds, soient produits comme le veut M. Beau, il faudrait que la partie du cœur qui leur donne naissance fût aussi la plus importante. Or c'est ce qu'il est impossible d'admettre.

Je vous ai déjà montré, Messieurs, dans la dernière séance, plusieurs cœurs d'animaux de diverses capacités, et vous avez vu constamment quel rapport il y avait entre les oreillettes et les ventricules. Aujourd'hui, je vous présente un cœur de l'espèce humaine et vous pouvez juger si les oreillettes en forment la partie principale. L'anatomie se révolte donc contre la théorie de M. Beau.

Passons à la physiologie. Ici, je voudrais, comme un autre Prométhée, pouvoir animer ce cœur qui est devant vos yeux : mais je n'ai pas cette puissance ; aussi je vous ai montré dans la dernière séance un cœur vivant, un cœur hypertrophié battant fortement, et sur lequel on pouvait très-facilement étudier la question physiologique. Aujourd'hui il me suffira de vous rappeler et de vous citer le texte du procès-verbal des expériences instituées par la Commission académique chargée de faire un rapport sur les travaux de MM. Marey et Chauveau : la poitrine d'un cheval étant ouverte, on voit le ventricule se contracter et bondir, tandis que les oreillettes offrent à peine de faibles mouvements de vibration ; si l'on incise la pointe du cœur, on voit jaillir un jet de sang à chaque mouvement de systole ventriculaire ; de plus le levier cardiographe montre un isochronisme parfait des pulsations de l'aorte avec le choc de la pointe du cœur, etc., etc.

Ainsi donc, sous le double rapport de l'anatomie et de la physiologie, la théorie de M. Beau est, s'il ne veut pas que je dise *monstrueuse*, du moins fausse..., je pourrais dire plus.

Nous n'en n'avons pas fini avec la physiologie ; après l'étude des mouvements, passons à celle des bruits. Que M. Beau en soit encore après trente ans, à soutenir la même théorie au sujet des bruits du cœur, c'est ce qui me paraît tout à fait incroyable. Et pourtant cela est ainsi ; oui, pour M. Beau, le premier bruit est produit par la contraction des oreillettes lançant une ondée sanguine dans le ventricule ; c'est ainsi qu'il explique un bruit de *claquement* si fort que l'oreillette devrait éclater pour le produire. Quant au deuxième bruit, il est dû au passage du sang des veines dans les oreillettes, c'est-à-dire par la *systole* des veines, qui n'ont jamais eu de systole et qui n'en auront jamais ! M. Beau renverse donc l'ordre naturel des choses, puisque le premier bruit a lieu au moment de la diastole ventriculaire. Si la théorie de M. Beau pouvait triompher et s'appliquer au système du monde, on verrait la terre s'arrêter et le soleil tourner autour de la terre ou obéir à un autre Josué ; la terre même attirerait le soleil...., comme les oreillettes attireraient les ventricules !

En face des inconséquences et des impossibilités de la théorie de M. Beau, il est bon de remettre en présence celle de M. Rouanet qui rend compte d'une façon si simple et si vraie de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques. Car ce qui donne encore plus raison à la doctrine de M. Rouanet, ce sont les lésions valvulaires qui, en amenant des modifications dans les bruits, démontrent parfaitement que c'est à leur jeu que sont dus ces bruits. Comment donc se fait-il que M. Beau, un clinicien vétéran, en présence de cette théorie si éclatante de lumière, reste aveugle ?

Mais entrons tout à fait dans le domaine pathologique et voyons comment la théorie de M. Beau s'accorde là avec les faits. Nous avons déjà fait observer que toute altération des valvules produisait une altération correspondante dans les bruits ; passons rapidement en revue quelques autres affections. Vous vous rappelez, messieurs, le malade que je vous ai présenté dans la dernière séance et sur lequel vous avez pu constater la force exagérée des battements du cœur ; il est bien évident que ce phénomène était dû à l'hypertrophie des ventricules. Je sais l'objection de M. Beau : c'est que dans ces cas les oreillettes aussi sont hypertrophiées, mais l'argument se trouve réfuté d'avance. Continuons. Dans les rétrécissements auriculo-ventriculaires extrêmes (M. Essarco, dans une dissertation récente, en a cité qui pouvaient à peine laisser pénétrer le bec d'une plume), l'impulsion cardiaque devrait être diminuée d'après la théorie de M. Beau ; on a constaté, au contraire, que le choc de la pointe du cœur était très-fort. Dans les cas d'insuffisance valvulaire, pour expliquer le bruit de souffle qui se produit au deuxième temps, souffle si naturel avec la théorie de M. Rouanet, M. Beau a été obligé d'admettre deux diastoles, successives pour une seule révolution sanguine, et par suite deux systoles, comme dans les cas d'insuffisance auriculo-ventriculaire droite.

M. Beau, dans son argumentation contre la doctrine généralement admise, compte beaucoup sur une objection qui lui paraît capitale : c'est l'espèce de contradiction apparente qui existe dans la simultanéité de la contraction du cœur et sa propulsion. Mais M. Hiffelsheim s'est chargé de lui répondre par une série d'expériences dont il a formulé le résultat en ces termes : Le cœur bat parce qu'il recule. Et qu'on ne dise pas que c'est un aphorisme paradoxal : la théorie de M. Hiffelsheim présentée à l'Institut, a été examinée d'une façon spéciale par un homme très-compétent en hydraulique, M. Delaunay, et ce savant a vérifié par les lois de l'hydrodynamique les expériences de M. Hiffelsheim. Le cœur bat parce qu'il recule, absolument comme une arme à feu, comme un fusil qui repousse : le cœur repousse. C'est une excellente explication. Mais, du reste, quelle que soit l'explication, le fait existe, il est palpable, et cela suffit.

On m'a rapporté, messieurs, une prédiction qui aurait été faite au sortir de la séance de mardi dernier, par un homme considérable, m'a-t-on dit : dans cinquante ans la théorie de M. Beau sera universellement adoptée. Ce personnage serait alors un prophète de malheur. Cinquante ans pour une révolution pareille ! c'est bien peu. Il y aura bientôt cent ans que la Révolution française a éclaté, et elle est bien loin encore d'avoir fait le tour du monde. Moi aussi, à mon tour, je vais faire une prédiction : c'est qu'un jour viendra où l'on en agira dans les Académies avec une pareille théorie comme on en agit à l'Institut avec le mouvement perpétuel, la quadrature du cercle, et autres impossibilités scientifiques : on passera à l'ordre du jour.

La séance est levée à cinq heures un quart.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. Des soins consécutifs à la trachéotomie ; par le docteur P. Fischer, ancien interne de l'hôpital des Enfants. — Paris, A. Delahaye, libraire-éditeur, 1863.

II. Recherches sur le traitement de l'étranglement herniaire et en particulier sur le taxis progressif ; par le docteur H. Tirman, interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. — Paris, A. Delahaye, libraire-éditeur, 1863.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

I. Dans une excellente brochure de 40 pages, M. le docteur Fischer s'occupe avec un soin extrême des soins consécutifs à la trachéotomie. Tout ce qui concerne les vêtements, le coucher, les appartements, la nourriture, l'état du tube digestif, la sécrétion urinaire, l'état de la peau, la respiration et les troubles de l'appareil respiratoire, l'état de la circulation, les fonctions cérébrales et les pansements, se trouve ici développé avec une riche abondance de détails et de préceptes.

Si l'on n'oublie pas surtout que les succès de la trachéotomie dépendent en grande partie de l'hygiène des opérés, on comprendra par cela même l'importance qui s'attache à ces soins consécutifs, sur lesquels nous ne pouvons nullement nous arrêter. Le lecteur trouvera dans l'intéressant opuscule de M. Fischer les divers enseignements que l'auteur a recueillis, soit dans les hôpitaux d'enfants pendant son internat, soit dans la pratique civile à laquelle il a été initié sous les auspices de son savant maître, M. le docteur Guersant.

II. L'importante question de l'étranglement herniaire est tellement complexe que, même aujourd'hui, de nombreux problèmes afférents à ce sujet n'ont pas encore reçu une solution définitive. Savons-nous reconnaître d'une façon précise la nature et l'état des parties étranglées ? Pouvons-nous à coup sûr et d'emblée affirmer l'étranglement ? Peut-on toujours différencier sûrement l'inflammation de l'étranglement herniaire ? etc, etc. Tout autant de questions qui appellent encore de nouvelles recherches.

Le travail de M. Tirman n'a pas eu pour but d'élucider ces divers points. Interne de M. le professeur Gosselin, qui depuis vingt ans préconise le *taxis forcé*, mieux nommé *taxis progressif*, notre intelligent confrère s'est plus particulièrement proposé d'apprécier à sa

valeur cette méthode thérapeutique. « Nous nous efforcerons, dit-il, en nous inspirant des leçons et de la pratique de notre maître, de restituer à cette méthode la place qu'elle doit occuper dans l'histoire du traitement de la hernie étranglée, et d'indiquer les services que le taxis progressif, aidé du chloroforme, son puissant auxiliaire, est appelé à rendre contre ce redoutable accident. »

Après avoir rapidement esquissé dans le chapitre Ier l'historique de l'étranglement herniaire, l'auteur s'occupe dans le chapitre II de ses différents modes de traitement, qu'il divise en deux groupes : les moyens médicaux et les manœuvres opératoires.

Selon M. Tirman, malgré les succès qui prouvent dans quelques cas leur efficacité, les moyens médicaux employés seuls, et comme unique traitement, doivent être tous proscrits sans exception aucune; car, comme on ne peut nier qu'ils échouent dans la majorité des cas, on s'expose par conséquent à voir le plus souvent l'étranglement suivre son évolution morbide, et à laisser ainsi passer le délai pendant lequel le taxis peut être employé d'une façon utile et sans danger. On en sera donc finalement réduit aux redoutables chances d'une opération, si toutefois il est encore temps d'y recourir.

Et telle est la fâcheuse conséquence du traitement médical, que cette longue temporisation est la principale cause des résultats défavorables de l'opération du débridement. Remarquons, d'ailleurs, qu'il est fort probable que ces étranglements, qui cèdent à l'emploi d'un des moyens médicaux, céderaient infailliblement à l'emploi du taxis, aidé surtout du chloroforme.

Employés comme adjuvants des manœuvres opératoires, le chloroforme et la position sont les auxiliaires le plus souvent indispensables du taxis, tandis que les bains, la glace, les onctions belladonées et les lavements irritants ont l'inconvénient de retarder l'emploi des moyens opératoires. Or n'oublions pas que le taxis est d'autant plus efficace et plus inoffensif qu'il est employé à une époque plus rapprochée du début de l'étranglement, et qu'il réussit le plus souvent là où tout le reste échoue.

Pour l'auteur, il n'y a qu'une seule espèce de taxis, le taxis *approprié* à la résistance, le taxis *suffisant*, qu'il appelle, avec M. Gosselin, le *taxis progressif*. Le malade couché sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci fléchies sur le ventre, la tête et le tronc soutenus par un oreiller, le chirurgien embrasse la tumeur d'une main, au niveau de son corps, et de l'autre près de son collet; cette dernière exerce des pressions un peu plus fortes que la première dans la direction du canal qu'il faut faire parcourir à l'intestin pour le replacer dans le ventre. Il faut éviter d'exercer des pressions sur le fond de la tumeur, dont l'inconvénient serait de faciliter le décollement du sac herniaire et de donner lieu à la réduction en masse. Enfin, si le volume de la tumeur le permet, on doit imprimer à la tumeur des mouvements de latéralité, afin de dilater, s'il est possible, le passage trop étroit que doit franchir l'intestin pour rentrer dans la cavité péritonéale.

Mais ce qui caractérise surtout la méthode de taxis employée par M. Gosselin, c'est le précepte d'exercer sur la tumeur ainsi embrassée des pressions graduellement croissantes et continues, dont la force et la durée sont proportionnées à la résistance que l'on rencontre. D'abord très-modérée, la pression doit augmenter peu à peu, de façon à atteindre, par une lente progression, le plus haut degré de force dont le chirurgien puisse disposer.

La durée du taxis peut varier entre quelques minutes et trente, cinquante minutes, et même une heure. Dans le plus grand nombre des cas, le temps nécessaire à la réduction n'excède pas un quart d'heure. Quand la manœuvre se prolonge et que les forces du chirurgien ne lui permettent pas d'exercer une pression suffisante, M. Gosselin conseille d'appliquer sur les deux mains du chirurgien les deux mains d'un aide qui, augmentant leur poids, permettent d'exercer plus longtemps, sans intermittences ni temps d'arrêt, le degré de pression nécessaire; c'est cette manœuvre que M. Gosselin désigne sous le nom de *taxis à quatre mains*.

Le plus souvent la hernie rentre brusquement, en faisant entendre, quand elle renferme de l'intestin, un gargouillement caractéristique. Dans certains cas, la réduction se poursuit lentement par une diminution progressive de volume. Mais parfois aussi, sous l'influence de pressions plus ou moins prolongées, plus ou moins énergiques, la hernie se ramollit, diminue de volume, de manière à ne laisser subsister qu'un noyau représentant à peine la moitié, le tiers même du volume primitif de la tumeur; dans ce cas, il peut n'y avoir qu'une *apparence de réduction*, ce que l'on reconnaîtra, d'après M. Gosselin, à la tension de la tumeur persistante, tension que l'on trouve, sinon superficiellement, au moins dans les parties profondes. Dans le doute, il est prudent d'essayer la perméabilité de l'intestin au moyen d'un purgatif, et le résultat de cette épreuve déciderait de la conduite ultérieure du chirurgien. Dans d'autres circonstances, au contraire, soit par le fait de l'inflammation, soit consécutivement aux pressions prolongées, les tissus sont épaissis par une infiltration œdémateuse qui peut, jusqu'à un certain point, faire croire à la persistance de la tumeur herniaire étranglée. Ici encore, c'est en tenant compte de la tension caractéristique de l'entérocèle étranglée que le chirurgien se mettra en garde contre cette *apparence de non-réduction*.

Quant au chloroforme, qui est l'adjuvant par excellence du taxis progressif, il doit être administré jusqu'à résolution musculaire.

Telle est, dans son ensemble et d'une manière sommaire, la manœuvre opératoire de M. le professeur Gosselin, en faveur de laquelle M. Tirman relate une statistique de 44 cas qui ont donné une proportion de 3 morts sur 41 succès.

Mais de graves objections ont été adressées à ce taxis progressif qu'on a tour à tour accusé d'exposer, 1° à la rupture et à la gangrène de l'intestin; 2° à la réduction en masse de la hernie étranglée; 3° à la réduction d'une hernie enflammée et à la péritonite généralisée qui peut en être la conséquence; 4° à compromettre le succès de l'opération du débridement, lorsque le taxis forcé échoue. Pour M. Tirman, ces accusations ne seraient nullement justifiées, et les accidents ci-dessus relatés seraient bien moins la conséquence du taxis forcé que d'un taxis inopportun, de pressions malencontreuses exercées sur le fond du sac et d'une réduction opérée trop tardivement.

Est-ce à dire que le taxis forcé est à l'abri de reproches? « Loin de là, répond notre consciencieux confrère. Nous avons voulu simplement prouver qu'employé convenablement et à propos, il peut rendre de grands services et qu'il est beaucoup moins dangereux que ne le croient encore, sur la foi des auteurs, le plus grand nombre des chirurgiens. »

Dans le chapitre III, l'auteur s'occupe des indications que comporte l'étranglement et qui varient : 1° suivant la réductibilité ou la non-réductibilité antérieure de la hernie; 2° suivant la nature probable de son contenu; 3° suivant son siége; 4° suivant la durée de l'étranglement. Toutes questions que notre intelligent confrère discute et résout fort judicieusement.

Quant aux contre-indications du taxis, les voici telles que les expose M. Tirman : lorsque la hernie crurale est d'un volume médiocre, le taxis progressif pourra être tenté sans inconvénient pendant les trente-six heures qui suivront l'apparition des accidents d'étranglement. Si cette hernie est d'un très-petit volume, et si le chirurgien a des raisons de croire que l'étranglement porte sur une anse incomplète, il devra s'abstenir du taxis après vingt-quatre heures d'étranglement.

Pour la hernie inguinale d'un volume ordinaire, l'auteur donne quarante-huit heures comme limite du taxis; ce délai devra même être réduit si la hernie est peu volumineuse, si surtout on a lieu de penser qu'elle ne renferme pas d'épiploon.

Pour la hernie ombilicale, dont le débridement est si redoutable, le taxis progressif devra être mis en pratique pendant les soixante heures qui suivront le début des accidents. Ajoutons enfin que le chirurgien devra s'abstenir du taxis, quel que soit d'ailleurs l'âge de l'étranglement, toutes les fois qu'il trouvera, au niveau de la tumeur, la peau chaude, tendue, lisse, d'apparence phlegmoneuse ; circonstances qui coïncident souvent avec la gangrène ou la perforation de l'anse étranglée.

Les contre-indications à l'emploi du chloroforme n'offrent ici rien de spécial. Toutefois, des vomissements incessants ne permettraient pas de provoquer l'anesthésie, et surtout la résolution musculaire, qui pourraient entraîner la pénétration dans les voies aériennes des matières du vomissement.

En somme, le travail de M. Tirman mérite nos félicitations pour l'exposé fidèle et consciencieux de la méthode thérapeutique de M. Gosselin, ainsi que pour les judicieuses considérations cliniques qui abondent dans sa brochure. Quant à la valeur absolue du taxis progressif, il nous paraît logique d'en appeler à de nouvelles expérimentations qui, seules, pourront nous apprendre si la responsabilité des accidents jusqu'ici constatés incombe moins à la manœuvre opératoire elle-même qu'à son application vicieuse ou intempestive.

SISTACH.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

COUR IMPÉRIALE DE PARIS ; RESPONSABILITÉ MÉDICALE, DEMANDE EN 60,000 FR. DE DOMMAGES-INTÉRÊTS. — MM. DESMARRES PÈRE ET FILS.

Les actions en responsabilité contre les médecins deviennent de plus en plus rares. Grâce aux progrès de la science, d'une part, et de l'autre à une délimitation mieux marquée entre les faits qui sont de la compétence des tribunaux et ceux qui tiennent aux priviléges de la profession, le public est de moins en moins porté à nous imputer les conséquences des incertitudes et de l'impuissance de l'art. Ces réclamations se renferment d'ordinaire dans le cercle tracé par la loi pour les cas avérés de négligence, d'imprudence, d'ignorance grossière, d'impéritie notoire, lesquels sont communs à toutes les professions et sont prévus par les art. 1382 et 1383 du Code civil. Il est très-rare, en effet, de voir aujourd'hui la responsabilité des médecins mise en cause pour des faits de pratique justiciables seulement de la critique scientifique. Le médecin honnête et instruit n'est donc plus inquiété, en tant que médecin, mais comme homme seulement, soumis, comme tous les hommes, aux prescriptions de la loi générale.

Cependant il peut arriver, et il arrive même que cette délimitation, si juste et si bien comprise en principe, soit contestée et difficile à reconnaître dans la pratique.

La cupidité et la jalousie aidant, on peut encore, sous prétexte des motifs généraux précités, porter atteinte à nos libertés professionnelles. C'est pour les cas de cette sorte que l'intervention de la critique scientifique doit être réservée. Et si les organes de la justice ont pu s'y méprendre, il nous incombe de dégager les faits des obscurités et des incertitudes qui peuvent en avoir faussé le caractère. C'est ce motif qui nous engage à relater les principales circonstances d'un procès intenté à un de nos plus distingués confrères, procès dont il est sorti victorieux, au plus grand bénéfice de la science et à la plus grande satisfaction de ses amis et de ses confrères.

Voici le résumé succinct de l'affaire, que nous empruntons à la GAZETTE DES TRIBUNAUX :

Au mois de novembre 1861, M. Bonneville, ancien teneur de livres, a conduit son fils, âgé de 6 ans, à la clinique du docteur Desmarres, pour y faire soigner une maladie d'yeux. M. Bonneville père, atteint lui-même d'une maladie de même nature, est également venu se faire soigner à cette clinique au mois de juin 1862. Après avoir suivi un traitement pendant un certain temps, le père perdit complétement la vue, le fils l'usage d'un œil.

M. Bonneville, prétendant que ce fatal résultat devait être attribué à l'inexpérience du fils de M. Desmarres, lequel pratiquait au lieu de son père, et au manque des précautions les plus vulgaires, assigna M. Alphonse Desmarres fils en police correctionnelle pour exercice illégal de la médecine et pour blessures par imprudence, lui réclamant 60,000 fr. de dommages-intérêts. Sur cette demande, un jugement du tribunal de la Seine, du 20 février 1863, fondé notamment sur ce que Bonneville ne saurait établir qu'étant venu dans la clinique avec son fils, avant d'être atteints l'un et l'autre, ils auraient reçu le virus purulent d'un autre malade, déclara M. Bonneville mal fondé, et renvoya M. Alphonse Desmarres des fins de la plainte.

Ce jugement fut confirmé sur appel, par arrêt de la Cour de Paris, chambre correctionnelle, du 7 mai suivant, dont le premier motif est ainsi conçu :

« Considérant que s'il est éminemment regrettable que le service d'une clinique ait été, comme l'établissent l'instruction et les débats, abandonné à la jeunesse inexpérimentée du simple étudiant en médecine, etc. »

M. Bonneville, s'appuyant sur ce motif et sur les diverses considérations déjà produites en police correctionnelle, a formé contre M. Desmarres père, devant le tribunal civil de la Seine, une demande en 60,000 fr. de dommages-intérêts, sur laquelle est intervenu, à la date du 23 janvier 1864, le jugement ainsi conçu :

« Le tribunal ;

« Attendu que le ministère public représente la généralité des citoyens dans les décisions rendues au criminel, et que personne n'a le droit de revenir sur la chose ainsi jugée ;

« Attendu d'ailleurs que la partie civilement responsable n'a d'autre caractère envers le créancier que celui d'une caution solidaire ;

« Attendu qu'il est de principe que la chose jugée au profit du débiteur principal profite à la caution : qu'il ne saurait en être autrement, puisque la décision judiciaire ayant déclaré que l'obligation judiciaire n'existait pas ou était éteinte, la matière même du cautionnement est anéantie ; qu'il suit de ces règles que Desmarres fils ayant été affranchi de toute responsabilité envers Bonneville père et fils, par arrêt correctionnel de la Cour impériale de Paris, du 7 mai 1863, Desmarres père ne saurait être recherché maintenant comme civilement responsable, si ce n'est pour une cause non comprise dans l'appréciation de la Cour ;

« Attendu que l'arrêt précité ayant décidé entre le ministère public et Bonneville père et fils d'une part, et Desmarres fils d'une autre part, que le défaut de soins et de précautions imputable à Desmarres fils ne pouvait être considéré judiciairement comme la cause des maladies qui ont infligé à Bonneville père la perte de la vue et à son fils la perte d'un œil, il est impossible de revenir aujourd'hui sur cette question ;

« Attendu que tous les faits reprochés à Desmarres fils dans l'instance actuelle rentrent dans le cercle des faits appréciés par l'arrêt correctionnel ;

« Mais attendu qu'outre les faits reprochés à Desmarres fils, Bonneville reproche encore à Desmarres père des fautes personnelles, qui l'obligeraient à réparer le dommage que son fils et lui ont éprouvé ;

« Attendu que, sur ce point, rien n'est encore jugé ; que la faute reprochée personnellement à Desmarres père consisterait à avoir attiré les deux Bonneville dans sa clinique par des publications de nature à les convaincre qu'ils y seraient soignés par un oculiste habile et renommé, et dans un établissement tenu suivant les règles d'une médecine et d'une chirurgie éclairées et attentives, tandis qu'ils n'auraient reçu aucun soin du chef de cette clinique, et y auraient été traités insuffisamment et dangereusement ;

« Attendu que si, par une négligence toute autre que celle de son fils, ou par l'omission envers les deux malades des soins personnels qu'ils attendaient de lui, Desmarres ou ses agents ont *laissé le mal les frapper soit par l'effet de la contagion, soit par la dégénérescence d'une maladie bénigne et guérissable en une affection incurable ou tout au moins périlleuse et intense*, il doit aujourd'hui la réparation de ce dommage ;

FEUILLETON.

UNE TOURNÉE MÉDICALE AU SALON.

IV.

PEINTURE.

En entrant dans l'exposition des tableaux la critique scientifique doit mettre dans sa poche son compas et son canon des proportions. La peinture ne donne que l'*image* des corps, et non, comme la sculpture, les corps mêmes ; elle produit sur une surface plane l'*apparence* des longueurs, largeurs et profondeurs par les illusions combinées de la perspective linéaire et aérienne des raccourcis, du clair obscur. Or des grandeurs simplement apparentes ne s'évaluent pas par des mesures réelles. Le pur anatomiste devra donc redoubler de circonspection en s'aventurant dans ce pays nouveau. Peut-être même vaudrait-il mieux qu'il s'abstînt tout à fait s'il ne veut pas s'exposer à se faire renvoyer *ad crepidam*.

C'est là du moins le parti qui nous a paru le plus sûr — et le plus commode — lorsque, après avoir tant bien que mal anatomisé quelques sujets de sexe, d'âge et de constitution différents fournis par les sculpteurs, nous nous sommes trouvé en présence de ces trente à quarante toiles où, sous les appellations et qualifications plus ou moins vraisemblables de Nymphes, d'Erigones, de Baigneuses, de Danaïdes, de Repos, de Sommeils et de Réveils, d'Eves et de Bacchantes, de Lédas et de Cléopâtres, etc., le corps féminin est présenté sous tous les aspects, par tous les côtés, dans toutes les poses les plus favorables à la manifestation de la beauté dont il est, par excellence, le lieu d'élection. Porter le scalpel sur ces fraîches et luxuriantes *carnations!* déranger, pour l'inconvenante et froide application d'un ruban métrique des attitudes si intéressantes ! ce serait à la fois une profanation et une sottise. Le mieux était donc de se livrer, sans résistance, à l'admiration dont ces aimables apparitions sont généralement l'objet. Quelques-unes, telle que la Belle dormeuse de M. Dubufe, et la non moins Belle éveillée de M. Landelle, la Baigneuse de M. Bouguereau, l'Erigone de M. Riesener, les Danaïdes de M. Pollet, la Bacchante de M. Hugrel, l'Eve de M. Faure, reparaissent même parfois spontanément dans notre souvenir, comme ces motifs heureux qui, se dégageant de l'épais fouillis de notes d'un opéra, restent dans l'oreille et reviennent se chanter dans la tête. Ceci n'est qu'une impression personnelle qu'on ne donne que pour ce qu'elle vaut. La critique d'art *ex professo*, dont les décisions nous obligent, a déclaré que l'exposition de cette année n'offre rien en ce genre qui approche de ces Vénus de M. Cabanel et de M. Baudry, qui

« Attendu qu'en l'état de la canse, le trihunal manque des moyens d'appréciation nécessaires pour la solution de la question, et qu'il est nécessaire qu'il ait reconrs, pour s'éclairer, à une enquête et à une expertise;

« Attendn que les faits articnlés par Bonneville père, tant en son nom personnel qu'au nom de son fils mineur, sont pertinents et admissibles, à l'exception du quatrième qui, étant personnel à Desmarres fils, ne saurait être admis; attendu, en outre, que c'est le cas pour le trihunal d'ordonner d'office, en vertu de l'art. 254 du Code de procédure civile, la preuve de certains faits qui vont être ci-dessous énoncés;

« Antorise Bonneville père, ès noms qu'il procède, à faire la preuve, tant par titre que par témoins, des trois faits par lui articulés, savoir : 1° à la fin de 1861 et dans le courant de 1862, Bonneville fils et père sont allés à la clinique du doctenr Desmarres pour faire soigner, l'un une ulcération de la cornée, l'autre une conjonctivite catarrhale; 2° à l'époque où ces maladies paraissaient guéries, Alphonse Desmarres, par qui seul le demandeur a été soigné, exigeait qu'il revînt pour être cautérisé au sulfate de cnivre; 3° à partir de ce moment, et notamment du 1er au 15 septembre 1862, le demandeur a suhi la cautérisation par le sulfate de cuivre en même temps qu'un grand nomhre de personnes, dont plusieurs étaient *atteintes d'affections sécrétantes, contagieuses, et notamment d'ophthalmies purulentes, conjonctivites catarrhales et granulations;* l'autorise en outre à prouver par les mêmes moyens les faits exprimés dans les questions suivantes : 1° Desmarres père a-t-il annoncé et tenu ouvert à Paris sous son nom personnel une clinique pour le soin des maladies des yeux; 2° en novemhre 1861, Bonneville fils a-t-il été reçu dans cette clinique pour y être soigné, et y a-t-il subi un traitement pour les yeux jusqu'en septembre 1862; 3° *quelle était la nature de sa maladie à son entrée dans la clinique;* 4° n'y a-t-elle pas alors été qualifiée par Desmarres fils on par tout autre chirurgien ou aide de la maison, d'*ulcération multiple de la cornée;* 5° en quelles *maladies successives la première affection s'est-elle transformée; l'ophthalmie purulente n'a-t-elle pas fini par se déclarer*, *et à quelle époque?* 6° Bonneville père ne s'est-il pas présenté à son tour en juillet 1862 dans la clinique de Desmarres père pour y recevoir des soins? 7° De quelle maladie était-il alors atteint? *n'était-ce pas une conjonctivite catarrhale et un chimosis sereux?* Desmarres fils, ou tout autre aide ou médecin, attaché à la clinique, n'a-t-il pas donné ce diagnostic? 8° Bonneville père et fils n'ont-ils pas reçu les soins personnels de Desmarres père, et dans quelle mesure? A-t-il au moins assisté aux soins donnés par ses aides? 9° *Les soins et les précautions nécessaires à la guérison des malades étaient-ils observés dans la clinique de Desmarres?* 10° L'abstention de Desmarres père ou un défaut quelconque de soin imputable, soit à lui, soit à un agent de sa clinique, ou hien encore un acte quelconque d'impéritie, ont-ils occasionné la grave maladie dont l'un ou l'autre des deux Bonneville ont été atteints, soit par *l'influence de la contagion*, soit *par dégénérescence d'une maladie mal soignée;...*

« Dit en outre que, par Nélaton, professeur à l'École de médecine de Paris, Béhier, docteur en médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, et Richet, docteur en chirurgie, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, Bonneville père et fils seront visités; lesquels experts rechercheront et constateront s'il se peut : 1° quelle était la nature des maladies des deux Bonneville à leur entrée dans la clinique de Desmarres; quelles transformations successives ces maladies ont suhies; quelles ont été les causes de ces transformations; quelle est la nature de l'affection dont ils souffrent maintenant; quelles ont été les conséquences de chacune des maladies qui se sont succédé en eux; quel degré d'infirmité ou de souffrance ils ont subi, ou subissent encore, et sont exposés à suhir ultérieurement; 2° si les transformations de ces maladies ont fini par amener l'ophthalmie purulente; 3° si ces diverses maladies ont été contractées par l'effet de la contagion ou de toute autre cause accidentelle, ou si au contraire elles se sont manifestées spontanément, ou même ont été ou pu être engendrées par une dégénérescence naturelle d'une maladie moins grave; 4° si des soins assidus et éclairés étaient de nature à prévenir les différentes aggravations du mal, et si ces soins ont été donnés aux demandeurs dans la clinique de Desmarres père...; pour, leur rapport fait et déposé, être par les parties conclu, et par le tribunal statué ce qu'il appartiendra; dépens réservés. »

M. Desmarres a interjeté appel de ce jugement.

Me Berryer, son avocat, expose que le docteur Desmarres a depuis longtemps été autorisé à ouvrir une clinique spécialement affectée au traitement des maladies des yeux, et dans laquelle les soins sont donnés gratis; que, depuis vingt ans, 10,000 malades environ y reçoivent annuellement des soins, et que pas un jusqu'à ce jour n'a élevé la moindre plainte. La réputation de M. Desmarres s'est répandue au loin, et de tous les points de la France et de l'Europe les médecins viennent suivre le cours mensuel du savant docteur. On a reproché les annonces par lesquelles auraient été appelés les malades et qui auraient déterminé M. Bonneville à se faire traiter; ce reproche n'est pas exact, les annonces se rapportent exclusivement au cours à suivre par les praticiens.

Quant au reproche d'ahandonner les soins de la clinique à M. Desmarres fils, alors que les malades supposaient être traités par le père, il n'est pas fondé davantage. M. Alphonse Desmarres qui, à l'époque à laquelle se place la maladie de MM. Bonneville, avait seize inscriptions de médecine, et qui depuis a été reçu docteur à la Faculté de Montpellier, ne remplissait dans la clinique de son père qne les fonctions des internes dans les hôpitaux; les opérations vraiment sérieuses ont toujours été accomplies par le docteur Desmarres.

Me Berryer entre ensuite dans des considérations sur la nature de l'affection dont étaient frappés MM. Bonneville; l'ophthalmie purulente, contagieuse ordinairement, se déclare cependant parfois tout d'un coup, et, chose assez singulière, les nouveau-nés en sont plus particulièrement affectés. Cette maladie est très-restreinte dans la cliniqne de l'appelant, qui tient un registre fort exact et prend les plus grandes précautions pour séparer les diverses sortes de maladies et les classer par catégories afin d'éviter la contagion.

Sur 10,000 malades environ venus à la clinique pendant la même période que MM. Bonneville père et fils, 60 seulement étaient atteints d'ophthalmie purulente; et du 31 octobre 1861 à mai 1862, sur 3,416 personnes traitées, il ne s'est présenté que 19 cas de cette affection spéciale, dont 10 chez des enfants nouveau-nés.

Seuls deux malades se plaignent des soins de M. Desmarres, et les intimés ne cherchent que le scandale en intentant une action déjà repoussée devant deux juridictions, qui ont décidé qu'il n'était pas prouvé que Desmarres fils fût la cause du préjudice; d'où la conséquence que son père ne pouvait être responsable d'une faute non établie.

M. Desmarres accepterait volontiers l'appréciation des éminents confrères désignés par le trihunal; mais la mission qui lenr a été donnée est impossible à raison du temps écoulé.

Il y a donc lieu de dire qu'il y a chose souverainement jugée, en ce sens que l'ophthalmie purulente a été la seule cause de la cécité complète ou partielle de Bonneville père et fils, que l'enquête médicale ne saurait être d'aucune utilité, et qu'en conséquence la demande est non recevahle, et dans tous les cas mal fondée.

---

firent l'an dernier *Fanatismo*, et entre lesquelles, plus éclectique que Pâris, elle partagea la pomme.

C'est même au succès de ces deux tahleaux qu'on peut attribuer l'augmentation, si notahle cette année, du chiffre des compositions analogues. Une interprétation chagrine pourrait voir dans cette prédilection croissante des artistes et dans le goût du puhlic pour des images qui, hien qu'adressées à l'esprit, passent nécessairement par les sens et peuvent s'y arrêter, un fâcheux symptôme de démoralisation. Que quelques artistes, mal inspirés, spéculent sur l'attrait de mauvais goût dont ces sujets sont susceptibles, et que cet attrait non avouable et non avoué soit pour quelque chose dans leur popularité, il serait difficile d'en douter. Mais ce ne sont là que des circonstances tout à fait accidentelles qui n'influent en rien sur le caractère général du fait qui, en somme, se réduit à une simple affaire d'art. Il est d'axiome parmi les hommes du métier que l'imitation de la chair et de son enveloppe, la peau, est l'opération la plus difficile, et, par conséquent, le triomphe de la hrosse du peintre. La Vénus du Titien, de la galerie de Florence, l'Antiope du Corrége, du Lonvre, leur paraissent le *nec plus ultrà* de ce qu'un simple mortel peut faire avec un pinceau. Il en est qui, comme preuve d'excellence et de perfection dans l'art de peindre donneraient pour un morceau grand comme la main de ces toiles ou panneaux toute l'œuvre de Michel-Ange, de Raphaël et du Poussin. C'est là surtout l'opinion de ceux qui font cas avant-tout de ce qu'on appelle l'exécution, des praticiens, des techniciens, des coloristes. Or c'est cette doctrine qui, à tort ou à raison, tient par le nombre et le talent de ses adhérents le haut du pavé dans l'art contemporain. Il est donc tout simple que les sujets dans lesquels les habiletés de métier peuvent se révéler avec la plus grande puissance et le plus d'éclat soient le thème favori des peintres de cette école.

Du reste, quoi qu'en dise ou en pense la bégueulerie hourgeoise, ces peintures, hien qu'érotiques dans un sens idéal avonable en art et en morale, ne sont pas cependant des pornographies, comme étaient vers la fin du dernier siècle les tahleaux de Boucher et consorts. C'est l'intérêt et l'attrait propres de l'art qui, en très-grande majorité, les inspirent et les purifient. L'art est chaste par essence; il peut dépouiller la beauté de tous ses voiles sans l'exposer à un manque de respect. Quelle heauté divine, quelle grâce entraînante, quel charme souverain dans la Vénus de Milo! Et pourtant quoi de plus pur, de plus calme, de plus serein? Il est vrai que la peinture ajoute à la forme, en quelque sorte abstraite, de la sculpture un ingrédient dangereux, la couleur, qui rapproche la représentation de la réalité, en lui infnsant la chaleur et la vie. Aussi le Nu en peinture peut assez aisément être une Nudité, ce qui est bien différent. Mais il ne nous semble pas avoir remarqué cette scandaleuse dégénérescence dans aucune des nombreuses figures peintes qu'on pouvait y croire naturellement prédisposées.

A ce propos de la couleur, il serait curieux de savoir au juste quelle est la couleur, la couleur *vraie*, de la peau de l'homme ou de la femme; de l'homme ou de la femme dits blancs, s'entend, de race

Me de Fallois, avocat de M. Bonneville, défend le jugement attaqué et fait ressortir l'imprudence de M. Desmarres, abandonnant la clinique à l'inexpérience de son fils, âgé de 22 ans; il relève notamment cette circonstance que ce dernier, perdant la tête au milieu de la contagion, avait, malgré sa confiance en lui-même, abandonné les malades pendant deux jours, et que ceux-ci, au nombre desquels se trouvaient M. Bonneville et son fils, avaient dû recourir alors aux médecins les plus proches; qu'enfin, et sans vouloir donner à ce fait plus d'importance qu'il n'en mérite, M. Desmarres fils joint encore à son nom, dans les annonces, ces lettres D. M. P., c'est-à-dire « docteur médecin de la Faculté de Paris, » tandis qu'il a été reçu à Montpellier.

Le tribunal, d'ailleurs, a très-bien précisé la question jugée correctionnellement, et n'a retenu que ce qui était indépendant de ce premier procès; il importe donc de confirmer la sentence.

M. Bondurand, substitut du procureur général, après avoir exprimé le regret de voir le docteur Desmarres, non pas seulement ne pas provoquer, mais refuser même l'examen de ses confrères, constate l'imprudence assurément commise dans l'abandon de la clinique à un jeune étudiant, sans aucune expérience, et après examen de la question de chose jugée correctionnellement, conclut à la confirmation du jugement.

La Cour a rendu l'arrêt infirmatif suivant:

« La Cour,

« Considérant que parmi les faits admis en preuve et soumis à une expertise par le jugement dont est appel, un seul est personnel à Desmarres père, à savoir, la substitution de son fils dans le service de sa clinique, et spécialement pour le traitement donné aux intimés;

« Considérant que cette substitution pourrait donner lieu à une action de la part des intimés si elle avait eu lieu à leur insu, et si, croyant s'adresser à un médecin que son expérience et sa renommée signalaient à leur confiance, ils avaient reçu, sans le savoir, les soins d'un autre; mais que, dans la cause, les réclamants reconnaissent qu'ils ont parfaitement su, dès le premier jour, qu'ils étaient traités par Desmarres fils; qu'ainsi ils ont accepté la substitution;

« Considérant qu'il ne reste plus dans la cause que les faits personnels à Desmarres fils, qui ont été appréciés par l'arrêt de la Cour, chambre des appels correctionnels, en date du 7 mai 1863;

« Que cet arrêt a reconnu que, quelque regrettable que fût l'abandon des soins donnés aux malades dans une clinique publique à un simple élève en médecine, les soins donnés aux intimés par Desmarres fils ne pouvaient justifier une demande en dommages-intérêts;

« Considérant que si cette sentence n'emporte pas rigoureusement chose jugée contre la demande actuelle des intimés, puisque la cause ne s'agite pas entre les mêmes parties, elle comporte néanmoins un préjugé considérable contre leur réclamation;

« Qu'en effet, pour accueillir les conclusions actuelles de Bonneville père et fils, il faudrait non-seulement déclarer Desmarres père responsable des faits de son fils, ce qui est incontestable, mais aussi que ces faits ont été dommageables;

« Que cette dernière décision serait directement contraire à celle rendue par l'arrêt du 7 mai 1863;

« Considérant qu'il est impossible d'admettre, en droit, que celui qui a dirigé une action contre l'auteur d'un fait prétendu dommageable, et qui a succombé parce que le dommage a été déclaré non établi, puisse intenter une seconde action contre celui qui serait responsable civilement, et réclamer ainsi une condamnation contre la caution spéciale établie par les articles 1384 et suivants du Code Napoléon, quand l'obligation principale a été déclarée ne pas exister;

« Considérant d'ailleurs, en fait, que l'interlocutoire admis par les premiers juges, dont l'exécution ne serait que la répétition de la procédure correctionnelle intentée contre Desmarres fils, ne pourrait arriver qu'au même résultat;

« *Que l'examen rétrospectif des détails d'un traitement médical que rien n'a constaté est, en général, et spécialement dans les circonstances de la cause, impossible à faire d'une manière assurée à l'aide de témoignages et d'expertises;*

« Qu'ainsi, l'ensemble des faits admis en preuve et à l'expertise est inadmissible et non pertinent;

« Met à néant le jugement dont est appel;

« Au principal, déboute les intimés de leurs fins et conclusions, et les condamne en l'amende et aux dépens. »

Le jugement rendu par le tribunal civil de la Seine et l'arrêt qui a infirmé ce jugement, renferment quelques circonstances qui méritent d'être relevées.

On ne fait aucune difficulté de reconnaître que si M. Desmarres fils avait inoculé l'ophthalmie purulente aux demandeurs en les cautérisant avec le caustique qui eût servi à des malades atteints de cette redoutable affection, il n'eût commis un acte d'imprudence, de négligence et même d'ignorance justiciables de la loi et passibles de dommages-intérêts. Mais outre que ces faits ne sont ni probables ni possibles de la part d'un jeune médecin élevé à si bonne école, ils n'ont pu être allégués qu'à la faveur d'hypothèses empiétant sur le domaine de la science et impossibles à établir par l'intervention de cette dernière.

Nous avons souligné les passages du jugement auxquels ont trait nos observations. On y verra que le tribunal, admettant le sieur Bonneville à fournir la preuve des faits incriminés, pose une série de questions de l'ordre purement scientifique, non-seulement très-controversables, scientifiquement parlant, mais impossibles à résoudre par la science elle-même, c'est-à-dire par des experts nommés *ad hoc*. Ainsi de cette question de savoir la maladie ou les maladies dont avaient été atteints le père et le fils; diagnostic rétrospectif impossible à porter, même par les médecins les plus habiles et les plus éclairés; ainsi de la question d'évolution et de transformation morbides posée par le tribunal pour en induire la possibilité d'une contagion ou d'une dégénérescence morbide résultant d'un défaut de soins. Dans un cas, le tribunal ne tendait-il pas à incriminer le diagnostic du médecin, et dans l'autre son mode de traitement? Or sous l'un comme sous l'autre rapport, la science ne pouvait lui répondre: aussi bien, comme l'a dit l'arrêt infirmatif de la Cour, parce qu'il s'agissait d'un traitement médical dont les détails n'avaient pas été constatés, mais nous ajouterons, parce qu'il s'agissait de faits incapables d'être appréciés, même directement, par une expertise; tels sont: l'influence de la contagion, alléguée par les demandeurs, et la transformation ou dégénérescence de la maladie mal soignée. A ces différents points de vue la preuve de l'allégation était aussi inadmissible que l'allégation elle-même, car il n'est aucun médecin, si éclairé qu'il soit, qui osât se prononcer sur de telles questions, lesquelles sont aussi insolubles en fait qu'elles le sont en principe.

---

caucasienne? — Cette question nous intéresse comme physiologistes et pathologistes. Les peintres qui passent leur vie à l'étudier et à la copier pourraient, ce semble, nous renseigner là-dessus. Mais il arrive qu'en ayant tous devant les yeux le même modèle, ils en tirent des copies complétement différentes. Faut-il prendre pour type le mordoré de Titien ou le brun légèrement argenté de Corrége, le rosé vif et brillant de Rubens ou le cuivré ardent de Rembrandt, le camaïeux violacé de Prudhon ou le blanc briqueté de David, le gris mat d'Ingres ou le magma verdâtre de Delacroix? Qui croire et que conclure? Faut-il les croire tous et conclure qu'en réalité la peau humaine n'a pas d'autre couleur que celle qu'on y voit, et que celle qu'on y voit est, par cela même qu'on l'y voit, une couleur vraie, sinon la vraie couleur, laquelle ne serait qu'un être de raison, un pur mythe? Faut-il choisir entre ces spécimens? Mais sur quel motif fonder la préférence? La question reste et restera toujours pendante. La vérité de la couleur est un mystère en peinture, comme est en psychologie et en physiologie sa perception, et en physique sa nature. La pathologie en sait-elle plus long? Demandez-le à nos savants confrères de Saint-Louis.

Les Nus et, par suite, l'anatomie et l'anthropométrie mis hors de cause, en peinture, par les motifs susexposés, il nous reste à examiner quelques tableaux qui nous intéressent à d'autres titres.

Un jeune malade. Assis sur un fauteuil, les mains tombant abandonnées sur les genoux; à ses pieds quelques feuillets épars et une plume qu'il vient de laisser tomber; un violon, dont les cordes sont cassées, est suspendu au mur; devant lui une petite fille, sa sœur sans doute, lui présente une tasse fumante de tisane ou de bouillon. Vu l'âge, les habitudes de travail intellectuel révélées par les accessoires, et la rougeur des pommettes, il y a lieu de diagnostiquer une tuberculose au deuxième degré. A l'égard du tableau même, notre diagnostic ne serait guère plus favorable; mais n'étant pas consulté nous préférons nous abstenir.

La même réserve nous est imposée sous ce rapport pour *la Sœur malade*, de M. Roslin, qui offre une scène analogue à la précédente. Observons seulement, car ceci nous regarde, que cette jeune personne assise, un livre ouvert sur les genoux, à laquelle sa sœur présente une tasse, a les apparences de la plus florissante santé, et n'a, par conséquent, aucun droit à l'intérêt que l'artiste a voulu sans doute inspirer pour elle.

Visite du médecin! Voilà un titre alléchant, et qui, cette fois, est suffisamment motivé. Dans une chambre haute de quelque vieille maison bourgeoise de province, sur un grand lit entouré d'amples et longs rideaux jaunes, est couché un enfant de 10 à 12 ans. Une jeune et belle dame, la mère sans doute, est assise auprès du lit, un livre à la main; interrompue dans sa lecture par un bruit du côté de la porte, elle tourne la tête, et aperçevant le médecin introduit par la servante, elle menace de la main un petit chien qui fait mine d'aboyer. Le médecin, arrêté un instant sur le pas de la porte, paraît, en vieux praticien qu'il est, vouloir, avant d'entrer, questionner un peu la servante sur l'état du petit

L'arrêt infirmatif de la Cour n'a invoqué que le premier motif, l'impossibilité d'un examen rétrospectif; il eût pu y joindre l'inadmissibilité d'une expertise portant sur des notions doctrinales de nosologie, de pathogénie et de thérapeutique, c'est-à-dire mettant en cause le libre arbitre de la science et du savant.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LES LÉSIONS DE L'ŒSOPHAGE CAUSÉES PAR LES ANÉVRISMES DE L'AORTE; par E. LEUDET, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Rouen, membre correspondant de l'Académie de médecine, de la Société de biologie, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DES SYMPTÔMES DES LÉSIONS DE L'ŒSOPHAGE CONSÉCUTIVES A LA PRESSION EXERCÉE PAR LES ANÉVRISMES DE L'AORTE. — J'ai peu de chose à ajouter à ce qui a été écrit jusqu'ici sur ce sujet; tous les observateurs ont signalé l'état souvent latent des anévrismes de la portion descendante et postérieure de la crosse de l'aorte et plus encore de la portion descendante de l'aorte thoracique, l'usure des vertèbres, la compression de la trachée, d'une bronche et même de l'œsophage, peut s'opérer longtemps et préparer des lésions mortelles sans éveiller aucune manifestation séméiologique. M. Millard a fort justement insisté sur ce point de séméiologie, et je rapporterai à l'appui de cette opinion le fait suivant emprunté à ma pratique personnelle.

ANÉVRISME DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE OUVERT DANS L'ŒSOPHAGE. HÉMORRAGIE GRAVE. MORT DIX-HUIT HEURES APRÈS L'HÉMORRAGIE. ANÉVRISME DU COMMENCEMENT DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE; LARGE PERFORATION DE L'ŒSOPHAGE.

OBS. VI. — Sebire (Théodore), âgé de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 9, n° 4, dans ma division, le 11 mars 1860; d'une taille moyenne, muscles bien développés, S... ne se rappelle pas avoir fait de maladies graves, il y a neuf ou dix ans S .. aurait été atteint de chancres et il y a deux ou trois ans d'une éruption cutanée non prurigineuse, avec douleurs vagues dans les os des jambes, sans déformation.

La maladie actuelle remonte à trois ou quatre mois; il aurait éprouvé depuis cette époque des battements de cœur peu incommodes sans œdème des membres inférieurs, simultanément de la gêne de la respiration, pas de difficulté notable dans la déglutition; cependant son appétit avait un peu diminué, et dans ces derniers temps il avait été obligé plusieurs fois de garder le lit plusieurs jours de suite sans se soumettre néanmoins à aucun traitement.

Le soir de l'entrée, S... fut examiné en mon absence par l'élève interne de mon service, qui crut reconnaître un bruit de souffle sous-sternal sur le trajet de l'aorte, sans constater rien dans le dos.

Dans la nuit du 11, vers neuf heures du soir, S... rendit par la bouche environ 600 grammes de sang rougeâtre qui se coagule spontanément dans le vase; adynamie prononcée, absence de toux, pas de selles.

Le 12 mars, à la visite du matin, pâleur du sujet, pouls assez fréquent, peu fort, égal et synchrone aux deux radiales; pas de dilatation des veines sous-cutanées ou d'œdème de la partie supérieure du tronc. Aucun battement accusé dans le dos ou perçu par la main. Mouvements des bras et des jambes intacts. La percussion présentait des deux côtés du thorax une sonorité exagérée avec absence de murmure respiratoire, l'inspiration était sèche et rude. Il semble qu'on entende quelques râles sibilants épars. Rien au cœur, dans les vaisseaux ou dans le dos. (Infusion de feuilles de digitale; limonade sulfurique; 1 pil. d'extrait d'opium de 0,05; bouillon froid.)

Le 12, vers trois heures d'après-midi, nouveau vomissement d'environ un demi-verre de sang rutilant. Mort immédiate.

Ouverture du cadavre vingt-cinq heures après la mort. Pas de roideur cadavérique; aucune trace de putréfaction.

Tête non examinée.

Larynx sain; aucune trace de sang dans son intérieur ou dans les bronches; la bronche gauche adhérait au sac anévrismal que je décrirai plus loin; sa muqueuse était d'une couleur grisâtre ardoisée, ramollie, ses anneaux cartilagineux intacts. Quelques tubercules grisâtres demi-transparents, réunis en plusieurs masses au sommet de chaque poumon, sans induration périphérique, sans ramollissement de la masse tuberculeuse. Pas de trace de pneumonie ou d'apoplexie.

Pas d'épanchement dans le péricarde qui est sain; cœur normal sans altération des valvules aortiques ou mitrales, pas de dilatation des cavités ou d'hypertrophie des parois.

Aorte ascendante dilatée d'une manière uniforme et légèrement; plaques athéromateuses, molles dans toute son étendue avec épaississement de la membrane interne. L'origine du tronc brachiocéphalique, des artères carotide gauche et sous-clavière est saine, de même que les tuniques de ces vaisseaux. Dépression ancienne du canal artériel normale dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire. A 3 centimètres au-dessous de ce point, sur l'aorte thoracique descendante, poche anévrismatique du volume du poing communiquant avec le canal de l'aorte par une ouverture circulaire épaisse, lisse, ayant 4 centimètres de diamètre. La poche anévrismatique avait une apparence et une épaisseur différentes dans le voisinage de l'aorte et auprès de la colonne vertébrale; auprès de l'aorte elle était élastique, jaunâtre, formée de la tunique élastique et externe épaissie, mais plus loin on ne trouvait plus que la tunique celluleuse épaissie, et au contact de la colonne vertébrale la paroi était détruite et le sang de la poche baignait le corps de trois vertèbres dorsales dont le tissu osseux était érodé, sans ostéite raréfiante descendante, sans fausse membrane sus-jacente. Les disques intervertébraux étaient moins usés et faisaient une légère saillie. D'une autre part, le sac anévrismatique était ouvert dans l'œsophage par un orifice capable d'admettre quatre doigts; orifice elliptique, à bords réguliers, sans aucune rougeur ou ramollissement du tissu ambiant. La partie inférieure de l'œsophage était colorée par du sang. La poche anévrismatique contenait du sang stratifié en caillots peu décolorés, mais d'autant plus qu'ils se rapprochaient de la périphérie de l'anévrisme.

Aucune autre dilatation dans l'aorte descendante, pas de plaques calcaires dans l'épaisseur de ses tuniques.

L'œsophage présentait à l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen l'ulcération décrite plus haut et qui communiquait avec l'aorte. *L'estomac* contenait un caillot de sang noirâtre dont la quantité pouvait être évaluée à 400 grammes, et dont la forme représentait exactement celle de l'estomac; du sang noirâtre et liquide dans toute la longueur du tube digestif. La muqueuse de ces canaux était pâle.

Le *poumon* était sain dans toute son étendue.

---

malade. Toutes les circonstances de cette petite scène sont rendues avec une finesse, une vérité d'observation et une habileté d'exécution d'autant plus méritoires que ce joli tableau est l'œuvre d'une dame, mademoiselle Emilie Leleux, dont le nom, ainsi que le talent, trahit sa parenté avec deux frères qui occupent depuis longtemps un rang très-distingué parmi les peintres de genre. Le seul grief qu'il y aurait à formuler, c'est le peu d'importance et le peu de place qu'a le médecin dans l'action et dans la toile. Par le titre et le sujet de la composition, il est désigné comme le principal personnage, celui vers lequel doit graviter l'intérêt; il devrait à ce titre, conformément aux règles, être placé au premier plan et en pleine lumière; et tout au contraire le voilà relégué au loin, dans un coin obscur, sous une porte entre-bâillée, et n'ayant d'autre rôle ostensible dans la scène que de faire aboyer un roquet! La dignité professionnelle pourrait, en vérité, être blessée de ce procédé; mais l'auteur n'y ayant pas mis de malice, nous ne conservons aucune rancune.

Si le médecin est un peu amoindri et trop subalternisé dans cette visite au petit malade de mademoiselle Leleux, il se relève de toute sa hauteur, et pose et fonctionne avec toute l'autorité de son caractère professionnel et social dans *la Consultation* de M. Pecrus. La malade est ici une jeune femme, assise, à moitié plongée dans un édredon, les pieds posés sur une chaufferette — nous sommes en hiver. — A côté d'elle un jeune homme semble interroger la physionomie du médecin qui, assis en face de la malade, explore son pouls et en compte les battements sur une de ces grosses montres globuleuses qu'on appelait jadis des horloges de poche, et qui ne figurent plus que dans les boutiques de bric-à-brac sous le nom avili de bassinoires. Ce confrère est lui-même, avec sa culotte courte, son justaucorps, son manteau de crispin, sa collerette à canons, son couvre-chef à larges bords, sa longue canne à pomme d'argent et sa chaîne d'or, une vraie antiquaille. N'en doutons pas, il va prescrire, comme Guy-Patin, une saignée et une infusion de roses pâles de Provins Une jeune soubrette de comédie, très-éveillée, assiste, une écuelle de bouillon à la main, à la consultation. Comme peinture, ce n'est là qu'une adroite contrefaçon de la manière des peintres hollandais.

Ces tentatives rétrospectives, quelque esprit qu'on y puisse mettre, ont toujours la froideur et l'ennui des redites.

C'est dans le même goût, mais avec une habileté supérieure, que M. Willems, — à demi Hollandais, il est vrai, en peinture du moins, puisqu'il est Belge, — a représenté une *Accouchée*. Cette mère intéressante est couchée dans un magnifique lit de bois sculpté, autour duquel tombent de grands rideaux en tapisserie d'Arras. Elle dort. A côté du lit, une fraîche nourrice tient le poupon qu'elle se dispose à mettre dans son berceau. La porte s'ouvre; un monsieur et une dame s'avancent à pas comptés et discrets; mais une servante, posant son doigt sur sa bouche, leur fait signe de ne pas aller plus loin et de remettre à un autre moment leur visite. Le tout parfait de pantomime. Admirez principalement le satin rose de la robe à queue de la dame, la casaque verte

Foie pâle, sans lésion; de même que la *rate* et les *reins*.

L'observation que je viens de relater rentre donc complétement, au point de vue de la séméiologie, dans le cadre le plus habituel; l'œsophage est comprimé sans qu'aucun symptôme permette de soupçonner la lésion jusqu'au moment où elle est devenue perforante.

Dans d'autres cas (obs. I, II) la dysphagie est beaucoup plus marquée, et cela arrive en général quand la compression occasionnée par l'anévrisme détermine une gangrène étendue de l'œsophage. Quand la compression agit sur une portion plus restreinte du canal alimentaire, la dysphagie peut ne se produire que par moments, cesser sans cause appréciable pour se reproduire ensuite. On a attribué à un spasme du vaisseau malade les variations dans l'intensité de la dysphagie; au lieu d'expliquer ce fait par une pure hypothèse, il vaut mieux avouer que sa cause nous est encore inconnue. Comme l'ont indiqué S. Cooper et Proudfort, la dysphagie peut cesser momentanément après une hémorrhagie qui semble amener une diminution momentanée du volume de l'anévrisme.

Dans le plus grand nombre des faits publiés, la dysphagie a une durée assez courte, cependant dans quelques cas la dysphagie peut persister pendant plus d'un an avant la mort (obs. V).

CONCLUSIONS.

1° Les anévrismes de l'aorte peuvent occasionner la gangrène d'une partie plus ou moins étendue de l'œsophage.

2° Cette gangrène de l'œsophage peut être suivie dans toutes ses phases, depuis le sphacèle jusqu'au détachement partiel de l'escarre, et la perforation.

3° L'usure de la paroi de l'œsophage de dehors en dedans, la perforation par phlegmasie ne sont pas démontrées.

4° La paroi interne de l'œsophage peut être sphacelée, les couches externes demeurant intactes.

5° La dysphagie, dans les cas de compression de l'œsophage par des anévrismes de l'aorte, manque le plus souvent; elle peut, dans certains cas, être très-intense.

6° La perforation de l'œsophage peut s'opérer rapidement en quelques jours; d'autres fois elle n'a lieu que très-lentement, et le malade peut éprouver de la dysphagie pendant plus d'une année.

HYGIÈNE.

Point capital d'hygiène pour les maisons d'éducation, par Charles Shrimpton, D. M. P.

La salubrité des maisons d'éducation est sans contredit une des plus graves questions qui puissent intéresser la science médicale: de cette salubrité, en effet, dépend souvent l'existence elle-même, et toujours le développement de la constitution physique des jeunes générations qui y sont élevées. Ce serait déjà là pour nous un puissant motif de nous en occuper; mais ce qui nous y détermine encore plus, c'est que nous apprenons que l'administration municipale vient de porter sur elle son attention et en fait en ce moment l'objet de sa sollicitude; or il est du devoir des médecins de la seconder en lui offrant le concours de leurs lumières, et surtout de leur expérience.

Nous avons eu lieu personnellement de constater que l'insalubrité des maisons d'éducation tient principalement à ces deux causes: à l'encombrement produit par le défaut d'espace nécessaire et à une absence complète de ventilation en toute saison, mais surtout en hiver. Cette observation porte sur toutes les parties des maisons d'éducation; mais comme les élèves passent moins de temps dans les salles d'étude et de récréation, dans les classes et les réfectoires, et que l'air est là quelque peu renouvelé par les entrées et les sorties, nous nous occuperons plus spécialement des dortoirs: c'est là, en effet, que les élèves ont à séjourner huit heures durant, tout restant hermétiquement clos pendant leur sommeil, et c'est là par conséquent que la ventilation fait complétement défaut et que la santé a surtout à souffrir.

Quand on visite les maisons d'éducation on est frappé de l'air de propreté qui règne presque dans toutes, et l'on en trouve même les différentes pièces assez spacieuses, les élèves étant alors ordinairement absents. Les dortoirs surtout produisent une impression favorable, parce que les lits meublent davantage et que leur alignement flatte la vue. Mais ce n'est pas au milieu de la journée qu'il faudrait visiter ces dortoirs, lorsqu'ils ont été nettoyés à fond et que l'air y est renouvelé depuis plusieurs heures, c'est à deux ou trois heures du matin qu'on devrait le faire quand les lits sont occupés depuis cinq ou six heures, et à ce moment on pourrait juger quel air méphitique les enfants y respirent et doivent y respirer encore jusqu'à la fin de leur sommeil.

En hiver ces dortoirs, quand on les chauffe, le sont toujours par des poêles ou par des calorifères; ainsi, déjà privés, comme nous le remarquions ci-dessus, de tout moyen spécial de ventilation, ils sont en outre dépourvus des cheminées à foyer ouvert, qui en compenseraient jusqu'à un certain point le défaut.

La plupart des chefs d'institution ne paraissent pas se préoccuper assez de l'espace cubique nécessaire à chaque élève; car même dans les plus beaux dortoirs, cet espace atteint rarement 5 à 6 mètres, et dans les dortoirs ordinaires, il est souvent si restreint que vraiment on a peine à comprendre que des êtres humains puissent y vivre.

Cependant c'est, d'une part, un fait acquis à la science que les salles des établissements publics qui n'offrent que 11 mètres cubes d'espace pour individu constituent inévitablement un état d'encombrement, et que les vraies conditions d'une bonne hygiène ne se rencontrent que là où cet espace est au moins de 20 mètres; dans les bons hôpitaux, on croit devoir le porter à 50, et dans les meilleurs, on le porte même à 70 et plus.

D'autre part, les résultats de l'insuffisance d'espace cubique sont tels qu'il serait difficile d'en préciser tout le danger. Qu'on en juge par l'observation que nous allons faire.

Voilà, dans tel pensionnat que nous avons étudié, un dortoir de 17 lits dont le cubage n'est que de 4^{m3},70 pour individu, soit pour tous, 80 mètres cubes. Il faut à chaque élève, pour sa respiration,

---

et le surtout bleu du cavalier. Ce sont, dit-on, des morceaux qui valent leur pesant de billets de banque.

Les *Deux médecins* que nous présente M. Rivoulon sont le médecin de l'âme et le médecin du corps. Le prêtre et le médecin se rencontrent la nuit sur un chemin désert, allant chacun de son côté porter à un malade, l'un les secours de la religion, l'autre ceux de la science. Le curé est à pied, accompagné d'un homme qui porte une lanterne; le médecin est monté sur un petit bidet blanc. Ils se saluent et vont se séparer. Laissons-les aller en paix remplir leur pénible ministère.

Après avoir vu les *malades*, assisté aux *consultations* et aux *visites du médecin*, — nous procédons avec ordre, — nous avons à féliciter des convalescents. Dans ces trois tableaux de *Convalescence*, signés Accard, Desbrosses et Salmon, le sujet ne nous semble ni assez clairement exposé, ni assez fortement développé. Ces peintures, en somme, sont trop insignifiantes de pensée et d'exécution pour exiger une analyse détaillée. On ne les mentionne donc ici que pour montrer avec quel soin ont été recherchées les moindres bribes de matière médicale qu'il était possible d'extraire d'un salon de peinture.

Comme contraste, hélas! inévitable et fatal, à ces convalescents, dont la vue remplit de joie et aussi d'un peu de vanité le cœur du médecin, et comme complément de cette clinique pittoresque, nous comptions sur l'*Agonie* (de M. Véron). Mais malgré l'indication du nom, de la salle, du titre, du numéro, il nous a été impossible de trouver ce tableau. Même déception à l'égard d'un *Atelier de dissection* (dessin de M. Férat), qui nous conduisait à l'étude de tout ce qui peut s'observer et se pratiquer sur le corps humain *post mortem*.

Ces lacunes sont regrettables, mais nous trouvons une sorte de compensation dans la grande toile — désormais célèbre dans nos fastes — que le livret dénomme indûment une *Leçon d'anatomie*. On dit indûment, parce que, 1° la scène se passe à l'hôpital de la Charité, comme il appert, entre autres preuves, du mot *charité* écrit en grosses lettres sur une feuille du cahier de visite tenu par un des assistants; or dans cet hôpital, pas plus que dans tout autre, on ne fait de leçons d'anatomie; 2° parce que M. Velpeau, n'est pas, comme chacun sait, professeur d'anatomie, mais de clinique externe; 3° parce que rien dans la composition même n'indique que l'étude de l'anatomie soit le but de la réunion et l'objet de la démonstration. Le sujet reste donc indéterminé. Dans le tableau fameux de Rembrandt, dont l'Académie de médecine a une bonne copie, et dont M. Feyen-Perrin s'est évidemment inspiré, le sujet s'explique de lui-même par l'action de maître Tulp montrant aux assistants la dissection qu'il vient de faire sous leurs yeux des tendons de la main. Ne pourrait-on pas supposer, avec plus de vraisemblance, qu'il s'agit d'une *autopsie* que va faire le professeur de clinique en présence des élèves auxquels il donne, avant de commencer, quelques explications préliminaires. C'est ce qui se fait chaque jour dans les hôpitaux. M. Velpeau, le principal personnage, serait ainsi replacé dans son vrai rôle et il n'y aurait plus de contradiction entre le nom et les choses.

$0^{m3},0067$ d'air, près de 7 litres par minute, c'est-à-dire un peu plus de 3 mètres cubes durant les huit heures de sommeil. Les 17 élèves respireront donc dans le même temps 3 mètres cubes $+ 17 = 51$ mètres cubes d'air sur les 80 que renferme tout l'espace cubique de leur dortoir. Or sait-on à quel point, dans l'intervalle, la respiration d'une quantité d'air si énorme relativement à celui qui était à respirer aura vicié l'atmosphère? Elle lui aura communiqué 4 mètres cubes au moins de gaz acide carbonique et 8 décimètres cubes d'eau saturée de toutes sortes de miasmes pernicieux échappés des différentes parties du corps!!! Combien donc n'auront pas eu à souffrir pour leur santé ces pauvres élèves obligés de respirer, pendant huit heures, un air qui aura été en s'altérant et en se décomposant de plus en plus jusqu'à la fin d'une manière si grave!

Que ne devrions-nous pas dire si nous voulions prendre pour sujet de nos réflexions un dortoir de 60 à 80 lits! Dans un tel dortoir, en effet, l'insuffisance de l'espace cubique restant d'ailleurs proportionnellement la même que dans les dortoirs à un petit nombre de lits, accroît hors de toute proportion la décomposition de l'air, et en rend les dangers beaucoup plus funestes.

Faut-il donc s'étonner qu'en sortant d'un sommeil asphyxiant, les élèves se trouvent dans un état de prostration dont ils ont peine à se remettre même après avoir quitté le dortoir et respiré à *pleins poumons* l'air frais et pur du dehors?

C'est dans leurs dortoirs, nous l'affirmons avec la conviction la plus entière, que les enfants puisent ces germes funestes qui attaquent en eux d'une manière grave les sources mêmes de la vie et altèrent leur santé pour le restant de leurs jours. Et encore disons-nous toute la vérité? Ces tristes dortoirs, dans les conditions fatales que nous signalons, ne sont-ils pas le vrai, l'unique foyer des fièvres typhoïdes qui se déclarent si souvent dans les maisons d'éducation? Nous le prouverons plus bas.

Nous serions heureux si nous pouvions faire apprécier la justesse de ces réflexions par tous ceux qui ont des établissements d'éducation à diriger : nous voudrions bien les convaincre du danger auquel la santé des élèves se trouve exposée lorsqu'on néglige le point capital d'hygiène que nous traitons ici. Mais nous devons le dire, un certain nombre de chefs d'institution semblent s'effrayer des moyens de ventilation qu'on leur propose, et qui seraient cependant indispensables pour amener dans l'intérieur des salles et des dortoirs l'air frais et pur du dehors, et corriger ainsi les périls de l'insuffisance de leur espace cubique.

Ils ne prennent l'alarme que lorsque des cas de fièvre typhoïde viennent à se déclarer, mais sans se rendre compte de l'unique cause qui les engendre, et par conséquent aussi sans songer à adopter les mesures propres à en prévenir le retour. Comment expliquer leur indifférence dans une matière aussi importante? La santé de leurs élèves leur tient à cœur sans doute, et l'intérêt de leurs établissements auxquels les cas de fièvre typhoïde font toujours du tort les touche naturellement d'assez près : pourquoi, dès lors, se refuser à adopter des moyens de ventilation dont la dépense serait presque nulle et le bienfait si grand?

Il est facile de s'assurer qu'il n'y a aucune exagération dans ce que nous avons dit sur l'insuffisance incroyable de l'espace cubique qu'offrent un trop grand nombre de maisons d'éducation. Sans doute on ne se permettrait pas de prendre sous les yeux des chefs d'institution le cubage exact de leurs salles et de leurs dortoirs, mais on peut le connaître approximativement en mesurant de l'œil les trois dimensions qui en forment la base. Cela est particulièrement aisé à faire dans les dortoirs à cause des lits qui offrent un point de comparaison au calcul pour l'appréciation de leur longueur et de leur largeur; quant à la hauteur, un simple regard jeté sur l'un des angles, du plancher au plafond, suffit pour la juger sans erreur. Il y aurait, il est vrai, une plus grande difficulté à prendre ainsi la mesure des dimensions des salles et des dortoirs dont la construction serait irrégulière; mais cette difficulté disparaît devant une attention un peu détaillée.

Dans une circonstance particulière, nous avons pu mesurer exactement l'espace cubique d'une petite pièce telle qu'il ne s'en trouve malheureusement que trop dans beaucoup de pensionnats, et destinée à servir de dortoir aux élèves. Cette pièce renfermait quatre lits, et nous en fîmes supprimer un : ceux qui restaient étaient occupés, les deux premiers par un enfant atteint de pneumonie très-grave et par sa jeune sœur; le troisième par leur mère.

Ce petit dortoir n'offre qu'un espace cubique de 6 mètres cubes pour chaque lit, soit 24 mètres cubes pour les quatre. On voit tout de suite combien les enfants qui y couchent ont à redouter les effets dangereux d'une atmosphère viciée que nous avons marquée plus haut. Encore donnons-nous la préférence à cette modeste pièce, tout exiguë et toute mansardée qu'elle est, sur bien des dortoirs qui, au premier coup d'œil, peuvent paraître plus convenables; au moins a-t-elle une cheminée que ces dortoirs n'ont pas, et peut-elle ainsi recevoir un peu d'air du dehors pour mitiger la corruption de celui du dedans.

On ne saurait contester l'insuffisance de l'espace cubique et le manque de ventilation que nous signalons dans les maisons d'éducation, et certainement on y voit, avec nous, une cause permanente et très-pernicieuse de détérioration pour la santé des enfants qui y sont élevés; mais ce que nous voudrions surtout qu'on y vît, c'est la source véritable de ces épidémies de fièvre typhoïde qui se déclarent si fréquemment dans les lycées, à l'École militaire de Saint-Cyr et dans les établissements particuliers, et pourquoi ne pas l'y voir? Pourrait-on expliquer autrement la présence de ces épidémies dans des bâtiments qui ne laissent rien à désirer d'ailleurs, si ce n'est ce que nous regrettons de ne pas y rencontrer, et dont le défaut et l'absence, on en conviendra, sont par eux-mêmes si funestes?

Il serait illusoire de notre part de demander pour chaque élève l'espace cubique qu'une hygiène rigoureuse réclamerait pour lui : nous avouons que cela ne serait pas possible dans des édifices dont il faut compter les pensionnaires par centaines, et cet espace d'ailleurs, tout cet espace fût-il accordé, on n'aurait pas apporté remède au mal si l'on n'établissait pas une communication directe avec l'air extérieur. Aussi, tout en insistant sur la nécessité de construire des salles et des dortoirs plus vastes, nous tenons surtout à recommander l'adoption de mesures propres à assurer partout un renouvellement d'air constant.

Quel inconvénient verrait-on à pratiquer dans les deux murs op-

---

Ces considérations seraient oiseuses si ce tableau n'avait pas la prétention avouée d'être une page d'histoire contemporaine. Il est donc obligé d'être exact et bien informé. Par cette raison, M. Velpeau aurait bien le droit de se plaindre de se voir affublé d'une redingote puce ou tabac d'Espagne que onques il ne porta, et qu'on lui mette son tablier en sautoir, en nouant un des bouts à la boutonnière, ce que non plus jamais il ne fit. Quant au portrait, on le trouvera suffisamment ressemblant, bien que l'original n'ait pas posé. Mais les photographies suppléent maintenant à la pose. L'artiste a pu s'aider d'ailleurs d'un portrait (dont il est peut-être l'auteur), qu'on voit dans la salle de garde de la Charité, en compagnie d'une vingtaine d'autres des médecins, chirurgiens, internes, qui depuis quinze ou vingt ans ont fait quelque service à l'hôpital.

C'est devant cette œuvre capitale que nous sommes heureux d'achever cette tournée dans les salles de l'exposition.

L. Peisse.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient de dresser sa liste de présentation à la chaire d'hygiène, vacante par le décès de M. Ribes.

Si nous sommes bien informés, sur 17 votants, les voix se sont partagées de la manière suivante :

Pour le premier rang :

MM. Fonssagrives	14 voix.
Cavalier	1 —
Espagne	1 —
Pécholier	1 —

Pour le second rang :

MM. Cavalier	10 voix.
Pécholier	7 —

En conséquence, la Faculté présente :

En première ligne.............. M. Fonssagrives.
En seconde ligne.............. M. Cavalier.

— Par décret en date du 4 juin 1864, M. Roger, vétérinaire en premier, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur de Renzi, professeur de clinique chirurgicale à Naples, vient de mourir subitement. Ce savant distingué était l'auteur d'un des ouvrages italiens les plus remarquables sur la chirurgie.

— M. le docteur Buron, qui avait acquis aux eaux thermales de Cauterets, comme médecin consultant, une position importante, vient de succomber près de Tarbes, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

posés de chaque pièce donnant au dehors et un peu au-dessous du plafond une ou plusieurs ouvertures de 0m,25 de largeur sur 0m,10 de hauteur? Ces ouvertures devraient être reliées entre elles par des tuyaux percés d'une multitude de petites fentes et destinés à faire pénétrer et à tamiser, pour ainsi dire, à l'intérieur l'air frais et pur qu'ils recevraient du dehors et qui y circulerait incessamment. Au moyen de ces tuyaux, la ventilation se règlerait comme d'elle-même; au fur et à mesure que l'air se raréfierait à l'intérieur, il se trouverait déplacé et chassé par l'air extérieur. Pour éviter que les enfants ne soient exposés à un refroidissement trop brusque au moment où ils se couchent, on pourrait adapter aux deux extrémités de chaque tuyau des valves qui se fermeraient et s'ouvriraient d'en bas à volonté au moyen d'une petite corde.

Nous devons nous borner à ces seules observations sur cet important sujet : nous l'avons suffisamment développé dans les articles que nous avons publiés dans la *Gazette médicale*, dans la *Gazette des hôpitaux*, et surtout dans notre *Opuscule de la guerre d'Orient*. Dans ce petit travail, nous avons simplement voulu de nouveau fixer l'attention sur un point qui est la base de toute hygiène.

L'air est le premier aliment de la vie, *pabulum vitæ*, comme nos anciens l'ont justement dénommé, et personne certes ne songe à révoquer cette vérité en doute. Quand donc finira-t-ou par comprendre que de même qu'il y a retranchement complet de vie là où il y a retranchement complet d'air, il y a aussi nécessairement soustraction imparfaite ou diminution de vie là où il y a soustraction imparfaite ou diminution d'air? Or comme cette soustraction imparfaite ou diminution d'air peut également provenir et du défaut de quantité et du défaut de qualité de l'air qui est donné à respirer, il faut évidemment qu'on remédie à l'un et à l'autre de ces défauts par la détermination d'un espace cubique suffisant pour contenir tout l'air nécessaire, et par l'adoption de moyens de ventilation propres à en maintenir constamment la bonne qualité. Quand on l'aura fait on aura réalisé sans beaucoup de peine dans l'hygiène publique, un progrès inappréciable qu'on demande en vain à d'autres mesures plus coûteuses et plus embarrassantes, et l'on aura trouvé le moyen de prévenir bien des maladies, de rétablir bien des santés, de sauver et de fortifier bien des constitutions.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

II. AMERICAN MEDICAL TIMES.

Les numéros (1) du 3 janvier au 19 décembre 1863 contiennent les principaux travaux originaux suivants : 1° *Observations de paraplégies*, par M. Echeverria. 2° *Sur la diarrhée chronique des armées*, par M. Fisher. 3° *Maladies régnantes*, par M. Lyman. 4° *Opération faite dans un cas de compression de la moelle*, par M. Potter. 5° *Sur les inhalations d'oxyde d'azote dans les fièvres graves*, par M. Schumard. 6° *Plaies par arme à feu de la tête*, par M. Peters. 7° *Gangrène de la bouche et de l'arrière-gorge*, par M. Browne. 8° *Cas de ligature d'une artère intercostale*, par M. Howard. 9° *Ablation du maxillaire supérieur et d'autres os de la face*, par M. Potter. 10° *Traitement de l'albuminurie*, par M. Smith. 11° *Etat actuel de la médecine psychologique*, par M. Parigot. 12° *Propriétés et emploi médical de l'oxyde d'azote*, par M. Ziegler. 13° *Divers travaux relatifs à la médecine militaire*, par MM. Fisher, Peters, Browne, Smith. 14° *Sur la segmentation des balles par les os*, par M. Stearns. 15° *Remarques sur la jurisprudence médicale*, par M. Finnell. 16° *Ulcération du duodénum*, par M. Adams. 17° *Plaies de l'artère tibiale postérieure*, par M. Little. 18° *Ablation d'un polype de l'uterus au moyen de la ligature et de l'excision*, par M. Miliano. 19° *Philosophie* (sic) *et traitement des présentations pelviennes*, par M. Quackenbusb. 20° *Pathologie des épanchements cérébraux*, par M. Chapin. 21° *Electro-thérapie*, par M. Lassing. 22° *Maladies des camps*, par M. Otterson. 23° *Trois cas de hernies étranglées opérées sans ouvrir le sac*, par M. Sands. 24° *Indication des amputations en chirurgie militaire*, par M. Swinburne. 25° *Cas difficile d'obstétrique*, par M. Elliot. 26° *Rapport sur la gangrène nosocomiale*, par M. Radcliffe. 27° *Douze fractures du fémur par arme à feu, traitées sans amputation*, par M. Waters. 28° *Carie de l'oreille interne*, par M. Agnew. 29° *Appareil simplifié pour la cure radicale du varicocèle*, par M. Parkard. 30° *Cas d'érysipèle de la gorge, du pharynx et de la langue*, par M. Miles. 31° *Résultats de quelques expériences faites sur le foie*, par M. Townsend. 32° *Sur le traitement du bec-de-lièvre*, par M. Smith. 33° *Indications de l'amputation dans les fractures du fémur produites par des balles coniques*, par M. Hodgen. 34° *Sur l'extension, précédée de ténotomie, dans le traitement des plaies avancées de la coxalgie*, par M. Sayne. 35° *Cas de tétanos puerpéral*, par M. Havens. 36° *Emploi de l'opium dans le traitement du choc et de la réaction dans les traumatismes*, par M. Arnold. 37° *Resection de l'articulation scapulo-humérale*, par M. Wilson. 38° *Relevé de 60 cas de pourriture d'hôpital*, par M. North. 39° *Cas de travail prématuré et de rétention du placenta*, par M. Jones. 40° *Sur la syphilis vaccinale*, par M. Otterson. 41° *Epidémie d'érysipèle*, par M. Day. 42° *Causes et traitement des hémorrhagies secondaires*, par M. Wilson. 43° *Plaie du cerveau par une balle de pistolet*, par M. Botter. 44° *Embolie de l'artère pulmonaire*, par M. Vanderpoël. 45° *Plaie du cerveau par instrument tranchant*, par M. Heard. 46° *Remarques sur les amputations*, par M. Peters. 47° *Epilepsie traitée par l'iodure de plomb*, par M. Ely. 48° *Traitement du prolapsus du cardon*, par M. Martin. 49° *Mécanisme et traitement des présentations du sourcil et du front*, par le même. 50° *Plaie par arme à feu du grand trochanter; resection de la tête du fémur*, par M. Smith. 51° *Deux cas d'invagination de l'intestin grêle*, par le même. 52° *Emploi du brome dans le traitement de la pourriture d'hôpital*, par M. Stanford. 53° *Sur le scorbut des marins*, par M. Fargubarson. 54° *Résultats d'une série d'expériences sur le traitement de la phthisie par les hypophosphites*, par M. Lente. 55° *Sur la pourriture d'hôpital*, par M. Weeks. 56° *Ovariotomie suivie de succès*, par M. Grafton. 57° *Ablation de la lèvre inférieure*, par M. Millano. 58° *Sur l'emploi du drainage à la suite des resections*, par M. Radcliffe. 59. *Sur la taille médiane*, par M. Grafton. 60° *Sur les amputations à lambeau antérieur unique*, par M. Church. 61° *Traitement des fractures de jambe*, par M. Raphaël. 62° *Corps étranger dans le conduit auditif*, par M. Roosa. 63° *Autopsie d'un sujet atteint de cyanose*, par M. Hodgen. 64° *Fracture du crâne*, par M. Mercer. 65° *Corps étranger de l'arrière-gorge*, par M. Mc Dowell. 66° *Recherches sur les propriétés anesthésiques de l'éther sulfurique*, par M. Lente. 67° *Fracture de la mâchoire inférieure*, par M. Hyde. 68° *Plaie de la colanne vertébrale*, par M. Phelps. 69° *Traitement de la variole par le* sarracenia purpurea, par M. Mc Dowell. 70° *Sur les diathèses*, par M. Anderson. 71° *Sur la chéiloplastie*, par M. Lente. 72° *Traitement de la pourriture d'hôpital par le brome*, par M. Goldsmith. 73° *Sur les mutations dans les maladies*, par M. Cotes. 74° *Cystosarcome du sein*, par M. Grafton. 75° *Traitement du ténia*, par M. Hasbrouck. 76° *Sur les plaies produites par les baïonnettes*, par M. Lidell. 77° *Sur la pyémie*, par M. Wecks. 78° *Nouveau porte-caustique utérin*, par M. Lente. 79° *Plaies par arme à feu des articulations*, par M. Peters. 80° *Traitement des plaies pénétrantes de poitrine par l'occlusion hermétique*, par M. Howard. 81° *Remarques sur le tétanos*, par M. Butler. 82° *Extirpation d'un goître*, par M. Smith. 83° *Sur les fractures par armes à feu du fémur et du tibia*, par M. Hodgen. 84° *Sur l'antéflexion de l'utérus*, par M Vanderpoel. 85° *Extraction d'un fragment de sonde de la vessie*, par M. Muscroft. 86° *Expulsion du ténia par les semences de citrouille*, par M. Flandran. 87° *Deux cas de pourriture d'hôpital survenus sans plaie*, par M. Hamilton. 88° *Luxation de la seconde phalange du gros orteil*, par M. Cleaveland. 89° *Cas d'imperforation de l'anus*, par M. Stearns. 90° *Sur les plaies par armes à feu du genou*, par M. Lidell. 91° *Luxation de l'extrémité externe de la clavicule*, par M. Hamilton. 92° *Remarques sur l'astygmatisme*, par M. Bumstead. 93° *Empoisonnement par la strychnine*, par M. Buck. 94° *Sur la gangrène nosocomiale*, par M. Hamilton. 95° *Remarques sur la cyanose*, par M. Smith. 96° *Autopsie faite dans un cas de fièvre jaune*, par M. Speir. 97° *Opération de kélotomie*, par M. Horton. 98° *Opération sur la trachée*, par M. Briddon. 99° *Mort par le chloroforme pendant le travail*, par M. Pomeroy. 100° *Plaie par armes à feu du cerveau*, par M. Stilwill. 101° *Méthode pour appliquer le nitrate d'argent dans les cavités profondes*, par M. Lente. 102° *Sur la trachéotomie, avec un relevé de 43 cas*, par M. North. 103° *Sur une balle rendue par l'anus*, par M. Rulison. 104° *Sur l'emploi du permanganate de potasse dans le traitement de la pourriture d'hôpital*, par M. Hinkle. 105° *Emploi de la sonde de M. Nélaton*, par M. Hamiltou. 106° *Sur la chorée chronique héréditaire*, par M. Irving. 107° *Nouveau procédé d'iridectomie*, par M. Homberger.

(1) Plusieurs numéros nous manquent,

Observations de paraplégie, suivies de remarques; par le docteur Gonzalez Echeverria.

La première observation de M. Echeverria est une des plus démonstratives qui aient été produites à titre de paraplégies réflexes, et mérite à ce titre de nous arrêter un instant. Elle est relative à une jeune dame qui, après avoir avorté plusieurs fois, avait eu des pertes utérines abondantes qui l'avaient plongée dans une anémie profonde. L'utérus tout entier, col et corps, était fortement augmenté de volume, ramollis, et congestionnés chroniquement. Le col était le siége d'une ulcération vivement colorée en rouge, très-irritable.

M. Echeverria, dans le but de faire cesser les pertes sanguines, qu'il attribuait à un état asthénique de l'utérus et de ses vaisseaux, fit agir sur l'utérus un courant induit faible, en se servant de l'appareil de Rumkorff, l'un des électrodes étant appliqué sur le pubis, l'antre, terminé par un bout olivaire, dans l'intérieur du col. A peine le courant traversait l'utérus depuis quelques instants, quand la malade ressentit des douleurs très-vives, non-seulement dans cet organe, mais encore dans les lombes, dans les hanches et dans les extrémités inférieures. En même temps les extrémités s'engourdirent et furent prises de tremblement, et toute la surface cutanée se couvrit d'une sueur abondante. On arrêta aussitôt le courant. L'utérus s'était sensiblement contracté et restait dans cet état; les douleurs ne tardèrent pas à se calmer, mais la paralysie des extrémités inférieures s'était déjà tellement aggravée, que la malade était dans l'impossibilité de leur imprimer des mouvements et de se tenir debout. On fit prendre à la malade un bain de pieds, on massa les muscles des extrémités inférieures et l'on fit des frictions stimulantes. La malade n'en resta pas moins paralysée complétement des extrémités inférieures pendant quatre heures, et cette paralysie ne se dissipa complétement qu'au bout de quinze jours. On remarqua, en outre, que la sécrétion lactée, qui était arrêtée depuis cinq jours, se rétablit par l'effet de l'excitation électrique de l'utérus, en même temps que les extrémités inférieures se paralysaient.

L'existence des paraplégies réflexes a été niée par M. Gull, comme on sait, et l'on connaît l'explication que ce médecin a donnée des faits de paraplégies, suites d'affections des organes génito-urinaires : il rattache les symptômes notés du côté de ces appareils et les symptômes paralytiques à une cause unique, et en fait des phénomènes parallèles et de même ordre. Dans le cas de M. Echeverria, une pareille interprétation n'est évidemment pas admissible, et le rétablissement de la sécrétion lactée vient s'ajouter aux autres circonstances du fait pour démontrer qu'il y a eu là réellement un retentissement de l'irritation de l'utérus, transmise par les nerfs de cet organe à la moelle épinière. L'observation de M. Echeverria a du reste une grande analogie avec une observation consignée par M. Nonat dans son ouvrage, et dans laquelle on voit la cautérisation de la cavité utérine être suivie à plusieurs reprises, presque instantanément, de perte de connaissance et de paraplégie.

La seconde observation de M. Echeverria est un exemple de paraplégie due à la suppression d'un écoulement hémorrhoïdaire habituel. Chez ce malade, la même cause avait donné lieu antérieurement à des accidents cérébraux graves que M. le professeur Rostan avait rattachés à une périencéphalite subaiguë. Ces accidents s'étaient dissipés à la suite de la réapparition de l'écoulement. Les choses se passèrent à peu près de même du côté des extrémités inférieures, qui récupérèrent leurs mouvements au bout de trois semaines environ. M. Echeverria pense que la paraplégie tenait dans ce cas à une méningite rachidienne, ce qui nous paraît au moins douteux.

Opération faite pour remédier a une compression de la moelle épinière; par le docteur Potter (de Genève, États-Unis).

Voici une de ces excentricités chirurgicales dont les journaux d'outre-mer nous apportent de temps en temps le récit surprenant avec des garanties qui ne permettent pas d'en suspecter l'authenticité et qu'on ne peut guère passer sous silence dans une revue comme celle-ci. Nous les enregistrons quand la chose en vaut la peine, non pas dans le but frivole d'amuser le lecteur, mais parce qu'ils portent toujours avec eux un enseignement utile pour celui qui veut bien le chercher.

Dans le fait de M. Potter, il s'agit d'un homme qui, étant tombé d'une hauteur de 20 pieds, présenta tous les symptômes d'une compression de la moelle épinière dans la région cervicale inférieure. On diagnostiqua une fracture des vertèbres avec déplacement des fragments, et il fut décidé que M. Potter opérerait dans le but de les redresser. C'est ce qui fut fait. On trouva une fracture de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale, les lames de la cinquième vertèbre étaient complétement écrasées et enfoncées dans la moelle épinière. On les enleva avec quelque difficulté, ainsi que l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre, et la plaie finit par se cicatriser. Quant aux fonctions motrices et sensitives du tronc et des extrémités, elles ne furent en aucune façon modifiées, et le malade resta identiquement dans l'état où M. Potter l'avait trouvé.

Rien de bien surprenant jusqu'ici. Mais trois ans plus tard, les choses étant toujours dans le même état, on pensa que peut-être, lors de l'opération, on avait laissé passer inaperçue quelque cause de compression, et M. Potter fut invité à recommencer son opération, ce qu'il fit, se basant sur le motif qu'il n'était guère possible d'aggraver la situation du malade.

Cette fois, on enleva l'arc tout entier des quatrième, sixième et septième vertèbres cervicales. On trouva « que la solution de continuité de la moelle subsistait encore, » et l'on en resta là. Ajoutons que le malade ne mourut pas, et qu'il resta à peu près dans le même état.

M. Potter ajoute que chez ce sujet le sang de la saignée faite au pli du coude, a la couleur du sang artériel et qu'il a fait deux fois la même remarque chez des sujets placés dans les mêmes conditions.

Sur l'emploi des inhalations de protoxyde d'azote dans les fièvres graves; par le docteur Shumard.

Les expériences de M. Shumard ont été faites sur dix-huit sujets qui se trouvaient tous dans un état voisin de l'agonie, ou étaient près de succomber. M. Shumard a essayé le gaz hilarant dans ces conditions dans le but de ranimer et de stimuler les fonctions prêtes à s'éteindre, et cet effet semble avoir été obtenu réellement d'une manière passagère, bien entendu, chez tous les sujets. Dans trois cas même, l'effet avantageux des inhalations ne parut pas être tout à fait aussi fugace; dans tous les cas les expériences de l'auteur semblent prouver que le protoxyde d'azote peut rendre quelques services dans les conditions où elles ont été faites, c'est-à-dire en éloignant le moment fatal pour des malades qui succombent à une fièvre continue, et en rendant momentanément au sensorium une partie de sa liberté d'action.

Cas de ligature d'une artère intercostale par un procédé particulier; par le docteur Howard; chirurgien assistant de l'armée fédérale.

Il s'agit d'une plaie de poitrine par une balle Minié, ayant fracturé la neuvième côte à 3 pouces en dehors de la colonne vertébrale. Une hémorrhagie secondaire eut lieu au bout de 23 jours. Le malade avait perdu beaucoup de sang, et il était à désirer que l'hémorrhagie fût arrêtée le plus promptement possible. M. Howard mit à nu les deux bords de la côte correspondant à l'artère blessée, puis passa de haut en bas, derrière la côte, à l'aide d'une aiguille mousse, une ligature sous-cutanée qui embrassa ainsi et la côte et l'artère. La même opération fut répétée sur le bout périphérique et l'artère, et l'hémorrhagie fut arrêtée. Le malade succomba au bout de quelques heures à la suite de la perte de sang, et l'autopsie montra que les ligatures assuraient bien l'occlusion de l'artère, et que la plèvre n'avait pas été perforée. M. Howard pense qu'en se servant d'une ligature métallique, on n'aurait pas d'accidents sérieux à craindre, alors même qu'on traverserait la plèvre.

Ulcération du duodénum dans les cas graves de congélation; par le docteur S. Adams.

On sait depuis longtemps qu'à la suite des brûlures graves des ulcérations se produisent assez souvent dans le duodénum, après un temps plus ou moins long, et que ces ulcérations s'accompagnent d'une diarrhée rebelle et d'un amaigrissement rapide. M. Adams a constaté récemment la même succession de phénomènes morbides à la suite de congélations graves, et dans un cas où il a pu faire l'autopsie, il a trouvé également la présence d'ulcérations dans le duodénum. Il s'agit d'un cas de congélation des deux pieds jusqu'au-dessus des cou-de-pieds, suivie de gangrène des deux pieds. Le malade fut pris d'une diarrhée abondante, et s'amaigrit avec une rapidité extraordinaire, bien que son appétit n'eût nullement diminué, et qu'il n'eût cessé de prendre des aliments en quantité suffisante. Mort au

bout de trois semaines. On trouva, entre autres, que la muqueuse du duodénum était semée de petites ulcérations irrégulières, ellipsoïdes, affectant des directions très-variées, et limitées par des bords dentelés inégaux.

Relevé de douze fractures par armes a feu du fémur, etc.; par le docteur Waters, chirurgien de l'armée fédérale.

Pendant que M. Waters dirigeait l'hôpital national de Baltimore, il eut à soigner un grand nombre de fractures du fémur par armes à feu. La plupart des sujets furent amputés (le chiffre exact n'est pas indiqué), et, à une seule exception près, ils succombèrent tous.

Dans trois cas on eut recours à la resection. Les trois opérés succombèrent avant l'expiration de la deuxième semaine.

Chez quatorze blessés enfin, on essaya de conserver l'extrémité. A l'époque où M. Waters publiait son relevé, deux d'entre eux étaient encore en traitement, mais la consolidation était complète chez tous deux, leur santé générale ne laissait rien à désirer, et l'on ne les retenait à l'hôpital qu'en raison d'une légère suppuration fournie encore par un trajet fistuleux.

Trois sujets succombèrent. Chez l'un, la balle, après avoir fracturé le fémur dans son tiers supérieur, avait traversé le scrotum, puis les parties molles de l'autre cuisse. Dans le second cas, la fracture siégeait au milieu de la cuisse; le blessé succomba à une suppuration abondante. Le troisième fut emporté par le détachement d'une escarre de l'artère poplitée.

Les neuf sujets guéris définitivement pouvaient, au moment où ils quittèrent l'hôpital, librement se servir de leur extrémité pour se tenir debout et pour marcher. Plusieurs de ces faits étaient d'ailleurs d'une gravité extrême. Chez l'un des blessés, la fracture occupait le col du fémur; chez deux autres, elle siégeait au tiers supérieur; trois fois elle occupait le milieu du fémur, et trois fois son tiers inférieur.

M. Waters ajoute que dans le traitement de ces fractures il s'est servi habituellement de l'appareil que M. Smith a décrit sous le nom d'*attelle antérieure* (et dont nous avons donné récemment la description), et que cet appareil lui a rendu de très-grands services.

Sur un cas de carie de l'oreille interne, etc.; par le docteur Agnew, chirurgien de l'*Eye infirmary* de New-York.

Le malade en question se présente à M. Agnew avec les symptômes classiques d'une otite interne avec carie du rocher et paralysie du nerf facial. Le conduit auditif était occupé en partie par un polype assez volumineux que M. Agnew se proposa d'enlever au moyen d'une ligature métallique. Dans les manœuvres qu'il fit à cet effet, il sentit profondément dans la région de l'oreille moyenne, le contact d'un séquestre rugueux qui lui parut avoir une certaine mobilité. Le conduit auditif étant considérablement rétréci par l'inflammation chronique dont il était le siége, M. Agnew le fendit largement et arriva ainsi sur le séquestre qu'il enleva assez facilement à l'aide d'une pince, après lui avoir imprimé quelques mouvements latéraux. En examinant le séquestre, on s'aperçut qu'il comprenait presque tout le labyrinthe. Sur la planche qui accompagne l'article de M. Agnew, on distingue en effet facilement les vestiges du limaçon et de deux conduits semi-circulaires.

Le séquestre extrait, l'état du malade s'améliora rapidement, et huit mois plus tard il était complétement guéri.

Sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les hypophosphites alcalins; par le docteur Lente.

M. Lente a expérimenté chez un grand nombre de phthisiques le prétendu spécifique tant prôné par M. Churchill. La plupart des malades soumis à ce traitement se trouvaient au début de la maladie dans les conditions les plus favorables. Les résultats n'en ont pas moins été tels que M. Lente est obligé de conclure, comme l'ont fait presque tous les observateurs sérieux, à la plus entière inefficacité du traitement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juin. — Présidence de M. Morin.

Des resections longitudinales comme procédé d'évidement des os; par M. Sédillot.

Dans le grand nombre d'évidements des os dont nous avons publié les observations, nous avons signalé la resection longitudinale du tibia, du fémur et des autres os du squelette, comme un des moyens d'arriver au canal médullaire et d'enlever avec la gouge, la rugine, la scie, le trépan, les ciseaux et les divers ostéotomes, les parties malades, ou de les détruire par la cautérisation ignée.

Le but principal de ces opérations était de laisser intacte une surface osseuse périostée, capable de conserver au membre sa longueur, sans détruire les insertions musculaires les plus importantes, et de fournir à la régénération des os les éléments d'une activité réparatrice complète, par la transformation ostéoplastique des cellules plasmatiques du périoste et de la couche osseuse évidée.

Cette méthode, dont les avantages n'ont pas été contestés, était la suite et la confirmation des règles curatives tracées par les plus anciens et les meilleurs observateurs, et se présentait avec la double recommandation d'une filiation scientifique non interrompue et d'une explication rationnelle de faits, jusqu'alors purement empiriques, dont la valeur avait été, à plusieurs reprises et particulièrement de nos jours, mise en doute et combattue.

Éclairé par l'histoire de notre art et par les remarquables travaux de Duhamel, de Troja, de Macdonal, de Heine, de Swan, Wirchow, etc., et par ceux de notre illustre secrétaire perpétuel, M. Flourens, nous avons pu commencer et continuer, depuis plusieurs années, nos opérations d'évidement, sans recourir à des expériences directes sur les animaux; mais nous avons cru devoir combler aujourd'hui cette lacune et en instituer quelques-unes, pour mieux montrer la supériorité de cette méthode sur les resections sous-périostées, telles qu'elles ont été si souvent répétées sur les animaux et appliquées à la pathologie humaine, avec des résultats encore fort douteux. Nous avons ainsi acquis la preuve qu'on pouvait enlever la moitié et les deux tiers de toute la longueur des diaphyses, en creusant et évidant le canal médullaire, sans compromettre ni la longueur, ni la solidité, ni les usages des membres, dont les os se régénèrent avec une perfection jusqu'ici inconnue.

J'ai présenté à la Société de médecine de Strasbourg plusieurs humérus, dont un de mes confrères et amis, M. le docteur Marmy, avait enlevé la moitié et les deux tiers par des resections longitudinales, avec évidement des portions osseuses conservées et réduites à une épaisseur de 2 millimètres, et les os s'étaient si bien reproduits, qu'il eût été difficile de les distinguer des os sains du membre opposé.

Dans une de ces expériences, faites sur un chien de 10 à 12 ans, et chez lequel une resection sous-périostée de 3 centimètres avait complétement échoué, sans la moindre trace d'ossification, et où l'os enlevé avait été remplacé par un simple cordon ligamenteux, l'évidement par resection longitudinale de la moitié de l'épaisseur de la diaphyse humérale avait parfaitement réussi, et l'os s'était totalement et régulièrement reformé.

J'ai examiné plusieurs fois des os en voie de régénération, à diverses périodes de semblables expériences, et j'ai vu les nouvelles couches osseuses se déposer sous le périoste conservé et à l'intérieur de l'os évidé, comme je l'avais déjà observé sur l'homme, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur les planches de mon ouvrage (1).

Ces résultats sont de nature à inspirer une légitime hardiesse à la chirurgie conservatrice et réparatrice, dans un certain nombre d'affections où la mutilation et la perte des membres paraissaient inévitables.

Plein de confiance dans les progrès de l'art, nous avons appliqué notre méthode aux extrémités articulaires, dont une partie a été évidée au moyen de resections longitudinales ou obliques, et nous annonçons l'honneur d'en communiquer prochainement les résultats à l'Académie.

Observations sur la prétendue fissiparité de quelques microzoaires; par M. Pouchet.

Pour les physiologistes qui, avec Lamarck, ne voyaient dans les infusoires qu'une espèce de gélatine sans traces d'organes; ou pour ceux qui, d'après Dujardin, admirent l'étrange théorie du sarcode, la fissiparité n'était qu'un phénomène des plus simples, et que l'esprit le plus sceptique pouvait admettre sans hésitation.

Mais, du moment où les admirables travaux d'Ehrenberg eurent démontré au monde savant étonné que les microzoaires possédaient une organisation fort compliquée, des appareils digestifs et circulatoires et même des organes génitaux, pour tout esprit logique le doute devait nécessairement naître.

(1) *De l'évidement des os*, in-8°, avec planches. Paris, 1860.

En effet, la fissiparité devenait dès lors un acte fort complexe. Il ne s'agissait plus de voir se couper spontanément en deux ou en quatre un être homogène, un fragment de gélatine, mais un animal ayant des organes disséminés dans diverses parties du corps.

Dans cet état de choses, la fissiparité n'est plus admissible, à moins d'admettre préalablement quatre ordres de phénomènes : 1° une force spéciale, locale, tendant à sectionner l'animal; 2° un déplacement de certains organes situés loin du lieu d'élection de la fissiparité; 3° la métamorphose de quelques-uns de ceux-ci; enfin, 4° la production, de toutes pièces, d'organes nouveaux qui ne se trouvent nullement dans le plan de fissiparité.

La divergence des opinions des savants, relativement à la fissiparité des microzoaires, suffirait seule pour indiquer que ce phénomène est à étudier de nouveau. En effet, dans plusieurs espèces absolument analogues, les zoologistes représentent cette division comme ayant indifféremment lieu, soit longitudinalement d'avant en arrière ou d'arrière en avant, soit transversalement, soit enfin crucialement.

Ce sont ces considérations qui m'ont conduit à rechercher si la fissiparité était un phénomène aussi commun et aussi rapide que le prétendent certains zoologistes.

Plusieurs physiologistes très-judicieux ont déjà élevé quelques doutes à l'égard de ce phénomène, même dans les animaux vermiformes, où cependant il se conçoit mieux; tel a été J. Muller. Ellis, Gleichen et de Blainville l'ont regardé comme étant fort rare chez les infusoires. L'illustre professeur du Jardin des Plantes confesse même n'avoir pu l'y observer qu'après de longues et infructueuses tentatives.

Je connais les merveilleux résultats que l'on a attribués à la fissiparité; j'ai aussi observé, mais rarement, des microzoaires paraissant se partager en deux parties; mais je puis assurer que ce phénomène ne joue aucun rôle notable dans le peuplement des macérations récentes; et que, mieux étudié, on reconnaîtra qu'il est beaucoup plus limité que ne tendent à le faire croire les récits des naturalistes du siècle dernier.

Je me borne à dire aujourd'hui que la fissiparité des vorticelles n'existe nullement, quoique, depuis Spallanzani, les zoologistes et les physiologistes aient si souvent décrit ou figuré dans leurs œuvres toutes les phases de cette prétendue fissiparité.

J'ai en vain cherché à constater ce phénomène dans les espèces les plus communes de ce genre, et jamais, en vingt années d'observation, je n'ai pu trouver une seule vorticelle en train de se diviser.

Relativement au sectionnement de ces microzoaires, deux ordres de faits ont égaré les savants : les monstruosités et le parasitisme.

Dans quelques cas on rencontre des vorticelles accolées deux à deux, et l'on s'aperçoit que, loin de tendre à former des individus isolés, celles-ci sont étroitement soudées ensemble. Mais ces cas sont d'une extrême rareté, et même beaucoup plus rares que des fœtus de mammifères accolés. C'est cela qu'on a pris, sans doute, pour un commencement de fissiparité.

Un autre produit tératologique est l'existence de deux vorticelles, entièrement séparées, situées à l'extrémité de la même tige. Ce cas, qui est plus commun que le précédent, a pu être pris pour une fin de fissiparité.

Mais ce que l'on rencontre bien plus fréquemment que les deux particularités dont il vient d'être question, c'est le parasitisme de petites vorticelles libres, qui se cramponnent à l'aide de leurs cils à la naissance du funicule des individus parfaitement développés.

Il n'y en a jamais qu'une pour un de ceux-ci. Un observateur attentif ne peut se méprendre à cet égard.

D'abord, la grande différence de volume entre les deux individus ne permet pas de soupçonner là une fissiparité. Et, d'une autre côté, on s'aperçoit facilement qu'entre le parasite et la vorticelle il n'y a pas le moindre lien. Le jeune individu est seulement étroitement cramponné à l'adulte.

Donc, pour moi, la fissiparité des vorticelles n'est pas un phénomène normal, et jamais je n'ai pu encore découvrir un seul de ces microzoaires à moitié divisé.

Dans la lettre qui accompagne la note ci-dessus, M. Pouchet annonce qu'à partir du 15 juin il sera à Paris, prêt à répéter, en présence de la commission que l'Académie a nommée à cet effet, les expériences qu'il a faites, de concert avec MM. Joly et Musset, sur la question de l'hétérogénie.

Transformation de l'homme a notre époque et conditions qui amènent cette transformation. Mémoire de M. Trémaux (quatrième partie). (Extrait.)

(Commissaires précédemment nommés : MM. Serres, Flourens et de Quatrefages.)

...En quittant la haute Egypte pour pénétrer en Nubie, les terrains d'alluvion du Nil sont considérablement réduits, et l'on rencontre de temps à autre des zones granitiques. Le peuple aussi a plus de rudesse que les Egyptiens. Dans la région sud du désert de Korosko, les terrains anciens se montrent assez fréquemment. A partir d'Abou-Hamed, les pluies commencent à mêler leur action à celle d'un soleil plus vigoureux; aussi nous y voyons un peuple non nègre, mais d'un teint déjà très-foncé et dont les cheveux ont perdu de leur longueur. Le Sennaar offre, entre autres, le type Foun qui est, comme nous l'avons dit, très-rapproché de celui des nègres. Pourtant ce peuple n'est pas d'origine nègre, et de plus il habite en partie les bords du fleuve Bleu, qui présentent beaucoup de tuf calcaire et de conglomérat empâté aussi de calcaire tufeux, recouvert d'un sol sablonneux. Entre ces terrains s'interposent quelques riches alluvions qui produisent des forêts d'une grande beauté; seulement il est à remarquer d'un autre côté que les Foun redescendirent naguère des régions primitives du sud et que dans le Sennaar ils ont encore un pied dans de semblables régions qui se montrent aux monts Mouil, que l'on aperçoit depuis les bords du fleuve; double raison pour laquelle le type n'a pu reprendre son ancien caractère. On voit aussi pourquoi l'on rencontre là des villages ou tribus d'aspects très-différents.

Plus haut, vers le Fa-Zoglo, nous avons dit que l'on voyait un peuple arabe ou arabo-berber encore peu déformé. Pourtant les montagnes primitives qui renferment des nègres purs sont à petite distance du fleuve; mais aussi ces deux peuples sont complétement étrangers l'un à l'autre. Le premier habite les bords du fleuve, le second ne quitte pas ses montagnes primitives. Il y a plus, la nécessité de se défendre contre des voisins plus intelligents l'oblige à occuper, non les vallées ou plaines qui entourent ces régions, mais les montagnes même les plus escarpées qui servent de fortifications naturelles. Aussi je ne connais aucun endroit où deux types soient aussi nettement tranchés, quoique à une aussi faible distance l'un de l'autre. Hommes et animaux changent en même temps : les moutons au bord du fleuve ont encore de la laine; dans les montagnes ils sont couverts de poils.

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire fit de ces remarques l'objet d'une communication à l'Académie et en tira « la confirmation d'un fait général déjà plusieurs fois signalé, dit-il, que le degré de domestication des animaux est proportionnel au degré de civilisation des peuples qui les possèdent. » Ici encore nous trouvons une confirmation de notre loi en complétant ces savantes remarques, dont l'application seulement laisse à désirer; et nous reconnaissons simplement que hommes et animaux habitant un même sol sont nécessairement arriérés ou avancés au même degré, selon que la formation géologique le comporte.

Disons aussi que par régions primitives nous n'entendons jamais l'exclusion complète d'autres formations, sans quoi l'homme ne pourrait y vivre. Ainsi font les crétins des Alpes, de l'Auvergne, des Pyrénées et d'autres montagnes anciennes, qui dégénèrent et perdent la fécondité après quelques générations, s'ils continuent à vivre dans des conditions trop défavorables. La commission sarde, qui n'a pu reconnaître la cause du mal, a pourtant constaté que, toute autre condition égale, le crétinisme est permanent dans les vallées étroitement encaissées de montagnes primitives, et seulement accidentel lorsque ces montagnes sont moins anciennes. Il semble qu'un fait de cette nature aurait dû mettre sur la voie de la grande loi que nous signalons à l'attention. La vallée profondément encaissée reçoit plus abondamment en effet le produit des désagrégations que les intempéries détachent de ses hauts rochers abrupts. De là le sol le moins élaboré par les transformations géologiques, et, par conséquent, le plus défavorable à l'homme, bien qu'il convienne à certains végétaux. Le crétinisme, qui emploie plusieurs générations à se produire, ne saurait disparaître par quelques années seulement de déplacement et de soins sur l'individu. C'est plutôt une constitution acquise qu'une maladie, et elle doit suivre la loi des transformations qui nous occupe et qui ne paraît guère opérer plus vite dans un sens que dans l'autre. Il faut donc tout au moins, comme préservatif, ne pas vivre d'une manière permanente sur ce sol.

— M. Flourens transmet et appuie une demande adressée par M. Turnbull, médecin de la Faculté d'Edimbourg, qui, se proposant de traiter, par une méthode qui lui est propre, un certain nombre de personnes affectées de surdité, prie l'Académie de vouloir bien faire constater par une commission l'état de ces individus avant qu'ils soient soumis à son traitement, dont le résultat doit, suivant lui, être complet ou à peu près dans l'espace d'une année.

M. Turnbull a fait connaître sa méthode à M. Flourens et la communiquera également aux membres de la commission; il l'a décrite dans une note qu'il dépose, mais il demande à ne pas la rendre dès ce jour complétement publique; sa note, à laquelle l'Académie, au bout d'une année, donnera toute la publicité qu'elle jugera convenable, resterait jusque-là sous pli cacheté.

L'Académie charge une commission, composée de MM. Flourens, Milne Edwards et Bernard, de prendre connaissance du procédé de M. Turnbull, et de constater autant que cela lui semblera possible l'état de l'ouïe chez les individus qu'il lui présentera.

Expériences chimiques et toxicologiques sur la digitaline.

M. Lefort, à l'occasion d'une communication faite dans la précédente séance par M. Grandeau « sur l'application de la dialyse à la recherche des alcaloïdes et sur un nouveau caractère de la digitaline, » réclame la priorité quant à l'application de ce moyen pour isoler le poison en question, et quant à la réaction chimique qui permet de le reconnaître quand on l'a isolé. « C'est pour m'en assurer, dit-il, que j'ai déposé le 29 mai dernier une note sous pli cacheté, dont l'Académie a bien voulu

accepter le dépôt. Je prie en conséquence M. le président de vouloir bien ouvrir ce paquet et en faire connaître le contenu. Je joins à cette lettre un mémoire plus complet et dont j'espère que les conclusions pourront paraître dans le *Compte rendu*. »

Le paquet cacheté est ouvert en séance; il contient la note suivante:

Expériences chimiques et toxicologiques sur la digitaline.

Nous nous proposons dans ce mémoire de poursuivre les faits suivants qui sont déjà à notre connaissance :

1° La digitaline existe dans le commerce de la droguerie à l'état soluble et à l'état insoluble; dans le premier cas, elle provient d'Allemagne et est fabriquée, par un procédé inconnu jusqu'à ce jour, par M. Merck (de Hesse-Darmstadt); dans le second cas, elle est fabriquée par le procédé que MM. Homolle et Quevenne ont fait connaître.

2° Ces deux espèces de digitaline, soumises à l'adalyse dialytique, traversent le parchemin végétal comme le font les cristalloïdes faibles.

3° La digitaline d'Allemagne, soumise à l'action de l'acide hydrochlorique concentré, donne une solution d'un vert moins intense que la digitaline de France, ce qui nous porte à croire que la première est plus pure que la seconde; en effet, la digitaline d'Allemagne nous paraît être un produit unique, car si on l'examine au microscope avec un fort grossissement, on y distingue quelques cristaux translucides sans formes régulières déterminées, tandis que la digitaline de France forme une masse opaque comme granuleuse.

4° Soumises à l'action du gaz chlorhydrique, ces deux digitalines se comportent d'une manière toute différente : ainsi la digitaline d'Allemagne placée sous une cloche, à côté d'un vase contenant de l'acide hydrochlorique concentré, jaunit, se liquéfie en partie comme une résine et acquiert une teinte brune très-foncée; au contraire, la digitaline de France se colore en jaune, puis en brun, et enfin en vert très-foncé, tout en devenant également demi-liquide.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la digitaline de France, qui s'est colorée en vert sous l'influence du gaz chlorhydrique, répand une odeur très-forte de poudre de feuilles de digitale. Ce caractère nous semble très-important à signaler, parce qu'il constitue l'un des meilleurs moyens pour découvrir la digitaline dans les liquides incolores.

Voici maintenant les conclusions du mémoire que M. Lefort présente aujourd'hui :

1° La médecine, en France, emploie deux espèces de digitaline possédant des propriétés physiques et chimiques notablement différentes : l'une, dite *allemande* ou soluble; l'autre, dite *française* ou insoluble.

2° La digitaline soluble se colore moins fortement et plus lentement en vert par l'acide chlorhydrique que la digitaline insoluble.

3° Le gaz chlorhydrique colore en vert foncé la digitaline insoluble, et en brun foncé la digitaline soluble.

4° Ce gaz développe avec la digitaline insoluble l'odeur spéciale de la feuille de digitale : avec la digitaline soluble ce caractère est beaucoup moins appréciable.

5° Au microscope, la digitaline soluble laisse apercevoir des vestiges de cristaux sans forme déterminée, et la digitaline insoluble un magma opaque d'aspect utriculaire représentant un mélange de deux substances au moins.

6° La digitaline soluble paraît être un produit mieux défini que la digitaline insoluble.

7° Le principe qui se colore en vert par l'acide chlorhydrique paraît être indépendant de la digitaline elle-même, soit soluble, soit insoluble; il est sans doute volatil, et le même qui communique à la digitale son odeur spéciale.

8° Les deux espèces de digitaline traversent le parchemin végétal et peuvent être séparées, par la voie de la dialyse, des matières qui la contiennent naturellement ou accidentellement.

9° L'amertume naturelle de la digitaline soluble et insoluble, leur coloration par l'acide chlorhydrique et l'odeur spéciale de digitale qu'elles répandent par le gaz chlorhydrique, sont des caractères suffisants pour affirmer leur présence dans les matières qui les contiennent en proportion un peu notable. »

Le mémoire de M. Lefort et la note déposée le 29 mai sont renvoyés à l'examen de la commission nommée pour la note de M. Grandean, commission qui se compose de MM. Pelouze, Payen, Bernard et Balard (1).

NOUVELLES EXPÉRIENCES TENDANT A INFIRMER L'HYPOTHÈSE DE LA PANSPERMIE LOCALISÉE; par MM. N. JOLY et CH. MUSSET.

Avant de nous rendre à Paris et de comparaître devant la commission nommée pour juger nos principales expériences sur l'hétérogénie, nous avons voulu répéter à Toulouse celle que nous avons faite, au mois d'août 1863, dans les glaciers de la Maladetta. Seulement, au lieu de huit ballons, nombre jugé insuffisant par notre savant antagoniste, M. Pasteur, nous en avons employé vingt (et même vingt-deux).

Une décoction de pois bouillis pendant trois heures a été versée dans chacun de nos matras. La prise d'air a eu lieu dans un appartement situé au rez-de-chaussée et tout près d'un jardin. Immédiatement après, le col de nos ballons a été refermé à la lampe éolipyle.

Au bout de quatre jours (la température extérieure ayant varié entre + 15 et + 21 degrés centigrades), nous avons soumis le contenu de nos vases à l'examen microscopique. Tous, sans exception, renfermaient des bactéries vivantes ou mortes.

Nous devons ajouter que, le 20 février dernier, nous avons fait, à ciel ouvert et par un affreux temps de neige, une expérience presque entièrement semblable à celle qui précède.

Balayé depuis dix-neuf heures par la neige qui en ce moment tombait encore sur nos têtes, et qui, réunie à celle des jours précédents, formait sur le sol une couche de 30 centimètres d'épaisseur, l'air introduit dans nos ballons devait être, croyons-nous, d'une pureté au moins aussi grande que celui de la Maladetta. Cependant tous nos matras, cette fois encore, se sont montrés féconds, après quelques jours d'exposition à une chaleur artificielle. Ces résultats, ajoutés à ceux que nous avons déjà fait connaître à l'Académie, semblent donc démontrer que la panspermie limitée n'existe pas et, par suite, qu'il n'est pas « toujours possible de prélever, en un lieu déterminé, un volume notable, mais limité, d'air ordinaire, n'ayant subi aucune espèce de modification physique ou chimique, et tout à fait impropre, néanmoins, à provoquer une altération quelconque dans une liqueur éminemment putrescible (1). »

Du reste, quand même nous n'aurions pas réussi à obtenir des organismes dans vingt-deux ballons hermétiquement clos, cet insuccès n'aurait rien qui dût nous étonner. Lorsqu'on opère dans des conditions aussi défavorables à la manifestation de la vie, si quelque chose doit surprendre, c'est de la voir naître et se développer malgré ces conditions. Nous l'avons dit plusieurs fois et nous le répétons encore, afin de n'être plus accusés de n'avoir pas eu « la sagacité » nécessaire pour découvrir et signaler « le point faible » du travail de M. Pasteur. En employant des infusions longtemps bouillies, de l'air confiné et des vases fermés à la lampe d'émailleur, on peut faire de très-bonnes conserves d'Appert, on ne fait certainement pas des expériences physiologiques vraiment dignes de ce nom (2). C'est ce que nous nous proposons de démontrer bientôt, si, comme nous l'espérons, l'Académie veut bien réunir pour le 15 de ce mois la commission qui doit prononcer, après un examen sérieux, entre la *semi-panspermie* et la *génération hétérogène*. Aujourd'hui nous nous bornons à prendre date et à enregistrer, sans autres commentaires, les résultats des dernières expériences que nous avons faites dans le but de répondre au « défi » que nous a porté M. Pasteur, ou plutôt dans le but d'arriver à la vérité, unique objet de nos constants efforts.

Dans la lettre qui accompagne cette note, MM. Joly et Musset annoncent qu'ils seront à Paris le 15 de ce mois, jour qui leur a été fixé par la commission nommée dans la séance du 4 janvier dernier, et prêts à répéter en sa présence toutes leurs expériences relatives à la question des générations spontanées.

— M. le ministre de l'instruction publique autorise l'Académie à prélever sur les fonds restés disponibles une somme de 1,500 fr. destinée à la continuation des recherches de M. Gervais dans les cavernes ossifères du midi de la France.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JUIN 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemaire, sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Siez (Nièvre) en 1863 et 1864. (Commission des épidémies.)

(1) Le nom de M. Balard avait été omis par erreur dans le *Compte rendu* de la séance précédente.

(1) L. Pasteur, *Examen de la doctrine des générations spontanées* (*Annales des sciences naturelles*, t. XVI, p. 76, 4e série).

(2) Nous avons dit quelque part : « Dans la description qui précède, nous avons supposé que nous opérions en vases ouverts et sans violenter en rien la nature. A notre avis, c'est là le seul moyen logique de l'interroger avec fruit et d'en obtenir des réponses satisfaisantes.

« Malheureusement, cette manière de procéder n'est pas celle de nos antagonistes. Le feu, l'eau et l'huile bouillantes, l'air calciné, le vide opéré par la machine pneumatique, ils appellent tous les éléments à leur aide afin de prouver leur thèse favorite, et cette thèse, la voici, etc. » (Ch. MUSSET, *Nouvelles recherches sur l'hétérogénie*, p. 13.) Notre savant ami, M. Pouchet, a plus d'une fois aussi tenu le même langage.

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Soultzmatt (Haut-Rhin), par M. le docteur Grimaud; de Royat (Puy-de-Dôme), par feu le docteur Allard; des bains de mer d'Étretat (Seine-Inférieure), par M. le docteur de Miramon. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Colin, professeur à l'École d'Alfort, à l'appui de sa candidature à la place devenue vacante dans la section de médecine vétérinaire.

2° Une lettre de M. le docteur Kilbourn (de l'Ohio), sur le traitement préventif du choléra.

3° Un pli cacheté de M. Reveil, renfermant l'exposé des circonstances les plus favorables à la dialyse au point de vue de la recherche des poisons dans les matières organiques. (Accepté.)

— M. Larrey présente; 1° au nom de M. Clot-Bey, membre correspondant de l'Académie, un travail sur *l'ophthalmie, le trichiasis et l'entropion en Égypte*.

2° Un mémoire de M. Rousse (de Bagnères-de-Bigorre), sur le *traitement de la phthisie par la chaux et les eaux minérales calcaires*.

— M. Bouillaud présente un travail de M. Guérin (de Mézières), renfermant des expériences sur les bruits et les mouvements du cœur.

— M. Briquet, au nom de M. Blanchard, membre correspondant de l'Académie, offre des observations sur l'action des eaux minérales de Louesche.

RAPPORT. — EAUX MINÉRALES.

M. Gobley, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports officiels sur les demandes en exploitation des nouvelles sources de Saint-Gelis, Vals, etc. Les conclusions favorables sont mises aux voix et adoptées.

OBSTÉTRIQUE.

M. Depaul lit un rapport sur un nouveau forceps avec note explicative de M. le docteur Rouch.

Il s'agit d'une tentative essayée plusieurs fois déjà pour limiter les pressions exercées sur la tête du fœtus pendant le temps d'extraction de la manœuvre du forceps.

La modification, dit le rapporteur, est simple, et il y a sur chaque branche du forceps une tige montée à vis et terminée par une tête d'une largeur d'un centimètre et demi de diamètre. Lorsque la tête du fœtus est saisie, les vis de rappel sont tournées de façon que leur saillie empêche le rapprochement des branches du forceps, et par conséquent les pressions des cuillers sur la tête du fœtus.

A ce forceps est ajoutée une tige graduée comme celle du pelvimètre et qui, placée dans l'écartement des branches de l'instrument, permet de mesurer la tête du fœtus.

La modification est bonne, meilleure que celles qui avaient été autrefois tentées; mais, en principe, une main exercée n'a pas besoin de ce forceps; il y a toujours moyen d'éviter de presser la tête du fœtus en tirant seulement avec la main qui tient l'articulation du forceps.

Si l'on a affaire à un rétrécissement du bassin, rien n'empêchera les cuillers d'être pressées et de transmettre la pression à la tête du fœtus, malgré les précautions prises avec le forceps de M. Rouch.

En résumé, ce forceps, qui ne me paraît pas indispensable, peut être utile pour des mains qui ne sont point sûres d'elles.

Le rapporteur propose d'envoyer des remercîments à l'auteur et de déposer son travail dans les archives.

TOXICOLOGIE.

M. Reynal lit un rapport sur un mémoire de M. Gallard, intitulé *Considérations sur l'empoisonnement par la strychnine; médecine légale et thérapeutique.*

Ce travail, qui est postérieur aux travaux de M. Tardieu, renfermait quinze observations nouvelles qui avaient servi à M. Gallard à établir la symptomatologie de l'empoisonnement par la strychnine, et les déductions médico-légales que l'on doit en tirer au point de vue de la constatation de l'empoisonnement. La rigueur de l'examen des caractères de l'empoisonnement distingue, dit le rapporteur, la première partie du mémoire.

Dans la seconde partie, l'auteur, grâce à des expériences nombreuses bien instituées et avec les contre-épreuves, formule des données thérapeutiques rationnelles se rapportant à trois chefs : expulser le poison par les vomitifs, avec la sonde œsophagienne et la pompe stomacale, c'est-à-dire par des moyens mécaniques; dénaturer, transformer le poison en un corps inerte et qui cesse d'être dangereux; enfin produire avec des médications appropriées des effets opposés à ceux que l'absorption de la strychnine entraîne. Les résultats fournis par les diverses expériences indiquent que l'expulsion du poison est presque le seul remède efficace contre l'empoisonnement par la strychnine.

Un des points les plus importants du mémoire de M. Gallard est la permanence régulière des symptômes tétaniques : toutes les expériences ont invariablement prouvé que les stupéfiants et les narcotiques les plus énergiques n'empêchaient pas les spasmes tétaniques de se produire. Seul le chloroforme en inhalation a pu les arrêter pour un instant, en plongeant le malade dans le sommeil anesthésique. Mais dès le réveil, les spasmes se reproduisaient avec la même intensité et les mêmes caractères qu'auparavant.

Le rapporteur propose d'adresser une lettre de remercîments à M. Gallard et de renvoyer son travail au comité de publication. Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE. — TRAITEMENT DE L'ANTHRAX PAR LES INCISIONS SOUS-CUTANÉES.

M. Alph. Guérin lit un travail sur ce sujet. Depuis Dupuytren, dit-il, les incisions des anthrax ont passé dans la pratique générale et ont été journellement mises en pratique. Mais on n'a pas tardé à observer que la douleur occasionnée par ce traitement était extrêmement vive, ce qui a suggéré l'idée de recourir à l'expectation pour les cas où l'anthrax n'avait pas une étendue considérable. M. Néleton a été le promoteur d'une pratique fondée sur ce précepte.

L'auteur est d'avis que les incisions sont le seul moyen d'arrêter les progrès du mal, et qu'il est des cas où des abcès se formant autour du tissu cellulaire gangréné, l'ouverture du foyer devient le principale ou plutôt la seule indication. Au début de l'anthrax il croit les incisions aussi nécessaires.

Pour pratiquer les incisions sous-cutanées, un bistouri à lame étroite est introduit par la partie culminante de l'anthrax, là où la peau commence à se sphaceler. L'instrument tranchant pénètre à travers l'anthrax et divise les tissus des parties profondes en allant vers la peau qui est respectée. Quatre incisions sous-cutanées en croix sont ainsi faites.

Grâce à ce procédé, nombre de fois la maladie a été arrêtée et la guérison ne s'est pas fait longtemps attendre.

L'auteur fait valoir ensuite plusieurs raisons qui plaident en faveur de cette nouvelle méthode de traitement

En premier lieu, les incisions sous-cutanées permettent d'éviter la douleur; l'expérience apprend que la peau est en général la partie la plus sensible sous le couteau. Si l'on objectait qu'il existe des agents anesthésiques auxquels on peut avoir recours, il serait aisé de faire remarquer que le chloroforme est contre-indiqué dans les cas où l'anthrax est accompagné de phénomènes d'infection voisins des accidents généraux des maladies charbonneuses. User de la glace et des mélanges réfrigérants serait exposer la peau à une cause nouvelle de gangrène.

En second lieu, la cicatrice qui résulte de cette opération n'est point difforme, et pour la face, cette considération a son importance. L'auteur, à cet égard, présente deux dessins d'après nature montrant un anthrax abandonné à lui-même et traité par les grandes incisions après trois mois de traitement, et laissant une cicatrice arrondie d'un diamètre de 6 centimètres environ; et un anthrax qui, au début, présentait le même volume que le premier, traité par les incisions sous-cutanées, qui a laissé une cicatrice d'une étendue un peu moindre que celle d'une pièce de 1 franc. (Commissaires : MM. Laugier, Ricord et Gosselin.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

La parole est à M. Barth.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR.

M. Barth : Les mouvements et les bruits du cœur me paraissaient démontrés par les belles expériences de MM. Chauveau et Marey, lorsque M. Beau a relevé son drapeau. Il ne s'est pas avoué vaincu, il prétend même aujourd'hui qu'il triomphe, et cela avec persistance.

Etiamsi omnes consentiunt ego non!

Devant cette conviction ardente qui dure depuis de longues années, je me suis demandé s'il n'y aurait pas quelque chose de vrai. A chaque édition du *Traité d'auscultation* que nous avons fait paraître en collaboration avec M. Roger, j'ai médité, et toujours je revenais à mon opinion première, que M. Beau était dans l'erreur; je n'ai pas changé aujourd'hui.

Beaucoup d'excellents arguments ont été produits; ce que MM. Bouillaud, Béclard et Gavarret ont dit contre la prétendue contraction énergique est pleinement vrai; il est juste d'y ajouter que les oreillettes, maintenues par les veines qui s'y abouchent, ne sont pas libres, et qu'elles sont loin de pouvoir se contracter avec la même énergie que les ventricules.

M. Beau a produit deux raisonnements, à savoir : que l'oreille étant l'*ultimum moriens*, est la partie la plus importante du cœur; que chez les espèces animales inférieures qui ont un cœur à une seule cavité, c'est une oreillette. La réponse à la deuxième proposition peut servir pour la première. M. Beau veut voir une oreillette dans le cœur à une seule cavité; nous répondrons que, puisqu'il en sort des artères, c'est aussi bien un ventricule qu'une oreillette. D'une autre part, de ce que nous voyons chez des monstres des vaisseaux sans cœur, faut-il dire que les vaisseaux sont la partie la plus importante pour la circulation cardiaque?

M. Bouillaud a justement rappelé que dans la théorie actuelle de la révolution du cœur nous ne supprimons pas le rôle de l'oreillette; la contraction est admise. C'est un réservoir contractile qui fournit incessamment du sang au ventricule, excepté au moment de sa systole ventriculaire. La systole veineuse dans la veine cave n'existe pas : j'ai pu constater que le sang coule de la veine-cave par un jet continu non saccadé.

M. Bean a dit que les orifices du cœur étaient fermés après la systole ventriculaire par la permanence de la contraction du ventricule. Physiologiquement, cela est impossible; un muscle se repose après une contraction, et en général le relâchement vient vite. Une comparaison a été faite entre la contraction du cœur et la contraction du sphincter de l'anus; la comparaison eût été plus heureuse si M. Beau avait rapproché la contraction de la vessie pendant la miction de la contraction du ventricule, et il aurait vu que la vessie après s'être contractée est de suite dans un relâchement suffisant pour permettre l'accès de l'urine descendant des uretères. Puis, s'il envisage les faits pathologiques, notre contradicteur se trouve forcé d'admettre que dans les lésions des orifices ce ne sont pas des rétrécissements ou des insuffisances qui existent, mais bien un relâchement partiel du cœur au niveau de l'orifice malade, et cela n'est guère admissible; la théorie de la contraction tonique du ventricule est donc inacceptable.

Le jet de sang pendant la rescision de la pointe du cœur a été vu correspondant à la systole de l'oreillette. C'est Harvey qui l'a dit; *Pulsante solum auricula*. Mais il a ajouté que le jet de sang correspondait à chaque contraction ventriculaire. Depuis, MM. Chauveau, Marey, Potain, et moi-même, nous avons vu le jet de sang correspondre à la systole ventriculaire.

Si la contraction de l'oreillette était la condition nécessaire aux battements du cœur, verrait-on le cœur battre après qu'on l'a extrait de la poitrine d'un animal? Cette question posée est encore un argument contre la théorie de M. Beau.

Examinons les bruits du cœur. Et d'abord, les lésions des oreillettes ne produisent pas de bruits morbides; les bruits qui coïncident plus ou moins avec les bruits normaux n'existent que quand il y a des lésions des orifices. N'est-ce pas là une preuve que les bruits normaux du cœur sont liés aux fonctions des valvules?

Les bruits du cœur s'entendent dans les carotides; le deuxième bruit est très-clair et très-net. En serait-il ainsi si le claquement de l'oreillette en était la cause? A ces raisonnements, est-il nécessaire d'ajouter les résultats des expériences de Hope et de Williams, qui démontrent qu'en faisant cesser le jeu des valvules on altère les bruits du cœur?

Le premier bruit du cœur et les pulsations artérielles ont lieu en même temps, et pour la crosse de l'aorte le synchronisme est parfait, M. Chauveau l'a démontré; et journellement, dans ces cas de dilatation de l'aorte qui permettent de sentir les battements au niveau de la fourchette sternale, comme sur les anévrismes de la crosse de l'aorte qui ont perforé le thorax, on constate la coïncidence parfaite de la pulsation du cœur avec la pulsation de l'aorte ou de l'anévrisme de cette artère.

Prenant ensuite ses arguments dans les faits pathologiques, l'orateur démontre que le pouls veineux contredit la théorie de M. Beau. On a vu, dit-il, une pulsation veineuse ou des pulsations nombreuses, quoiqu'il n'y ait que deux bruits au cœur, et c'est quand il y a insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires qu'on observe ces anomalies. Si le pouls veineux redoublé était produit par deux contractions de l'oreillette, le second bruit de M. Beau devrait manquer ou être double.

En suivant l'ordre admis par la nouvelle théorie, il devrait y avoir dans le rétrécissement aortique un bruit de souffle un peu après le premier temps et après le choc de la pointe du cœur contre la poitrine.

Dans l'insuffisance aortique il y a un bruit de souffle qui masque le deuxième bruit normal. Donc il est dû à la lésion de la valvule. Pour expliquer ce fait, M. Beau admet une diastole ventriculaire supplémentaire par relâchement de l'orifice aortique, et un bruit anormal qui masque le deuxième bruit. Mais il faut avouer qu'il est au moins singulier que ce bruit anormal masque exactement un bruit qui se passe dans les oreillettes. En raisonnant d'ailleurs et en nous plaçant dans l'hypothèse de M. Beau, on arriverait à conclure que les oreillettes se dilatant au moment où le ventricule n'a pas encore fini de se contracter, le bruit de l'insuffisance aortique devrait se produire après le deuxième bruit.

Il y a des faits de rétrécissement sans insuffisance. Si rares qu'ils soient, on les a observés, et l'on n'a pas trouvé de bruits de souffle évidents. Tandis que quand il y a insuffisance avec le rétrécissement, il y a un bruit de souffle très-fort; il se fait quelquefois entendre avant le premier bruit; M. Beau s'en est fait un argument; mais ne bruit appartient encore au premier bruit; il le précède de très-peu, c'est le bruit pré-systolique, et il correspond au moment où l'oreillette se contracte pour achever de remplir le ventricule. Ce bruit est peu marqué, et on ne saisit pas d'intervalle entre lui et le premier bruit. Lorsque le bruit est très-fort et prolongé, il y a toujours insuffisance valvulaire.

De tous les faits connus il résulte que, en admettant la théorie ancienne, les bruits de souffle correspondent à des altérations valvulaires; que le rétrécissement auriculo-ventriculaire s'accompagne d'un bruit de souffle un peu avant le premier bruit; que l'insuffisance auriculo-ventriculaire est caractérisée par un bruit de souffle pendant le premier temps, et que le rétrécissement aortique est révélé par un bruit de souffle un peu après le premier bruit. La théorie nouvelle fournit-elle des données aussi précises?

Tout, dans les phénomènes pathologiques du cœur, montre que la contraction ventriculaire est la partie la plus importante des mouvements du cœur, et la cause des bruits; tous les bruits morbides du cœur sont liés à des altérations des ventricules; les oreillettes n'y sont pour rien seules. Les observations et les tracés sphygmographiques fournissent les preuves les plus palpables de ces vérités. Et si M. Bean ne peut être convaincu, il faut renoncer à démontrer quelque chose par les faits et les expériences.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Tardieu sur les candidats au titre de correspondant étranger.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES CLINIQUES DE MÉDECINE MILITAIRE, OBSERVATIONS ET REMARQUES RECUEILLIES A L'HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, SPÉCIALEMENT SUR LA TUBERCULISATION AIGUE ET SUR LES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES ET DIGESTIVES; par M. LÉON COLIN, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et pharmacie militaires, lauréat de l'Académie impériale de médecine.

De toutes les branches de la médecine la clinique est sans contredit la plus importante. Il est assurément très-utile pour l'élève qui quitte les bancs d'emporter dans sa pratique les préceptes théoriques qu'il aura puisés du haut d'une chaire, loin des objets sur lesquels il doit agir. Mais que seraient pour lui ces préceptes s'il n'avait appris à en faire l'application? Que lui importerait de connaître à fond les symptômes d'une maladie s'il ne savait pas les démêler sur le malade? C'est là ce que les élèves ne peuvent apprendre qu'au lit du malade, dans la contemplation de la nature vivante en action anormale. Eh bien! il suffit d'être un peu au courant de ce qui se passe dans les huit cours de clinique de Paris et ailleurs encore, pour s'assurer que, sous ce point de vue, ils sont encore insuffisants.

L'enseignement clinique élémentaire a des exigences spéciales : les détails de pratique demandent une transmission plus personnelle; la pathologie clinique s'enseigne; l'auscultation, la percussion, les procédés manuels, les délicatesses du détail se montrent. Il y a en effet, pour les yeux, l'ouïe et la main, une éducation toute spéciale, que les leçons les plus éloquentes ne réussiront jamais à transmettre, éducation qui ne se fait pas généralement dans les nombreuses cliniques. Cette distinction que nous établissons est nécessaire; nous voudrions voir l'enseignement des Facultés en tenir plus de compte.

C'est donc une nécessité de diviser, pour l'instruction des élèves, la clinique en deux parties bien distinctes : l'une d'initiation, restreinte dans un étroit horizon, curieuse de détails, pèse, mesure, ausculte, calcule, observe; presque exclusivement bornée à l'éducation des sens et au diagnostic topographique, elle a fait d'immenses progrès dans ces derniers temps. Or c'est cette éducation que les élèves ne peuvent acquérir, ou n'acquièrent que très-imparfaitement dans les grandes cliniques. Dès lors comment pourront-ils profiter des leçons du professeur de pathologie, s'ils ne sont pas en état de connaître les phénomènes les plus évidents qui leur sont signalés? Comment le pourront-ils surtout si, pouvant à peine aborder le malade pendant quelques instants, ils n'ont pas le temps de se rendre compte des sensations rapides qu'ils ont reçues au milieu du tumulte inévitable produit par l'accumulation des élèves?

L'autre partie de la clinique large, vivifiante, fondée sur les principes d'où émanent les grandes et solides doctrines, se plaît surtout aux vues d'ensemble, aux fécondes discussions théoriques, aux indications thérapeutiques; elle consiste surtout à saisir la nature, les rapports des faits, à en pénétrer le fond; elle s'occupe particulièrement des vérités qui résultent de l'observation et de la comparaison des changements que les mêmes maladies éprouvent en différents temps, en différents lieux et dans des circonstances diverses, en un mot des constitutions médicales; elle est, en général, très-négligée de nos jours.

La première, plus modeste, mais non moins utile, renferme les vérités qu'on trouve par une étude directe des maladies considérées en elles-mêmes. C'est entre ces deux manières d'interpréter la clinique,

qu'il faut placer l'ouvrage de M. Colin; mais c'est surtout à la dernière qu'il appartient. C'est particulièrement dans l'étude approfondie du malade qu'il va puiser tous ses enseignements. Disserter sur un malade, c'est d'abord avoir à disserter sur la maladie dont il est affecté, c'est avoir à distinguer toutes les nuances, toutes les diversités, toutes les circonstances personnelles du cas particulier. « Sous ce dernier « rapport, dit M. Colin, grâce aux mutations fréquentes de nos garni« sons, grâce aux passages continuels à Paris de militaires provenant « de différentes régions de la France et des pays étrangers occupés « par nos troupes, le Val-de-Grâce fournit les éléments les plus variés « d'observations; peu de jours se passent, en effet, sans que l'atten« tion ne soit vivement réveillée par l'arrivée de quelques malades « dont l'affection, de provenance lointaine, tranche absolument avec le « tableau de la constitution médicale de la première.» C'est pourquoi l'auteur a voulu qu'un champ d'étude si étendu, une mine si féconde de faits, deviennent aussi utiles que possible à l'instruction pratique des élèves par la publication de sa clinique qui offrira, en outre, l'avantage de rappeler incessamment à leur esprit le tableau des faits que l'observation au lit du malade a mis sous leurs yeux et qu'il aura ainsi sauvés de l'oubli.

Dans une courte préface, l'auteur expose les vues qui lui servent de règles dans l'enseignement de la clinique et qui doivent caractériser ses leçons; puis il entre en matière par une longue étude sur la diathèse tuberculeuse sous les trois formes qui la caractérisent; 1° la phthisie chronique, où le principe morbifique anciennement ancré a acquis avec le temps une sorte de droit de domicile et n'éveille que des sympathies peu actives et une lutte plus discrète en son allure; 2° la phthisie aiguë ou galopante, qui correspond à une réaction de l'économie plus accentuée, plus bruyante, 3° enfin la tuberculisation aiguë, forme complétement différente des précédentes et par ses allures et par sa tendance à la généralisation. Cette dernière dénomination, dit-il, a l'avantage de ne réveiller que l'idée de la lésion et non celle du siége. C'est sur celle-ci qu'il s'étend largement, et cet article ne comprend pas moins de soixante-dix pages.

La phthisie étant une des maladies les plus communes dans l'armée, devait être de la part de M. Colin, s'adressant à des médecins militaires, l'objet d'une étude spéciale; pour lui la mensuration de la poitrine a peu d'importance; ses observations personnelles à cet égard ne sont pas d'accord avec celles généralement admises; ainsi, par exemple, selon lui, la différence entre la circonférence supérieure du thorax et la circonférence inférieure atteindrait rarement plus de 5 centimètres; elle ne dépasse ce chiffre que chez les individus très-robustes dont les masses musculaires du grand pectoral et du grand dorsal contribuent à augmenter sensiblement le périmètre que comprendra le lac mensurateur sous les aisselles. La diminution de la circonférence supérieure chez les phthisiques tient avant tout à la diminution du volume de ces mêmes masses musculaires. Tout individu dont la poitrine s'écarte du type si bien décrit par Woillez, dont le sternum est saillant, dont la configuration du thorax est telle que le diamètre antéro-postérieur semble plus étendu que le diamètre transversal, doit être mis en suspicion. Il insiste vivement sur ces considérations qui sont d'une importance majeure pour le médecin militaire au point de vue du recrutement de l'armée; puis suit une longue étude sur la valeur séméiotique de la respiration saccadée.

Dans le chapitre II, relatif aux maladies des voies respiratoires et circulatoires, nous trouvons quelques considérations sur la bronchite et le catarrhe suffocant, résultat de l'analyse de cinq cents cas fournis par la clinique; mais nous avons surtout remarqué les pages où l'auteur décrit la pleurésie avec épanchement si commune dans nos hôpitaux militaires et quelquefois si obscure dans ses débuts et même dans sa terminaison.

La clinique des maladies de l'appareil digestif a fourni le sujet de considérations pleines d'intérêt. On lira avec beaucoup de fruit les articles relatifs à l'ictère grave, à la dysenterie, etc.

C'est un fait bien remarquable, mais bien obscur encore, que cette perturbation particulière fonctionnelle du foie que l'on désigne physiologiquement sous le nom d'acholie et à laquelle certains physiologistes ont donné le nom d'atrophie jaune du foie (Horaczek et Rokitanski), d'hépatite diffuse (Bright et Frerichs), d'ictère grave (Ozanam, Monneret), d'ictère typhoïde (Lebert). Dans cette maladie où la guérison est rare et où la mort survient avec tous les signes d'une vraie intoxication, nous ne retrouvons pas les caractères si connus des phlegmasies. L'atrophie jaune n'est pas davantage constante et n'explique rien. La dénomination d'ictère grave, acceptée par M. Colin, est tout à fait neutre, provisoire et évite de se prononcer théoriquement par un nom vraiment significatif, qui pourrait avoir une influence plus ou moins fâcheuse sur la thérapeutique de cette affection: aussi voyons-nous avec plaisir M. Colin arriver à cette conclusion sur la nature de cette maladie qu'il s'agit d'une affection obscure, particulière, qui attend des lumières des travaux ultérieurs. Que l'auteur n'a-t-il montré la même prudence à l'égard de la dyssenterie, contrairement à l'opinion assez commune et parfaitement justifiée d'après laquelle la dyssenterie est réputée maladie spéciale, se révélant dans chaque épidémie avec un génie particulier! M. Colin regarde cette affection comme type de l'inflammation franche, n'importe la localité, n'importe le climat ou la constitution médicale, depuis la Hollande, où observait Pringle, jusqu'aux contrées tropicales. Pour nous, il y a dans l'ensemble des phénomènes de la dyssenterie tous les caractères qui constituent un état pathologique d'une nature spéciale et qui se subordonne les lésions locales. Si cette affection, dans son principe et dans quelques cas seulement, présente des symptômes inflammatoires, ces symptômes inflammatoires ne sont pas essentiels et ne sauraient constituer la nature de la maladie. On comprend qu'il serait hors de propos, dans le peu d'espace qui nous est accordé, d'exposer les raisons de cette opinion sur laquelle nous restons en dissidence avec notre savant confrère. Et qu'on ne pense pas non plus que ce soit là une simple question de nomenclature, de stérile classification: ces résultats d'observation pathogéniques ont une portée autrement élevée; on en déduit d'une manière immédiate des notions plus ou moins positives sur le traitement, et pour ce qui est de la dyssenterie, en effet, les indications thérapeutiques tirées de l'inflammation de la muqueuse sont reléguées au second plan et même complétement négligées, dans le cas de dyssenterie intense surtout, pour faire place aux indications déduites de l'état général. Ces réserves faites, nous serons plus à l'aise pour louer sans restrictions les nombreuses qualités par lesquelles se distingue le livre de M. Colin, qu'il nous est impossible d'analyser, car il comprend la pathologie presque tout entière: *maladies des voies respiratoires et circulatoires du tube digestif et de ses annexes, des voies urinaires, du système nerveux, les pyrexies*, etc. Ainsi, comme on le voit, l'auteur aurait pu formuler ainsi le titre de son ouvrage: Revue clinique des faits qui se rencontrent journellement dans la pratique de la médecine militaire, observés surtout au point de vue du diagnostic, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique. Quant aux faits exceptionnels, ils sont acceptés lorsqu'ils se présentent, mais ils ne sont pas recherchés dans le but d'en faire le pivot principal de l'intérêt que l'auteur s'efforce d'imprimer à son ouvrage. Au lieu donc de chercher à n'offrir au lecteur que des exceptions, des faits curieux, de la nouveauté enfin, le livre de M. Colin intéressera davantage en nous attachant à saisir les expressions, les nuances délicates du diagnostic qui se rencontrent si souvent dans les faits ordinaires de la médecine et qui rendent quelquefois la pratique difficile. Il faut parcourir l'ouvrage lui-même pour y chercher, non pas la trace d'une doctrine exclusive ni le caractère dominant d'une médication, mais la marche d'un esprit actif, pratique, très-versé dans la connaissance des travaux contemporains et les innombrables éventualités d'un grand service de clinique. Or on n'est pas médecin d'hôpital pendant quelques années sans avoir fait de ces remarques de détail dont l'importance pratique saute aux yeux de tous les hommes qui ont vu des malades; M. Colin n'y a pas manqué, et les remarques consignées dans les divers endroits de son livre lui donnent un véritable intérêt pratique.

En somme, le volume que nous avons sous les yeux a été conçu et exécuté dans un bon esprit et avec une grande sûreté de jugement; des points très-intéressants de pratique y sont traités avec beaucoup de soin et toujours à l'aide de faits cliniques. L'auteur se recommande en outre par des travaux d'un autre ordre et qui lui ont valu l'éclatante distinction qu'il a reçue récemment de l'Académie de médecine.

Ang. HASPEL.

VARIÉTÉS.

— Par décret en date du 28 mai, ont été nommés présidents :

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département, à Chartres (Eure-et-Loir), M. Voyet, membre du conseil municipal, médecin de l'hôpital des pauvres;

De la Société de secours mutuels de la commune de Saint-Valérien (Yonne), M. Claisse, médecin, maire.

— Par décision ministérielle du 20 juin, M. le docteur Henri Favre a été autorisé à ouvrir, dans les salons de l'établissement thermal d'Enghien, des conférences publiques pour la vulgarisation des notions d'hygiène et de physiologie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉLECTION D'UN MEMBRE ASSOCIÉ LIBRE. — M. PEISSE, M. CERISE.

L'Académie a procédé mardi dernier à l'élection d'un membre associé libre. Cette sorte d'élection, qui ne présente d'ordinaire aucune particularité digne d'être remarquée, qui ne donne lieu à aucune concurrence, qui n'excite aucune émotion, si ce n'est celle bien douce de contribuer à la glorification d'un talent consacré ou d'une science éprouvée, a offert cette fois des circonstances exceptionnelles, qu'on est obligé de signaler. Pour bien comprendre la portée des faits dont il s'agit, il est utile de rappeler aux lecteurs en quoi consiste le titre d'associé libre de l'Académie, quel en est le degré honorifique, à quel genre de mérite il s'adresse, et enfin ce que les traditions académiques en ont fait.

L'Académie possède des membres titulaires, des correspondants nationaux et étrangers, des associés nationaux et étrangers et des associés libres. Chacune de ces catégories exprime un genre de distinction que l'usage a consacré. On sait, par exemple, la différence que l'on fait entre les titulaires et les correspondants : les premiers considérés comme les plus méritants entre les méritants de la capitale; les seconds comme les plus méritants parmi les travailleurs de la France et de l'étranger. Les associés nationaux et étrangers forment comme l'élite de cette aristocratie de la science. Quant aux associés libres, ils constituent, en quelque façon, une classe à part : on ne leur demande ni diplôme ni découverte médicale ou chirurgicale; ils sont choisis parmi les grands talents de l'époque qui ont honoré ou illustré, par un côté quelconque, les sciences afférentes à la médecine : la physique, la chimie, l'histoire naturelle, la philosophie, l'histoire et la littérature médicale, ou qui ont rendu de signalés services à la profession, soit en assurant ses privilèges, soit en s'associant à sa grande mission de bienfaitrice de l'humanité. Rappeler que Thénard, Gay-Lussac, Cuvier, Geoffroy-Saint-Hilaire père et fils, Arago, Fourrier, Jomard, et tant d'autres ont compté parmi les associés libres de l'Académie; citer MM. Littré, Davenne et Trébuchet parmi ceux que l'Académie s'est adjoints plus récemment au même titre, c'est définir par le fait et la tradition le caractère scientifique de l'associé libre de l'illustre compagnie. On ne saurait méconnaître la haute et sage prévoyance qui a ménagé ainsi à l'Académie le moyen d'appeler dans son sein des hommes qui ne sont pas médecins, mais qui touchent à la science ou à la profession par ce qu'il y a de plus élevé dans l'esprit, le talent et le caractère. Une des particularités propres à la classe des associés libres, c'est que les hommes qui ont l'honneur d'en faire partie sont désignés en quelque façon par l'Académie elle-même, et comme appelés par elle pour recevoir sans stage ni concurrence cette espèce de décoration dont elle dispose. C'est ainsi qu'ont été élus MM. Littré, Davenne, Trébuchet, et tout dernièrement M. Husson. On comprend, en effet, qu'il n'eût pu convenir à des hommes de ce rang et de cette distinction de venir braver les incertitudes du scrutin. Le scrutin, pour eux, est un moyen de consacrer le vœu de l'Académie et non de l'interroger. Tels sont les principes, telles sont les coutumes de l'Académie à l'endroit de la classe de ses associés libres. Or quand un fait vient se mettre en opposition avec de tels précédents, quand il y a au fond de ce fait quelque chose de subversif à ce qui est juste, à ce qui est convenable, à ce qui est digne, il n'est pas sans intérêt de le signaler et d'en rechercher la cause afin d'en prévenir le retour.

Depuis plusieurs années quelques organes de la presse médicale s'étaient efforcés de montrer l'opportunité d'une nouvelle section dans l'Académie, d'une section d'histoire et de philosophie médicale. Cette création était-elle nécessaire, était-elle utile? C'est ce que nous n'avons pas à examiner aujourd'hui. Toujours est-il qu'une plus grande importance donnée à ce côté des études médicales ne pourrait avoir que de bons résultats. Est-ce sous cette forme, est-ce par ce moyen d'émulation qu'il conviendrait le mieux de poursuivre ce but? Est-ce à l'Académie ou par la Faculté qu'il faudrait chercher à ranimer le goût des études historiques et philosophiques? Ou bien est-ce par ces deux voies? Nous laissons à de plus avisés de le décider. Cependant on peut croire que cette question n'a pas été sans frapper les personnes qui voudraient voir toutes les divisions de la science représentées à l'Académie, et son côté littéraire et philosophique un peu plus en relief au milieu de tant de spécialités qui la distinguent. Mais pour composer une section, il faut des membres pour la remplir; et, à vrai dire, le nombre des historiens et des philosophes médecins n'est peut-être pas aussi considérable que celui des aspirants à ce titre. Il en est quelques-uns seulement que l'opinion désignait comme s'étant distingués très-exceptionnellement dans cette direction, et la classe des associés libres semblait être une porte ouverte pour lui donner satisfaction sur ce point. Déjà l'introduction de M. Littré avait tracé la voie; le savant traducteur d'HIPPOCRATE avait mis à l'aise ceux qui avaient pu marquer leur place à côté de lui dans les lettres médicales, sans s'être astreint à faire estampiller leur science par un diplôme. Jusque-là tout était pour le mieux, et les adversaires d'une nouvelle section, au nombre desquels s'était déclaré M. le secrétaire perpétuel, pouvaient se donner facilement gain de cause en absorbant, au profit de la classe des associés libres, les supériorités éparses de la littérature et de la philosophie médicales. C'est dans cette situation des choses qu'a été conçue la nouvelle élection d'un associé libre. Cette élection avait donc toute la signification d'un système, et c'est pour cela qu'il est utile d'en faire connaître toutes les péripéties.

Ainsi qu'on l'a dit plus haut, les associés libres sont d'ordinaire plutôt appelés par l'Académie qu'ils ne recherchent l'honneur d'y être admis. M. le secrétaire perpétuel, qui s'est donné depuis longtemps la mission d'inspirer les résolutions de la compagnie, avait cette fois encore pris toutes les initiatives. Parmi les hommes que leur talent et leur caractère avaient désignés aux honneurs de la future section d'histoire et de philosophie médicale, il en est un dont la supériorité est aussi incontestable qu'elle est incontestée. Citer le nom de M. Peisse, c'est rappeler l'écrivain qui, depuis trente années, a touché à toutes les questions de dignité professionnelle, de philosophie médicale, de haute critique scientifique, et toujours avec une élévation de vues et une distinction de forme qui en ont fait l'un des modèles de notre littérature médicale. C'est à M. Peisse

FEUILLETON.

LA CHRONIQUE MÉDICALE.

Il y a deux classes de lecteurs : ceux qui lisent par goût, avec discrétion ou avec passion, libres de choisir leurs lectures, et ceux qui par devoir de profession ou par métier, comme on dit vulgairement, sont dans l'obligation de lire tout ce qu'on leur offre, le bon, le médiocre et le mauvais, et même le détestable, les sots livres, les productions plates et vulgaires, bref toutes les sottises imprimées dont il faut faire part au public pour contenter les auteurs et les éditeurs.

Les lecteurs de la première classe ne connaissent point les tortures qu'endurent les autres, ceux qui n'ont pas comme eux le loisir de savourer les fins morceaux et la liberté de rejeter ou de dédaigner le vin frelaté et la viande de qualité infime. Après cela, je sais bien qu'on peut frauder sans trop de remords et se borner à tourner les pages sans les lire; un auteur est content si l'on a parcouru seulement la préface et la table des matières; et pour peu qu'il s'agisse d'un gros volume, la simple inspection du commencement et de la fin peut suffire à la rigueur.

Ainsi font les vieux routiers de la critique, ceux qui s'ennuient de tout, et particulièrement de cette rude corvée de reparaître toutes les semaines avec un verdict de culpabilité, ou un acquittement motivé, ou un panégyrique. J'avoue que je n'en suis pas encore là, et je crains fort de n'y venir jamais, car je ne puis dire, pour emprunter un joli tour de phrase et une juste métaphore à Pline le Jeune : *ego jam præ consuetudine occallui*. Non, l'habitude ne m'a pas à ce point endurci. Je ne lis pas un méchant ouvrage sans frémir d'impatience, je vais pourtant jusqu'au bout, domptant la mauvaise humeur, et puis une réaction s'opère, ou une crise, pour parler la vieille langue médicale, et la critique se trouve faite. A qui la faute, si elle est un peu vive et légèrement acerbe? Mordez dans un fruit vert, et vous en aurez les dents agacées. Et si le fruit est pourri, que sera-ce donc?

C'est alors que paraît juste la verte sentence du spirituel Quevédo, le plus redoutable des satiriques espagnols, celui que Cervantes a surnommé excellemment « le fléau des sots poëtes :

« Es el flagelo de poetas memos. »

Savez-vous, lecteur, quelle était la devise de Quevédo? Vous la devinez. Cet homme, d'un esprit prodigieux et d'une verve incomparable, disait crûment : « Puisque la vérité est amère, il faut que je la crache. » Je n'adoucis point cette traduction tout à fait réaliste, qui rend exactement les deux vers espagnols :

Pues amarga la verdad,
Echarla he de la boca.

que M. Dubois avait songé pour donner un pendant à M. Littré. Cette fois son initiative s'était inspirée d'un sentiment aussi intelligent que désintéressé des besoins de l'Académie; car, entre autres mérites de M. Peisse, nos lecteurs savent de longue date que personne n'excelle plus que lui dans l'art de faire revivre les grandes personnalités de la science. Ses études biographiques de Broussais, de Dupuytren, de Dubois, de Récamier, de Roux, d'Orfila, etc., qui sont des chefs-d'œuvre du genre, en font foi. M. le secrétaire perpétuel, qui cherche le même succès par d'autres voies, n'avait pas craint de voir s'asseoir à ses côtés un émule aussi supérieur que M. Peisse; il avait fait mieux : dans le comité secret qui a précédé l'élection, il avait proclamé qu'il s'était quelquefois inspiré des notices de l'éminent collaborateur de la GAZETTE MÉDICALE pour mieux assurer le succès des siennes. Ajoutons que M. Tardieu, dans son rapport aussi lumineux que délicatement écrit, avait parfaitement motivé les préférences de la commission en faveur de M. Peisse. Or comment est-il advenu que le candidat recherché, et désigné aux suffrages de l'Académie par M. le secrétaire perpétuel, placé le premier sur la liste de présentation, ait échoué à l'élection, n'ait obtenu que 19 voix sur 78 votants? Ce résultat est des plus imprévus; il est sans précédent et l'on peut dire sans explication possible. Cependant tout a une cause, et la recherche de cette cause dans le cas présent n'est pas superflue.

Il est d'habitude dans les élections de ce genre de composer une liste de candidats en plaçant à la suite de celui qui est particulièrement désigné au choix de l'Académie ceux qui pourront plus tard obtenir le même privilége: c'est une sorte de classement réglementaire et une concurrence de forme. Cette fois encore, la liste de présentation comprenait, avec le nom de M. Peisse en tête, les noms de MM. Cerise, Voisin et Legoyt. S'il faut en croire le rapport de M. Tardieu, et pour notre compte nous n'avons aucun motif de le révoquer en doute, M. Cerise n'avait été invité à se présenter que comme escorte de M. Peisse; et il s'était contenté de la seconde place, ne se considérant que comme aspirant à une élection ultérieure. Notre savant confrère avait donc accepté cette situation, et si nous sommes bien informé, il avait déclaré ne vouloir faire aucune concurrence au préféré de la section. En ceci M. Cerise n'eût que fait preuve de bon goût, et il n'eût mérité que des éloges; car ce n'est pas lui faire injure que de le placer à une assez grande distance, comme penseur et comme écrivain, de celui que MM. Thiers, Mignet et Cousin ont reconnu pour leur émule, suivant la déclaration même de M. le secrétaire perpétuel, et qu'ils n'ont échoué que d'une voix à faire entrer à l'Institut, classe des sciences morales et politiques. C'est d'ailleurs une occasion heureuse pour nous de rappeler ce que dit un jour, en notre présence, l'ancien président, Royer-Collard, homme compétent s'il en fût, en parlant de M. Peisse, que c'était l'écrivain qui maniait le mieux la langue des philosophes. C'était en 1830, à l'époque où M. Peisse avait l'honneur de collaborer au NATIONAL avec MM. Thiers, Mignet et Carrel. Tous ces mérites de son compétiteur, M. Cerise les connaît et les apprécie comme tout le monde; nous en avons une nouvelle preuve dans la manière aussi délicate que désintéressée dont L'UNION MÉDICALE a parlé de la candidature de notre collaborateur.

« La candidature de M. Peisse, dit M. Latour, est ici, et parmi nous « journalistes, particulièrement sympathique. C'est, en effet, dans et « par le journalisme que M. Peisse a conquis ses meilleurs grades. Ses « deux petits volumes intitulés: *la Médecine et les médecins*, ne sont « qu'un recueil d'articles publiés notamment dans la GAZETTE MÉDICALE, mais, pour moi, ces articles constituent son plus grand titre « aux faveurs de l'Académie. Que d'esprit, de bon sens, souvent que de « science, et toujours que de grâce aimable dans ces pages légères! « Légères, j'entends par leur forme svelte et dégagée de tout pédantisme, car, au fond, elles sont fort sérieuses et traitent à leur manière les plus hautes questions dont l'esprit médical ait été saisi depuis trente ans. M. Peisse, familier avec les sujets les plus élevés « de la philosophie et de la littérature médicales, est de plus un écrivain plein de distinction, qui sait unir la grâce à la correction et le « charme à la clarté. C'est un journaliste de la grande et bonne école, « dont la critique, toujours ferme, s'arrête où le dénigrement commence, plaide la cause du sens commun sans tomber dans la trivialité, et ne dédaigne pas un trait spirituel s'il n'est ni injurieux « ni offensant.

« Le bagage littéraire et philosophique de M. Peisse a été trouvé « suffisant pour lui valoir de nombreux encouragements à l'Académie des sciences morales et politiques, à l'entrée de laquelle il « échoua faute d'une voix. M. Peisse a surtout beaucoup traduit; on « lui doit une traduction des *Fragments de la philosophie*, par William Hamilton; des *Éléments de la philosophie de l'esprit humain*, « par Dugald Stewart; des *Lettres philosophiques sur les vicissitudes « de la philosophie*, par Galluppi; une bonne édition de l'ouvrage célèbre de Cabanis, sur les *Rapports du physique et du moral*. Mais ce « ne sont pas là de simples traductions et éditions, elles sont accompagnées de notes et notices pleines de savoir et d'une critique aussi « judicieuse qu'élevée.

« Ajouterai-je que M. Peisse, quoique aucun titre médical ne le rattache à notre confrérie, jouit dans la profession d'une popularité « véritable, popularité d'estime pour son caractère et son talent? C'est « à coup sûr l'un de nos meilleurs critiques, et dans les choses de « notre littérature médicale, il apporte la même appréciation compétente et éclairée qui out conquis une grande autorité à ses *Salons* « publiés dans le NATIONAL, le CONSTITUTIONNEL et la GAZETTE MÉDICALE. »

Ces lignes, qui font autant honneur à celui qui les a écrites qu'à celui pour qui elles l'ont été, ne devaient pas laisser prévoir l'échec de M. Peisse. A quoi donc tient le succès de son concurrent? Cela est difficile à dire, surtout en présence des déclarations antérieures du nouvel élu. Il a obtenu dès le premier tour du scrutin, 35 voix, et au second 46, et il ne devait, dit-on, n'en demander aucune. Mais l'occasion, l'herbe tendre, que sais-je, un moment de vertige ou d'ivresse académique, a tourné la tête du candidat pour la forme; et par une sorte d'entraînement irréfléchi, il est devenu le concurrent sérieux et l'heureux élu. L'Académie a dû être surprise collectivement du vote qu'on a obtenu d'elle individuellement. En pourrait-il être autrement? Le bureau, la commission, M. le secrétaire perpétuel en tête, avaient proclamé la légitime prééminence de M. Peisse; de M. Peisse qu'on avait invité à se présenter, de M. Peisse l'écrivain supérieur, de M. Peisse l'homme qui a le mieux parlé de la médecine, de l'Académie

---

Un des maîtres de la réformation en Espagne, avait dit plus sobrement avant le grand satirique : « *Dezid la verdad ounque amargue*, dites la vérité dans son amertume. »

Ces conseils sont excellents, mais il est malaisé de les suivre, et un homme assez naïf ou assez franc pour dire à chacun ses vérités sans ménagements, sans détours, sans fausses complaisances, sans atténuations d'aucune sorte, cet homme-là se brouillerait avec tout l'univers et finirait comme un chien enragé.

Il y a du bon pourtant dans ces conseils, quoique la pratique en soit difficile et même dangereuse; la justice est le fondement, le principe vital de la critique, et un juge intègre et inflexible ne doit reculer devant aucune vérité; il doit éviter le langage énigmatique et s'exprimer rondement et sans phrases. C'est le dieu Momus qui parle ainsi dans un des plus vifs dialogues de Lucien.

Mais ne vous avisez point de suivre au pied de la lettre le précepte de ce païen, et mettez une sourdine à votre instrument, quand vous êtes obligé de faire une exécution capitale. Couronnez même, si cela vous paraît plus convenable, la victime que vous immolez, de fleurs et de bandettes, et vous mériterez qu'on dise de vous ce que l'on dit des chirurgiens habiles à retrancher et à couper, qu'ils ont la main légère. Le public s'y laisse prendre, et il croit volontiers que ces fausses apparences de bonté, qui ne sont au fond que malice et perfidie, venant au secours de la prudence, annoncent une âme indulgente et une bienveillance inépuisable.

Mais ce système a aussi ses inconvénients; non-seulement il ne convient point à l'homme droit qui ne sait point mentir ni déguiser la vérité; mais le plus souvent ceux qui l'adoptent tombent dans la banalité et l'insignifiance. Il faut donc suivre un juste tempérament, et ne consulter que sa conscience en toute occasion; car en écoutant ce qu'elle dit, on ne s'écartera ni de la dignité qu'il faut garder jusque dans les éloges, ni de la modération qui seule peut donner de la force et de l'autorité aux critiques les mieux fondées. *Est modus in rebus*, a dit le plus sensé, sinon le plus grand des poëtes latins.

Partant de ce principe, qui est excellent pour la conduite ordinaire de la vie, je trouve que la passion de la lecture, poussée jusqu'à l'excès, peut finir par affaiblir le jugement. Sans doute il faut lire, et sans rien passer, toute production qu'on veut juger et apprécier consciencieusement. Cette condition est de rigueur, et il y a un critique célèbre du Bas-Empire qu'il faut imiter sur ce point : c'est Photius, le célèbre patriarche de Constantinople, dont l'ambition tenace joue un si grand rôle dans l'histoire ecclésiastique.

Ce schismatique, comme dirait un catholique romain, était un grand érudit et un excellent critique. Nous avons, sous le titre de *Bibliothèque*, le résumé de ses impressions, appréciations et jugements, c'est-à-dire le résultat de ses lectures. Photius avait voyagé beaucoup autour de son cabinet, et il nous a légué ses notes de voyage. A mesure qu'il lisait un auteur, il l'analysait et donnait son sentiment; mais il analysait avant de juger, en autres termes il ne jugeait qu'après avoir lu. Tous

et de chaque académicien en particulier; de M. Peisse enfin que tout le monde, et son préféré le premier, proclament la plus belle union du caractère et du talent. Et pourtant M. Cerise a obtenu 46 voix, et M. Peisse 19 seulement. Que serait ce résultat regrettable et imprévu s'il n'avait été irréfléchi. Mais le mal n'est peut-être pas sans remède : l'Académie voudra sans doute, à la première occasion — et cette occasion n'est pas peut-être pas éloignée — effacer l'échec de son secrétaire perpétuel, de son président, de son bureau, de sa commission, et réparer, nous ne dirons pas l'injustice, nous ne dirons pas l'offense, mais le froissement fait à un homme qui ne lui demandait rien, si ce n'est de continuer à se montrer un de ses auditeurs les plus assidus, et un de ses appréciateurs les plus éclairés.

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DE LA GOUTTE, ET SPECIALEMENT DU REIN CHEZ LES GOUTTEUX; par MM. CHARCOT ET V. CORNIL.

(Suite et fin. — Voir les nos 23 et 24.)

II. — LÉSIONS DES ARTICULATIONS DANS LA GOUTTE.

Les dépôts uratiques caractéristiques de la goutte existent dans les cartilages, dans la séreuse articulaire, dans tous les tissus fibreux qui constituent les moyens d'union ou de consolidation des extrémités articulaires; ou en trouve même parfois dans le tissu spongieux des têtes osseuses. Ces altérations ont été parfaitement décrites et représentées par M. le professeur Cruveilhier dans son bel *Atlas d'anatomie pathologique*. Nous ne reviendrons pas sur une description qui ne laisse rien à désirer, et nous donnerons seulement le résultat des recherches faites récemment à l'aide du microscope par divers auteurs et par nous.

Suivant M. le professeur Monneret (1), Leuwenhoeck aurait vu au microscope les cristaux salins des articulations des goutteux.

En 1843, le docteur Garrod, dans son remarquable travail sur les altérations du sang et de l'urine dans la goutte et le rhumatisme (2), a fait figurer un fragment de cartilage articulaire d'un goutteux où l'on voit la matière tophacée disposée sous forme d'amas de cristaux d'une grande ténuité.

En 1845, Bramson (3) a donné l'examen microscopique et chimique des cartilages d'un goutteux qui présentait, entre autres particularités intéressantes, des concrétions uratiques dans l'aorte.

En 1852 M. Broca, et Dufour en 1853, ont fait, à la Société anatomique, des communications, peu détaillées du reste, sur les dépôts cristallins des cartilages des goutteux.

Le travail le plus complet publié sur ce point d'anatomie pathologique est celui du docteur W. Budd (1). Suivant lui, la matière déposée dans les cartilages se présente sous deux formes, tantôt granuleuse et amorphe, tantôt parfaitement cristallisée. Le type principal qu'il a décrit et fait dessiner est celui que nous avons représenté. D'une masse centrale opaque s'irradient dans toutes les directions des aiguilles cristallines d'une grande délicatesse. Pour ce qui regarde le rapport de ces dépôts avec les éléments qui entrent dans la structure du cartilage, l'auteur ne paraît pas avoir une opinion bien arrêtée. « Cependant, dit-il, en étudiant une série assez étendue de spécimens, il devient graduellement évident qu'une relation existe entre le dépôt et la cellule propre du cartilage, ou, pour être plus explicite, que (dans quelques cas au moins) la cellule cartilagineuse est le foyer de chaque dépôt individuel, le centre autour duquel la cristallisation s'effectue. » M. Budd présente cette opinion sous toute réserve, et ne regarde pas cette disposition comme la plus habituelle. Les cristaux étaient, dans le cas qu'il rapporte, composés d'urate de soude. Les cellules des cartilages affectés n'avaient pas disparu, et le dépôt était interstitiel de sa nature.

L'un de nous a montré en 1859 à la Société de biologie les altérations des cartilages d'un sujet goutteux déposé à l'Ecole pratique (2). « Les cartilages étaient infiltrés d'une matière d'un blanc mat, d'aspect crayeux, formant des îlots d'inégale dimension, irrégulièrement disséminés, mais en général disposés de telle sorte que les plus volumineux occupaient surtout les parties superficielles et le centre du cartilage, tandis que les plus petits se rencontraient principalement dans les parties profondes et à la périphérie. A l'examen microscopique de ces îlots, faits sur des tranches minces, la matière tophacée se présentait sous deux aspects différents. Tous les grands îlots et un certain nombre des petits étaient constitués par une masse amorphe grenue, tout à fait opaque. Les petits îlots, au contraire, dont quelques-uns n'étaient pas perceptibles à l'œil nu, résultaient pour la plupart de la réunion de fines et longues aiguilles cristallines qui s'agrégeaient en rayonnant autour d'un centre commun, de manière à donner l'image d'une aigrette, de certaines algues, d'une pomme épineuse, etc. Au centre de ces agrégats de cristaux on rencontrait souvent un petit noyau de matière amorphe. On trouvait enfin, disséminés çà et là dans l'épaisseur de la substance intermédiaire du cartilage, dans l'intervalle des deux espèces d'îlots dont il vient d'être question, des cristaux aciculaires en tout semblables aux précédents, mais complétement isolés, ou bien réunis seulement au nombre de 2 à 4. L'acide acétique concentré dissolvait très-rapidement et complétement, sans effervescence, les masses de matière grenue aussi bien que les amas de cristaux, ceux-ci toutefois un peu moins rapidement que celles-là. Peu de temps après la dissolution des îlots, on voyait

(1) Monneret, *Thèse de concours*, 1851.
(2) *Medico-chirurgical transactions*, vol. XXXI, p. 85.
(3) Bramson, *Arthritische Erkrankung der Gelenkknorpel*, in *Zeitsch für rationnel Medicin*, t. III, p. 175.

(1) W. Budd, *Researches on gout*, in *Medico-chirurgical transactions*, 1855.
(2) *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, 1859, p. 129.

les articles de sa *Bibliothèque* commencent par un de ces deux mots : Ἀνεγνώσθη ἀνεγνώσθησαν, suivant qu'il est question d'un ou de plusieurs ouvrages.

La première fois que j'ouvris la *Bibliotheque* de Photius, cette façon d'entrer en matière me frappa, et je me promis bien de faire comme lui si jamais j'étais appelé à faire le métier de juge. Photius lisait tout; mais il résumait sincerement ses impressions, et ses jugements ont quelque valeur. Pline l'Ancien, qui était aussi un intrépide et infatigable liseur, — on sait par son neveu qu'il lisait ou se faisait lire au bain, à table, en litière, en voyage, à toute heure du jour, en faisant n'importe quoi, et pendant la nuit lorsqu'il s'éveillait, — Pline qui était, comme disaient les anciens en leur langage imagé, un avaleur de livres, *librorum helluo;* Pline l'Ancien a dit un mot qu'on a souvent répété depuis, et qui me semble pécher par excès d'indulgence.

Peut-on admettre vraiment, en invoquant le témoignage de ce diligent compilateur, qu'il n'y a si manvais livre qui ne vaille par quelque endroit? J'avone, pour ma part, qu'en thèse générale la réflexion me paraît manqner de justesse; car il y a des livres si mauvais, mais si mauvais, qu'ils ne sont bons à rien, et qui ne sauraient même provoquer cette réaction salutaire dont nous avons parlé plus haut.

J'en parle par expérience, moi qui, par principe autant qne par devoir, fais souvent de ces lectures que j'appelle négatives, parce qu'on n'en retire jamais un profit immédiat et direct. Il est des livres qni ne valent rien absolument, qui sont de tous points insignifiants, et que vous avez beau tourner, retourner et frotter, il n'en sortira jamais une étincelle d'électricité positive ou négative, et vous en serez pour vos frais de temps et de patience, et dans votre dépit vous ne trouverez rien à dire; car d'aller faire part de vos regrets et de votre désappointement au lecteur, il n'y faut pas songer. On se moquerait de vos lamentations et l'on n'aurait pas tort.

Si vous vous fâchez pour si peu, on vous dira de renoncer au métier qui vous impose une corvée intolérable, ou bien encore, on croira que vous êtes un esprit chagrin et même un peu malade, et que votre humeur maussade tient probablement à quelque défaut moral ou à un vice de tempérament. Que ferez-vous donc? Irez-vous, comme ce barbier de l'ancienne histoire, creuser un trou en terre et confier aux roseaux la juste mesure des oreilles du roi Midas? Mais cela même ne vous servirait de rien; car en supposant que vous ayez, comme Perse le satirique, le courage de crier bien haut :

> Auriculas asini Mida rex habet,

tout le monde ne voudra pas vons croire sur parole ni aller y voir, et il se trouvera peut-être quelque maître Cornutus, quelque prudent précepteur qui modifiera votre phrase et votre pensée, et vous fera dire malgré vous :

> Auriculas asini quis non habet?

de peur de déplaire à Néron.

se former, dans les points mêmes qu'ils occupaient auparavant, de nombreux cristaux de formes très-variées, mais qui nous ont paru pouvoir être rapportés pour la plupart à l'une quelconque des cornées cristallines que peut revêtir l'acide urique.

Les dépôts de matière tophacée, ajoute le présentateur, et les amas de cristaux, siégeaient toujours exclusivement dans l'épaisseur de la substance intermédiaire du cartilage; on ne les rencontrait jamais dans l'intérieur des cellules. Celles-ci ne nous ont pas paru présenter d'altérations, alors même qu'elles étaient pour ainsi dire enveloppées plus ou moins complétement par un amas de matière tophacée. Nous verrons bientôt, par l'analyse du fait que nous rapportons aujourd'hui, que notre opinion a été totalement modifiée à cet égard, et que nous avons toujours vu, dans ce cas au moins, que la matière amorphe siégeait dans les cellules et que les cristaux aciculaires libres prenaient sur elles leur point d'implantation.

M. Garrod (*op. cit.*) donne de la disposition des cristaux dans les cartilages une description qui concorde pleinement avec celle de Budd et la nôtre : il prouve en outre ce fait d'une importance capitale :

Que l'inflammation goutteuse est invariablement accompagnée du dépôt d'un sel spécial (urate de soude), qu'elle a par cela même un caractère spécifique et diffère entièrement des autres affections articulaires.

Le dépôt d'urates a lieu dès les premières atteintes de la goutte articulaire, et il rapporte l'exemple d'un goutteux, qui n'avait éprouvé *qu'une seule attaque, dans une seule jointure, au gros orteil et où l'on put constater le dépôt caractéristique dans les cartilages* (obs. 9).

L'étude microscopique des lésions articulaires de ce malade dont nous avons rapporté l'histoire, nous a montré les particularités suivantes qui ne diffèrent pas pour les parties essentielles des faits que nous venons d'analyser.

A la surface des cartilages se trouvait une couche assez épaisse, opaque à la lumière directe, blanche à la lumière réfléchie. Examinée à un faible grossissement sur des couches verticales, cette couche était limitée d'un côté par la surface du cartilage, et de l'autre pénétrait dans la profondeur sous forme d'îlots régulièrement disposés les uns auprès des autres comme des festons. Chacun de ces gros îlots examinés à un grossissement de 200 diamètres, donnait naissance à des houppes soyeuses de cristaux fins et allongés. Dans les gros îlots ou entre eux, on voyait des masses opaques plus petites qui servaient aussi de centres de cristallisation, et qui avaient le volume et la forme de cellules cartilagineuses. En ajoutant de l'acide acétique, tout le dépôt se dissolvait en même temps qu'apparaissaient les cristaux d'acide urique, et il ne restait plus à la place des masses opaques que les cellules cartilagineuses parfaitement normales. Comme la dissolution se fait lentement et ne met pas moins de deux à trois heures, on en pouvait suivre les phases et voir que les cristaux et la masse amorphe contenus dans la substance intermédiaire du cartilage disparaissaient les premiers, en laissant les cellules de cartilage noires et encore incrustées. Puis la membrane des cellules commençait à paraître, et les urates contenus dans son intérieur étaient dissous jusqu'au noyau qui restait opaque. Enfin le noyau, et en dernier lieu le nucléole, devenaient transparents.

Ces résultats, parfaitement nets et plusieurs fois répétés, permettent d'affirmer que dans ce cas, et probablement dans tous les faits analogues, la matière amorphe d'urate se dépose aussi bien dans l'intérieur des cellules cartilagineuses qu'en dehors d'elles. Là, comme dans le rein, pour les tubes urinifères, le processus est identique, la matière amorphe contenue dans les cellules de cartilage d'une part, dans les tubes urinifères d'autre part, forme la base du dépôt et devient le centre d'où s'irradient des aiguilles cristallines qui pénètrent entre les éléments anatomiques voisins dans la substance intercellulaire.

Sur les séreuses articulaires, on voyait des points blancs plus ou moins fins toujours très adhérents, dont le siége principal était les grosses franges visibles à l'œil nu qui se trouvent au pourtour du cartilage. Il existait même de ces dépôts dans les plus petites franges synoviales, visibles seulement au microscope, fait que nous n'avons trouvé signalé nulle part. Ces masses opaques donnaient immédiatement naissance à des cristaux d'acide urique sous l'influence de l'acide nitrique.

Enfin dans les tissus fibreux péri-articulaires, dans la couche cellulaire de la séreuse, dans les tendons et les ligaments, dans le tissu cellulaire voisin, et même dans les couches profondes du derme, les dépôts avaient toujours la forme de petits grains arrondis, solidement maintenus, constitués par de la matière amorphe. Leur solidité était due a une sorte de condensation autour d'eux du tissu cellulaire qui leur formait comme un enchatonnement.

Notre mémoire était depuis longtemps terminé, lorsque l'un de nous a eu l'occasion d'observer le fait suivant qui confirme de tout point les conclusions précédentes, aussi bien en ce qui touche les lésions des reins que celles des articulations. Dans ce cas, en effet, notre malade perdait avec ses urines une quantité considérable d'albumine, et l'autopsie a montré que nous avions affaire à une néphrite parenchymateuse avec les granulations de Bright (troisième degré de la néphrite albumineuse de M. Rayer) et des dépôts uratiques du rein. Quant aux lésions articulaires, elles étaient exactement les mêmes que dans la première observation.

GOUTTE ARTICULAIRE; ALBUMINURIE; HYPERTROPHIE DU CŒUR; AUTOPSIE; NÉPHRITE ALBUMINEUSE (TROISIÈME DEGRÉ DE M. RAYER); CONCRÉTIONS URATIQUES DU REIN; INCRUSTATIONS DE MÊME NATURE DES CARTILAGES ET DES TISSUS FIBREUX ARTICULAIRES.

OBS. II. — M... (Louis), âgé de 50 ans, mécanicien, entre le 25 janvier 1864 dans le service de M. Herard à Lariboisière, au n° 19 de la salle Saint-Landry.

Ce malade a tous les attributs du tempérament sanguin et d'une forte constitution; dans son enfance, il a eu des gourmes dans les cheveux et des glandes non suppurées au cou. Il dit avoir eu la gale il y a trente-cinq ans. Il s'enrhume très-facilement et tousse presque tous les hivers.

En 1855, il entre à l'hôpital de la Pitié, où il fait un séjour de deux ou trois mois pour une arthropathie fébrile accompagnée de palpitations. Il fut traité pour un rhumatisme articulaire aigu, et il attribue cette première attaque à l'impression du froid auquel il était journelle-

---

Il est trop vrai; il suffit de montrer d'un signe les longues oreilles; si le public n'est pas myope, il les apercevra bien, en rira avec vous, et vous voilà consolé et vengé. Mais ne vous avisez pas, comme le meunier de la fable, de prendre un bâton pour ramener maître Aliboron au moulin. Il faut réserver les moyens extrêmes pour les grandes circonstances.

Et maintenant que le lecteur peut se former une idée des impressions que nous ont laissées certains ouvrages dont nous ne l'entretiendrons pas, il voudra bien attendre le prochain feuilleton qui traitera de la *Chronique médicale*, à l'occasion d'un petit volume que vient de publier le docteur Ely, sous ce titre, dont il peut être opportun de déterminer la signification précise.

J. M. GUARDIA.

ASSOCIATION GÉNÉRALE.—L'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin et la Société de médecine de Strasbourg tiendront leur séance publique annuelle le jeudi 7 juillet, à midi. Les Sociétés se réuniront dans la salle habituelle de leurs séances, hôtel du Commerce, place Gutemberg.

A deux heures, un banquet aura lieu à l'hôtel de la ville-de-Paris.

L'administration du chemin de fer de l'Est a accordé aux membres de l'Association et aux médecins du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, invités à cette séance, une réduction de 40 pour cent sur le tarif habituel. La lettre d'invitation devra être présentée aux gares, pour obtenir cette réduction. Les gares pour lesquelles cet avantage est accordé sont les suivantes :

Bas-Rhin : Wissembourg, Soultz-sous-Forêts, Haguenau, Bischwiller, Hochfelden, Saverne, Erstein, Benfeld, Schlestadt.

Haut-Rhin : Ribeauvillé, Colmar, Rouffach, Bollwiller, Mulhouse, Thann, Altkirch, Belfort, Saint-Louis.

— L'*Ost Deutsche Post* de Vienne rapporte qu'un docteur en médecine qui s'était établi, il n'y a pas longtemps, dans un des faubourgs de Vienne, avait parmi ses clients une jeune dame fort séduisante. Le jeune Esculape l'aimait, mais il était timide et n'osait lui parler de son amour. A force de souffrir en silence, il s'enhardit à lui écrire une épître des plus brûlantes que, le lendemain en quittant sa cliente, il déposa furtivement sur la table de toilette de la jeune femme, et s'esquiva au plus vite.

Quel ne fut pas son étonnement quand, le soir en rentrant, on lui remit sa lettre annotée de ces mots : « Rien de tout cela ne se trouve dans le Codex. »

Le fin mot de l'histoire est que la femme de chambre de la jeune dame avait vu le médecin déposer un papier, et, croyant que c'était une ordonnance, l'avait portée chez le pharmacien. Celui-ci, craignant de compromettre le docteur, lui avait renvoyé la lettre avec l'annotation que nous venons de transcrire.

ment exposé quand il sortait de la cave où il chauffait une machine à vapeur.

Depuis cette époque, il a eu presque tous les ans des attaques passagères caractérisées par des douleurs articulaires et la tuméfaction des jointures des extrémités. La première manifestation de ses douleurs articulaires ne portait pas spécialement sur les petites articulations, mais dans ses rechutes postérieures, ce sont toujours les petites articulations des doigts et des orteils qui se sont trouvées atteintes, et elles avaient conservé une tuméfaction persistante et de la gêne dans les mouvements. Ses dernières attaques ne duraient pas habituellement plus de huit jours. A la suite de son dernier accès, il a été regardé comme anémique et traité à la Pitié par des préparations ferrugineuses.

Le 22 janvier 1864, il a ressenti pendant la nuit une vive douleur au gros orteil de l'un des pieds. Le lendemain, les deux pieds étaient pris; il s'est fait conduire au parvis Notre-Dame, et de là à Lariboisière, où il a été transporté sur un brancard.

Actuellement (25 janvier), la majeure partie des articulations des orteils, surtout celles des premiers métatarsiens avec les phalanges des gros orteils, et les articulations du cou-de-pied sont tuméfiées, douloureuses, et la peau qui les recouvre est d'un rose sombre. Le genou droit est également douloureux et tuméfié; aux mains, l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit et la phalango-phalanginienne de l'index gauche sont noueuses, douloureuses et chaudes au toucher avec la même coloration rosée de la peau.

Le malade a de la fièvre, la peau chaude, le pouls fréquent; sa respiration est difficile et accélérée. La percussion du cœur donne une matité assez considérable se prolongeant surtout à la base du thorax où la pointe bat en dehors du mamelon et plus bas qu'à l'état normal; les bruits du cœur sont précipités, tumultueux et sourds sans bruit de souffle. L'auscultation des poumons fait entendre des deux côtés des râles vibrants et ronflants.

Les douleurs articulaires s'amendèrent très-vite, et le malade en fut complétement délivré au bout d'une quinzaine de jours; mais son affection cardiaque et pulmonaire resta dans le même état.

Dans le milieu du mois de mars, on s'aperçut que son visage était bouffi, d'une pâleur blafarde, et ses chevilles œdématiées. On examina alors à plusieurs reprises ses urines qui présentèrent les caractères suivants: Elles étaient pâles, presque incolores, transparentes, avec un très-léger dépôt au fond du verre; elles donnaient avec la chaleur et avec l'acide nitrique un précipité floconneux très-abondant d'albumine. Une seule goutte d'acide nitrique formait en y tombant un précipité lourd qui gagnait le fond du vase. L'examen microscopique du dépôt nous a montré des globules muqueux, des cellules épithéliales des tubes urinifères, plus ou moins infiltrées de granulations graisseuses, des cylindres hyalins en grande quantité et des dépouilles épithéliales.

L'anasarque se propagea à toute l'étendue des extrémités inférieures et aux parois abdominales; les palpitations, les accès d'oppression s'aggravèrent, et le malade tomba dans un état de cachexie hydrémique complet; les extrémités supérieures et le thorax étaient les seules parties respectées par l'œdème.

Le 15 avril, le malade se plaint de nausées, d'envies de vomir et de douleur aux articulations des phalanges. Les articulations phalango-phalanginiennes de l'index et de l'annulaire gauche, et la dernière jointure de l'annulaire droit sont tuméfiées, leurs mouvements sont difficiles et la peau rosée à leur niveau.

Cette nouvelle recrudescence de douleurs ne dura que peu de jours.

Pendant le mois de mai, se manifestèrent les symptômes d'une ascite accompagnée du développement des veines sous-cutanées abdominales, et de douleur continue dans les régions lombaires. Les urines présentèrent les mêmes caractères et la même abondance d'albumine jusqu'au moment de sa mort, qui eut lieu le 4 juin.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

Les extrémités supérieures seules ne sont pas infiltrées, mais la face, les parois abdominales et les extrémités inférieures le sont à un haut degré.

Le *péricarde* contient peu de liquide; le *cœur* est énorme, visiblement hypertrophié; ses parois, surtout celles du ventricule gauche, sont très-épaissies et de coloration jaune pâle; les fibres musculaires sont altérées et en dégénération graisseuse. Les orifices auriculo-ventriculaires et artériels sont parfaitement sains; l'aorte est suffisante, et très-légèrement athéromateuse; on voit seulement sur la surface interne de ce vaisseau de petites plaques jaunes non ulcérées. Les cavités du cœur sont remplies par des caillots adhérents, décolorés, qui se continuent dans l'artère pulmonaire. Dans cette artère, ils ne sont pas adhérents et paraissent partout formés sur place pendant l'agonie.

Les poumons sont sains, sauf une congestion générale des deux côtés, et, du côté gauche, des adhérences du sommet de la plèvre. Dans ce point existaient, à la surface du poumon, deux petites dépressions cicatricielles dures qui répondaient à deux masses crayeuses arrondies de la grosseur d'un petit pois renfermées dans des coques formées par le tissu pulmonaire induré. Ces petites masses contenaient des granulations et gouttelettes graisseuses, ainsi que des sels calcaires, mais pas de sels uratiques. Nulle part sur la plèvre ni dans le poumon on ne découvre de granulations tuberculeuses.

A l'ouverture du ventre, il s'écoule une quantité considérable de sérosité albumineuse limpide. Le péritoine est sain, le foie a son volume normal, la vésicule biliaire ne contient pas de calculs. La couleur du foie sur une coupe est uniformément brunâtre, sans distinction nette des lobules: sa consistance est normale, sa surface lisse.

La rate est molle, sans augmentation de volume.

L'estomac et les intestins sont sains.

Reins. Le rein droit est diminué de volume; sa capsule s'enlève facilement; sa surface, mamelonnée, présente partout une coloration uniforme gris jaunâtre et des granulations à peine saillantes de la grosseur d'une tête d'épingle, généralement plus opaques que le reste du tissu. Ces granulations sont séparées les unes des autres par des vaisseaux injectés qui rampent dans les sillons qui bordent leur circonférence. La consistance du rein est pâteuse; sur une surface de section, toute l'épaisseur de la substance corticale, y compris les pyramides de Bertin, présente la même couleur et les mêmes granulations opaques que la surface rénale; de telle sorte que l'altération du rein dans ce cas est un type parfait de la maladie de Bright avec dégénération granuleuse du troisième degré de M. Rayer. Les pyramides de Malpighi offrent une coloration rosée due à l'injection des vaisseaux. En deux points de ces pyramides, on voit *de petites concrétions blanches, crayeuses, très-fines, comme deux grains de poussière adhérente.*

Ces deux petites concrétions, examinées au microscope, sont composées d'*aiguilles prismatiques cristallines qui se dissolvent par l'addition d'acide acétique et se transforment en cristaux d'acide urique.*

Le rein gauche est plus volumineux que le droit et la substance corticale plus congestionnée, moins pâle qu'à droite. Il présente du reste à la surface et sur les coupes de la substance corticale des granulations jaunâtres, en tout semblables à celles de son congénère. Il n'y a pas de concrétions uratiques.

Examen microscopique des reins. Les coupes de la substance corticale nous ont donné les résultats suivants: les granulations sont formées par des lacis de tubes contournés très-altérés, opaques à un faible grossissement, remplis de cellules épithéliales infiltrées de granulations graisseuses pressées, réfringentes, dont les plus grosses ont de 3 à 4 millièmes de millimètre. Les cellules épithéliales sont généralement volumineuses. Les tubes urinifères ont à peu près leur volume normal (0,044 à 0,066 de diamètre). A côté de ces îlots très-altérés de la substance corticale qui constituent dans ce cas particulier les granulations de la maladie de Bright, on voit des tubes urinifères presque complétement sains, possédant des cellules épithéliales complétement transparentes ou légèrement granuleuses.

Les glomérules de Malpighi sont généralement normaux; il en est cependant qui offrent des granulations graisseuses dans la paroi de leurs artérioles.

Sur des coupes minces préalablement lavées au pinceau, on voit dans les tractus qui séparent les canalicules urinifères de très-nombreuses granulations graisseuses situées, soit autour des noyaux, soit dans les noyaux eux-mêmes. C'est une altération athéromateuse du réseau capillaire du rein; les gros troncs artériels sont sains.

Articulations. En les examinant avant de les ouvrir, il aurait été difficile de savoir si elles étaient saines ou altérées; elles n'étaient ni tuméfiées ni déformées, et la seule qui présentât un peu de roideur était celle du gros orteil avec le métatarse. Nous avons ouvert les articulations métacarpo-phalangiennes des deux mains, les fémoro-tibiales et celles des gros orteils. Les premières étaient presque normales; dans celles du pouce seulement nous avons vu, sur le cartilage et à la surface de la séreuse, de petits points blancs, crayeux. Dans les articulations du genou, qui contenaient une assez grande quantité de synovie épaisse et un peu louche, les cartilages articulaires des rotules étaient, dans la moitié environ de leur surface, le siége de semblables dépôts. Quelques-unes de ces petites plaques crayeuses étaient déprimées en capsule à leur centre et érodées. Les cartilages des condyles étaient moins malades. La synoviale était partout parsemée de petits points blancs adhérents. Les articulations malades au plus haut degré étaient les métatarso-phalangiennes des gros orteils. Là les surfaces des cartilages étaient complétement incrustées, et l'incrustation s'étendait au tiers ou à la moitié de l'épaisseur du cartilage, tandis qu'aux jointures précédentes, le dépôt de sels uriques était constitué par une couche très-mince. La surface de ces dépôts était rugueuse et usée par places; ils s'enfonçaient dans la profondeur du cartilage sous forme de cônes, dont le sommet répondait à la partie du cartilage en rapport avec l'os. Dans ces articulations, la synoviale était fortement injectée et d'un rouge de sang dans tous les points où elle était respectée par les incrustations de sels uratiques.

L'examen microscopique nous a montré les mêmes lésions que dans l'observation précédente; aussi nous n'y insisterons pas avec autant de détails. Dans les cartilages, l'incrustation de sels amorphes siégeait principalement dans l'intérieur des cellules cartilagineuses, et à la périphérie de ces masses s'enfonçant de tous côtés dans la substance fondamentale du cartilage les minces cristaux soyeux d'urate de soude. L'addition d'acide acétique faisait apparaître des cellules cartilagineuses là où, avant la dissolution, on ne voyait qu'une masse opaque. La disposition des dépôts dans les franges synoviales, dans les tissus fibreux

et tendineux péri-articulaires était la même que dans l'observation relatée précédemment.

Ainsi, en résumé, un malade est pris d'attaques de goutte, d'hypertrophie du cœur, puis de néphrite albuminense; il succombe aux progrès de la cachexie hydrémique. A son autopsie, on trouve les lésions caractéristiques de la goutte (dépôts d'urate de soude dans les cartilages) et de la maladie de Bright (troisième degré de M. Rayer); les reins présentent des traces de dépôts d'urate de soude. Il parait bien probable que dans ce cas, le passage à diverses reprises dans les reins d'une grande quantité d'urates, à la suite de chacune des attaques de goutte, ou dans l'intervalle des accès, a été la cause occasionnelle, l'épine qui a déterminé la production de l'affection rénale qui s'est montrée avec tout l'ensemble clinique et anatomique de la maladie de Bright. Les dépôts uratiques que nous avons trouvés dans le rein à l'autopsie étaient très-peu abondants, il est vrai; mais on sait avec quelle facilité ils peuvent être dissous et éliminés par les urines, et leur présence n'en a pas moins une haute importance pour déterminer *la nature goutteuse* de la néphrite albumineuse dans ce cas.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES; par le docteur GALLAVARDIN (de Lyon).

(Suite. — Voir les nos 1, 2, 3, 5, 7, 17, 21 et 23.)

RÉSOLUTION MUSCULAIRE; INSENSIBILITÉ GÉNÉRALE; PARALYSIE INCOMPLÈTE DES PAUPIÈRES SUPÉRIEURES; RÉTENTION D'URINE, PUIS URINES INVOLONTAIRES; MORT.

OBS. XXV. — Le 28 juillet 1858, Jules N..., garçon limonadier, âgé de 21 ans, fait dissoudre dans de l'eau chaude la pâte phosphorée des allumettes contenues dans deux boîtes, puis il ajoute 6 à 8 grammes de benzine qui dissout encore mieux le phosphore. Il boit d'abord une grande quantité d'eau-de-vie, et quand il commence à sentir les premiers symptômes de l'ivresse, il avale le poison et alors il marche devant lui jusqu'à ce que les forces l'abandonnent.

A onze heures du soir, il fut trouvé étendu dans un fossé du *boulevard des Invalides (Paris)*, privé de connaissance et transporté à l'hôpital *Necker*. Là on constate les symptômes suivants : les mouvements respiratoires et le pouls avaient cessé, les membres étaient dans la résolution la plus complète, les pupilles contractées, la peau insensible; tout le corps exhalait une forte odeur de benzine.

Le 29, assoupissement complet, face congestionnée, paupières abaissées, pupilles normales. Une douche d'eau froide administrée au malade pendant vingt secondes fait disparaître l'état asphyxique et la perte de connaissance.

Le 30, léger ictère; on constate une pneumonie au deuxième degré dans tout le poumon gauche. Le matin, rétention incomplète d'urine; dans la journée, urines involontaires.

Le 31, l'expiration a cessé d'exhaler l'odeur de la benzine; l'assoupissement et la torpeur de l'intelligence reparaissent; la pneumonie envahit le poumon droit.

Le 2 août, la teinte ictérique a diminué.

Le 3, les paupières s'abaissent involontairement, même lorsqu'on excite le malade et qu'il cherche à répondre.

Le 4, délire; mort à neuf heures du soir.

A l'autopsie, faite le 6 août, on trouve :

Forte hyperémie de la pie-mère et de la masse cérébrale; piqueté rouge de la substance grise; cervelet normal; suppuration des deux poumons. (Docteur MONNERET, *Archives générales de médecine*, 1858, t. XII, p. 291.)

Jules N... a ingéré tout à la fois du phosphore et de la benzine. Auquel de ces deux poisons faut-il attribuer les symptômes de paralysie ci-dessus énoncés? Au phosphore que nous avons déjà vu produire des phénomènes analogues.

SYMPTÔMES PARALYTIQUES.

OBS. XXVI. — Une femme de 24 ans fut empoisonnée en ingérant un bol de lait trempé de pain, lait dans lequel on avait mis des allumettes phosphoriques. On observa, entre autres, des vomissements, de la constipation; le pouls à 40, des symptômes de paralysie (dans quelles parties?). Mort six jours après. (L. SCHNEIDER, *Vereinte deutsche zeitschrift für staatsarzneikund*, 1857, t. X, p. 394.)

PROSTRATION DES FORCES; RÉSOLUTION COMPLÈTE DES MEMBRES; ÉVACUATIONS INVOLONTAIRES (PARALYSIE DES SPHINCTERS DE L'ANUS ET DE LA VESSIE).

OBS. XXVII. — Le 1er janvier 1859, Julie M..., couturière, âgée de 26 ans, s'empoisonne en mangeant des tranches de bœuf bouilli, sur lesquelles elle avait fixé la pâte phosphorée d'une poignée d'allumettes.

Le 2 janvier, facies très-altéré, prostration des forces, voix presque éteinte.

Le 5, la prostration et l'abattement sont augmentés.

Dans la nuit du 6 au 7, délire, agitation.

Le 7, respiration lente, difficile; assoupissement continuel; intelligence conservée; résolution complète des membres; évacuations involontaires. Mort dans la nuit du 7 au 8. (*Thèse sur le phosphore* du docteur BRULLÉ. Paris, 1860.)

FOURMILLEMENT DANS LES CUISSES; CRAMPES DANS LES PIEDS ET LES JAMBES.

OBS. XXVIII. — Le 17 mars 1860, Emilie B..., domestique, âgée de 26 ans, s'empoisonna en avalant trois tasses de café dans lesquelles elle avait jeté la pâte phosphorée d'un paquet d'allumettes de 10 centimes.

Dans la nuit du 17 au 18, fourmillement dans les cuisses, crampes dans les pieds et les jambes.

Le 20 et le 21, l'état de cette jeune fille est si bon qu'on la laisse se lever et se promener pendant quelques heures.

Mort dans la nuit du 24 au 25. (Docteur CONSTANTIN PAUL, *Gazette des hopitaux*, 1860.)

GRANDE FAIBLESSE ET DISPOSITION A SE FATIGUER; DOULEURS ET ENGOURDISSEMENT DANS LE BRAS GAUCHE, PUIS DANS LES AUTRES MEMBRES; TÉNESME ANAL; DYSURIE; TÉNESME VÉSICAL; INCONTINENCE D'URINE.

OBS. XXIX. — Le 20 janvier 1860, Marie S..., domestique, âgé de 31 ans, enceinte depuis le mois de novembre, fait infuser pendant une heure dans de l'eau chaude deux paquets d'allumettes phosphoriques achetées ensemble 10 centimes, puis elle avale tout le liquide.

Le 21, dysurie qui cesse le 22.

Les 24, 25 et 26, ténesme anal. Le 26, la malade se sent très-faible. Les jours suivants, le ténesme anal est moins intense.

Hémorrhagies par la bouche, le nez, les deux oreilles, l'anus, la vessie, l'utérus.

Le 14 février, avec le retour des hémorrhagies apparaissent, d'abord douleur et engourdissement dans le bras gauche, puis dans les autres membres; constriction à la gorge, sensation d'étouffement.

Le 16, ténesme vésical.

Du 15 au 28, la santé est bonne, sauf de la faiblesse, une très-grande disposition à se fatiguer et des douleurs névralgiques dans les membres. Le ténesme vésical a disparu pour faire place à une incontinence d'urine incomplète, qui a lieu surtout pendant la marche.

Le 28, la malade sort de l'hôpital en conservant encore un peu de faiblesse; mais l'incontinence d'urine et les douleurs névralgiques ont disparu.

Plus tard rétablissement complet des forces, accouchement normal et à terme. Pendant les suites de couches, survient une diarrhée incoercible non sanglante qui amène la mort dans le mois de septembre. (*Thèse sur le phosphore* du docteur BRULLÉ. Paris, 1860.)

FAIBLESSE DANS LES MEMBRES; CONVULSION; MORT.

OBS. XXX. — « Suicide d'une femme non mariée, deux fois mère, de nouveau enceinte et sans ressources pécuniaires.

« Le 22 septembre 1862, deux paquets d'allumettes dites phosphoriques sont mis à houillir dans un litre d'eau; puis cette femme prend un bol de ce liquide matin et soir pendant deux jours.

« Les accidents ne se montrèrent que le 25; faiblesse dans les membres, nausées, douleurs dans la région gastrique, rejet de mucosités brunâtres par la bouche. (Potion calmante.)

« Le soir de ce jour, apparence d'amélioration dans les symptômes du ventre, légère perte utérine d'un sang noirâtre, ecchymoses de teinte bleuâtre sur les paupières inférieures.

« Le 26, même état, seulement forces complétement abattues; crachement d'un sang noir mélangé de mucosités.

« Quelques cuillerées de houillon ingérées et supportées par l'estomac. Le soir de ce jour tout s'aggrave dans le tableau de symptômes : vomissements noirs, hémorrhagie utérine assez abondante, expulsion d'un fœtus de 5 mois, convulsions, mort. » (*Notice des travaux de la Société de médecine de Bordeaux pour* 1862. Bordeaux, 1863.)

Le symptôme *faiblesse* a de l'importance comme marquant le début de paralysies coïncidant avec les véritables paralysies.

DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DE LA SUBSTANCE GRISE DU CERVEAU, DES MUSCLES, DU COEUR, DU FOIE ET DES REINS.

Obs. XXXI. — Telles sont les lésions que M. le docteur *Bucquoy* a constatées chez une femme qui s'était empoisonnée avec la pâte phosphorée des allumettes. (*Gazette des hôpitaux*, 1863, n° 81.)

RÉSOLUTION MUSCULAIRE COMPLÈTE; LASSITUDE EXTRÊME; INSENSIBILITÉ ABSOLUE DES MEMBRES INFÉRIEURS ET DU TRONC JUSQU'A LA BASE DE LA POITRINE; PUPILLES DILATÉES; CÉCITÉ; CONSISTANCE MOLLE DU CERVEAU; DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES MUSCLES, DU COEUR, DU FOIE ET DES REINS.

Obs. XXXII. — Le 22 février 1863, Théodore D..., homme de peine, âgé de 23 ans, introduit dans une bouteille pleine d'eau un paquet d'allumettes phosphoriques de 10 centimes. Dans le but de s'empoisonner, il but une verrée de ce breuvage à dix heures du soir, quatre heures après le repas.

Le 23, sentiment de malaise et lassitude extrême.

Le 24, abattement, lassitude, faiblesse; le malade reste immobile dans son lit.

Le 26, à neuf heures du matin, teinte ictérique générale; 130 pulsations; décubitus dorsal; résolution complète des muscles; insensibilité absolue des membres inférieurs et du tronc jusqu'à la base de la poitrine; la pupille est dilatée; le malade ne voit pas les objets qu'on approche de son œil. Subdélirium dont on tire le malade en l'excitant fortement; le délire se calme un peu vers les quatre heures; 108 pulsations; respiration fréquente, peau froide; mort à sept heures du soir.

A l'autopsie, faite cinquante-six heures après la mort, on trouve : dégénérescence graisseuse du foie et des reins.

Le cœur est de couleur jaune foncé, friable, parsemé de petits épanchements sanguins. En l'examinant au microscope, on voit que les stries des fibres musculaires ont disparu et sont remplacées par des granulations graisseuses.

Les muscles volontaires sont aussi envahis par l'état gras. Les muscles des parois abdominales, des bras et des jambes jaunes, ramollis, sont parsemés de foyers sanguins.

Les muscles moteurs de l'œil sont encore plus altérés; on n'y trouve presque plus de fibres striées.

Les nerfs qui se rendent aux muscles malades sont à l'état normal.

Le cerveau présente une consistance plus molle qu'à l'ordinaire. Le système nerveux du grand sympathique a paru sain, à part quelques cellules nerveuses du plexus cœliaque qui ont offert quelques granulations. (Docteur d'Heilly, *Gazette des hôpitaux*, 1863, n° 76.)

FAIBLESSE; PROSTRATION; CONVULSIONS DES MEMBRES; CONSISTANCE MOLLE DU CERVEAU; DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU COEUR, DU FOIE ET DES REINS.

Obs. XXXIII. — Eugénie V..., fleuriste, âgée de 25 ans, habituellement bien portante, sujette seulement à des attaques d'hystérie, s'administre, le 9 juin 1863, à onze heures du matin, une verrée d'eau dans laquelle elle avait raclé la pâte phosphorée de 60 allumettes environ.

Le 10, attaque convulsive ressemblant à ses crises hystériques habituelles. Plus tard, abattement, refroidissement considérable de tout le corps, surtout des extrémités; pouls petit, dépressible, à 80 pulsations.

Le 11, amélioration manifeste.

Le 12, crise nerveuse, convulsions légères des membres, avec pâleur de la face, refroidissement général, perte incomplète de la connaissance. Après une demi-heure, ces symptômes disparaissent; mais il y a persistance de la pâleur et de la prostration. Dans la journée, plusieurs syncopes; mort subite à quatre heures (à la suite d'une syncope?)

Autopsie soixante heures après la mort :

La substance cérébrale est un peu molle. Dégénérescence graisseuse du cœur, surtout du foie et des reins. (Docteurs Fritz, Banvier et Verliac, *Archives générales de médecine*, 1863, t. II, p. 34.)

HYPERESTHÉSIE DES MASSES MUSCULAIRES DE LA CUISSE; PROSTRATION GÉNÉRALE; DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES MUSCLES DE LA LANGUE, DU COEUR, DU FOIE ET DES REINS.

Obs. XXXIV. — Le 24 mai 1863, Jenny Diot, domestique, âgée de 48 ans, jouissant d'une bonne santé, fit tomber un gros paquet d'allumettes phosphoriques dans une salade. Elle les y laissa par négligence une heure environ et mangea ensuite la salade : vomissements.

Le 28 au soir, prostration générale, teinte ictérique de la peau, refroissement, pouls faible; grande sensibilité des masses musculaires de la cuisse.

Le 29, même état, suppression des urines; le pouls baisse et le refroidissement augmente progressivement; mort à huit heures du soir.

Autopsie faite trente-six heures après la mort :

Les poumons, un peu congestionnés, présentent de petits noyaux apoplectiques. Dégénérescence graisseuse du cœur, des muscles de la langue, du foie et des reins. (*Id.*, p. 38.)

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les quatre volumes de 1862 contiennent les travaux originaux suivants :

Tome CLXXIX. *Trois cas d'entortillement extraordinaire du cordon ombilical sur lui-même*, par le docteur Billi. *Cas de cachexie exophthalmique*, par le docteur Bosisio. *Cas de cachexie syphilitique avec hypertrophie de la peau du nez guérie par le traitement général et la rhinoplastie; De l'acide nitrique comme moyen presque exclusif de traitement de la syphilis; Des rapports de l'éléphantiasis des Arabes avec la maladie syphilitique*, par le docteur Castelnovo. *De l'origine historique du mot fièvre*, par le docteur Facen. *Nouveau pelvimètre gradué*, par le docteur Grillenzoni. *Recherches sur le principe acide du suc gastrique*, par le docteur Lussana. *Influence des études physiques et mathématiques sur les progrès de l'ophthalmologie*, par le docteur Quaglino. *Des fièvres depuis Hippocrate jusqu'à nos jours* (suite), par le docteur Renier. A. *Essai sur le caractère de la philosophie qu'exige l'étude de la médecine*, par le docteur Turchetti. B. *Du vitalisme de l'école italienne moderne*, par le même. C. *Des doctrines d'Hippocrate et des principes sur lesquels elles reposent*, par le même.

Tome CLXXX. *Observations pratiques de médecine et de chirurgie*, par le docteur Betoldi, comprenant : *Du diabète sucré et de son traitement, Pourquoi la guérison de la phthisie pulmonaire se cherche vainement et ne se trouvera pas, Traitement de l'insomnie, Traitement de la gonorrhée, De l'inutilité du pansement après l'opération de la fistule à l'anus, De l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes*, par le docteur Bosisio. *Observations sur les règlements relatifs à la prostitution*, par le docteur Cazzani. *Considérations sur les idées modernes relativement à la pathologie, et nouvel essai de propositions élémentaires au sujet de cette science*, par le docteur Cocchi. *De l'influence du périoste sur la régénération des os, et de ses conséquences en pathologie et en chirurgie*, par le docteur de Cristoforis. *Notes sur le traitement des vénériens au grand Hôpital de Milan en* 1861, par le docteur Lossetti. (Ce travail, relatif au traitement des complications de la syphilis, comprend : A. *Chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle*. B. *Bromure de potassium contre les érections*. C. *Traitement des bubons par la ponction et les injections de sublimé*.) *Renversement incomplet de l'utérus, consécutif à l'accouchement, guéri par une grossesse subséquente*, par le docteur Melchiori. *Eloge du médecin botaniste Giovanni Zantedeschi*, par le docteur Schivardi.

Tome CLXXXI. *Des hôpitaux maritimes pour les scrofuleux*, par le docteur Barellaï. *De l'action de l'iodure de potassium sur la résolution des engorgements laiteux après l'accouchement*, par le docteur Billi. *Quatre cas d'entortillement du cordon ombilical sur lui-même, ayant causé la mort du fœtus*, par le même. *De la vision des objets extérieurs*, par le docteur Bonucci. *Anévrisme du tronc cœliaque*, par le docteur Concato. *Le règne humain et l'anthropologie*, par le docteur Giglioli. *Anévrisme diffus consécutif de la fémorale; ligature de l'artère iliaque externe, mort au bout de trois mois*, par le docteur Juzani. *Œsophagotomie; guérison*, par le même. *Observations et expériences sur les nerfs du goût*, par les docteurs Lussana et Inzani. *Des nerfs de l'estomac et de leur influence sur les fonctions de cet organe*, par les mêmes. *Cas d'hydropisie ascite pour lequel on a pratiqué* 255 *fois la paracentèse*, par le docteur Minonzio. *De quelques sujets proposés au congrès scientifique de Sienne*, par le docteur Morelli. *Traitement médical de la cataracte et effets de la ponction répétée de la cornée dans les cas de cataracte lenticulaire*, par le docteur Quaglino. *Substitution de l'étranglement du cordon spermatique à la castration*, par le docteur Reali Francesco. *Histoire clinique et anatomique d'un cas de cysticerques du cerveau*, par le docteur Visconti.

Tome CLXXXII. *Pathologie spéciale du cœur et de l'aorte; des mouvements de cet organe et de ses deux bruits diastoliques supérieur et inférieur*, par le docteur Baccelli. *Rapport sur le traitement par les bains de mer de Voltri des scrofuleux du grand hôpital de Milan*, par le docteur Castoldi. *Observation d'une tumeur développée à la région iliaque*, par le docteur Guarini. *De l'ulcère perforant de l'estomac et de la digestion stomacale*, par les docteurs Inzani et Lussana. *Réflexions sur l'utilité de la ponction des articulations, et des*

bourses muqueuses et synoviales, par le docteur Inzani. *Abolition du goût à la partie antérieure de la langue par suite de la section de la corde du tympan*, par le docteur Lussana. *D'un nouvel instrument pour la paracentèse abdominale*, par le docteur Marcheselli. *Réflexions sur la saignée*, par le docteur Venturoli. *De la supériorité des Italiens dans l'étude de l'anatomie pathologique, et application de cette science à la médecine pratique*, par le docteur Visconti.

Observations pratiques de médecine et de chirurgie; par le docteur Ignazio Betoldi.

Du diabète sucré et de son traitement.

Après avoir perdu du typhus deux malades diabétiques soumis par lui à la médication alcaline, l'auteur attribuant à cette médication une part dans la perte de ces deux malades, en soumit un troisième à une alimentation reconstituante dont le vin de Bordeaux faisait la base. Ce vin, étant venu à manquer, dut être remplacé par du vin de Lisbonne, lequel ne contient pas de crème de tartre; l'amélioration obtenue à l'aide du vin de Bordeaux ne se maintint pas. L'état du malade empira: soupçonnant que la vertu curative du vin tient à la crème de tartre et non à l'alcool, l'auteur finit par prescrire une limonade saturée de crème de tartre, sous l'empire de laquelle l'amélioration fut plus rapide encore qu'à l'aide du vin de Bordeaux.

En somme, l'emploi de cette limonade constitue tout le traitement; les malades ne sont privés ni de féculents ni de sucre; ils mangent à leur guise, mais leur boisson doit être saturée de crème de tartre.

Avec cette médication, les récidives sont fréquentes; mais elles se dissipent avec une telle facilité qu'elles ne donnent pas d'inquiétude.

Traitement de l'insomnie.

Le même auteur préconise l'iodure de potassium dans le traitement de l'insomnie qui a résisté aux narcotiques, pourvu toutefois qu'elle soit indépendante d'une lésion des centres nerveux; il l'administre en solution à la dose de 12 grains par jour, et dit n'avoir jamais eu d'insuccès. Par contre, il a administré l'iodure de potassium à un nègre de 14 ans (l'auteur exerce au Brésil) en proie à une somnolence continuelle, laquelle aurait disparu au bout de huit jours.

De l'inutilité de la mèche après l'opération de la fistule a l'anus.

Enfin, M. Betoldi s'élève contre l'emploi de la mèche après l'incision de la fistule anale; il a mentionné dans un travail publié en 1859 un cas de ce genre où la mèche produisit d'atroces douleurs et le tétanos; il se borne à visiter la plaie tous les jours, à la laver et inciser les petits trajets fistuleux qui ont pu se former; en outre il recommande à l'opéré de séparer lui-même deux ou trois fois par jour les lèvres de la plaie et d'aller à la garde-robe dans la position accroupie.

De l'importance du périoste pour la reproduction des os, au point de vue pathologique et chirurgical. Études expérimentales; par le docteur Malachia de Cristoforis.

Nous croyons devoir, vu le grand intérêt d'actualité que présente cette question, donner ici l'analyse de ce mémoire auquel l'Académie dell Acqua a accordé un prix en 1861.

Après un historique consacré à l'étude des expérimentations physiologiques faites sur le périoste et des divers essais de resections sous-périostées, l'auteur, s'armant des paroles de M. Ollier, fait en grande partie honneur de cette découverte au chirurgien italien Bernardo Larghi; puis entrant en matière, il définit la resection sous-périostée, décrit l'opération et en trace les règles de la manière suivante:

En thèse générale, il faut faire le moins de délabrement possible aux parties molles; aussi pratiquera-t-on l'incision dans le point où l'os est le plus superficiel, et l'on tâchera de l'atteindre à travers les espaces intermusculaires du côté opposé aux vaisseaux. Arrivé au périoste, on l'incise dans toute son épaisseur, puis on le détache en ayant soin de raser constamment la surface osseuse, et on s'arrêtant juste à l'endroit où l'os sera scié, à quelques lignes seulement au delà des endroits où le tissu osseux est sain. Les instruments qui servent à cette dissection sont des rachitomes de diverses dimensions et de diverses formes s'adaptant à la forme et à la grosseur de l'os et un ruban très-fort destiné à être introduit entre l'os et le périoste (du moins pour les cotes et les os longs) afin d'achever la séparation de l'os et de sa membrane d'enveloppe; un ressort en acier sert à introduire ce ruban, puis la scie à chaîne.

L'auteur s'occupe ensuite de la même manière de l'évidement des os, et s'efforce d'établir les principes qui doivent faire préférer l'une ou l'autre de ces opérations ou faire choisir l'amputation.

La seconde partie du travail est consacrée à la physiologie et à l'histologie de la reproduction osseuse; l'auteur expose successivement les différentes théories émises à cet égard et annule les différentes preuves à l'appui de la propriété ostéoplastiques du périoste; il résume d'ailleurs son mémoire dans une série de conclusions.

La partie vraiment originale de l'œuvre de M. Christoforis consiste en l'exposé de 40 expérimentations faites sur des chiens, dont 12 sont des resections sous-périostées; il termine par l'exposé de trois cas pathologiques témoignant en faveur de la puissance ostéogénique du périoste.

Étranglement du cordon spermatique substitué a l'opération de la castration; par le docteur Francesco Reali.

Obs I. — Un homme de 70 ans se présente à l'hôpital d'Orvieto, porteur d'une tumeur encéphaloïde du testicule droit datant d'une vingtaine d'années. La forme et la grosseur de cette tumeur dépassant celle d'un œuf d'autruche; sa consistance uniformément molle et élastique; des élancements remontant le long du cordon jusque dans la cavité abdominale ne laissaient aucun doute sur la nature de cette tumeur; l'absence de fluctuation et de transparence excluait toute idée de collection liquide.

Au lieu de pratiquer l'ablation de la tumeur, M. Reali procède à l'opération suivante: Placé à droite du malade, il saisit profondément de la main gauche le cordon spermatique entre le pouce d'une part, l'index et le médius de l'autre, puis il le soulève de manière à le rendre saillant et à tendre la peau là où l'incision doit être faite. Celle-ci est pratiquée le long du doigt indicateur dans l'étendue de 1 pouce 1/2; le cordon ainsi mis à découvert, l'opérateur en ouvre la tunique d'enveloppe, l'isole avec précaution, et au moyen de l'aiguille de Deschamps, passe au-dessous un fil très-fort, au moyen duquel il étreint rapidement et énergiquement le cordon, de manière à intercepter instantanément la circulation du sang et l'influx nerveux et afin de faire moins souffrir le patient, cette constriction étant très-douloureuse; les extrémités du fil sont fixées entre les hords de l'incision.

Les suites de cette opération, destinée à provoquer l'atrophie du testicule, furent très-satisfaisantes; le fil se détacha le quinzième jour. Deux mois après l'opération, la place était entièrement cicatrisée et le volume de la tumeur diminué de près de moitié.

La tumeur diminua encore peu à peu pendant l'hiver (l'opération avait eu lieu le 1er août); dix mois après l'opération, le testicule malade avait repris la forme et le volume du testicule sain. La sensibilité à la pression qui avait d'abord disparu a fini par revenir en partie; la guérison s'est maintenue.

Une deuxième opération pratiquée par l'auteur chez un homme d'une quarantaine d'années fut moins heureuse; le malade mourut des suites de l'opération.

Enfin chez un troisième malade, jeune homme de 23 ans, porteur d'un testicule d'une dureté presque pierreuse avec quelques bosselures à sa surface et une légère collection séreuse, le résultat fut tout aussi satisfaisant que dans le premier cas; le testicule, qui avait primitivement un volume quadruple de celui du côté opposé, finit par reprendre un volume presque normal.

L'auteur fait suivre le récit de ces faits de considérations ayant surtout pour but de détruire les craintes de gangrène et de tétanos que cette opération pourrait faire concevoir. Il rapproche à cette occasion les divers cas de ligature du cordon pratiqués par divers chirurgiens.

Observations et expériences sur les nerfs du goût; par les docteurs Giovanni Inzani et Filippo Lusana.

Cet important mémoire de physiologie commence par l'exposé de deux cas pathologiques très-intéressants démontrant: 1° que le nerf lingual préside au goût de la partie antérieure de la langue; 2° que le glosso-pharyngien tient sous sa dépendance le goût de la partie postérieure de la langue et de l'isthme du gosier; 3° enfin que le nerf de la cinquième paire n'a aucune influence sur le sens du goût. Cela posé, les auteurs se demandent à quelle source le nerf lingual doit son influence spécifique sur le goût de la partie antérieure de la langue; c'est à la corde du tympan qu'ils attribuent cette propriété.

En définitive, ils distinguent deux espèces de goût, l'un antérieur, l'autre postérieur, dont voici les principaux caractères:

1° Le goût antérieur (auquel préside la corde du tympan) contient dans son appareil une sensibilité tactile exquise; le petit diamètre de ses circuits le rend comparable à la pulpe du doigt; au contraire, le goût postérieur dont les circuits tactiles ont, d'après les moyennes prises par les auteurs, l'énorme diamètre de 8 lignes, n'a qu'une sensibilité tactile beaucoup plus grossière.

2° Le goût antérieur se distingue par la finesse des nuances, le postérieur par l'intensité des impressions.

3° Le goût antérieur est un organe d'accommodement volontaire comme l'œil pour la vision, la main pour le toucher; il est essentiellement actif; le postérieur, au contraire, reste toujours passif.

4° Le goût antérieur est essentiellement destiné à la dégustation des aliments et des condiments; il reste insensible à la saveur des substances impropres à l'alimentation. Le goût postérieur perçoit non-seulement les saveurs agréables, mais encore il est péniblement affecté par les saveurs mauvaises (*tædium* de Romberg).

5° Les acides (spécialement les acides organiques) sont mieux sentis par le goût antérieur, les bases le sont mieux par le goût postérieur.

6° La même substance impressionne différemment chacun de ces deux goûts : ainsi, le chlorure de potassium, qui a une saveur fraîche, salée au goût antérieur, paraît douceâtre au goût postérieur; le sulfate de soude salé pour le premier est amer pour le second, etc.

DESTRUCTION DU GOUT A LA PARTIE ANTÉRIEURE DE LA LANGUE PAR SUITE DE LA SECTION DE LA CORDE DU TYMPAN.

Ce fait, publié dans le volume suivant (CLXXXII, p. 307), forme un intéressant appendice au mémoire dont nous venons de donner un aperçu. Il s'agit d'une femme d'environ 50 ans à qui un charlatan, pour la guérir d'une surdité du côté gauche, pratiqua une incision dans l'oreille en y introduisant profondément un bistouri.

M. Lussana la vit deux ans après, en septembre 1862; cette femme, qui avait conservé l'intégrité des mouvements de la langue, ne percevait plus les saveurs dans les deux tiers antérieurs de cet organe à gauche. Le goût persistait à droite et à la base de la langue des deux côtés.

ANÉVRISME DU TRONC CŒLIAQUE; par le docteur CONCATO LUIGI.

Cette observation est rapportée avec de grands détails.

OBS. — Il s'agit d'un homme de 38 ans, déjà souffrant depuis plusieurs années qui, en travaillant aux environs de Bologne, le 11 novembre 1861, fut pris d'une prostration extrême avec des douleurs à l'estomac s'irradiant aux lombes. Le médecin appelé pour voir le malade constata l'existence d'une tumeur pulsative à l'épigastre probablement de nature anévrismale Notre homme entre le 18 novembre à l'hôpital où l'on constate l'état suivant : La palpation, la percussion et l'auscultation du thorax donnent des résultats négatifs, sauf un peu d'exagération du second bruit à l'origine de l'aorte. Pouls de 70 à 80 avec des intermittences.

La région épigastrique présentait à gauche une tumeur saillante de quelques lignes à son centre, se confondant insensiblement avec les régions voisines et sans aucun changement de couleur à la peau; cette tumeur était le siége de deux battements, l'un synchrone à la diastole artérielle, l'autre coïncidant avec les mouvements respiratoires. Cette tumeur avait de 7 à 8 centimètres de diamètre et 24 environ de circonférence.

Le malade meurt subitement le 7 mars 1862. Voici le résultat de l'autopsie : Le cœur a un volume un peu supérieur au volume normal; les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées de 1/2 centimètre; l'artère pulmonaire et l'aorte sont dilatées; les valvules semi-lunaires de cette dernière sont amincies; sa surface interne est jaune foncé, dépolie, semée de taches d'un blanc jaunâtre; la cavité abdominale est remplie à gauche d'un sang noir coagulé; celui-ci enlevé, on trouve en partie couvert par l'estomac, en partie dépassant sa petite courbure, l'épiploon soulevé par un caillot volumineux, et recouvrant une tumeur hémisphérique grosse comme la tête d'un fœtus de 6 mois, consistante dans sa moitié supérieure, molle et fluctuante dans sa moitié inférieure. Cette tumeur se prolonge en arrière jusqu'aux vertèbres lombaires auxquelles elle adhère par un tissu connectif lâche; en haut et à droite de l'hémisphère supérieur on aperçoit une ouverture irrégulière du diamètre de 1 fr. environ; le doigt, introduit par cette ouverture, en extrait une masse très-friable, faiblement adhérente; en regardant par cette ouverture dans l'intérieur de la cavité, on voit à la partie postérieure un trou elliptique long de 2 centimètres 1/2, large de 2, à bords lisses, unis, épais d'une ligne, communiquant avec la partie antérieure de l'aorte; ce vaisseau a son calibre normal tant au-dessus de l'orifice que nous venons d'indiquer qu'en face et au-dessous; à sa face antérieure adhère la tumeur; sur les côtes on voit les artères rénales normales et les deux mésentériques. Le tronc cœliaque manque et est remplacé par la tumeur susdite. Immédiatement au-dessous de la circonférence médiane de la tumeur et à sa partie antérieure on peut reconnaître l'artère splénique et l'artère hépatique. On ne peut retrouver la troisième branche du tronc cœliaque, la coronaire stomachique.

Quant à l'aorte, elle était parfaitement saine, et M. Concato insiste sur cette particularité, qui donne à ce fait une valeur toute particulière.

Cette intéressante observation, dont trois planches facilitent la lecture, est complétée par un appendice dans lequel l'auteur a reproduit tous les documents existant dans la science à propos de l'anévrisme du tronc cœliaque.

Le même volume (p. 564) contient des détails bien complets sur l'anatomie pathologique d'un anévrisme diffus consécutif de l'artère fémorale.

E. SALVA.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

NOMINATION.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un associé étranger en remplacement de feu M. Mitscherlich.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 47,

M. Voehler a obtenu. . .	31 suffrages.
M. de la Rive.	12
M. Hamilton.	3
M. Bunsen.	1

M. Voehler, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, a été proclamé élu.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

NOTE SUR LA SUTURE DU NERF MÉDIAN; par M. LAUGIER.

(Commissaires : MM. Flourens, Andral, Velpeau, Bernard, Jobert de Lamballe.)

Je crois devoir communiquer à l'Académie des sciences le résultat de la suture du nerf médian, que j'ai faite lundi dernier, 13 juin, sur un malade de mon service de l'Hôtel-Dieu, à la suite d'une blessure grave de l'avant-bras gauche.

Les deux artères radiale et cubitale, les muscles grand et petit palmaires, quelques faisceaux du fléchisseur superficiel des doigts, et de plus le nerf médian, avaient été complétement divisés en travers. Une hémorrhagie abondante décida M. Ledentu, interne du service, à pratiquer immédiatement la ligature des deux artères; mais le bout supérieur du nerf médian n'ayant pu être retrouvé dans la plaie, un premier pansement réunit les lambeaux de la peau par des points de suture séparés; puis la main fut placée sur un coussin dans la flexion sur l'avant-bras. C'est dans cet état que j'ai vu le blessé pour la première fois, le lundi 13 juin. L'hémorragie n'avait point reparu, mais il me fut facile de constater l'effet de la section complète du nerf médian, et incomplète du nerf radial, qui avait été coupé dans les deux tiers de son diamètre transversal, les deux bouts restant unis par une bandelette de tissu nerveux. La sensibilité avait disparu dans toutes les parties desservies par le nerf médian, c'est-à-dire dans toute l'étendue de la face palmaire des trois premiers doigts, pouce, index et médius, et jusqu'à la face externe de l'annulaire inclusivement. Elle avait cessé en partie seulement dans les points où le radial se répand à la main; ainsi, intacte sur la face dorsale du pouce et du premier espace interosseux, elle était nulle au niveau de l'index et de la moitié inférieure de la face dorsale du médius.

Les mouvements d'opposition du pouce étaient impossibles : je n'ai pas besoin de dire que ce mouvement d'opposition n'a pas été confondu avec celui d'adduction, qui avait trouvé son principe dans le nerf cubital.

Cette perte du mouvement d'opposition du pouce et de la sensibilité due au médian dans l'étendue indiquée me préoccupa aussitôt, et je pensai que s'il était possible de les rendre au blessé, il fallait agir immédiatement et faire la suture des deux bouts du nerf entièrement coupé; la plaie fut rouverte par la section des fils qui réunissaient les lambeaux cutanés et par l'extension de la main sur l'avant-bras; le bout inférieur du médian, libre et flottant dans la plaie au-dessus du ligament annulaire du carpe, avait une longueur de 2 1/2 centimètres; le bout supérieur n'était pas visible, il était sans doute remonté dans l'épaisseur du

lambeau avec un faisceau coupé du muscle fléchisseur superficiel. Après quelques instants de recherches infructueuses, je vis bien que pour opérer la suture du nerf il fallait le découvrir par la dissection. Le blessé, qui comprenait l'utilité de cette opération, fut endormi par le chloroforme, et je fis une incision d'environ 6 centimètres sur la partie moyenne du lambeau, à partir de la plaie, le long de la face intérieure de l'avant-bras. Après la section longitudinale du muscle fléchisseur superficiel, le tronc du nerf médian se montra sous l'instrument. Ce nerf saisi, je passai à travers la partie moyenne du bout supérieur, à 12 millimètres environ au-dessus de son extrémité libre, un fil de soie à l'aide d'une aiguille à staphyloraphie presque droite; le bout inférieur fut traversé de la même manière avec le même fil, dont les deux chefs furent tirés, puis réunis par un double nœud, de façon que les deux surfaces de section du nerf fussent amenées au contact sans violence, et que les deux bouts du nerf fussent maintenus en place au-dessus et au-dessous de la plaie par le fil. Un des chefs du fil coupé, l'autre conduit dans l'angle interne de la solution de continuité des parties molles.

Le résultat de cette opération très-rare, presque inconnue hors du champ de la physiologie expérimentale, et contre laquelle même s'élèvent dans la pratique des objections théoriques très-sérieuses, telles que la crainte de douleurs vives et d'accidents nerveux redoutables, les convulsions et le tétanos, a dû être suivi par moi avec attention et une sorte d'anxiété. Eh bien! aucune douleur remarquable n'en a été la suite, aucun accident que l'on puisse rapporter à la suture du nerf n'a été observé. La fièvre traumatique, le gonflement et la rougeur de l'avant-bras n'ont point dépassé la mesure des phénomènes généraux et locaux, que la blessure, indépendamment de la lésion du nerf, devait amener. Je n'ai donc pas à y insister, et je me hâte d'appeler l'attention de l'Académie sur l'effet de la suture du nerf médian, au point de vue si capital du retour de la sensibilité et des mouvements.

Dès le lundi soir, jour de l'opération, la sensibilité semble un peu rétablie dans les points où elle avait disparu; le malade dit positivement sentir le contact des doigts ou de tout autre objet appliqué à la face palmaire des doigts paralysés du sentiment par la section du nerf médian, mais cette sensibilité est obtuse.

Mardi, le lendemain de la suture du nerf, le retour de la sensibilité est très-marqué; il y a encore cependant une notable différence entre celle des deux mains et des parties de la main gauche desservies par le médian ou par le nerf cubital; mais ce qui frappe surtout, c'est que le mouvement d'opposition du pouce se fait très-facilement. Le mercredi et le jeudi matin, il y a accroissement de la sensibilité et des mouvements, toutefois il est facile de constater le jeudi que certaines sensations ne sont pas perçues : la pointe d'une épingle pressée contre la face palmaire du médius ne détermine aucune douleur; en appliquant, sur les parties de la face palmaire dont la sensibilité est altérée, un corps froid, comme une paire de ciseaux, le malade n'éprouve pas la sensation du froid que ce contact devrait produire : il rapporte d'ailleurs très-bien aux points touchés les impressions ressenties, de sorte que trois jours après la suture du nerf divisé, si la sensibilité tactile est revenue en grande partie, les sensations de douleur et de température ne sont pas perçues. Mais les progrès sont si rapides, que le vendredi, quatrième jour révolu depuis l'opération, la sensation de piqûre est obtuse, et celle de température est sensiblement manifeste. Aujourd'hui lundi, huitième jour, tout le bénéfice de l'opération est conservé. Mais je laisse là ces détails, car les modifications de la sensibilité et des mouvements sont à l'étude, et d'autres variations dans le sens du progrès vers le retour complet des fonctions du nerf devront nécessairement encore être recueillies et notées jusqu'au rétablissement complet. Je prie maintenant l'Académie de me permettre de faire remarquer en quoi cette observation se rattache aux faits connus, et sous quels rapports elle en diffère en y ajoutant des notions nouvelles. Des expérimentateurs habiles ont eu, dans leurs recherches sur les animaux, des résultats très-divers. Il en est qui n'ont pu obtenir, par la suture des nerfs coupés, le retour des fonctions : la sensibilité et le mouvement sont restés abolis; mais en regard de cest insuccès, il faut rappeler surtout les opinions et les belles expériences de l'illustre secrétaire de l'Académie, M. Flourens, qui, entre autres faits, obtint sur un coq la réunion par suture de deux nerfs de l'aile, qui, d'abord pendante et paralysée, reprit au bout de trois mois ses fonctions; à cette époque, la sensibilité était manifeste au-dessus et au-dessous de la section du nerf. Cette expérience ne laissait aucun doute sur la possibilité du rétablissement de la sensibilité et des mouvements après la section et la suture d'un nerf des membres, mais l'observation que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie démontre de plus que ce retour des fonctions sensitives et motrices peut avoir lieu dans un petit nombre d'heures, avec une étonnante précision. Cette différence tient-elle au procédé mis en usage pour la suture, ainsi qu'à l'immobilité plus facile à obtenir chez l'homme que sur les animaux? C'est ce que de nouvelles expériences apprendront. Je ne connais pas d'autre fait publié où le rétablissement des fonctions ait été aussi rapide après la suture du nerf. Cette suture, on peut le dire même, n'est point admise dans la pratique chirurgicale d'une manière générale. Les chirurgiens, un peu effrayés sur les conséquences de la présence de corps étranger dans la substance des nerfs, ont préféré jusqu'ici attendre, en la favorisant par la situation des parties divisées, l'effet de la réunion médiate des bouts isolés du nerf par un tissu cicatriciel, dans l'épaisseur duquel avec le temps il s'est formé, ainsi que l'a démontré le microscope, des tubes nerveux en plus ou moins grand nombre. Un rétablissement lent et plus ou moins complet des fonctions est la suite de la production de ces tubes nerveux cicatriciels. C'est la question, controversée encore aujourd'hui, de la régénération des nerfs, qui diffère sensiblement de la réunion immédiate évidemment obtenue dans le fait rare que je présente aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie.

Je viens de dire que je ne connais pas de fait semblable publié, mais je n'hésite pas à déclarer que je tiens d'une comunication verbale de mon collègue, M. Nélaton, la connaissance d'une observation analogue, presque identique dans son résultat, quoique obtenue dans des circonstances un peu différentes. Après l'ablation d'un névrome du même nerf médian à la partie moyenne du bras, et la resection de ce nerf dans une longueur de 2 centimètres environ, il opéra la suture des deux bouts, et, quarante-trois heures après, le retour de la sensibilité et des mouvements commençait à s'opérer. Comme dans le fait que j'observe en ce moment, il n'y eut ni douleur notable due à la présence du corps étranger passé dans l'épaisseur du nerf (c'était un fil métallique, et non un fil de soie comme chez mon malade), ni accident nerveux consécutif. Il me serait impossible de donner plus de détails au sujet du fait de M. Nélaton, qui, je l'espère, le publiera; mais je puis, ce me semble, pour la pratique chirurgicale à venir, faire ressortir l'importance de deux faits dans lesquels la suture immédiate a été si avantageuse, et tout à fait exempte d'accidents et de complications.

Je crois toutefois que pour un succès aussi rapide, le choix du mode de suture n'est pas indifférent. Le procédé que j'ai préféré offre des avantages notables. Un fil passé à travers le nerf, à l'aide d'une aiguille dont les bords tranchants ont été engagés dans une direction parallèle aux tubes nerveux, les ménage le plus possible. Il en reste autour de lui un grand nombre qui n'en reçoivent aucune atteinte. Éloigné des surfaces de section du nerf simplement rapprochées an contact, il ne complique pas cette plaie de la présence d'un corps étranger, il n'y produit pas une inflammation plus vive, et laisse au courant nerveux toute sa liberté, puisqu'il favorise l'abouchement des tubes et ne s'interpose pas, en même temps qu'il offre aux bouts rapprochés un point d'appui en deux sens opposés.

Je ferai remarquer, d'autre part, combien, chez le blessé que je traite, la suture du nerf médian était indiquée et urgente : les deux artères radiale et cubitale avaient été coupées en travers et liées; malgré l'abondance des anastomoses entre les artères de l'avant-bras et de la main, quand les deux troncs principaux sont liés au même instant, la circulation est incontestablement plus compromise que si l'un des troncs seul est interrompu. De plus, ici, pour les doigts auxquels le nerf médian donne ses branches, l'innervation était suspendue, et peut-être la gangrène, au moins partielle, était-elle à redouter. C'est un des motifs qui m'ont engagé à opérer la suture du nerf.

D'autres questions intéressantes se rattacheront à ce cas de succès. Ce n'est pas comme dans la régénération lente et à distance des nerfs par la production de tubes nerveux nouveaux que la circulation nerveuse s'est rétablie, c'est par l'abouchement plus ou moins exact des tubes coupés qu'elle a repris ici son cours. Cependant il est probable que dans le petit nombre d'heures qu'il a fallu pour cela, une mince couche de lymphe coagulable a été sécrétée au niveau de la section des tubes. Cette lymphe est-elle conductrice de l'influence nerveuse, on a-t-elle d'emblée présenté des lacunes qui ont permis la continuité de la partie fluide centrale ou moelle des tubes nerveux? Ce sont là des questions qui appellent des recherches microscopiques sur les animaux. La nature du travail que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie a d'ailleurs un autre caractère : il est surtout de physiologie pathologique et d'intérêt chirurgical. Il a pour but de contribuer à établir un point de pratique peu connu, et dont l'art chirurgical paraissait plutôt s'éloigner, c'est-à-dire l'indication formelle de faire, dans les cas de section accidentelle, la suture des deux bouts du nerf coupé.

En résumé, le fait que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie prouve :

1° Qu'après la suture d'un nerf coupé, la sensibilité et les mouvements des parties auxquelles il se distribue peut se rétablir d'une manière très-notable en un petit nombre d'heures;

2° Que ce rétablissement des fonctions est rapidement progressif;

3° Qu'il est successif, c'est-à-dire que la sensation tactile et les mouvements sont obtenus avant certaines sensations, par exemple celle de douleur et de température;

4° Que la suture du nerf ne produit pas, du moins par le procédé que j'ai suivi et indiqué, de douleurs spéciales, ni nécessairement d'accidents nerveux graves, ce que, du reste, la ligature accidentelle de certains nerfs collatéraux des artères avait déjà prouvé;

5° Qu'il faut admettre dans la pratique chirurgicale la suture des nerfs d'un volume notable, et dont la section intéresse la sensibilité et le mouvement de parties plus ou moins étendues.

M. Velpeau : Le fait dont M. Laugier vient d'entretenir l'Académie n'a pas seulement pour résultat de confirmer la belle expérience de M. Flourens sur le rétablissement possible de la sensibilité et du mouvement dans les muscles paralysés par la section d'un nerf mixte, si l'on en opère

la suture. Il démontre en outre que ce retour des fonctions peut être très-rapide, fait complétement nié jusqu'ici par quelques chirurgiens; sous ce rapport même le fait de M. Laugier a de l'actualité. Il y a quelques jours à peine, dans une Société savante exclusivement aocnpée de chirurgie, la question a été agitée, et le retour immédiat des fonctions après la cicatrisation du nerf a été niée de nouveau. Si ses fonctions ont reparu, ce n'est pas, a-t-on dit, à travers la cicatrice que leur reproduction a eu lieu. Or, le fait de M. Laugier prouve au contraire que c'est bien par le rapprochement des bouts du nerf que la sensibilité et le mouvement reparaissent dans la partie paralysée : la rapidité du phénomène, qui se montre à partir de ce rapprochement par la suture, ne laisse aucun doute à cet égard.

De l'influence qu'exerce l'abondance des poissons sur l'engraissement.
Extrait d'une note de M. Dancel.

En m'occupant de diminuer l'embonpoint exagéré chez les hommes, j'ai remarqué que ceux qui se nourissaient de substances peu riches en graisse et en éléments graisseux ne diminuaient pas lorqu'ils buvaient beaucoup. Je fus amené à penser que l'eau et les substances aqueuses favorisaient l'engraissement.... Il est surprenant que dans ces nombreuses expériences sur l'engraissement des animaux, faites avec de grandes précautions et beaucoup de précision, on n'ait jamais tenu compte de l'eau prise quelquefois en quantité considérable par les sujets soumis aux expériences. Cependant l'eau joue alors un très-grand rôle; elle entre pour une part considérable dans cet engraissement, comme le prouvent des faits tels que ceux que je vais rapporter.

Dans le régiment de la garde de Paris, il y a un cheval qui était maigre. Sur ma demande, M. Decroix, vétérinaire de ce régiment, fit l'expérience suivante : il diminua à cet animal sa ration journalière d'avoine de 1kil,500, sans modifier la ration de paille et de foin: il fit tenir constamment dans l'auge de l'eau à la disposition du sujet. On mettait dans cette eau, de temps en temps, un peu de son, dont le total, chaque jour, était de 500 grammes.

Au début, le 22 mai dernier, le cheval pesait 512 kilogrammes; le 5 juin, quinzième jour, 520 kilogrammes; le 17 juin, 530 kilogrammes: augmentation en 27 jours, 18 kilogrammes. Les 500 grammes de son ajoutés au régime alimentaire n'ont pas remplacé le kilogramme et les 500 grammes d'avoine diminués, et cependant l'animal a engraissé.

Dans le même régiment, il y a une jument qui était énormément grasse. Elle souffrait sous son cavalier. Ainsi que les hommes surchargés d'embonpoint, elle était en sueur aussitôt qu'elle faisait un exercice un peu prolongé. De même encore que chez les hommes obèses, ses excréments étaient plus liquides qu'à l'état ordinaire. De même enfin que les hommes obèses, elle buvait considérablement : elle absorbait 60 litres d'eau par jour.

Le maréchal des logis qui la monte l'a réduite à 15 litres par jour, et depuis elle a perdu son gros ventre; elle n'a plus fienté comme les vaches. Elle a acquis une vigueur, une force qu'elle n'avait pas, et qui lui permettent de faire son service sans suer, sans souffrir.

Application de la dialyse a la recherche des poisons végétaux.
Extrait d'une note de M. Reveil.

Dès 1861, époque à laquelle Graham fit connaître les phénomènes de diffusion des liquides à travers les membranes, et caractérisa nettement les colloïdes et les cristalloïdes, tous les toxicologistes ont songé à appliquer cette ingénieuse méthode à la recherche des poisons. Graham lui-même s'en servit en 1862 pour séparer l'acide arsénieux, l'émétique et la strychnine (*Zeitschrift für analyt. Chemie*, t. I, p. 52, et *Journal de Pharmacie*, 1862, t. XLI, p. 327).

En 1862, M. Alfonso Cossa, professeur de chimie agricole à l'Institut chimique de Pavie, publiait une intéressante brochure : *Sulla applicazione della dialise alle ricerche chimico-legali*; à la même époque, dans un travail intitulé : *Notes sur l'hygiène et la toxicologie*, publié dans les *Archives générales de Médecine* (octobre 1862), j'indiquais moi-même les résultats de mes recherches, et j'y insistai davantage dans mon *Annuaire pharmaceutique pour* 1863, p. 193. Dans ces deux publications, la plupart des résultats présentés par MM. Grandeau et Lefort étaient nettement énoncés, et je les ai fait connaître verbalement à MM. Longet, Blache, Bouvret, Tardieu, Roger, etc.

L'auteur termine en priant l'Académie de vouloir bien accepter le dépôt d'un paquet cacheté qui renferme, dit-il, « l'indication précise des circonstances les plus favorables à la dialyse, au point de vue de la recherche des poisons dans les matières organiques. »

— M. Jacquart, qui avait précédemment présenté la description d'un appareil de son invention nommé *endomètre cranien*, destiné à mesurer la capacité du crâne chez l'homme et chez les animaux, adresse aujourd'hui, comme moyen de faciliter l'intelligence du texte, les images photographiques de deux instruments qu'il a fait exécuter. (Renvoi à la commission qui a été chargée de l'examen du mémoire.)

Addition a la séance précédente.

Origine de la monstruosité double.

M. Dareste adresse une lettre concernant sa communication du 30 mai dernier sur les *origines de la monstruosité double;* le résumé historique qui servait d'introduction à sa note n'ayant pu trouver place au *Compte rendu*, il lui a semblé que la signification des faits nouveaux qu'il a présentés pourrait n'être pas bien comprise. si l'on perdait de vue le point où en était la question quand il a entrepris ses dernières recherches, et voici ce qu'il croit devoir rappeler :

« Plusieurs observations dues à divers physiologistes, Wolf, Allen Thomson, Baer, Panum, etc., et plusieurs faits que j'ai moi-même recueillis, démontrent, contre l'opinion anciennement admise, que la monstruosité double chez les oiseaux résulte de l'union, et souvent aussi de la fusion de deux embryons développés sur un vitellus unique. C'est du reste ce que les travaux récents des embryologistes nous ont appris pour les monstruosités doubles qui se produisent chez les poissons.

« Mais tous ces cas de monstruosité double recueillis chez les oiseaux appartenaient à des monstres à un seul ombilic. J'ai cru pendant longtemps que les monstres à double ombilic, dans lesquels l'union se fait dans de tout autres régions que la région ombilicale, pouvaient se produire par l'union d'embryons développés sur des vitellus séparés.

« Les monstres doubles à double ombilic forment, dans la classification d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, les genres pygopage, céphalopage et métopage.

« Des observations récentes m'ont appris que, là aussi, la monstruosité double résulte de la fusion d'embryons développés sur un vitellus unique. »

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de physique, en remplacement de feu M. Barlow.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 45,

M. Magnus obtient.	39 suffrages.
M. Weber (William)	2 —
MM. Dove, Jacobi et Joule, chacun.	1 —

M. Magnus ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Grand prix des sciences naturelles. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le grand prix des sciences naturelles, question concernant le système nerveux des poissons.

MM. Milne-Edwards, Valenciennes, Coste, Flourens et de Quatrefages réunissent la majorité des suffrages.

— M. Pluchard annonce avoir proposé avant M. Prevet l'emploi dans l'alimentation des semences du caroubier, et il envoie comme pièce à l'appui un prospectus imprimé pour l'exposition des produits agricoles de l'Algérie en 1860.

La lettre et le prospectus sont renvoyés à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Prevet (séance du 2 mai 1864), MM. Brongniart, Bernard et Gay.

Comité secret. — La commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place d'associé étranger, vacante par suite du décès de M. Mitscherlich, présente, par l'organe de son président M. Morin, la liste suivante :

Au premier rang, *ex æquo* et par ordre alphabétique : M. de la Rive, à Genève; M. Woehler, à Gœttingue.

Au deuxième rang et par ordre alphabétique : M. Agassiz, à Boston; M. Airy, à Greenwich; M. Bunsen, à Heidelberg; M. V. Martius, à Munich; M. Murchison, à Londres; M. Struve, à Pulkowa.

Les titres de ces candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

— M. Flourens présente, au nom de l'auteur, M. Brown, deux ouvrages écrits en anglais sur les maladies chirurgicales des femmes. Ces deux ouvrages sont adressés au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon.

M. Flourens présente encore un ouvrage de M. Herpin, sur l'acide carbonique et ses applications en thérapeutique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 JUIN 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Mialet (de Gourdon), Cavassus (de Milly).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements du Cher, de la Lozère et de la Haute-Saône), (Commission des épidémies.)

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Sylvanez (Aveyron, par M. le docteur Calvet; de Bagnols (Lozère), par M. le docteur Raynal; de Saint-Gervais (Haute-Savoie), par M. le docteur Payen, pour l'année 1862. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Leblanc fils, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

2° Une lettre de M. Lecoq, inspecteur des écoles et des établissements vétérinaires, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

3° MM. Chonnow et Lenoir adressent un pli cacheté. (Accepté.)

4° Une lettre de M. Vrolick, président de l'Académie des sciences d'Amsterdam, qui adresse des remercîments à l'Académie de médecine pour l'envoi de ses *Bulletins*, et qui fait hommage des *Bulletins* de l'Académie d'Amsterdam.

— M. TARDIEU offre à l'Académie, au nom des auteurs, un exemplaire de la première partie du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, rédigé sous la direction de M. le docteur Jaccoud. Il signale la préface de M. Jaccoud, les articles de M. Rochardt sur l'acclimatation et M. Stoltz (de Strasbourg) sur les accouchements, et l'article de M. Laugier sur les abcès.

— M. VELPEAU dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. Proulle, un mémoire sur l'action du café mêlé à la farine de pois chiche, à la fois comme aliment et comme médicament. (Commission des remèdes nouveaux et secrets.)

— M. BÉCLARD présente à l'Académie : 1° la première partie du premier volume du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, rédigé sous la direction de MM. Raige-Delorme et Dechambre. Ce dictionnaire n'est pas une nouvelle édition du Dictionnaire en 30 volumes, les articles sont entièrement nouveaux. Cette publication contient, outre tout ce qui a trait aux sciences médicales et accessoires, des articles de géographie et do biographie médicales.

2° La troisième édition du livre de M. le professeur Rostan sur *l'Organicisme*. L'ouvrage, dit le rapporteur, est trop connu pour que j'en veuille faire un résumé. Je me bornerai à vous lire la première phrase de l'exposé de principes.

« Le but de l'organicisme est de prouver qu'il n'existe pas, qu'il ne saurait exister de principe vital, de force vitale, de propriétés vitales indépendantes de la matière organisée, séparables de cette matière, et pouvant exister sans elle, hors d'elle, surajoutées à elle, et chargées d'accomplir les actes phénoménaux de la vie. »

Tout le livre est consacré à la démonstration de ces principes; on ne saurait refuser que les déductions sont nettes et catégoriques, et que l'objet du travail est bien éclairci.

RAPPORTS.

M. ROGER lit un rapport à propos d'un travail sur l'iode naissant, par M. le docteur Bernard.

Les conclusions de la commission, défavorables, comme celles d'un précédent rapport, sont mises aux voix et adoptées.

— M. BOUDET lit un rapport officiel. Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. ROBINET lit des rapports sur des propositions de remèdes nouveaux tirés de l'huile de foie de morue transformée et de ses vapeurs, et sur des applications de la ciguë et de la conicine. Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un associé libre résidant.

L'Académie présente :

En première ligne..........	M. Peisse.
En deuxième ligne..........	M. Cerise.
En troisième ligne..........	M. Félix Voisin.
En quatrième ligne..........	M. Legoyt.

Au premier tour de scrutin, sur 75 votants, ont obtenu :

MM. Cerise..................	35 voix.
Peisse..................	19 »
F. Voisin..................	16 »
Legoyt..................	3 »
Voix perdues..................	2 »

Au deuxième tour de scrutin, sur 70 votants, ont obtenu :

MM. Cerise..................	46 voix.
Peisse..................	17 »
F. Voisin..................	7 »

En conséquence, M. Cerise est nommé associé libre. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre de la commission du prix Itard, en remplacement de M. de Kergaradec, qui avait demandé à être remplacé.

M. Gibert est nommé.

LECTURES. — HELMINTHOLOGIE.

M. COLLIN (d'Alfort) lit un mémoire et présente des planches à l'appui sur *le développement et la migration des sclérostomes chez les solipèdes*.

Voici les conclusions :

Les sclérostomes des solipèdes sont des nématoïdes ovipares qui se développent, non pas au sein de la cavité intestinale, comme on le croyait, mais bien dans des kystes du tissu muqueux où les œufs sont déposés. Ce sont des helminthes qui revêtent cinq ou six formes appartenant incontestablement à la même espèce. Les individus qui vivent dans des kystes des membranes intestinales, dans les poches purulentes, ceux des anévrismes, des lobules du pancréas et des ligaments hépatiques, proviennent de vers attachés à la face interne du cæcum. Ces émigrants se distinguent les uns des autres par la résidence qu'ils choisissent, par la couleur de la peau, les dimensions du corps, la configuration de l'armure buccale et le degré d'atrophie des organes génitaux. Mais ils se ressemblent tous par la perte de la faculté reproductrice, car tous sont privés d'œufs et de spermatozoïdes. Les colonies plus ou moins nombreuses qu'ils vont fonder au loin demeurent stériles; elles représentent des états de dégradation permanente dont les helminthes ont offert jusqu'ici peu d'exemples.

On connaissait déjà beaucoup d'espèces qui passent régulièrement on éventuellement d'un animal à un autre, et qui se métamorphosent en changeant d'hôte ou de demeure; mais on n'avait pas encore, si je ne me trompe, signalé parmi les nématoïdes des espèces dont les transformations s'opèrent sur le même animal, et en quelque sorte sur place. Ainsi, les faits sur lesquels j'ai l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie pourront engager les zoologistes à la révision des espèces réputées connues. (Renvoyé à la section de médecine vétérinaire.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

URINE, URINARY DEPOSITS AND CALCULI, AND ON THE TREATMENT OF URINARY DISEASES; by LIONEL BEALE — Deuxième édition, 1864.

Le *Traité de l'urine, des dépôts urinaires et des calculs*, dont M. Lionel Beale vient de publier une seconde édition, est un ouvrage important par l'abondance et la valeur des matériaux qu'il renferme. L'étude de l'urine, soit à l'état de santé, soit à l'état de maladie, constitue la première partie du travail. Dans la seconde, l'auteur a examiné les dépôts urinaires, et s'est efforcé d'en faire connaître la signification. Enfin dans la troisième, à laquelle il a consacré moins de développements, il s'est occupé des calculs et des moyens d'en débarrasser la vessie. Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur quelques-unes des questions traitées dans ces trois parties de l'ouvrage.

En parlant des principes volatils contenus dans l'urine pendant l'état de santé, l'auteur signale le gaz acide carbonique comme existant en dissolution dans ce liquide dès qu'il est sorti de la vessie. Pour en démontrer la présence, il suffit de faire passer à travers l'urine un courant de gaz hydrogène pur; l'acide carbonique est déplacé, et

trouble l'eau de chaux au sein de laquelle on le force à se dégager. L'urine fraîche renferme encore un autre principe volatil, l'ammoniaque, mais ce corps ne s'y trouve point à l'état de liberté; il est combiné aux acides urique, lactique, chlorhydrique ou phosphorique.

Ce que l'on savait depuis longtemps, c'est que quand le produit de la sécrétion rénale reste plus ou moins longtemps exposé à l'air, l'urée qui y était dissoute se transforme en carbonate d'ammoniaque. Or la nature intime de cette transformation, qui avait été méconnue jusqu'à présent, a été récemment démontrée.

S'inspirant des beaux travaux de M. Pasteur, M. Van Tieghem a prouvé que la substitution du carbonate d'ammoniaque à l'urée est le résultat d'une véritable fermentation, et que le ferment spécial qui agit dans ce cas est un végétal constitué par des chapelets ou de petits amas de globules sphériques, sans granulations, sans enveloppe distincte du contenu, et qui paraissent se développer par bourgeonnement (1). En semant ce ferment dans un liquide approprié, où l'on a dissous une proportion connue d'urée, ce dernier corps se transforme parallèlement au développement du ferment. L'auteur ajoute que c'est probablement ce même végétal qui, dans l'urine des herbivores, provoque le dédoublement de l'acide hippurique en acide benzoïque et en glycollamine. Ce sont là des faits nouveaux et intéressants, qui pourront trouver place dans une nouvelle édition de l'ouvrage de M. Lionel Beale.

En étudiant les qualités de l'urine excrétée dans diverses maladies, l'auteur a particulièrement fixé son attention sur le produit de la sécrétion rénale chez les sujets atteints de pneumonie, et il a signalé des faits importants relativement au passage du chlorure de sodium dans l'urine pendant cette grave maladie. Il y a quelques années, Redtenbacher avait remarqué que dans la pneumonie, la proportion de chlorure de sodium excrété par les reins diminuait graduellement à mesure que l'inflammation croissait en intensité, et que dans certains cas, quand les poumons s'hépatisaient, on ne pouvait plus découvrir dans l'urine aucune trace de ce corps. Quelques années plus tard, M. Beale a dosé jour par jour la proportion de chlorure de sodium de l'urine dans plusieurs cas de pneumonie aigue, et il est arrivé au même résultat. Dans certains cas où le liquide excrété par les reins ne contenait pas trace de chlorure sodique, les crachats en étaient très-chargés; et chez un sujet qui succomba, l'auteur découvrit des proportions considérables de ce chlorure dans les liquides épanchés dans le tissu cellulaire des poumons. Mais dès que la résolution de l'inflammation commence, le sel marin reparaît dans l'urine, souvent même en quantité notable, et à cette période également, le sérum du sang en renferme une proportion plus considérable que pendant l'état de santé.

Dans certains cas de bronchite, de rhumatisme, de pleurésie, et dans plusieurs affections cutanées, le sel marin n'a point été trouvé dans le produit de la sécrétion rénale; l'absence de ce corps dans l'urine des sujets atteints de pneumonie n'a donc point une grande valeur pour le diagnostic de l'inflammation du poumon; mais cependant ce fait est intéressant à observer, au point de vue des changements qui peuvent survenir dans l'état inflammatoire de cet organe.

Parmi les dépôts qui peuvent se former dans l'urine pendant l'état de maladie, M. Beale a principalement examiné les phosphates, l'acide urique et les urates et l'oxalate de chaux. Il a constaté, comme moi, la fréquence avec laquelle on rencontre l'acide urique ou les urates réunis à l'oxalate de chaux dans les sédiments de l'urine, et il a conseillé aussi l'usage de l'eau de Vichy, pour faire cesser le dépôt de l'oxalate de chaux et prévenir dans certains cas la formation dans les reins de la gravelle oxalique.

Quant aux concrétions calculeuses, l'auteur les divise en deux grandes classes selon leur degré de combustibilité. Les calculs composés d'acide urique ou d'urates d'ammoniaque, de soude, de chaux et de magnésie, d'oxyde xanthique ou de cystine, les calculs fibrineux et les calculs sanguins, qui chauffés au rouge sur une lame de platine, sont brûlés en totalité ou ne laissent qu'un très-faible résidu, constituent la première classe. Ceux qui sont incombustibles, ou qui laissent par l'incinération un résidu fixe abondant, comme les calculs d'oxalate de chaux, de carbonate de chaux, de silice et les calculs phosphatiques, appartiennent à la seconde classe.

La description consacrée aux calculs de sang a particulièrement attiré mon attention, car ces concrétions sont fort rares. Le malade qui fait le sujet de l'observation était un peintre âgé de 52 ans qui, atteint d'une toux opiniâtre depuis deux années, était entré à l'hôpital, dans le service du docteur Gursham, où il mourut. A l'autopsie, le docteur Alison trouva le rein gauche profondément modifié dans sa structure; les calices et le bassinet étaient remplis de concrétions dures qui, pour la plupart, offraient la couleur noire du charbon. Ces calculs noirs étaient au nombre de six, et leur volume variait entre une semence de coriandre et une petite féverole. Ils étaient assez durs et friables, et la couleur de leur cassure variait légèrement. Quelques fragments présentaient une teinte rouille foncée; ils étaient solubles dans l'eau ammoniacale, et le microscope n'y laissait voir que de la substance amorphe, dans laquelle M. Owen Rees crut reconnaître des débris de globules sanguins. Le rein qui les contenait était considérablement altéré. Sa longueur n'était que de 2 pouces, son poids d'une once et demie; il était d'une couleur brun marron et de consistance ferme. A l'une de ses extrémités, on ne reconnaissait plus la structure ni la substance corticale ni la substance tubuleuse. L'artère rénale était petite, ses parois étaient épaissies, et l'on pouvait à peine y introduire une sonde ordinaire. Le calibre de l'urètre était diminué aussi, mais moins proportionnellement que celui de l'artère rénale.

En même temps que ces calculs de sang qui étaient contenus dans le bassinet, on trouva dans les calices d'autres concrétions, dont une, du volume d'une féverole, était formée de sang et de phosphate de chaux. Il fut impossible de savoir si le malade qui fait le sujet de cette intéressante observation avait souffert de la pierre pendant sa vie, et s'il avait été atteint d'hématurie.

Les autres espèces de calculs ont été décrites par M. Lionel Beale avec exactitude, mais d'une manière un peu succinte; aussi ne m'y arrêterai-je point. Je renverrai les lecteurs qui voudraient se livrer à une étude approfondie des affections calculeuses, au savant traité que M. le docteur Leroy-d'Etiolles publie en ce moment sur ce sujet(1).

En résumé, l'ouvrage de M Lionel Beale, dont je viens de donner un rapide aperçu, contient un grand nombre de faits groupés avec méthode, et il sera souvent consulté avec fruit par les médecins qui apprécient de plus en plus les services que les recherches chimiques et microscopiques sont appelées à rendre dans l'étude d'un grand nombre de maladies.

Quant aux lacunes toujours inévitables dans un livre de cette nature, et qui me paraissent devoir être attribuées à ce que l'auteur a trop peu consulté les ouvrages français et allemands, je suis convaincu qu'elles seront comblées avec succès dans la troisième édition de l'ouvrage de M. Lionel Beale.

N. Gallois.

VARIÉTÉS.

— Congrès médical de Lyon. Le corps médical lyonnais, convoqué en assemblée générale le 19 mai, pour la formation d'un congrès, en a confié l'organisation à une commission exécutive munie de pleins pouvoirs et composée de 21 membres élus au scrutin.

Cette commission a arrêté les dispositions réglementaires suivantes :

Art. 1er. — Un congrès médical s'ouvrira à Lyon, le 26 septembre 1864, au palais des Arts.

Art. 2. — Douze questions seront mises en discussion devant le congrès : trois de pathologie et de thérapeutique médicales, trois de pathologie et de thérapeutique chirurgicales; deux d'hygiène et de médecine comparées, une de syphiliographie, une d'obstétrique, une de médecine mentale et une d'ophthalmologie.

Voici la formule des questions choisies par la commission exécutive :

Première question. — Des concrétions sanguines dans le cœur et les vaisseaux. Des conditions qui peuvent favoriser leur formation. Des différents accidents qu'elles occasionnent. Des indications thérapeutiques qui s'y rattachent.

IIe. — Peut-on, dès aujourd'hui, admettre dans le cadre nosologique, à titre d'entités morbides, les diverses affections paralytiques récemment décrites sous les noms de *paralysie agitante*, *paralysie atrophique progressive*, *ataxie locomotrice*, *paralysies réflexes*, etc.? — Y en a-t-il parmi elles qui ne soient qu'un symptôme commun à différentes maladies des centres nerveux?

IIIe. — Etablir, par des faits rigoureux, la curabilité de la phthisie pulmonaire — Distinguer, parmi les variétés de phthisie, celles qui sont susceptibles de guérison et celles qui ne le sont pas.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 25 janvier 1864.

(1) *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires*, par M. le docteur Leroy-d'Étiolles fils, chez J. B. Baillière.

IVᵉ. — De la valeur des diverses méthodes de traitement applicables aux ankyloses complètes et incomplètes au double point de vue du changement de la position et du rétablissement des mouvements.

Vᵉ. — Quel progrès la chirurgie doit-elle aux recherches modernes sur le système osseux?

VIᵉ. — Des moyens de diérèse qu'on peut avantageusement substituer à l'instrument tranchant dans le but d'éviter les accidents des plaies (cautérisation, écrasement, ligature, arrachement).

VIIᵉ. —De la consanguinité en général, et spécialement des mariages consanguins.

VIIIᵉ. — De la genèse des parasites communs à l'homme et aux animaux, considérée plus particulièrement dans ses rapports avec l'hygiène publique.

IXᵉ. — Qu'y a-t-il de contagieux dans l'organisme d'un sujet syphilitique? A quelles conséquences pratiques peut conduire l'étude de cette question?

Xᵉ. — Quelles sortes de services l'accoucheur doit-il demander au forceps? Comment les diverses variétés de forceps imaginées jusqu'à présent répondent-elles aux diverses indications?

XIᵉ — De la possibilité et de la convenance de faire sortir des asiles spéciaux et de placer, soit dans les exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles, certaines catégories d'aliénés.

XIIᵉ. — De la valeur de l'iridectomie dans le glaucome et autres lésions profondes du globe oculaire.

Art. 3. — Il y aura une séance par jour, et deux si le nombre des travaux présentés et l'étendue des discussions le rendent nécessaire.

Art. 4. — A l'ouverture de la première séance, le congrès nommera au scrutin secret le bureau, composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général et de quatre secrétaires adjoints.

Art. 5. — Le premier jour sera consacré aux première et deuxième questions; le deuxième jour, aux troisième et quatrième; le troisième jour, aux cinquième et sixième; le quatrième jour, aux septième et huitième; le cinquième jour, aux neuvième et dixième; le sixième jour, aux onzième et douzième.

Art. 6. — Les auteurs qui désirent présenter au congrès une communication, écrite ou orale, sur l'une des questions, sont prévenus qu'ils devront la communiquer *in extenso* ou sous forme de résumé, à la commission exécutive, quarante-huit heures au moins avant l'ouverture du congrès, c'est-à-dire avant le 24 septembre.

Cette mesure a pour but de permettre à la commission de classer à l'avance les matériaux du congrès de la manière la plus favorable à l'établissement des ordres du jour et d'écarter les travaux qui ne rentreraient pas dans le but du congrès.

Les auteurs sont également prévenus que, eu vue de donner accès à un plus grand nombre de travaux, le temps accordé pour leur communication sera, s'il y a lieu, limité par le président du congrès.

Art. 7.—La commission exécutive se réserve d'accueillir, si le temps le permet, des travaux en dehors du programme. Dans ce cas, les auteurs devront se conformer aux dispositions spécifiées dans l'article précédent.

Art. 8. — Le congrès n'admettra dans son sein que les docteurs en médecine ou en chirurgie, les médecins-vétérinaires diplômés, et les hommes qui se sont distingués dans l'étude des sciences médicales.

Art. 9. — Les adhérents du congrès non domiciliés à Lyon devront autant que possible faire connaître leur adhésion avant l'ouverture du congrès. Ils sont exonérés de toute contribution pécuniaire.

Art. 10. — Les séances du congrès seront publiques, mais les membres adhérents auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Art. 11. — Les travaux lus ou communiqués au congrès seront publiés en totalité ou en partie par les soins de la commission exécutive.

Toutes les communications relatives au congrès devront être adressées *franco* à M. le secrétaire général de la commission, au palais des Arts, à Lyon.

Concours — Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le lundi 5 décembre 1864.

Les épreuves se composent :

1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe;

2° D'une dissertation écrite sur un sujet de chirurgie;

3° D'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de chirurgie;

4° De deux opérations pratiquées sur le cadavre avec démonstration.

La durée des fonctions de chirurgien adjoint est limitée à dix ans.

— Des concours pour un emploi de chef de service vacant dans chacune des Ecoles impériales vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse, seront successivement ouverts, savoir : le 17 octobre à l'Ecole d'Alfort; le 24 octobre à l'Ecole de Lyon, et le 3 novembre, à l'Ecole de Toulouse.

Le programme du concours est déposé à Paris, dans les bureaux du ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics (division du personnel), et au chef-lieu de chaque département, dans les bureaux de la préfecture, où les personnes qui désirent en prendre connaissance pourront se le procurer.

Les candidats devront se faire inscrire, soit au ministère pour les trois Ecoles, soit dans les bureaux de la préfecture du Rhône pour l'Ecole de Lyon, ou dans ceux de la préfecture de la Haute-Garonne pour l'Ecole de Toulouse.

— Un concours pour une place de professeur adjoint à la chaire de clinique chirurgicale et une place de professeur suppléant aux chaires de chirurgie près l'Ecole de médecine et de pharmacie de Lille, s'ouvrira le mercredi 20 juillet 1864.

Les candidats qui voudraient prendre part au concours devront adresser leur demande, avant le 15 juillet, à M. le directeur de l'Ecole de Lille.

— Par décret en date du 4 juin 1864, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels de Saint-Clair, à Montclar (Lot-et-Garonne), M. Léo de La Faye, docteur en médecine, maire, membre du conseil d'arrondissement;

De la Société de secours mutuels de la commune de la Croix-en-Brie (Seine-et-Marne), M. Regnault, officier de santé, maire;

De la Société de secours mutuels des pharmaciens du département, à Bordeaux (Gironde), M. Barhet, pharmacien.

-- Par arrêté du préfet du Bas-Rhin en date du 20 juin 1864, M. Duhocq, ingénieur en chef des mines, est nommé membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité du Bas-Rhin.

— La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu le samedi 25 juin, à la Maison-Ecole d'accouchement, rue de Port-Royal, sous la présidence de M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, en présence des médecins et des chirurgiens de l'établissement et des principaux fonctionnaires de l'administration.

M. le maire du quatorzième arrondissement assistait à cette solennité.

M. le directeur de l'administration a ouvert la séance par un discours dans lequel il a apprécié les résultats obtenus à la fin de l'année scolaire et donné des conseils utiles aux élèves qui quittent cette année l'Ecole. Après lui, M. le docteur Trélat, chirurgien en chef, professeur, a rendu compte des opérations du jury d'examen dans un discours où il s'est attaché à tracer les devoirs professionnels des nouvelles sages-femmes.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à mademoiselle Morton (Hélène), Américaine, élève à ses frais.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées sont :

Mesdemoiselles Schmitt (Catherine-Françoise), élève aux frais du département de la Seine; Monvoisin (Marie-Célestine). élève aux frais du département de la Moselle, et Lalo (Marie), élève aux frais du département du Cantal.

Nécrologie. — Le successeur de Ch. Bell dans la chaire de chirurgie à l'Université d'Édimbourg, James Miller, élève favori de Liston, a succombé, le 19 juin, à 52 ans.

— On annonce la mort de M. le docteur Oustalet (de Monthéliard). Cet honorable confrère a succombé, à l'âge de 62 ans, à une maladie qui l'éloignait depuis quelque temps de la pratique.

— Au moment où l'*Alabama* s'enfonçait, comme on embarquait les blessés dans les canots, un matelot non blessé voulut y entrer. Le chirurgien le repoussa en lui disant : « J'ai envie de sauver ma vie tout aussi bien que vous, mais il faut d'abord sauver les blessés.—Docteur, cria l'officier qui commandait l'embarcation, il y a place pour vous. — Je ne veux pas mettre en péril les blessés, » telle fut la réponse du brave chirurgien.

C'est le seul officier qui ait péri. Il est mort comme doit mourir un médecin qui connaît les devoirs et le dévouement de sa profession. Il se nommait le docteur Liewellyn.

— Lundi, 27 juin, a paru le premier demi-volume du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Les principaux articles publiés dans ce demi-volume sont les suivants :

Abcès (Denonvilliers). — *Abdomen* (L. Le Fort, Campana, Liégeois, Axenfeld, Potain, Follin, Guyon). — *Absinthe* (Baillon, Debout, Reveil.) — *Absorption* (J. Béclard). — *Abyssinie* (Dally). — *Acariens* (Laboulbène), etc.

Ce premier demi-volume se termine par le commencement de l'article *Accouchements*, par MM. Depaul, Pajot, Jacquemier et Tourdes.

La bibliographie et la biographie médicales sont dues à la collaboration de MM. Beaugrand, Cherean, Daremberg et Raige-Delorme.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : RÉUNION DES NERFS DIVISÉS, RÉTABLISSEMENT IMMÉDIAT DE LA FONCTION. — LUXATION DES VERTÈBRES DU COU; RÉDUCTION. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : CURABILITÉ DES LUXATIONS CONGÉNITALES DU FEMUR. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS ET LES BRUITS DU CŒUR.

L'Académie des sciences a été entretenue, dans son avant-dernière séance, d'un cas fort intéressant de réunion immédiate des deux extrémités divisées du nerf médian, au-dessus du ligament annulaire du carpe, réunion suivie du rétablissement presque instantané des fonctions. Ce fait, dont la GAZETTE MÉDICALE a publié tous les détails, mérite de fixer l'attention sous le point de vue physiologique et sous le point de vue chirurgical.

Le fait du rétablissement des fonctions nerveuses après la réunion des nerfs divisés n'était plus en question depuis longtemps. Fontana, Michaelis, Arnemann, Monro, Cruikshank, Harghton, Bichat, Swan, Tiedeman, Breschet, et plus récemment MM. Jobert, Pigné, Horteloup et Flourens avaient levé tous les doutes à cet égard. Cependant, ainsi que le dit Rousseau, il n'y a pas de vérité absolue pour tous les esprits, et il s'est rencontré tout récemment des personnes qui ont mis à néant ce que l'on croyait savoir à l'endroit du rétablissement des fonctions nerveuses après la réunion des nerfs divisés. Ce scepticisme exagéré, qui tient sans doute à une sévérité logique excessive, a son genre d'utilité : il tend à montrer que parmi les faits qui servent à établir une vérité il s'en rencontre presque toujours qui font exception à la règle, et dont on fait une loi opposée pour réduire les plus fréquents à la condition d'exception. C'est, comme on voit, le rôle naturel des choses renversé. La question du rétablissement des fonctions des nerfs après leur division présente quelque chose d'analogue. Il est constant que, dans un certain nombre de cas, ce rétablissement n'a pas lieu ou n'a lieu que très-tardivement. Or à quoi tient cette diversité de résultats? C'est ce que nous avons cherché à éclairer, il y a déjà bien des années, par l'expérimentation directe sur les animaux. Nous avons constaté, par une série de sections à ciel ouvert et sous la peau des nerfs maxillaires supérieur et sciatique que tantôt le rétablissement de la sensibilité et du mouvement est immédiat, tantôt il n'a pas lieu, ou bien il n'a lieu que plusieurs mois et même plus d'une année après la section. Cela tient au genre de réunion des bouts divisés et au mode opératoire employé pour favoriser cette réunion.

Nous avons opéré par la méthode sous-cutanée et à ciel ouvert, et nous avons réuni immédiatement, et médiatement les bouts divisés en interposant du sang ou du tissu cellulaire entre ces bouts. Dans la première série d'expériences, réunion immédiate, la plaie recouverte par la peau, nous avons obtenu, dans plusieurs cas, le rétablissement de la sensibilité à la joue (sur des chiens) dès le quatrième et le cinquième jour. Le rétablissement du mouvement aux membres inférieurs s'est toujours montré plus tardif. Ce n'est que vers le sixième ou le septième jour que la paralysie a commencé à disparaître. Les résultats ont été tout autres lorsque la réunion n'a eu lieu que médiatement et à ciel ouvert. Dans le plus grand nombre des cas la paralysie du sentiment et du mouvement a persisté, et lorsqu'elle a cessé, ce n'est que très-longtemps après la section et par des raisons que nous expliquerons plus loin. Mais lorsque la réunion médiate avait lieu sous la peau, quoique nous ayons excisé jusqu'à 3 centimètres du cordon nerveux, mais en ayant soin de ne laisser entre les deux bouts ni tissu cellulaire ni sang épanché, nous obtenions encore après trois mois le rétablissement des fonctions. Pour comprendre la facilité et la sûreté de cette expérience, nous dirons que le procédé souscutané employé consistait à soulever un large lambeau de peau et à mettre le nerf tout à fait à découvert pour l'opération, après quoi nous recousions la peau sur le siége de la plaie. On sait avec quelle facilité la cicatrisation immédiate de ces plaies a lieu chez le chien et le lapin. Enfin, dans une troisième série d'expériences, toujours sous la peau, nous avons interposé entre les bouts du nerf divisé un morceau de tissu cellulaire, et la paralysie s'est maintenue. Cependant, dans un cas de cette catégorie, section du nerf sciatique, nous avons vu, près d'une année après l'expérience, le retour partiel du mouvement; à l'autopsie on a constaté un développement considérable du petit sciatique, et des anastomoses de ses filets divisionnaires avec le cordon inférieur du grand sciatique.

En analysant ces différents cas, on voit que le rétablissement immédiat est subordonné à la réunion immédiate des bouts du nerf divisé; que le retard de ce rétablissement est la conséquence de la séparation de ces deux bouts, et conditionnelle à la formation d'un fragment intermédiaire; qu'enfin la non-réunion ou l'interposition d'un tissu autre que le tissu nerveux, tissu cellulaire ou tissu cicatriciel interposé, empêche le retour de la fonction. Quant au rétablissement tardif ou partiel observé dans les cas de cette catégorie, on peut l'attribuer au développement et aux anastomoses des nerfs collatéraux. Cette dernière disposition, dont nous avons conservé deux très-belles peintures, n'avait pas, que nous sachions, été observée jusqu'ici. C'est à l'expérience ultérieure à dire si elle a bien la signification que nous lui attribuons.

Mais il est une dernière conséquence du fait communiqué par M. Laugier à l'Académie des sciences et de nos propres expériences, c'est que la rapidité du rétablissement des fonctions nerveuses, avant que le tissu de raccord des bouts divisés ait eu le temps d'acquérir les caractères du tissu nerveux, est de nature à confirmer l'idée qui considère les nerfs comme des organes de transmission du fluide nerveux plutôt que des agents propres de l'action nerveuse. Cette conséquence physiologique n'empêche pas, comme a semblé le dire M. Velpeau, que le rétablissement de la fonction puisse avoir lieu à travers et au moyen de la cicatrice intermédiaire. Ce rétablissement a lieu, au contraire, à la condition que le tissu nouveau ait acquis les caractères du tissu nerveux et qu'il ne soit pas resté avec le caractère du tissu cicatriciel proprement dit. Tous les auteurs sont d'accord à cet égard, et nos expériences ont pleinement confirmé celles de Tiedmann en particulier, en ce qui concerne la formation des petits tubes nerveux dans la masse cicatricielle normalement organisée (1).

(1) Nous avons déjà indiqué, dans notre ESSAI D'UNE GÉNÉRALISATION DE

FEUILLETON.

LA MÉDECINE DANS L'HISTOIRE. — LE MARIAGE DE LOUIS XIII.

Il faut avouer que la doctrine des tempéraments était bien ingénieuse et que nous ne l'avons pas remplacée, malgré nos grandes prétentions et notre dédain de l'antique physiologie. Avec notre médecine exacte et toutes nos expérimentations et investigations rigoureuses, nous sommes bien loin d'entendre la science de l'homme à la façon des anciens physiologistes, et nous avons tort de faire fi des vieilles théories sur la constitution humaine. Les principes de notre philosophie scientifique sont un peu étroits, comme nos méthodes, et notre esprit trop sévèrement discipliné ne s'élève pas toujours assez haut pour discerner et apprécier les tentatives et les acquisitions du temps passé. Nous ne sommes pas assez philosophes pour étudier l'histoire, et nous croyons volontiers que la connaissance des systèmes et des dogmes surannés, bonne tout au plus pour satisfaire la curiosité, ne peut guère ajouter à l'instruction. Aussi n'est-il pas rare de voir des médecins qui se font un mérite de leur ignorance absolue en histoire, et qui traitent cavalièrement de vieilleries et de radotages nos antiquités médicales. Il faut plaindre ces ignorants et leur pardonner, car ils ne savent ce qu'ils disent.

Dans la science comme dans la vie, on est toujours le fils de quelqu'un, et c'est particulièrement en médecine que se manifeste toute la puissance de la tradition. Sans la tradition, notre art n'est rien, et si notre art a un caractère scientifique, c'est grâce à la tradition. Est-il besoin d'expliquer cela? Et ces esprits orgueilleux et bornés qui invoquent à toute heure l'observation comme le principe fondamental de toute philosophie ne comprendront-ils jamais que la tradition dans son élément vital n'est autre chose que l'observation non interrompue des phénomènes qui passent ou se reproduisent successivement sous les yeux des générations? De cette observation continue, de cette longue élaboration, naît lentement la science.

Telle est la loi et la vraie méthode. Le principe subsiste malgré les variations apparentes, qui ne sont en réalité que des modes divers d'application. Les moyens de connaître se multiplient et se perfectionnent; cette multiplicité croissante et cette perfectibilité font deux excellentes conditions de progrès; mais ce qui ne change point, ne se modifie point, c'est la faculté même de connaître.

Nous observons autrement que les anciens et nous obtenons des résultats qu'ils ne connurent point; mais nous ne valons pas mieux qu'eux pour cela, et nos observateurs contemporains ne sont pas supérieurs à ceux du temps passé. Cette assertion ne surprendra point ceux qui ont médité sur l'évolution de notre art et qui sont arrivés par l'his-

Enfin que dire de la suture des bouts nerveux comme moyen de réunion, sinon que c'est là une sorte d'anachronisme physiologique analogue à celui que l'on commet parfois encore en se servant de la suture pour maintenir des bouts tendineux réunis? Or les nerfs, pas plus que les tendons, n'ont besoin pour se réunir de ce laborieux et peut-être dangereux auxiliaire. Leur rapprochement suffit, et l'exsudation plastique des surfaces de jonction fait tous les frais de la réunion.

— L'Académie des sciences a reçu en outre de M. le docteur Maisonneuve la relation d'un cas de luxation spontanée des vertèbres cervicales, compliquée de paralysie et réduite par des manipulations. Ce cas est sans doute très-intéressant; mais nous regrettons que les grandes occupations de notre habile et savant confrère ne lui aient pas permis de lire, dans la collection de nos mémoires sur les difformités du système osseux (1), l'histoire d'un cas entièrement semblable, et peut-être mieux caractérisé encore, guéri par les manipulations. Ce cas, dont nous ne reproduirons pas ici les particularités, avait été vu par MM. Marjolin, Sanson, Bouvier, lesquels avaient déclaré la réduction impossible et dangereuse. Encouragé dans une opinion contraire par Lisfranc, nous avons procédé à la réduction qui a parfaitement réussi. Le cas présenté par M. Maisonneuve n'est donc pas le premier de ce genre, comme il l'a écrit et annoncé, et nous serions heureux que notre savant confrère ne fît pas cette fois comme il a fait à propos de la théorie des plaies sous-cutanées, qu'il voudra bien mentionner dans le volume à venir de son intéressante CLINIQUE CHIRURGICALE la rectification que nous lui adressons aujourd'hui.

— A propos de luxations, nous mentionnerons en passant le cas de luxation congénitale du fémur présenté par M. Pravaz fils à la Société de chirurgie comme un nouveau cas de guérison de cette difformité. Cette communication a été l'occasion d'un nouvel examen de la question, tant de fois controversée, de la curabilité de ces luxations. On sait que Humbert et Pravaz père avaient cru avoir obtenu bon nombre de ces guérisons, et nous-même nous persistons à croire que nous avons eu le bonheur d'en produire plusieurs dont deux se sont maintenues. Quoi qu'il en soit, la Société de chirurgie a discuté avec autant de calme que de connaissance du sujet cette question naguère controversée avec plus de passion que de compétence. Nous nous garderons certes bien d'aborder ici l'examen approfondi de tout ce qui s'est dit à ce sujet : en nous bornant au fait présenté par M. Pravaz fils, nous avons de quoi donner un appoint utile aux opinions émises par les plus autorisés de la compagnie.

Parlons du fait d'abord.

M. Pravaz fils partageant — c'est bien naturel — les convictions de son père, a soumis à l'examen de la Société de chirurgie un cas de luxation congénitale du fémur qu'il a considéré comme guéri. Il résulte de l'examen approfondi auquel plusieurs membres se sont livrés que la luxation existe toujours, qu'elle a été seulement améliorée. Ce qui s'est dit à cet égard nous porte à partager l'opinion de la commission. Cependant il y a deux remarques principales à faire à cet égard : la première, c'est que la commission n'avait pas vu le sujet avant le traitement; la seconde, c'est qu'elle ne s'explique pas catégoriquement sur le genre d'amélioration obtenue. On parle bien de certaines apparences communes à toutes les luxations congénitales du fémur qui auraient disparu, mais on ne s'explique pas sur le caractère anatomique de l'amélioration. Or une atténuation des apparences extérieures pourrait bien n'être qu'une apparence d'amélioration. La tête, ramenée par des tractions longues, continues, au voisinage de la cavité cotyloïde pourrait bien n'y rester que le temps de voir naître et s'évanouir l'espoir d'une guérison. Il y avait donc à caractériser le point occupé au début du traitement, par la tête fémorale, et le point occupé à la fin du traitement, avec l'indication des conditions et des caractères attestant la fixité définitive en ce point de l'extrémité articulaire; en d'autres termes il fallait dire si, oui ou non, on a créé les moyens de fixer au voisinage de la cavité cotyloïde la tête fémorale, retenue en ce point par un travail plus ou moins avancé de cavité articulaire de nouvelle formation. Car notre autorité en ces matières nous donne peut-être le droit de formuler cet aphorisme : il n'y a d'amélioration possible dans le traitement des luxations congénitales du fémur qu'à la condition d'une articulation de nouvelle formation; en dehors de cela il n'y a que conjecture et illusion. Cependant les hommes compétents de la Société de chirurgie déclarent que c'est un progrès dans la voie suivie par M. Pravaz fils, et ils admettent désormais les circonstances atténuantes à l'ancien arrêt d'incurabilité absolue dont ils avaient frappé les luxations congénitales du fémur. A part les réserves exprimées plus haut, nous ne pouvons qu'acquiescer à cette déclaration. Seulement qu'il nous soit permis de rappeler que nous n'avions pas attendu les oracles de la Société de chirurgie pour proclamer et même réaliser le genre d'amélioration dont ils reconnaissent aujourd'hui la possibilité; témoin le passage suivant écrit par nous il y a plus de vingt ans, ce qui a permis sans doute de l'oublier : « La réduction était le seul but « que l'on s'était proposé jusqu'ici, et l'on abandonne à elles-mêmes « les luxations qu'on jugeait irréductibles. Mais j'ai pensé que dans « les cas où ce but est impossible à atteindre, l'art pouvait encore « créer des ressources d'un nouvel ordre, en suppléant, jusqu'à un « certain point, les conditions normales des articulations, c'est-à-dire « en fixant l'extrémité luxée sur le point le plus rapproché possible « de la cavité articulaire, et en provoquant dans ce point la formation « d'une cavité nouvelle capable de maintenir la tête déplacée et « de lui permettre d'exécuter dans un point circonscrit un système « de mouvements analogues aux mouvements physiologiques. »

Ceux qui voudront connaître les développements et les applications dont ce système d'idées et de moyens est susceptible les trouveront indiqués dans l'écrit intitulé : RECHERCHES SUR LES LUXATIONS CONGÉNITALES. (Onzième mémoire sur les difformités du système osseux.) Paris, 1841.

— Nous voudrions avoir à dire quelque chose de nouveau sur la

LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, les conditions et les caractères de cette transformation du blastème nerveux, p. 25. — In-8, 1856. Au bureau de la GAZETTE MÉDICALE.

(1) MÉMOIRE SUR UN CAS DE LUXATION TRAUMATIQUE DE LA SECONDE VERTÈBRE CERVICALE DATANT DE SEPT MOIS ET RÉDUITE PAR UNE MÉTHODE PARTICULIÈRE. (Neuvième mémoire.) In-8°. — Paris, 1860. Au bureau de la GAZETTE MÉDICALE.

toire à la philosophie médicale. Les autres traiteront cette assertion de paradoxe; mais leur jugement nous importe peu; il n'a pour nous aucun poids.

Les anciens, dans leur impatience de connaître la réalité des choses, avaient inventé une méthode artificielle d'interprétation, qu'ils nommaient herméneutique. Quand on lit leurs écrits avec le désir de les bien entendre et d'en profiter, il faut se garder de confondre cette méthode artificielle avec l'observation véritable, qui était leur vraie méthode scientifique. Les Grecs étaient doués d'un esprit subtil qui trouvait réponse à toutes les difficultés, à peu près comme les casuistes résolvaient tous les cas de conscience. Mais il y aurait injustice à dresser le bilan de leurs connaissances d'après ces explications provisoires qui donnaient momentanément satisfaction aux intelligences. L'herméneutique n'était qu'un procédé qui suppose de grandes ressources d'invention. Mais à côté du procédé, il y avait la méthode même d'observation qui est encore à notre usage, sauf l'étendue des applications et la modification ou le perfectionnement des moyens. Les théories et les systèmes qui n'étaient point l'expression exacte de la réalité ont croulé; mais au milieu des ruines il faut distinguer les résultats acquis par une observation irréprochable, résultats qui demeurent et qu'il faut ajouter à la somme de nos propres acquisitions.

Faut-il des exemples pour rendre ceci plus clair? Prenons deux hommes qui furent grands entre tous dans l'antiquité grecque : Hippocrate et Aristote. Le grand médecin a donné des faits qu'il avait observés, des explications souvent inadmissibles; mais en rejetant des explications erronées, nous retenons les observations, et nous admirons la vérité des remarques et des réflexions suggérées à l'observateur par les faits bien observés. C'est par là que se recommandent la plupart des *aphorismes* et les propositions de pathologie ou de thérapeutique répandues dans les écrits de l'école hippocratique.

Il en est de même pour Aristote. Ce grand interprète de la nature l'a souvent interprétée de travers; mais en rejetant ses erreurs d'interprétation, nous constatons la profonde vérité de ses observations, et nous pensons que jamais observateur n'a surpassé celui-là ni en sagacité ni en justesse. Son recueil de *problèmes* est un modèle de philosophie scientifique. Chaque fait d'observation ou d'expérience est suivi d'un point interrogatif. Le philosophe, ayant constaté une réalité indubitable, en demande le comment et le pourquoi. Mais loin de résoudre le problème, il propose tout au plus une explication sous forme dubitative. Que la solution proposée soit satisfaisante ou non, le problème existe et constitue un fait acquis.

Galien, qui vénérait singulièrement Aristote et qui voulait à tort ou à raison se rattacher à l'école philosophique de cet incomparable maître, Galien n'était point enclin à ce doute méthodique qui est l'âme en quelque sorte de la collection des problèmes aristotéliques. Galien avait des solutions pour tous les problèmes, et il expliquait longuement cela même qu'il ne pouvait comprendre et qui est ou demeure encore inexplicable. C'est grâce à cette incorrigible manie de vouloir tout expliquer,

discussion qui se continue à l'Académie de médecine. La seule chose intéressante que nous ayons à apprendre à nos lecteurs, c'est que cette discussion touche à sa fin. M. Beau, dans la dernière séance, a fait plus que jamais preuve de beaucoup d'esprit et de ressources dialectiques, mais il n'a pu venir à bout de convaincre l'auditoire, et surtout ses adversaires, de la bonté de sa théorie. Nous sommes obligé d'ajouter que, quelque talent qu'ait montré M. Béclard dans la courte réplique qu'il a faite à son collègue, quelque clarté, quelque précision, quelque bon sens qu'il ait opposé aux brillantes illusions de M. Beau, il n'a réussi, à nos yeux du moins, qu'à montrer l'insuffisance et les impossibilités de la théorie valvulaire de son adversaire, mais non à établir la validité de la théorie ventriculaire qu'il défend. Le moment viendra peut-être où nous pourrons leur opposer, à l'un ou à l'autre, quelque chose de moins vague que cette assertion.

JULES GUÉRIN.

ANOMALIES.

MÉMOIRE SUR LES FISSURES CONGÉNITALES DES JOUES; lu à la Société de Biologie; par M. PELVET.

Parmi les difformités de la face, il en est une qui se rencontre très-rarement et qui, pour ce motif, a peu appelé l'attention: c'est celle qu'on a désignée sous le nom de *fissure congénitale des joues*.

Un nouveau cas de ce genre vient de se présenter à notre observation à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lailler, et s'ajouter à la liste peu nombreuse des faits déjà connus. En voici la description:

OBS. — Sarton (Emm.), âgé de 22 ans, entre le 6 mars 1863 à l'hôpital Saint-Louis. On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents héréditaires; aucun membre de sa famille n'a été atteint de difformités. Sa mère raconte qu'étant enceinte de lui, elle fut vivement frappée de la vue d'un homme qui aurait présenté une large division de la joue. Elle dit également avoir fait une chute, mais à une époque assez avancée de la grossesse. Quoi qu'il en soit, on eut beaucoup de peine à l'élever; il ne pouvait prendre le sein, et fut nourri au biberon. D'une santé toujours faible, il présenta plusieurs manifestations scrofuleuses dans le cours de son enfance. Aujourd'hui sa taille et son développement sont loin d'être en rapport avec son âge, et son intelligence a subi, comme le reste, un arrêt d'évolution.

Depuis deux mois, il est affecté d'une carie du sternum et probablement d'un abcès du médiastin.

Mais ce qui frappe surtout en lui, c'est la singulière difformité de son visage.

Sa bouche, d'une largeur anormale, mesure 8 centimètres d'une commissure à l'autre, et cette ouverture est encore prolongée du côté gauche par un sillon qui décrit une courbe très-prononcée à concavité supérieure et se porte ainsi jusque vers la tempe. Ce sillon n'est constitué que par une simple dépression de la peau, qui a conservé son aspect normal à ce niveau. Les lèvres ont perdu leur symétrie; l'inférieure est portée à gauche, tandis que la supérieure est relevée à droite. Au niveau de la commissure gauche, la muqueuse ne présente plus son aspect habituel et devient comme cicatricielle. Du même côté, en renversant la lèvre supérieure, on voit un repli muqueux, une espèce de frein qui s'étend de la gencive à la joue, de la première grosse molaire à la partie profonde du sillon qui divise la joue.

Si l'on passe à l'examen des os sous-jacents, on trouve que les maxillaires ne se correspondent plus. L'inférieur est dévié à gauche: son bord inférieur est arrondi en courbe, de sorte que l'angle postérieur est à peine saillant. La tête du condyle ne se sent plus à sa place habituelle au devant du tragus, et il est assez difficile de préciser sa position. Le maxillaire supérieur gauche présente une hypertrophie de son bord alvéolaire, sensible surtout à la partie postérieure, où il est doublé de volume. Presque toutes les dents qu'il supporte sont atteintes de carie et en partie détruites.

Si l'on suit avec le doigt le sillon qui divise la joue gauche, on sent au niveau de la tempe que l'arcade zygomatique elle-même est atteinte par la division et que ce sillon la partage en deux parties: l'une antérieure, formée par la portion zygomatique du malaire; l'autre postérieure, appartenant à la même portion du temporal, et toutes les deux inclinées en bas.

Du côté droit existe une difformité d'un autre genre. Une fissure verticale s'étend de l'œil à la bouche, en contournant la narine. Cette fissure est superficielle; elle est cependant nettement tranchée. Inférieurement elle tombe sur la lèvre supérieure, au niveau de l'espace qui sépare l'incisive externe de l'interne. En ce point, la lèvre est relevée, grosse, et présente une échancrure sur son bord libre. Elle est reliée à la gencive par une bride muqueuse analogue à celle du côté gauche. Il résulte de ces dispositions que toute la portion de la lèvre qui est à droite de la fissure est projetée en avant et fait une saillie prononcée.

A son extrémité supérieure, ce sillon se prolonge jusqu'à la paupière inférieure qu'il divise. Il se termine là par une surface rouge, inégale, comme cicatricielle, au milieu de laquelle on ne peut retrouver le point lacrymal.

La paupière ne protégeant plus l'œil à ce niveau, la conjonctive est rouge et vascularisée.

A la paupière supérieure, deux échancrures en forme de V se remarquent: l'une près de la commissure externe, l'autre près de l'angle interne; leurs bords sont totalement dépourvus de cils.

D'autres déformations existent encore de ce côté. La narine est ouverte largement et tirée en haut par sa partie postérieure. Le nez est dévié à droite. Au-dessous de l'œil, la joue présente une notable dépression, comme un enfoncement du sinus maxillaire, de sorte qu'en saisissant cet os entre les doigts, l'un introduit dans la bouche, l'autre appuyant sur l'enfoncement, on s'aperçoit que le sinus a disparu et que ses parois se sont presque adossées. Il en résulte encore que l'œil droit est attiré en bas et se trouve sur une ligne inférieure à l'œil gauche.

La division n'est pas restée bornée à la face, elle a porté son action plus profondément encore. En faisant ouvrir la bouche au malade, on voit la luette rejetée du côté droit et séparée par une large échancrure du pilier gauche, sur lequel un petit tubercule semble être le vestige d'une portion de luette laissée par la division. La voûte palatine est saine, et la division n'a porté que sur la portion molle.

En lisant l'explication que les auteurs donnent de ces anomalies, il nous a semblé que le mécanisme de leur formation avait été formulé d'une manière un peu vague, et qu'il y avait lieu d'y apporter plus d'exactitude.

---

qu'il a produit cet énorme fatras de commentaires, de discours et de traités de tout genre, qui se réduisent à un mince volume quand on en extrait la substance. Je dis un mince volume, car l'in-folio de Laguna, qui est un abrégé de tous les esprits galéniques, pourrait être sans inconvénient réduit des trois quarts.

Il y a toutefois, dans ce fatras de dissertations, un petit traité dont je ne voudrais pas retrancher une seule ligne: c'est celui qui a pour titre: *Que le moral est conforme au tempérament.*

Il faut s'entendre sur ce mot. Par tempérament, Galien entendait l'organisation, de même que les méthodistes donnaient ce sens au mot nature; et comme les méthodistes, il partait de la connaissance de l'organisation pour déterminer ou régler les fonctions supérieures. On connaît l'opinion d'Asclépiade sur l'âme. L'opinion de Galien sur cette entité abstraite ne différait pas au fond de celle d'Asclépiade, du moins dans ce traité si remarquable sur les rapports du physique et du moral. Tel est en effet pour nous le titre véritable de ce livre, qui a précédé d'environ dix-huit siècles celui de Cabanis sur le même sujet.

Entre les deux il faut placer l'ouvrage si original et si hardi du médecin espagnol Huarte, intitulé: *Examen des esprits pour les sciences.* Sauf les explications, qui se modifient inévitablement suivant les époques, Galien, Huarte et Cabanis pensaient de même. Dans les questions les plus ardues de la physiologie générale, ils sont restés les maîtres. Ils tenaient tous les trois pour la doctrine des tempéraments; et en accordant une grande influence au système nerveux, ils n'avaient garde d'oublier l'action importante des viscères qui jouent un rôle essentiel dans les manifestations de la vie supérieure.

Galien résolvait toutes les difficultés physiologiques au moyen de sa théorie humorale, et Huarte, de son côté, a usé largement des ressources que lui offrait la doctrine des quatre humeurs et des quatre qualités premières. On conçoit à quelle infinie variété de natures on peut arriver en combinant diversement ces éléments de la crase, et il faut convenir que le système galénique a multiplié les subtilités pour expliquer les diverses idiosyncrasies. Mais en laissant de côté les explications subtiles et les théories raffinées, on se trouve en présence de certains caractères ou types d'organisation que l'observation constate, et l'observateur est porté naturellement à rapprocher par des analogies incontestables quelques-uns de ces types divers pour en former des groupes. C'est que le résultat de l'observation est acquis, et qu'il demeure tel quel, après avoir servi de base durant des siècles à un système qui n'existe plus que dans le souvenir.

De l'ancienne doctrine humorale, il ne reste guère aujourd'hui que des locutions et des façons de parler consacrées par l'usage et quelques préjugés dont la racine tient bon; mais tout en rejetant les éléments premiers, les quatre humeurs et les qualités premières, nous subissons bon gré mal gré la doctrine des tempéraments, en tant qu'expression de faits réels et d'observations qui s'imposent comme la réalité. C'est ce fond de vérité qui soutient encore en partie les théories ayant cours depuis Galien sur les fonctions supérieures; et c'est la réalité des obser-

Il y a peu de temps encore, on ne connaissait que quatre on cinq faits épars dans les recueils spécianx, et personne n'avait songé à se rendre compte de la maniére dont ils se produisaient.

C'est en 1823 que Nicati (1), pour la première fois, dans sa dissertation inaugurale, chercha dans l'étude comparative dn développement l'explication de ces faits. Il en rapporta deux exemples et en donna une interprétation, sinon compléte, du moins de beaucoup supérieure aux précédentes.

La même année, M. Laroche (2) en fit mention dans sa thése et rappela les faits de Nicati. Il émit sur la cause de leur formation les idées de son maître, Béclard, c'est-à-dire la réunion trop tardive des piéces osseuses sus-maxillaires, à peu près la méme opinion que Nicati.

Is. Geoffroy-Saint-Hilaire (3) parle aussi de la fissure congénitale des joues. Il la range dans les anomalies par disjonction qui sont relatives à la disposition. Il en attribue la cause également au défaut de soudure ou à la soudure tardive des os de la face.

Plusieurs de ces malformations ont été signalées depuis, tant en France qu'à l'étranger, et ont fini par appeler l'attention, d'autant plus qne, dans certains cas, la chirurgie a pu y remédier d'une manière heureuse. L'exemple le plus remarquable est celui d'Ammon, opéré par le professeur Langenbeck (4) avec un plein succés.

C'est à M. Bouisson (5) et surtout à M. Débout (6) qu'on doit les notions les plus complétes sur ce genre de difformités. Ce dernier a rassemblé tous les faits publiés jusqu'à ce jour et s'est occupé de la question, principalement au point de vue chirurgical.

Pour la plupart de ces auteurs :

« La fissure congénitale des joues consiste en un prolongement de « l'onverture buccale, soit dans le sens transversal, soit dans une di« rection oblique en haut et en dehors vers l'uu des angles des yeux. » Il n'y aurait là, d'après cette définition, qu'une seule et même difformité présentant deux variétés. Cependant, en examinant les faits rapportés par eux et les dessins qui les accompagnent, on voit qu'il y a lieu de les séparer en deux groupes, aussi distincts par leur aspect que par leur mode de formation.

L'une de ces malformations consiste en effet en un simple prolongement de l'ouverture buccale dans le sens transversal, et mérite le nom de *fissure génienne*.

L'autre, qui n'est point un prolongement de la bouche, est formée par une fissure verticale étendue de l'œil à la bonche et pourrait être appelée *fissure naso-génienne*, car elle occupe en général le sillon qui sépare le nez de la joue.

Ces deux malformations peuvent se trouver réunies, il est vrai, notre cas en est un exemple, mais elles n'en sont pas moins bien distinctes, et il suffisait d'interroger le développement de la face pour ne pas les confondre. Chacune, en effet, présente des caractères spéciaux qui ne se rencontrent jamais dans l'autre, et nous allons voir que l'état fœtal peut donner la clef de chacune de ces particularités.

(1) Nicati, *Specimen anatomico-pathologicum inaugurale de lab. cep. naturâ et origini;* Utrecht et Amsterdam, 1822.
(2) Laroche, *Thèses*; Paris, 1823.
(3) Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, *Traité de tératologie*, t. I.
(4) Langenbeck, *Neue bibliotek für die chirurgie u ophthalmologie;* Hanover, 1827.
(5) Bouisson, *Tribut à la chirurgie*, t. II.
(6) Débout, *Bulletin de thérapeutique*, 1862.

La fissure *naso-génienne* n'est, à proprement parler, qu'un bec-de-lièvre prolongé qui, au lieu de s'arrêter à la narine, contourne son bord externe pour remonter jusqu'à l'œil. Comme lui, elle pent présenter différents degrés : être simple ou double, occuper tout l'espace qui s'étend de l'œil à la bouche ou seulement une partie de cette distance. Il existe plusieurs cas correspondant à chacun de ces degrés.

Dans la forme la plus simple, la fissure ne se borne plus à la lèvre, comme dans le bec-de-lièvre, elle remonte en dehors de la narine. Celle-ci est en général déformée, tirée en haut ou de côté; le nez lui-même est aplati et refoulé du côté opposé.

Deux exemples de ce genre se trouvent rapportés dans un mémoire de M. Butcher (1) sur les opérations des lèvres. Dans l'un d'eux, la fissure occupait les deux tiers de l'espace séparant l'œil de la houche et ne s'arrêtait qu'au-dessus de la narine qu'elle contournait.

Viennent ensuite des cas dans lesquels cet espace tout entier se trouve divisé, comme ceux de Nicati et de Fergusson.

Dans ces cas, en même temps que la fissure existe d'un côté, le plus souvent il y a un bec-de-lièvre de l'autre.

Enfin elle peut exister, non plus d'un seul côté, mais des deux à la fois, en isolant un vaste lambeau, dans lequel le nez se tronve compris. Ce serait dans cette deroière variété un bec-de-lièvre double dont le lobule comprendrait toute la partie médiane de la face.

Tels sont les cas de Klein (2) et de M. Guersant (3). Dans ce dernier, qui a provoqué il y a deux ans à la Société de chirurgie une discussion sur l'âge le plus convenable à l'opération du bec-de-lièvre, on voyait deux fissures qui, partant de chaque côté de la bouche, allaient rejoindre les angles internes des yeux en divisant les paupières inférieures. Quant au cas de Klein, il a été rangé à tort dans les fissures horizontales; car, des deux fentes qui se rendaient aux yeux, l'une allait à l'angle interne, l'autre à l'angle externe.

Il faut citer aussi dans cette dernière catégorie un fœtus anencéphale observé par Nicati dans le musée de Vrolich, et qui portait une fissure naso-génienne double. C'est là le dernier degré de la série.

Telles sont les différentes formes que peut revêtir la fissure naso-génienne; mais rarement elle reste bornée à cet état de simplicité. Des complications assez nombreuses l'accompagnent le plus souvent; il est même rare de rencontrer un cas qui en soit exempt. L'une des plus fréquentes est l'arrêt de développement des paupières. Presque toujours la fissure, en arrivant à la paupière inférieure, la divise en deux parties et se termine là. Il en résulte une échancrure de la paupière, dont le bord libre est plus ou moins détruit, On voit à sa place une surface rouge, inégale, comme cicatricielle. Une particularité très-importante qui est la conséquence de cette déformation, c'est la

(1) Butcher, *Quarterly Journal of Dublin*, 1860.
(2) Klein, *Monstrorum quorumdam descriptio.* Stuttgardt, 1793.
(3) Guersant, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1861.

vations qu'ils ont faites, qui rend les traités de Galien et de Huarte sur la matière aussi intéressants et presque aussi instructifs que celui de Cabanis.

La tentative de Gall, si hardie et si féconde, a prouvé, par son insuffisance, qu'il ne fallait point abandonner l'ancienne voie, et que le système nerveux ne saurait donner raison de tout, encore moins le système cérébral. Les recherches des modernes sur les fonctions des nerfs du grand sympathique ramenèrent de nouveau l'attention des pathologistes sur les viscères, et il est facile de prévoir que les organes de la vie végétative reprendront l'importance que leur accordaient les anciens observateurs dans l'étude des affections nerveuses cérébrales.

Sans doute c'est le cerveau qui pense; mais en admettant que le cerveau soit le centre commun des sensations, il est téméraire d'exclure une sorte de sensibilité organique, qui modifie les sensations cérébrales. C'est le centre encéphalique qui perçoit; d'accord, mais il ne perçoit que les sensations transmises, et celles-ci diffèrent suivant leur provenance, leur origine, leur point de départ. La distinction des deux vies, établie par Bichat, est très-ingénieuse, et elle a facilité les recherches, l'analyse étant un puissant moyen d'enquête dans les questions complexes, et l'on sait que toute question physiologique est compliquée de plusieurs éléments.

Il faut pourtant oser le dire, la distinction de Bichat est imaginaire et fictive; c'est un reste de l'animisme et du vitalisme spiritualiste, doctrine dont Bichat subissait le joug et qui s'adaptait parfaitement à son tour d'imagination.

Si le système de Gall était acceptable, l'étude de l'homme serait très-simple; le cerveau serait en quelque sorte le représentant et le résumé de toute l'économie, et une tête étant donnée, on pourrait jusqu'à un certain point refaire ou recomposer l'organisme. Mais cela ne suffit point; et c'est l'organisme tout entier qui est l'expression réelle et complète de la nature de l'individu. Aussi ne faut-il pas conclure des actions au tempérament, mais s'aider de la connaissance du tempérament pour mieux entendre les actes et la conduite d'un homme.

Cette méthode est la seule qui soit applicable en histoire. Nous comprenons bien mieux la vie d'un personnage historique, lorsque nous avons des détails précis sur sa manière d'être, de sentir, de vivre en un mot, de façon à nous représenter sa personne, son air, sa contenance, ses allures. Si tous les historiens avaient adopté la doctrine ultra-spiritualiste de Salluste, qu'il a résumée en ces six mots : *animi imperio, corporis servitio magis utimur*, nous n'aurions des anciens personnages qu'une sorte de biographie abstraite. Heureusement, les principes de Salluste n'ont point prévalu, et lorsque l'histoire devint en quelque sorte plus personnelle et individuelle, en descendant des généralités aux individus, lorsque ces êtres collectifs et un peu abstraits par cela même, qu'on appelle peuples, nations, républiques, se furent incarnés, pour ainsi dire, dans la personne d'un chef, roi ou empereur, l'observation physiologique intervint, et grâce à son intervention, nous avons des

destruction du point lacrymal, soit que son orifice ait été masqué par le tissu anormal de la fissure, soit qu'il n'existe pas réellement. La paupière supérieure elle-même peut être divisée; dans notre ras, par exemple, elle présente deux encoches sur son bord libre. Enfin, c'est l'œil du côté opposé qui peut participer à l'arrêt de développement. Fergusson cite un cas dans lequel il y avait soudure de la paupière inférieure du côté opposé à la fissure avec la conjonctive.

Le nez est en général déformé, ainsi que nous l'avons déjà dit. C'est la narine principalement qui subit ces altérations.

Mais les complications les plus remarquables sont celles qui portent sur les parties profondes. La fissure reste rarement bornée à la superficie; d'ordinaire elle s'étend aux os de la face, et le maxillaire supérieur subit diverses altérations.

Ainsi, dans l'observation de Fergusson (1), « on voyait, dit ce chi« rurgien, au fond de la fissure, la gencive et la partie antérieure de « l'antre d'Highmore, tapissées de muqueuse, et l'on remarquait une « dépression à la partie antérieure de l'autre. »

Dans notre cas, le sinus maxillaire a presque disparu. Il existe à sa place un enfoncement; ses parois antérieure et inférieure se sont rapprochées l'une de l'autre, de sorte qu'il ne présente entre les doigts qui le saisissent qu'une faible épaisseur.

La scission peut s'étendre plus loin encore; on observe alors des divisions de la voûte palatine, du voile du palais et de la luette, divisions plus ou moins larges et plus ou moins étendues.

Il est probable que des lésions profondes existaient dans tous les cas, et que, si elles n'ont point été signalées, c'est qu'elles ont passé inaperçues; c'est ce qu'autorise à penser le peu de détails qui accompagnent la plupart de ces faits.

On ne peut mettre au nombre des complications une particularité singulière, observée dans un des cas de Nicati. C'était, selon lui, une double insertion du cordon placentaire, dont une des branches se fixait à la tête. Ainsi que le fait observer Geoffroy-Saint-Hilaire, cette prétendue division du cordon n'était qu'une bride tégumentaire allant du cordon à la tete. D'après lui, elle pouvait expliquer l'arrêt de développement de ces parties, par suite de la traction qu'elle aurait exercée sur elles. Disons enfin que plusieurs de ces cas ont été observés chez des anencéphales.

Cette fissure se rencontre rarement; il n'en existe en tout que cinq cas. Les symptômes qu'elle présente sont peu nombreux et n'ont pu être observés jusqu'ici, les sujets ayant succombé à une époque encore très-rapprochée de leur naissance Chez le malade qui fait le sujet de notre observation, les seuls troubles qu'on remarque sont l'écoulement des larmes et le nasonnement de la voix. Le larmoiement est facilement expliqué par l'absence du point lacrymal inférieur. Les larmes coulent sur la joue comme lorsqu'il y a obstacle à leur cours dans les voies lacrymales; et le malade est obligé de les étancher souvent.

Il est résulté aussi chez lui de la destruction partielle de la paupière qu'une portion de l'œil se trouve à découvert; elle s'est enflammée et est devenue le siége d'une vascularisation chronique. Quant au nasonnement, il tient à la fissure palatine et ne présente rien de spécial à noter.

Le deuxième genre de monstruosité, la *fissure génienne* horizontale, bien qu'elle soit rare, s'est rencontrée plus fréquemment que la précédente. Elle donne à la face un cachet de laideur tout particulier. L'ouverture de la bouche étant énormément agrandie dans plusieurs cas, il en résulte une ressemblance plus ou moins rapprochée avec la gueule de certains animaux, à laquelle on l'a comparée.

Cette fissure peut présenter différents degrés, depuis une légère augmentation de largeur jusqu'à ces rictus monstrueux qui, s'étendant d'une oreille à l'autre, semblent séparer la face en deux parties. Deux cas de cette dernière forme ont été observés: le premier par Murall (1) en 1715; il fut opéré comme un bec-de-lièvre par avivement et suture; l'auteur ne dit pas quel fut le résultat définitif de l'opération. Otto (2) a observé le second chez un anencéphale; les dimensions étaient moindres que dans le précédent.

La direction de la fissure est assez variable. Tantôt, en effet, elle s'étend dans le sens horizontal directement; c'est ce qui a lieu lorsqu'elle ne dépasse pas certaines limites. Mais vient-elle à acquérir plus de largeur, elle remonte alors vers la tempe, en décrivant une courbure à concavité supérieure; c'est ce qu'on observe également quand elle occupe les deux côtés de la face.

La cause du mal n'a pas toujours borné son action à la fissure. Dans quelques cas, un sillon qui n'intéresse que l'épaisseur de la peau prolonge cette fente jusque vers la tempe, bien au delà du point où s'arrête la division réelle; c'est ce qui avait lieu dans le cas de Murall; cette disposition se retrouve aussi dans le nôtre. Sur les bords de la fissure, la muqueuse n'a pas conservé en général ses caractères dans toute sa longueur. Au lieu d'être lisses et arrondies, les lèvres sont plates, leurs bords sont comme flétris, crispés et inégaux, ce qui tient probablement à la rétraction des fibres musculaires sous-cutanées, divisées par la fente congénitale.

Les troubles qui résultent de cet agrandissement de l'ouverture buccale sont faciles à prévoir. C'est d'abord, chez les nouveau-nés, la difficulté de la succion; cette fonction est d'autant plus troublée que la fissure est plus large: aussi a-t-on beaucoup de peine à les élever. Il en peut résulter en effet une altération considérable dans les fonctions digestives et, par suite, un affaiblissement rapidement mortel, surtout chez les jeunes enfants. Plus tard, l'écartement des lèvres permet à la salive de s'écouler sans cesse de la bouche et s'oppose à la rétention des aliments. Le malade est obligé de soutenir avec sa main les parois de la bouche, pour refouler les parcelles alimentaires, que les joues divisées sont impuissantes à maintenir en dedans des arcades dentaires. Joignons enfin les troubles de la parole: chez notre malade, par exemple, les labiales *b*, *p*, *v* ne sauraient être prononcées distinctement; elles sont remplacées toutes les trois par un même son qui n'a pas de rapport avec elles.

(1) Fergusson, *A system of practical surgery*, 4e éd.

(1) Murall, *Ephémérides des curieux de la nature*, cent. III et IV, 1715.

(2) Otto, *Musæum anatomicum*. Vratislaviense, 1841.

---

types aussi vivants et ressemblants que si les originaux étaient sous nos yeux.

Sous ce rapport, nous avons quelque reconnaissance à ces historiens familiers qui ont écouté aux portes, qui ont dit tout ce qu'il leur a été donné de voir ou d'entendre, sans rien négliger, sans oublier les particularités et les menus détails. Suétone est le maître de cette école d'historiens indiscrets, et il a été suivi par les auteurs de cette histoire qu'on appelle auguste, non par antiphrase, mais parce que l'empereur Auguste ayant fondé un nouveau régime monarchique, son nom servit à désigner ce régime. Auguste est synonyme d'impérial. Assurément rien n'est moins auguste que cette galerie d'empereurs dont nous connaissons la conduite, les mœurs et le tempérament: mais cette collection de portraits est très-instructive, très-édifiante; et à ne considérer que la réalité, ces historiens de second ordre nous intéressent infiniment plus que ceux qui s'enveloppent majestueusement dans le manteau de l'histoire.

J'admire l'éloquence de Tacite et je partage volontiers son indignation contre les misérables dont il nous raconte les méfaits. Mais pour l'observateur qui veut juger d'après sa propre observation, une confidence de Suétone vaut infiniment mieux qu'un réquisitoire de Tacite. Ce dernier a beau s'effacer, à force d'art, c'est lui que je vois toujours en scène, derrière les personnages qu'il fait mouvoir. C'était, il est vrai, un très-grand peintre, un peintre inimitable; mais ses portraits sont plus remarquables par la richesse du coloris que par la précision des lignes. J'ai remarqué que Tacite, trop préoccupé de la grande éloquence et des grands effets de style, néglige d'entrer dans ces détails qui peignent bien mieux les hommes que toutes les réflexions morales que peuvent suggérer à un esprit méditatif les événements les plus considérables de l'histoire et les vicissitudes des choses humaines.

Tacite se plaît à nous représenter le monstre, l'être féroce et inhumain, et il ne nous dit rien de l'épileptique, de l'halluciné, du mélancolique, du maniaque. Ce n'est que par induction et en comparant ses récits avec ceux des auteurs de mémoires que l'on peut en retirer quelque profit pour la connaissance de l'état pathologique et mental de ses personnages. Juvénal avait plus d'égard au tempérament, de même que Sénèque et Pétrone. Veut-on connaître l'empereur Claude, par exemple, et le connaître *intus et incute*, il faut lire l'*Apokolokyntose* de Sénèque ou le *Satyricon* de Pétrone. Le philosophe et l'homme de cour ont saisi le personnage sur le vif; je dis aussi l'homme de cour, parce qu'une étude approfondie du Satyricon ne me laisse à peu près aucun doute sur l'original du portrait de Trimalcion. Ce vieillard imbécile n'était pas autre que Claude. n'en déplaise aux commentateurs routiniers qui veulent à toute force que Pétrone ait fait la satire de Néron dans le récit de cette effroyable bacchanale.

Pline, en maints passages de son *Histoire naturelle*, n'a point oublié les particularités de nature et de tempérament, les conditions physiologiques, les circonstances pathologiques de ces empereurs dont la sottise humaine faisait des dieux. Parlant du divin Auguste, qu'il réputeun des

Cette grandeur inusitée de la bouche s'observe rarement chez des sujets sains, et presque toujours quelque autre monstruosité l'accompagne. Plusieurs cas ont été observés chez des anencéphales. On a même prétendu que ce n'était qu'une disposition exagérée de l'état ordinaire de ces monstres dont la bouche, comme on le sait, est en général d'une grande dimension.

Le sujet observé par Sue (1) ressemblait, dit-il, à un terme, n'ayant dans toute la partie inférieure aucune apparence de cuisses ni de jambes. Celui d'Otto était anencéphale et portait une double fissure.

Chez ceux qui vivent, il existe des complications qu'on rencontre d'une manière presque constante. L'une des plus fréquentes est la déformation ou le déplacement de l'oreille. Elle s'est rencontrée dans les cas de Sue et de Murall, et dans ceux de MM. Fergusson, Fr. Rynd et Colson. Tantot c'est une petite tumeur sur le tragus, tantôt une division du lobule. Dans le nôtre, il n'y a pas de déformation, et ce caractère négatif est à noter.

On a cité aussi l'excès de volume de la langue. C'est même à cette cause que Vrolick et Langenbeck ont rapporté la formation de la fissure; mais, ainsi que le fait remarquer M. Debout, la langue à cette époque du développement n'est point encore assez grosse pour empêcher la soudure des parties. Enfin, les complications les plus importantes et qui n'ont point été signalées, sont celles qu'on rencontre du côté des parties profondes.

Les maxillaires, en effet, sont alors plus ou moins altérés dans leur forme ou modifiés dans leurs rapports. L'inférieur prend un aspect particulier, son bord inférieur se porte vers l'oreille sans présenter de saillie; son angle postérieur a presque complétement disparu, et l'on ne trouve plus à sa place qu'une courbe peu prononcée telle qu'on l'observe chez le fœtus, alors que l'os n'a pas encore atteint son entier développement. C'est ce que nous avons observé chez notre sujet et d'après la figure qui accompagne la description de Murall, il est bien permis de croire que la même disposition s'y retrouvait. Le maxillaire supérieur est aussi déformé: son bord alvéolaire est presque doublé de volume; cet épaississement est surtout sensible à la partie postérieure.

Mais la complication la plus remarquable, c'est l'extension de la fissure aux parties profondes, alors qu'elle remonte vers la tempe. Chez notre malade, au fond du sillon qui prolonge la bouche, il est facile de sentir les deux branches de l'arcade zygomatique divisées et déviées en bas de chaque côté de la fente; d'une part la portion malaire, de l'autre la temporale. La fissure pénètre ainsi jusque dans la fosse temporale. Cette complication n'a pas été signalée; on peut croire cependant qu'elle se présentait sur la malade de Murall; car sur le dessin qu'il en donne, on voit qu'un sillon large et profond prolonge la fissure jusque dans la fosse temporale. Cela ne peut être, du reste, qu'une pure supposition, car l'observation n'en mentionne rien.

C'est ici le lieu de parler d'une anomalie qui n'est qu'une forme de la précédente, et dont un seul cas s'est présenté jusqu'ici. Il a été observé et décrit par Borrichius (1) dans les *Actes de la Société de Copenhague*. Il consistait en une fente de la joue droite, tandis que par contre l'orifice buccal faisait défaut. Ce cas établit un passage entre les perforations et les divisions anomales. Il a la même explication embryologique que le précédent et reconnaît la même cause.

Si maintenant nous cherchons dans le développement de la face l'explication de ces deux monstruosités, déjà si différentes par leurs caractères physiques, nous allons voir une plus grande distinction s'établir entre elles.

Examinons d'abord comment se forme la fissure *naso-génienne*, et pour cela cherchons à quel état transitoire du fœtus elle pourrait correspondre.

Or vers le quarantième jour de la vie intra-utérine il existe un sillon oblique qui sépare le bourgeon maxillaire du bourgeon incisif. A la partie postérieure et supérieure de ce sillon se trouve l'œil qui, à ce moment, est porté très en arrière. Ce sillon, vestige du sac lacrymal et du canal nasal, comprend deux branches réunies à angle presque droit. La partie supérieure sépare l'aile du nez du bourgeon latéral; la branche inférieure se trouve entre ce dernier et le bourgeon incisif. Que ces deux bourgeons ne se réunissent pas, on aura un bec-de-lièvre simple; mais que l'arrêt de développement porte non seulement sur eux, mais encore s'étende à la branche supérieure, on aura précisément la malformation dont nous nous occupons. Par suite du développement de la face, ce sillon se redressera et ses deux branches deviendront presque verticales. Ainsi formé, il s'étendra directement de l'œil à la bouche; ce ne sera autre chose que le sillon qui constitue la fissure *naso-génienne*. Cette explication rend parfaitement compte des particularités qui accompagnent la fissure, telles que la division des paupières, la dépression du maxillaire supérieur et enfin la séparation prolongée aux parties profondes. Ce n'est pas ainsi pourtant qu'on s'est rendu compte de cette anomalie. On la faisait dépendre, comme la fissure horizontale avec laquelle on la confondait, d'un défaut de soudure entre le bourgeon maxillaire supérieur et l'inférieur. Mais à aucune époque du développement, la bouche ne communique avec l'œil; elle en est toujours séparée par toute l'épaisseur du bourgeon latéral. Cette interprétation ne saurait, par conséquent, s'appliquer à la fissure naso-génienne.

Dans quelques cas, il est vrai, la fissure ne semble pas occuper la place du sillon précédemment décrit, mais elle est reportée presque au milieu de la joue: tel est par exemple le cas de Fergusson. On pourrait croire alors que ce n'est qu'un prolongement de la bouche; il n'en est rien cependant. Le développement des parties superficielles n'est pas aussi intimement lié à celui des parties profondes que le pensait Nicati. Et si la fissure, dans ce cas, semble reportée plus en dehors, il n'en est pas moins vrai que le maxillaire supérieur portait les traces d'une division, puisqu'il présentait un enfoncement.

Cette division de l'os correspond la plupart du temps à celle des parties superficielles; elle varie, comme on le sait, dans le bec-de-lièvre. Ne l'a-t-on pas observée soit sur la ligne médiane, soit entre la canine et l'incisive externe, suivant que la scission portait entre

(1) Sue, *Mém. Acad. des sciences*, 1746.

(1) Ol. Borrichius, *Act. Hafn*, t. II.

mortels les plus heureux, l'éloquent compilateur se plaît à étaler les infortunes, les faiblesses, les misères corporelles, les maladies et les infirmités de ce dieu, qui avoua lestement, à la dernière heure, qu'il n'était qu'un comédien.

(La suite à un prochain numéro.)

J. M. Guardia.

— La Société de médecine de Lyon met au concours les questions suivantes:

1° De la transmission des maladies de la mère au fœtus, et réciproquement (prix de 300 fr.).

2° Influence sur la santé publique de la fabrication de l'aniline et des produits qui en dérivent (prix de 300 fr.).

Les mémoires doivent être adressés, avant le 14 août 1865, et dans les formes académiques, au secrétaire général de la Société.

— Un jeune homme, fils d'un droguiste de Londres, est mort récemment par suite de l'inhalation de chloroforme, dont il avait fait usage pour se guérir d'un mal de dents.

Une femme est aussi morte, à San-Francisco, d'une chloroformisation faite pour faciliter l'extraction d'une dent. Mais le journal américain (*Boston med. and surgical Journ.*) estime qu'elle a péri pour n'avoir *pas assez pris de chloroforme!* Et voici son raisonnement: « La mort a été causée par l'occlusion spasmodique de la glotte. Or cet état n'aurait pas eu lieu si l'on avait poussé l'inhalation jusqu'à amener la résolution musculaire. »

— M. le docteur Villepigne vient de mourir à Champignelles, dans sa cinquante et unième année, des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de sa profession.

— James Miller, chirurgien ordinaire de la reine pour l'Ecosse, et professeur de chirurgie à l'Université d'Edimbourg, vient de succomber à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— Exercice illégal de la médecine. — Par jugement du tribunal correctionnel de Marseille, en date du 7 avril 1864, la dame Greffe, veuve Sarra, garde-malade, a été condamnée à deux fois 15 fr. d'amende et aux dépens, pour exercice illégal de la médecine (deux contraventions).

Par jugement du même tribunal, en date du 2 mai, le sieur Barberi, tailleur à Marseille, a été condamné pour blessures par imprudence, vente de remèdes secrets et exercice illégal de la médecine, à quinze jours d'emprisonnement, 25 fr. d'amende et 300 fr. de dommages-intérêts en faveur de douze médecins de Marseille, parties civiles. (*Union méd. de la Provence.*)

les deux intermaxillaires ou bien entre eux et le maxillaire? Enfin Albinus et Sœmmering disent avoir vu une fissure du bord alvéolaire entre la première et la deuxième incisive, ce qui est beaucoup plus rare, et ce que Meckel explique en admettant que l'intermaxillaire se compose primitivement de deux pièces renfermant chacune une incisive. Mais, tandis que la fissure profonde ne porte jamais qu'en ces trois points, le siége de la division superficielle varie d'une manière indéterminée. L'examen des parties profondes est donc de la plus grande importance pour établir quelle est la nature d'une anomalie.

La fissure *génienne* ne peut présenter aucune incertitude dans son mode de formation. Il est évident qu'elle résulte du défaut de soudure entre le bourgeon latéral et le bourgeon maxillaire inférieur. L'étendue de la fente sera d'autant plus grande que l'arrêt de développement aura lieu à une époque plus rapprochée de la conception.

On pénètre ainsi facilement le mécanisme de ces anomalies en les comparant à l'état fœtal. Mais là ne doivent pas s'arrêter les recherches, car le point le plus important serait de connaître la cause qui a provoqué l'arrêt de développement lui-même. Ici cesse le domaine des faits positifs, et les altérations qui atteignent le fœtus dans le sein maternel ne sont dans bien des cas expliquées que par des hypothèses.

Est-ce à la mère, au fœtus, aux causes extérieures qu'il faut remonter pour en trouver l'origine?

Les relations intimes et encore si obscures qui unissent entre elles la vie de la mère et celle du fœtus, peuvent-elles expliquer le contre-coup que ressentirait ce dernier des affections maternelles?

Le vice de nutrition des parties affectées tient-il à la vie propre dont commence à jouir l'être organisé qui se développe?

Ce sont autant de questions qui réclament des faits nouveaux et des études plus complètes.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION CURATIVE DES EAUX DU MONT DORE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur JULES MASCAREL. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

(Suite.— Voir les nos 15, 16, 18, 19, 22 et 24.)

Deuxième partie. — Deuxième classe.

PHTHISIE ACQUISE.

Premier genre : hommes, 12.

PHTHISIE CONFIRMÉE, EXPULSION DE CONCRÉTIONS CRÉTACÉES APRÈS UNE PREMIÈRE SAISON; GUÉRISON RADICALE APRÈS LA SECONDE ANNÉE. (Docteur RICHARD et FAULCON.)

OBS. XXXVI. — M. M..., 35 ans, lymphatico-nerveux, malade depuis deux ans, arrivé au mont Dore en juillet 1858 dans l'état suivant : santé générale bonne, du moins en apparence, peu d'appétit, facilité très-grande à s'enrhumer, toux et expectoration peu abondante depuis deux ans, deux ou trois fois crachats striés de sang, pas de fièvre, mais sueurs nocturnes au cou et à la poitrine, dyspnée, lassitude dans les membres inférieurs, respiration bonne partout, excepté au sommet droit, où elle est tubaire dans l'étendue de 3 à 4 centimètres de hauteur, retentissement bronchophonique, râle sous-crépitant, humide, peu abondant.

A la fin du traitement thermal, il n'y avait plus ni toux ni expectoration, au dire du malade; mais le lobe pulmonaire supérieur droit était enrichi par un râle crépitant fin dans tout le pourtour du sommet. Grand appétit, forces plus grandes et embonpoint.

Les eaux transportées sont bues à l'entrée de l'hiver; un nouveau rhume survient pendant lequel M. M... expectore deux ou trois petites pierres stalactiformes du volume d'une tête d'épingle, mais sans fièvre et sans qu'il soit besoin de garder la chambre. Il revient au mont Dore en août 1859.

« J'ai très-bien passé l'hiver, me dit-il, je tousse à peine le matin, j'expectore peu ou point, et surtout je n'éprouve plus d'oppression. » L'état général est en effet meilleur que l'année précédente, le sommet malade n'offre plus que la respiration tuboïde avec quelques rares craquements humides dans la fosse sus-épineuse.

Le second traitement thermal ramène un peu de râle crépitant, qui disparaît dès le dix-huitième jour; il n'y a plus ni toux ni expectoration, et le bruit respiratoire ne conserve plus que de la faiblesse.

Les eaux transportées sont prises à l'entrée de l'hiver 1859. M. M... ne s'enrhume plus, ne tousse plus, et sa santé se trouve être encore parfaite en novembre 1860, un an après la seconde saison des eaux.

ENGORGEMENT PULMONAIRE CHRONIQUE TUBERCULEUX, RÉSOLUTION COMPLÈTE PAR DEUX SAISONS. (Docteur DELOUGEOU.)

OBS. XXXVII. — M. M..., 32 ans, nerveux et lymphatique, cheveux bruns, physionomie pâle, trois fluxions de poitrine depuis douze ans, la dernière il y a trois ans, prédisposition catarrhale, affaiblissement de la voix, allant quelquefois jusqu'à la raucité; dyspnée en montant. D'après les conseils de M. le docteur Delougeou, ce malade arrive au mont Dore le 15 juillet 1859.

Matité dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule droite, respiration affaiblie, tuboïde dans certains points, prolongée seulement dans d'autres au temps d'expiration, bruit de craquements secs, de frottement et de cuir neuf, même état dans la fosse sus-épineuse droite, où la toux provoque des bulles humides; respiration puérile à gauche.

Besoin de tousser tous les matins, expectoration de matière granuleuse, tantôt jaune, tantôt grise, demi-opaque.

Le traitement thermal surexcite beaucoup le malade les premiers jours et amène de l'insomnie, mais bientôt la tolérance s'établit et procure un changement des plus favorables dans l'état local et général.

Au vingt et unième jour du traitement, le poumon se soulève mieux, mais on entend un bruit de taffetas au milieu du râle sous-crépitant humide; il y a moins de toux, l'expectoration est moins opaque, plus aérée. Les eaux ne sont pas prises pendant l'hiver, et au 3 juillet 1860, M. N... se présente à notre observation ayant très-bien passé son année. Nous constatons un état général meilleur et plus d'embonpoint.

État local : matité légère dans le sommet droit, respiration faible, mais sans râle, à peine de la toux le matin, à peine de l'expectoration, gonflement de la luette, rougeur des amygdales, par suite d'un refroidissement en traversant la montagne. Le malade part du mont Dore le 24 juillet, fort, dispos et éprouvant un bien-être général; cependant on constate toujours quelque chose dans le poumon droit, mais la respiration n'est plus puérile à gauche et la dyspnée est nulle.

TUBERCULES PULMONAIRES ET INTESTINAUX, INSUCCÈS DES EAUX DES PYRÉNÉES, CAS TRÈS-REMARQUABLE DE GUÉRISON PAR DEUX ANNÉES AU MONT DORE.

Voici une constitution affaiblie par les travaux de cabinet et par une double affection chronique de la poitrine et du tube intestinal :

OBS. XXXVIII. — M. P... est âgé de 42 ans, d'une constitution très-nerveuse, il tousse depuis sept ans et s'enrhume avec la plus grande facilité. En 1858, il se rend aux eaux de Cauterets et en revient plus malade qu'avant par suite d'une entérite chronique qui le réduisit à un état de maigreur extrême. Appelé plus tard à lui donner des soins, je constatai en mars 1859 : 1° sous la clavicule droite des cicatrices de cautères volants qui avaient été conseillés par un médecin de Paris; 2° du même côté matité, respiration tuboïde, râle sous-crépitant humide dans l'étendue de 4 centimètres de hauteur; même état dans la fosse sus-épineuse, où la voix retentit fortement. Dans la fosse sus-épineuse du côté gauche, petites bulles de râle sous-crépitant humide aux deux temps de la respiration, toux sèche dans la journée, suivie d'expectoration le matin, crachats parfois striés de sang, opaques, peu abondants; la toux et les crachats augmentent ou diminuent suivant l'état de phlogose intestinale; quand la fluxion est forte de ce côté, ils diminuent et réciproquement. Dès ce moment, je conseillai les eaux du mont Dore, autant toutefois que le permettrait l'état des voies intestinales. M. P... s'y rendit en juillet 1859, où il fut examiné par le docteur Noirmont, qui constata un état tuberculeux des plus graves, avec probablement extension des tubercules dans les ganglions mésentériques. Les eaux furent administrées avec beaucoup d'attention et avaient amené un résultat des plus favorables quand, au moment de partir, le malade fut pris de la cholérine qui régnait en ce moment. Après quinze jours de soins, le malade partit très-amaigri. Je le dirigeai à petites journées vers Arcachon, où il passa une douzaine de jours. La santé se refit, et M. P... reprit peu à peu un embonpoint inaccoutumé. L'hiver se passe sans accident; M. P... vaque à ses occupations et peut faire bonne réception à ses amis qui viennent le voir. Il retourne au mont Dore en juillet 1860. Les accidents locaux ont considérablement diminué; la respiration est bonne partout, excepté au sommet du poumon droit, où le bruit respiratoire est faible, et où par la toux on perçoit de légers bruits de craquement. Pendant cette seconde cure thermale, il se produit sans cause comme une légère hématurie indolente qui force d'interrompre plusieurs fois le traitement; mais au départ, qui eut lieu au commencement du mois d'août, la santé générale était bonne, la toux rare et sèche, et l'expectoration nulle.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour, 8 décembre, la santé de M. P... est excellente; il n'y a ni toux, ni expectoration, ni accidents intestinaux, et M. P... a pu se livrer au plaisir de la chasse. A l'auscultation

on ne trouve qu'un peu de faiblesse dans le sommet si gravement compromis.

Caverne sans fièvre; amélioration. (Docteur Ducloz.)

Obs. XXXIX. — M. R..., 54 ans, tempérament nerveux, disposition à s'enrhumer depuis les études de collége. Grippe au commencement du mois de décembre 1858, et depuis lors, toux sèche d'abord, puis suivie d'expectoration. D'après les conseils du docteur Ducloz, ce malade arrive au mont Dore le 8 juillet 1859 dans l'état suivant :

Matité très-prononcée au niveau et au-dessous de la clavicule droite dans une étendue de trois travers de doigt; bruit respiratoire tubaire. Matité dans la fosse sus-épineuse correspondante très-prononcée avec bronchophonie et même pectoriloquie, râle de gargouillement. A gauche, respiration exagérée sans râle; toux fréquente, dyspnée, crachats opaques abondants et adhérents, pas de fièvre, pas d'appétit, amaigrissement.

Le 25, l'état général est meilleur, la matité est la même, mais le gargouillement a disparu; l'expectoration est diminuée et les crachats ne sont plus adhérents. Dans la fosse sus-épineuse, la respiration est caverneuse, mais sous la clavicule elle est faible et accompagnée de râle sous-crépitant avec un bruit de cuir neuf perçu par le malade lui-même.

Au mois de mai 1860, j'apprends que l'état de santé de M. R... est satisfaisant, que l'hiver s'est passé sans fièvre de rhume, mais qu'il y a toujours de la toux, surtout dans la matinée.

Tubercules du sommet gauche, amélioration a la suite d'une seule saison. (Docteurs Bruny et Carapou.)

Obs. XL. — M. S..., 45 ans, négociant, tempérament sanguin, a couché pendant six ans dans un rez-de-chaussée humide; toux depuis deux ans; deux hémoptysies en janvier et février 1859. Depuis cette époque, quintes de toux excessives.

Arrivée au mont Dore le 23 juillet 1859.

Matité dans toute l'omoplate gauche, râle sous-crépitant humide aux deux temps de la respiration et sous l'aisselle, bronchophonie, dyspnée; *je ne suis pas solide*, dit-il, *depuis longtemps du côté gauche*.

Le 10 août, l'état général était satisfaisant, moins de dyspnée, râles moins étendus dans le côté malade et moins de ralentissement de la voix et de la toux. Pas de nouvelles de ce malade.

Phthisie a la dernière période; amélioration successive par trois saisons; amélioration encore plus grande après une quatrième année. (Docteurs Gensaul, Vidal et Turin.)

Obs. XLI. — M. T..., 33 ans, lymphatique, tisseur autrefois, aujourd'hui à la tête d'une fabrique, malade depuis sept ans par suite de toux, d'oppression et d'expectoration. Visite aux eaux du mont Dore en 1856 et 1857, d'après les conseils de MM. Gensaul et Vidal. Bons résultats de ces deux voyages. Hémoptysie en février 1858; retour au mont Dore d'après les conseils de M. le docteur Turin. Arrivée à ces thermes le 8 juillet 1858 dans l'état suivant :

Pâleur, amaigrissement, ongles incarnés, fièvre le soir, sueurs le matin et partielle, perte d'appétit; oppression, toux fréquente, crachats épais, jaunâtres, râle sous-crépitant humide aux deux sommets en arrière; matité dans l'omoplate gauche, râle de gargouillement au niveau de la fosse sous-épineuse avec pectoriloquie. Dans tout le côté droit, la respiration paraît être exagérée, le bruit respiratoire est faible seulement sous la clavicule droite où l'on perçoit un bruit de râle sous-crépitant humide; sous la clavicule gauche, matité avec résonnance de la voix et craquements humides.

Le traitement thermal ramène les forces, l'appétit et le sommeil, et diminue l'expectoration. Le malade est plus fort et trouve que les eaux lui font toujours beaucoup de bien. Il part sans que j'aie pu l'ausculter. Le 5 juillet 1859, retour au mont Dore.

Le malade a pris de l'embonpoint et de la fraîcheur depuis l'année dernière; il a bien passé la première moitié de l'hiver, mais n'a pu travailler pendant tout le mois de février par suite d'un crachement de sang qui, assez fort les deux premiers jours, s'est prolongé pendant tout le mois, mais faiblement. Depuis le milieu du mois de mars jusqu'à ce jour, 5 juillet 1859, il s'est bien porté, mais il a toujours toussé et expectoré, seulement le matin des crachats opaques et peu abondants. M. T... me donne l'avis de conseiller à mes malades qui se trouvent dans le même cas que lui de leur défendre de se livrer aux plaisirs de l'amour, parce qu'il a la certitude qu'il s'en trouve fort mal et qu'il en est devenu très-sobre.

Matité et gros râles humides dans les deux sommets en arrière, mais plus prononcés à gauche; mêmes râles sous l'aisselle gauche et sous la clavicule gauche, mais sans diminution de *son* notable. A droite et en avant la respiration est rude, tubaire, avec craquements humides seulement pendant la toux; oppression, sueurs sur le cou et la poitrine le matin; grand appétit, surtout depuis le voyage de l'année dernière.

20 juillet. L'expectoration a diminué de plus de moitié, dit le malade, il y a beaucoup moins d'oppression : à droite, la respiration est douce et meilleure, mêlée de râle crépitant pris au sommet; à gauche, on ne trouve plus de matité ni en avant ni en arrière, mais l'oreille perçoit du râle sous-crépitant humide dans toute la fosse sus et sous-épineuse; on ne rencontre pas de bronchophonie et encore moins de pectoriloquie. Le pouls est à 60. Le malade est fort satisfait de cette quatrième saison.

Cavernules au sommet gauche, amélioration par une première saison. (Docteur Lhomme.)

Obs. XLII. — M. V..., agriculteur, 33 ans, tempérament lymphatico-sanguin, malade depuis un an et atteint d'enrouement depuis six mois, avec toux fréquente, expectoration abondante, arrive au mont Dore le 3 juillet 1860, d'après les conseils de M. le docteur Lhomme (de Bourges).

Ce malade raconte qu'il a eu deux hémoptysies, la dernière il y a trois mois, et que depuis cette époque sa santé a toujours été en s'affaiblissant. Nous constatons :

Matité dans la fosse sus-épineuse, ralentissement de la voix, râle humide à grosses bulles. Même état du poumon en avant, mais moins prononcé. Respiration exagérée dans le côté opposé; peu d'appétit, peu de sommeil, bon état des voies digestives; pas de fièvre.

Le 29 juillet les râles sont moins fréquents, il y a moins de toux, les crachats presque aussi abondants mais plus aérés, l'état général est meilleur, l'appétit et le sommeil satisfaisants.

Cavernes au sommet droit sans fièvre, amaigrissement extrême, effets nuls du traitement thermal.

Obs. XLIII. — M. X..., âgé de 73 ans, d'un tempérament nerveux et lymphatique, a été soigné il y a vingt ans par feu le professeur Chomel pour une pleurésie chronique avec épanchement du côté droit. Depuis cette époque, M. X... n'a jamais été d'une bonne santé, il a souvent toussé pendant la saison froide, et fut pris il y a cinq ans de plusieurs hémoptysies peu abondantes à la suite desquelles il se rendit passer tous les hivers à Nice.

Le 24 juillet 1858, il se rendit aux bains du mont Dore dans l'état suivant :

Pâleur générale, amaigrissement extrême, inappétence, toux *grasse* le matin, sèche dans la journée, pas de fièvre, pas de diarrhée ni constipation.

Matité sous la clavicule droite dans l'étendue de trois travers de doigt, râle caverneux à petites et à grosses bulles dans toute l'étendue de la matité, bronchophonie. Même état dans la fosse sus-épineuse où la bronchophonie est remplacée par de la pectoriloquie; crachats opaques, grisâtres, et quelques-uns numulaires. Le traitement est suivi exactement pendant vingt jours, et n'est suivi d'aucun effet notable soit pour l'état local, soit pour l'état général.

Plusieurs cavernes, sans fièvre, expectoration rouillée abondante, diminution très-remarquable des principaux accidents.

Obs. XLIV. — M. Y..., 54 ans, nerveux, taille élevée, imagination active.

Depuis vingt ans, M. Y..., souffrait de maux de nerfs et d'hypocondrie, lorsqu'il y a quatre ans il contracta un rhume qui n'a pas cessé depuis, sans cependant jamais s'aliter, et pour lequel il fit, sans résultat, un voyage aux Eaux-Bonnes en 1857, et un autre au mont Dore en 1858. Il se promettait de revenir dans cette dernière station thermale où, disait-il, il avait éprouvé du soulagement; mais ses occupations l'en empêchèrent. Pendant l'année 1859, il y eut pendant les accès de toux de petites hémoptysies, et le 28 juin 1860 il se présente à notre examen dans l'état suivant : le teint est pâle, la figure très-amaigrie exprime à la fois la méditation et la tristesse; le pouls est fréquent le soir et s'accompagne de temps à autre de frissons; le matin il y a des sueurs thoraciques abondantes.

Le malade est surtout fatigué par la toux qui est plus forte le matin, et par la dyspnée chaque fois qu'il marche même sur un plan horizontal; les crachats sont abondants, musculaires, opaques, et plusieurs sont de la couleur d'une solution gommeuse chargée de kermès, matité dans la fosse sus-épineuse droite, s'étendant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Voix métallique, toux et bruit respiratoire amphorique, mêlé de râle, de gargouillement. Respiration faible dans le reste du poumon. Sous la clavicule droite, matité moins prononcée, mais respiration rude, prolongée, mêlée de râles sous-crépitants dans l'étendue de trois travers de doigt. Sous la clavicule gauche, même état. Respiration puérile dans le reste du poumon. Les extrémités digitales ne présentent qu'incomplétement l'incurvation hippocratique. Les voies digestives sont en bon état, il y a constipation; les autres organes ne présentent rien à noter.

Au départ, qui eut lieu le 16 juillet, nous constatons moins de toux,

moins d'expectoration, état général meilleur, mais peu de changement dans l'état local.

Au commencement du mois de novembre suivant, nous constatons que les cavernes se vident et que les produits d'expectoration qui, avant le départ pour le mont Dore, imbibaient une serviette le matin, sont réduits à quelques crachats seulement. Nous insistons pour un séjour à Nice pendant l'hiver, et le 3 janvier 1861 nous recevions d'excellentes nouvelles de M. Y...

Rhumatismes chroniques, catarrhe humide, puis tuberculeux; amélioration par une première saison, hémoptysie plus d'un an après la première saison. (Docteur Lepetit.)

Obs. XLV. — M. Z..., 33 ans, lymphatico-nerveux, cultivateur, rhumatisme articulaire à l'âge de 12 ans; depuis cette époque, très-sujet aux douleurs et au catarrhe humide; arrivée au mont Dore le 30 juillet 1859, d'après les conseils de M. le docteur Lepetit.

Teint pâle, toux fréquente, humide le matin; cette toux date de plusieurs années, crachats spumeux, aérés, quelquefois opaques, jaunâtres, pas de fièvre, pas de dérangements intestinaux, mais rhumatismes musculaires, et quelquefois articulaires chroniques. Les poumons sont le siége de râles humides et sibilants dans différents points de la poitrine, mais sous la clavicule droite on constate de la matité avec expiration prolongée et bronchophonie, râle sous-crépitant dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt, dyspnée. Dans la fosse sus-épineuse correspondante, matité avec craquements humides et respiration tuboïde.

Dès le quinzième jour du traitement, la toux et l'expectoration ont beaucoup diminué, ainsi que les douleurs de lombago dont se plaignait le malade à son arrivée.

M. Z... sort le 21 août sans que j'aie pu examiner la poitrine. Le reste de l'année s'est bien passé; des circonstances particulières empêchent M. Z... de se rendre aux eaux l'année suivante 1860, et au mois de novembre j'apprends que M. Z... est atteint d'une hémoptysie qui menace sa vie.

Phthisie a la troisième période, constitution très-sanguine; aucune amélioration; mort.

Obs. XLVI. — M. Z'..., boulanger, âgé de 59 ans, d'un tempérament extrêmement sanguin et d'une forte constitution, contracte un rhume à la suite de chaud et froid, il y a quinze mois. Quels que soient les moyens mis en usage, la maladie a toujours continué à marcher, et c'est pour cela que d'après les avis des docteurs Clauzure et Montalembert, il se rend aux eaux du mont Dore le 11 août 1859. Nous constatons : amaigrissement considérable, toux excessive, expectoration abondante, rouillée parfois, crachats opaques, douleurs vagues dans la poitrine, sueur nocturne, fièvre continue, dégoût pour les aliments et insomnie. Quatre cautères ont été appliqués sous la clavicule droite, où existe une vaste excavation tuberculeuse s'étendant jusque dans la région supérieure du scapulum correspondant; le sommet du poumon gauche présente aussi les signes de la maladie au premier degré.

Sous l'influence du traitement thermal, il y eut d'abord une apparente amélioration sous le rapport de l'intensité de la toux et de la quantité de la matière expectorée, mais au dix-huitième jour le malade retourna chez lui sans aucune amélioration réelle. Mort à la fin d'octobre.

Observation remarquable de phthisie a la troisième période avec fièvre, désorganisation du poumon, accidents graves, etc. arrêtée dans sa marche par une première, puis une seconde saison. Mort dix mois après la dernière saison par suite d'une pleuro-pneumonie aiguë.

Obs. XLVII. — M. Z''..., vitrier, d'un tempérament lymphatique, originaire d'Auvergne, mais habitant le Poitou depuis dix ans, contracte en février 1858 une forte grippe qu'il négligea d'abord, mais par suite de laquelle il fut bientôt obligé de garder la chambre. Appelé au commencement du mois de mars, trois semaines environ après le début de la maladie à lui donner des soins, je constatai des symptômes équivoques dans tout le sommet droit, tels que obscurité du son, respiration rude, prolongée, et craquements secs, et quelques-uns humides. La dyspnée, la toux et la fièvre continue avaient fait perdre l'appétit au malade, ainsi que le sommeil. Un traitement actif et très-bien suivi fut appliqué sans aucun succès soutenu. Ainsi il y eut un grand nombre de vésicatoires appliqués sur le thorax, et plus tard aux deux bras, les diverses préparations stibiées, antimoniées, digitalées, opiacées et helladonées furent successivement ou simultanément prescrites et employées, sans que rien put faire cesser soit la toux, soit la fièvre. La toux surtout était le symptôme le plus fatigant pour le malade. L'opium sous toutes les formes, poudre de Dower, pilules cynoglosse, sirop de morphine, diacode ou de codéine, jusquiame, stramonie, laurier-cerise, tout fut inutile. On narcotisait le malade, mais la toux ne cédait en rien. La fièvre continuait toujours, le malade s'affaiblit de plus en plus, les crachats devinrent striés de sang, puis purulents, et tous les signes d'une caverne dans le sommet du poumon droit ne laissèrent plus aucun doute sur la marche galopante d'une phthisie aiguë.

Du 1er au 20 juin, le malade ne put se lever pour faire son lit qu'étant transporté dans un autre lit; il témoigna le désir de retourner dans son pays, distant de 8 kilomètres des eaux du mont Dore, et de là se rendre à ces thermes dont il savait les propriétés, ou plutôt la renommée dont elles jouissent dans les maladies analogues à la sienne. Mais l'on ne pouvait songer à faire entreprendre un aussi long voyage à ce malade dans les conditions où il se trouvait. Quelle ne fut pas notre surprise cependant quand, dix-huit jours plus tard, nous vîmes arriver au mont Dore Ferrand accompagné de sa femme. Ce moribond, épuisé par les fatigues du voyage, était pâle, décoloré, très-oppressé, et fut si malade pendant la nuit, qu'on fut obligé d'aller chercher le prêtre. Je constatai de nouveau une vaste caverne au sommet droit, et un commencement de râle humide avec matité sous la clavicule droite, respiration exagérée dans le reste des poumons, toux toujours très-fatigante comme par le passé, expectoration abondante nummulaire grisâtre on jaunâtre, pouls à 75, faible et dépressible. Tous les soirs à sept heures redoublement fébrile avec frissons par tout le corps, inappétence, insomnie, constipations, sueurs nocturnes abondantes.

Après vingt-quatre heures de repos, le frisson intense revenant tous les soirs vers sept heures, frisson pour lequel en vain avait été administré le sulfate de quinine, je fis transporter ce moribond dans les caves à 43° centigrades à six heures du soir, c'est-à-dire une heure avant l'heure probable de l'arrivée du frisson. Je fis prendre un tiers de bain jusque un peu au-dessus des genoux pendant *quatre minutes et demie*, puis je fis retirer le malade vivement en le faisant envelopper dans du linge bien chaud. Deux tiers de verre d'eau minérale de la Magdelaine pure furent administrés en même temps, et le malade fut reconduit dans une chaise fermée dans un lit convenablement bassiné. Dès ce même soir, le frisson manqua complétement; alors à sept heures et demie je fis donner un verre de consommé au malade qui le prit avec plaisir. Ferrand s'endormit promptement, et ne se réveilla qu'à six heures et demie du matin pour tousser et expectorer, mais il n'avait plus de fièvre, et pour la première fois depuis le commencement de sa maladie, il avait passé une excellente nuit, et cela sans aucun opiacé.

Encouragé par ce premier succès, je fis prendre à six heures et demie du soir un second demi-bain, celui-là de six minutes, et jusqu'à la hauteur de l'ombilic, et j'augmentai la dose d'eau minérale d'un tiers de verre. Mêmes précautions, même résultat, sommeil toute la nuit. La quantité d'eau minérale fut augmentée chaque jour d'un quart de verre. Des pédiluves et les inhalations de vapeur furent successivement ajoutés au traitement, et le demi-bain prolongé de sept, huit, dix et douze minutes. La fièvre ne reparaît pas, les sueurs nocturnes sont diminuées, et cessent bientôt complétement, l'espérance renaît, l'appétit se développe d'une manière prodigieuse, et après vingt jours de traitement Ferrand, qui à son arrivée ne pouvait faire quelques pas sans être essoufflé et soutenu, non-seulement monte seul les marches de l'escalier qui conduit à sa chambre, mais il peut faire de petites promenades sur des plans plus ou moins ascendants et seul.

De la toux, de l'expectoration et de la dyspnée, tels sont les seuls symptômes qui résistent, mais le sommeil et l'appétit ne laissent rien à désirer; aussi le visage s'anime, les forces reviennent, et un embonpoint très-notable se manifeste aux yeux étonnés de toutes les personnes qui ont assisté à l'arrivée de Ferrand. Voici quel était l'état local : râle crépitant, abondant dans le sommet gauche, râle caverneux et pectoriloquie dans le sommet droit avec quelques bulles fines de râle crépitant et à grosses bulles rares au centre de la caverne, respiration moelleuse un peu exagérée et puérile dans tout le reste de la poitrine.

Ce malade retourne en Poitou, où il reprend le cours de ses travaux de vitrier, en se faisant aider pour ne pas se fatiguer; il boit les eaux transportées et passe très-bien l'hiver sans contracter un nouveau rhume, bien qu'il tousse et crache toujours, mais moins qu'avant son voyage aux eaux.

Au commencement du printemps, exacerbation de la toux avec réapparition de la fièvre; ces nouveaux accidents sont moins intenses que l'année précédente, et diminuent sous l'influence de quelques calmants aidés du repos et du régime. Cependant la caverne s'était agrandie, et de petites cavernules se creusaient dans le sommet gauche. Après un repos de sept à huit jours à la chambre, le malade continue à se promener et à vaquer à ses occupations jusqu'à la fin de juin 1859, époque à laquelle il revint au mont Dore sans être accompagné de sa femme. A cette époque, je le fis examiner par mon collègue et ami le docteur Noirmant qui, après l'avoir examiné hors de ma présence, m'annonça une énorme caverne à droite, et plusieurs petites cavernes à gauche. Comme la première fois, le traitement thermal produisit les meilleurs effets en calmant la toux, diminuant l'expectoration et la dyspnée, et en donnant du sommeil et un appétit soutenu. A la place du gargouillement il y avait comme un bruit amphorique sec entouré de râle crépitant humide. Le malade reprit encore des forces et une animation des traits peu en rapport avec les lésions pulmonaires; il n'y avait plus aucune espèce de fièvre.

Les eaux furent bues transportées dès le 2 novembre 1859, l'hiver se passe sans accidents nouveaux. Le malade tousse et crache, mais se promène tous les jours et mange avec bon appétit. Il se proposait, bien qu'il n'eût éprouvé aucun accident nouveau au printemps, de revenir passer une troisième année au mont Dore, lorsqu'à la fin de juin, ayant

éprouvé un vif refroidissement, il fut pris brusquement d'une pleuro-pneumonie suraiguë du côté gauche, avec crachats rouillés, frissons intenses; affection à laquelle il succomba le sixième jour.

Malheureusement l'autopsie n'a pu être pratiquée.

(La suite prochainement.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ACONITINE. — TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALIE ACQUISE. — LOBELIA INFLATA. — BROMURE DE POTASSIUM CONTRE LA COQUELUCHE ET L'INSOMNIE. — DIABÈTE : GATEAU DE SON ET DE GLYCÉRINE. — GELÉE D'HUILE DE FOIE DE MORUE. — PILULES PURGATIVES A L'HUILE DE RICIN. — PILULES ET GELÉE DE COPAHU. — PETITE PASSERAGE : PROPRIÉTÉS PURGATIVES.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ACONITINE; par M. GUBLER.

L'aconitine n'a pas été acceptée jusqu'à présent dans la médecine usuelle de notre pays. On lui reprochait, non sans raison, d'être extrêmement inconstante dans ses effets. Il est juste de dire toutefois que l'aconitine n'avait pas jusqu'alors été préparée à l'état de pureté, et que la composition de l'alcaloïde employé était à peu près aussi incertaine que les effets que l'on en attendait. Aujourd'hui, grâce aux recherches de M. Morson, en Angleterre, et de M. Ernest Hottot, à Paris, on peut se procurer de l'aconitine parfaitement pure, et il est de toute justice de recommencer avec ce produit les expériences instituées précédemment avec des préparations impures ou altérées. M. Gubler a commencé cette étude, et les résultats qu'il a obtenus jusqu'à présent semblent de nature à réhabiliter l'aconitine et à lui assigner une place importante dans la matière médicale. Voici en quels termes M. Gubler résume ces résultats :

L'aconitine obtenue par le nouveau procédé est un médicament d'une puissance comparable à celle de l'alcaloïde de la belladone.

A la dose de 1/2 milligramme, elle produit des effets notables. A une dose double, les phénomènes physiologiques ou thérapeutiques s'accusent fortement; et, si l'on administre d'emblée trois ou quatre fois cette quantité dans les vingt-quatre heures, il en peut résulter des accidents toxiques.

L'action locale et immédiate de l'aconitine, plus irritante que celle des autres alcaloïdes vulgairement usités, justifie la place attribuée à ce principe comme à la plante dont il provient parmi les poisons narcotico-âcres, et réclame certaines précautions dans l'emploi du médicament.

L'aconitine pure doit être administrée à doses absolument minimes et de plus fractionnées. Il est rarement utile de dépasser la dose journalière de 2 milligrammes en quatre prises.

Les effets généraux de l'aconitine sont en raison inverse des effets locaux produits sur le tube digestif ou sur la région du tissu cellulaire où elle a été introduite.

La sédation des nerfs sensitifs et celle de l'appareil circulatoire sanguin par l'intermédiaire du système nerveux vaso-moteur sont les principaux phénomènes dus à l'action de cet alcaloïde.

Ce médicament énergique trouve, en conséquence, son application dans les névralgies, et surtout dans les névralgies congestives, notamment celles que je désigne par l'épithète d'acrodyniques. Il convient également dans certaines névrites symptomatiques de phlegmasies viscérales, ainsi que dans les affections rhumatismales douloureuses et inflammatoires.

Enfin, en raisonnant par analogie, d'après les résultats cliniques les expériences sur les animaux, l'aconitine pure semble appelée rendre de grands services contre l'angine de poitrine. (*Bulletin de thérapeutique*.)

TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALIE ACQUISE; suivant les travaux de GOELIS.

Au début de la maladie, si l'enfant est de bonne constitution et né de parents bien portants, raser la tête et l'enduire deux fois par jour de la pommade suivante :

Onguent de genièvre.........	24 grammes.
— napolitain.........	14 à 16 grammes.

En même temps, faire prendre chaque jour à l'enfant deux paquets de la poudre ci-après :

Calomel.....................	7 centigrammes.
Sucre blanc pulvérisé.........	4 grammes.

Divisez en 6 paquets.

On suspend le calomel si les évacuations alvines sont abondantes.

Modérer l'emploi de la pommade mercurielle dès que l'amélioration se manifeste.

Bains légèrement irritants. Couvrir la tête d'un bonnet de laine pendant la durée du traitement par les frictions.

Régime : le lait de la nourrice aux enfants à la mamelle ; aux enfants plus âgés, viande, œufs et café de glands.

Dans les beaux jours, mettre l'enfant au grand air ; le tenir en hiver dans une chambre à une température de 16° ; enfin, usage de matelas de crin.

Ce traitement, dit le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, paraît avoir eu à Vienne des résultats très-encourageants. S'il échoue, Goelis met de côté toute médecine active et se contente de parer aux accidents, sans tourmenter les petits malades par des sétons ou des cautères qui ne sauraient qu'aggraver leur situation. (*Gazette des hôpitaux*.)

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA LOBELIA INFLATA; par M. BARRALLIER.

M. Barrallier déduit les conclusions suivantes des expériences qu'il a faites et dans lesquelles il a employé à peu près exclusivement la teinture de *lobelia* :

Sous le rapport physiologique, la *lobelia inflata* exerce une action manifeste sur le système nerveux, et principalement sur les actes du pneumo-gastrique qui, sous son influence, sont pervertis et surtout exagérés.

Sous le rapport thérapeutique, cette plante exerce une action sédative réelle sur l'innervation des organes respirateurs, se révélant par des effets heureux que l'on obtient dans les états morbides caractérisés par des symptômes dyspnéiques, comme on l'observe dans diverses formes d'asthme, dans la phthisie pulmonaire, dans le catarrhe bronchique chronique, dans la fin des pneumonies et dans quelques maladies où existe une altération du sang, telles que la chlorose, l'anémie, etc.

L'action sédative, stupéfiante de la *lobelia inflata* a pu être mise à profit dans certaines lésions externes, parmi lesquelles se rangent les plaies douloureuses et la contraction ou la rigidité du col pendant le travail.

COQUELUCHE ; EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM ; par le docteur ABBOTS SMITH.

M. Smith a traité une série de coquelucheux par le bromure de potassium, et il a remarqué que ce médicament fait généralement disparaître avec assez de rapidité les quintes ; puis, ce résultat obtenu, la guérison ne se fait guère attendre. M. Smith recommande d'employer des doses modérées de bromure, quelques grains deux ou trois fois par jour. Les doses élevées lui ont paru donner un résultat très-fugace, et elles ne sont d'ailleurs pas sans inconvénient. (*The medical Mirror*.)

TRAITEMENT DE L'INSOMNIE PAR LE BROMURE DE POTASSIUM.

Le docteur Henri Behrend (de Londres) se loue beaucoup de l'emploi du bromure de potassium (à la dose de 25 grains trois fois par jour au moment des repas) contre certaines insomnies. Ce médicament est surtout utile, dit-il, dans les cas d'insomnie où domine l'élément nerveux. Dans ces conditions, l'opium et ses diverses préparations ne produisent le plus souvent aucun effet utile; ils sont mal supportés par l'économie et aggravent souvent l'excitation et l'irritabilité auxquelles les malades sont en proie. Le nombre des faits de ce genre, ajoute l'auteur, se multiplie d'ailleurs de plus en plus, grâce à l'existence artificielle qui se répand de plus en plus, notamment dans les grandes villes.

La dose ci-dessus indiquée de bromure est parfaitement supportée et ne produit aucun effet désagréable ou toxique. Elle ne trouble ni l'appétit ni les évacuations alvines et calme notablement l'irritation vésicale qui est si fréquente chez les personnes qui sont en proie à une insomnie habituelle. Dans quelques cas seulement il a produit

une céphalalgie légère et passagère. M. Bebrend ajoute qu'il n'a jamais observé l'affaiblissement des fonctions sexuelles que l'on range généralement parmi les effets du bromure potassique. (*The Lancet.*)

EMPLOI DU GATEAU DE SON ET DE GLYCÉRINE DANS LE TRAITEMENT DU DIABÈTE; par le docteur LIONEL BEALE.

Quelque soin que l'on ait apporté jusqu'ici dans la préparation du pain de gluten, il est toujours sec et cassant, légèrement amer, et il présente en outre l'inconvénient de renfermer encore une notable proportion de fécule. C'est pour obvier à cette difficulté que M. Pavy avait conseillé aux diabétiques l'usage d'un biscuit d'amandes dont nous avons fait connaître la formule dans une de nos précédentes revues, et c'est pour la même raison que M. Lionel Beale, dans l'important ouvrage qu'il a publié récemment sur l'urine, les dépôts urinaires et les calculs, a indiqué, d'après le docteur Camplin, le mode de préparation d'un aliment qu'il propose de substituer au pain de gluten, et qu'il désigne sous le nom de gâteau de son. Au reste, le nombre des mets dont les sujets atteints de glucosurie peuvent impunément faire usage est tellement restreint, qu'il est toujours très-utile de pouvoir en étendre la liste.

Le gâteau de son du docteur Camplin diffère absolument du pain de gluten additionné de son que l'on prépare en France, puisqu'il ne contient pas trace de gluten. Voici comment on l'obtient :

On prend une quantité suffisante de son de blé, on le fait bouillir successivement dans deux eaux pendant un quart d'heure, on jette sur un tamis, et l'on continue le lavage à froid jusqu'à ce que l'eau s'écoule parfaitement limpide.

Ce résultat obtenu, on exprime le son à travers une toile, pour l'obtenir aussi sec que possible, puis on l'étend en couches minces sur des assiettes que l'on introduit dans un four à température peu élevée.

Après un séjour d'une nuit à l'étuve, le son est devenu sec et cassant, et le moment est favorable pour le pulvériser. On se sert pour cela d'un moulin fin, et on le tamise à travers un crible métallique à mailles tellement serrées, qu'il soit nécessaire d'employer une brosse pour le forcer de traverser le tissu du tamis. La portion de poudre de son restée sur le crible doit être de nouveau soumise à l'action du moulin, jusqu'à ce qu'elle devienne impalpable comme la première, conditions indispensables à réaliser pour les personnes dont les voies digestives sont irritables.

On pèse 3 onces de la poudre de son ainsi obtenue, et l'on en fait une pâte avec trois œufs frais, 1 once et demie à 2 onces de beurre, et environ 280 grammes de lait. On bat, pour cela, les œufs dans une partie du lait, et l'on fait fondre le beurre dans la seconde portion de ce liquide. On réunit les deux mélanges, puis on y incorpore la poudre de son additionnée d'une petite quantité de muscade, de gingembre, ou d'un autre condiment. La pâte ainsi obtenue est disposée dans de petits moules de fer-blanc ou d'étain, enduits d'une couche suffisante de beurre, puis introduits dans un four assez chaud pour que la cuisson s'opère en une demi-heure environ.

Lorsque le son a été lavé, séché et pulvérisé avec les précautions précédemment indiquées, il est débarrassé de l'amidon qui l'accompagnait, et les gâteaux dont il fait la base peuvent être mangés par les diabétiques soit avec le thé, soit avec la viande, etc.

Quant à la glycérine, qu'on obtient si pure aujourd'hui qu'on peut à peine la distinguer du sucre, M. Lionel Beale pense qu'elle peut entrer dans le régime des diabétiques et être employée utilement à édulcorer certains aliments, tels que le thé, le café ou le cacao. Avec des œufs, du pain de gluten convenablement ramolli et de la glycérine, on peut préparer une espèce de pouding très-agréable au goût. On obtient un gâteau à peu près semblable avec la glycérine, les œufs et le son, et l'on réussit ainsi à introduire quelque variété dans l'alimentation ordinairement si monotone des diabétiques. Seulement, il faut être bien prévenu que si la glycérine pure peut être sans danger prise en petite quantité à l'intérieur, il n'en serait pas de même avec la glycérine ordinaire du commerce, qui est le plus souvent légèrement acide et douée d'une certaine âcreté.

GELÉE D'HUILE DE FOIE DE MORUE.

M. Dufourmantel donne la formule suivante pour préparer une gelée d'huile de foie de morue légèrement aromatisée, qui, pouvant être avalée dans un pain azyme, cesse par cela même d'être répugnante pour les malades :

On prend : Huile de foie de morue..... 30 grammes.
Colle de poisson........ 2 —
Eau, quantité suffisante pour dissoudre la colle de poisson.

Quand la colle de poisson est dissoute, on y ajoute l'huile par petites portions, en ayant soin de ne pas dépasser la température de 25 degrés centigrades, et l'on fait tomber dans le mélange 4 gouttes d'essence d'anis.

Une cuillerée à bouche de cette gelée contient 14 grammes d'huile de foie de morue. On peut y faire entrer les sirops de phellandrie, de quinquina, d'iodure de fer, ou des extraits calmants et propres à diminuer la toux des tuberculeux. (*Union médicale.*)

PILULES PURGATIVES A L'HUILE DE RICIN; par M. STANISLAS MARTIN.

Prenez : Huile de ricin............. 15 grammes.
Gomme arabique en poudre...... 8 —
Eau.......................... 15 —

Emulsionnez les trois substances, puis ajoutez par petites portions :

Farine de froment.............. 15 grammes.

Mêlez exactement, divisez la masse en bols ou en pilules. On laisse les pilules exposées à l'air; l'eau qu'elles contiennent ne tarde pas à s'évaporer. On peut rendre le mélange plus actif en remplaçant la farine de froment par une égale quantité de magnésie calcinée ou non calcinée.

Huit à dix de ces pilules, prises le matin à jeun, relâchent le ventre sans l'irriter, comme le font les pilules qui contiennent de la gomme-gutte et quelques autres substances drastiques.

PRÉPARATION DES PILULES ET D'UNE GELÉE DE COPAHU; par le même.

Le copahu solidifié avec un seizième de son poids de magnésie calcinée donne des pilules d'une manipulation facile et d'une action médicamenteuse toujours certaine. Malheureusement, le baume solidifiable est très-rare dans le commerce; il faut lui ajouter une plus grande quantité de poudre absorbante pour obtenir une masse pilulaire, et alors sa division est longue et difficile.

M. Martin propose, pour obvier à cet inconvénient, d'ajouter au mélange une certaine quantité de gomme arabique.

Prenez : Baume de copahu........... 15 grammes.
Eau ordinaire.............. 15 —
Gomme arabique en poudre.. 8 —

Émulsionnez les trois substances dans un mortier de porcelaine, ajoutez par petites portions du carbonate de magnésie ou du poivre de cubèbe pulvérisé en suffisante quantité pour obtenir un mélange malléable. Lorsque les pilules sont faites, on les expose à l'air pour leur faire perdre toute l'eau qu'elles contiennent.

Lorsque le baume de copahu doit être prescrit sans addition d'aucune autre substance active, on peut employer la farine de froment comme poudre absorbante.

M. Martin a trouvé les pilules suivantes très-efficaces contre les écoulements blennorrhagiques :

Poivre de cubèbe.............. 20 grammes.
Cachou........................ 20 —
Sulfate d'alumine............. 3 —
Oxyde rouge de fer............ 3 —

Pour des pilules de 30 centigrammes, que l'on recouvre de sucre ou d'un vernis fait avec le baume de Tolu.

Pour faire une gelée de baume de copahu, M. Martin donne la formule suivante :

Prenez : Baume de copahu..... 30 grammes.
Blanc de baleine...... 10 —

On chauffe les substances au bain-marie, puis on les aromatise avec :

Essence de menthe..... 6 gouttes.

Cette gelée se prend dans un pain azyme.

PROPRIÉTÉS PURGATIVES DE LA PETITE PASSERAGE, par le docteur WILKS.

Sur la recommandation de M. Stillwell (d'Epsom), qui, dans le

cours d'une longue pratique, en a fait son purgatif favori, M. Wilks a expérimenté depuis quelque temps, dans son service hospitalier, les semences de l'*iberis amara* ou *petite passerage*, et ces essais, qui ont porté sur une vingtaine de sujets, ont été suivis de succès. Ces semences écrasées sont huileuses et âcres, et 20 à 25 centigrammes sous forme pilulaire suffisent pour donner lieu à une ou plusieurs excrétions alvines. La dose administrée par M. Wilks ne paraît pas avoir dépassé 50 centigrammes; mais en tenant compte des effets observés, il ne semble pas que la dose ne puisse pas être portée plus haut, au moins chez certaines personnes. Dans quelques cas, il y a eu des nausées et des vomissements.

Le *Bulletin de thérapeutique* fait suivre ce résumé des réflexions suivantes :

Des divers ordres de médicaments, il n'en est peut-être pas où le besoin de conquêtes nouvelles se fasse moins sentir que celui des purgatifs : la matière médicale est bien suffisamment riche sous ce rapport. Nous croyons cependant devoir tenir compte des vertus attribuées aux semences de la passerage. Cette plante appartient à notre flore, et il n'est certes pas indifférent d'y trouver des médicaments sûrs et efficaces; c'est avec regret que nous voyons laisser dans l'oubli des agents que nous avons sous la main.

Du reste, ce n'est pas la première fois que l'*iberis amara* est employé en thérapeutique; seulement, quoique la remarque ait été faite qu'elle amène de la diarrhée, ce n'est pas comme purgatif qu'on y a eu recours. D'après ce que nous dit M. Cazin, elle a eu, comme beaucoup d'autres plantes, et sans plus de raison sans doute, la réputation d'être propre à broyer la pierre et à évacuer les graviers, on l'a regardée comme un fébrifuge; elle a passé pour apte à diminuer, non la fréquence, mais la violence des battements du cœur, et a été, en conséquence, mise à contribution dans l'hypertrophie de cet organe, avec ou sans hydropisie. Peut-être y aurait-il lieu de se livrer à de nombreux essais sur les propriétés de la passerage, et il serait à désirer que les expériences de M. Wilks vinssent en donner l'idée et le signal. (*Bulletin de thérapeutique.*)

E. Fritz

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

Sur les corps hémiorganisés. Note de M. E. Fremy.

Mon nom ayant été cité plusieurs fois dans des publications récentes sur la génération spontanée, je crois devoir formuler nettement devant l'Académie les opinions que j'ai toujours émises sur la production des ferments, soit dans mes cours, soit dans mes travaux sur les fermentations.

Ai-je besoin de dire que je repousse sans hésitation l'idée de génération spontanée, si on l'applique à la création d'un être organisé, même le plus simple, avec des éléments qui ne possèdent pas la force vitale? La synthèse chimique permet sans doute de reproduire un grand nombre de principes immédiats d'origine végétale ou animale, mais l'organisation oppose, selon moi, aux reproductions synthétiques une barrière infranchissable.

A côté de ces principes immédiats définis que la synthèse peut former, tels que le glucose, l'acide oxalique et l'urée, il existe d'autres substances beaucoup moins stables que les précédentes, mais aussi beaucoup plus complexes, quant à leur constitution : elles contiennent tous les éléments des organes; on y trouve du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène, de l'azote, même du phosphore, du soufre, souvent de la chaux et des sels alcalins. Ces corps sont les albumines, la fibrine, la caséine, les substances vitellines, etc. La synthèse chimique ne les reproduit pas. Il est impossible, selon moi, de les considérer comme des principes immédiats définis : je les désigne sous le nom général de *corps hémiorganisés*, parce qu'ils tiennent le milieu entre le principe immédiat et le tissu organisé.

Ils ne sont pas encore organisés, mais cependant ils sont doués d'une véritable force vitale, car sous l'influence de l'air humide ils entrent en décomposition comme des corps vivants et réellement organisés.

Ils se trouvent, par rapport à l'organisation, à la formation des tissus, à la production des ferments et à la putréfaction, presque dans le même état qu'une graine sèche qui traverse des années sans présenter des phénomènes de végétation, et qui germe dès qu'on la soumet aux influences de l'air, de l'humidité et de la chaleur.

Les corps hémiorganisés qui contiennent tous les éléments des organes peuvent, comme la graine sèche, se maintenir dans un état d'immobilité organique; mais aussi ils peuvent en sortir, lorsque les circonstances deviennent favorables au développement organique : en raison de la force vitale qu'ils possèdent, ils éprouvent alors des décompositions successives, donnent naissance à des dérivés nouveaux, et engendrent des ferments dont la production n'est pas due à une *génération spontanée*, mais à une *force vitale préexistante dans les corps hémiorganisés, et qui s'est simplement continuée en se manifestant par les transformations organiques les plus variées.*

Je n'ai pas à faire connaître aujourd'hui toutes les conditions qui peuvent faire participer d'une manière active les corps hémiorganisés aux phénomènes réels de l'organisation; mais une des plus importantes est, selon moi, celle de l'*entraînement organique.*

On sait, en chimie, avec quelle facilité un corps qui s'altère peut en entraîner un autre : c'est ainsi que, dans la nitrification, des phénomènes variés d'oxydation déterminent et entraînent l'oxydation de l'ammoniaque, des corps azotés et même celle de l'azote, comme M. Chevreul le démontrait encore récemment.

Les corps hémiorganisés peuvent surtout recevoir l'ébranlement vital et s'organiser eux-mêmes par l'action des corps vivants dont ils reçoivent l'influence. C'est ainsi que je comprends le rôle des substances albumineuses dans les phénomènes de développement et de décomposition organique et dans la production des ferments.

Je ne les considère donc pas comme servant simplement de nourriture à des animaux et à des végétaux qui seraient les seuls agents des fermentations; mais je leur attribue un rôle direct et j'admets que, sous les influences que j'ai citées précédemment, elles peuvent éprouver une organisation véritable et complète, et produire des ferments qui ne dérivent, comme on le voit, ni d'une graine ni d'un œuf, mais d'un corps hémiorganisé dont la force vitale est devenue active.

Si les idées que je soumets à l'Académie étaient acceptées, elles auraient l'avantage d'expliquer, d'un côté, le rôle incontestable que jouent les êtres organisés dans les phénomènes de fermentation et de désorganisation, et, d'un autre côté, la part constitutive, également évidente pour moi, des milieux albumineux dans lesquels se développent les ferments.

Le but de cette communication est donc d'établir que les corps que j'ai nommés hémiorganisés sont doués d'une mobilité vitale pouvant expliquer plusieurs des phénomènes qui attirent en ce moment l'attention des physiologistes.

Des sueurs de sang dans la fièvre jaune et de leur mode de production dans les cas observés par l'auteur; par M. Guyon.

Des sueurs de sang dans la fièvre jaune ont été observées dans les premiers temps de notre établissement aux Antilles, qui eut lieu en 1627 (1), et plus tard dans l'Amérique du Nord. Nous ne saurions nous dispenser de faire des citations : nous en ferons donc, mais nous n'en abuserons pas.

L'un de nos premiers voyageurs aux Antilles, le Père Labat (débarqué à la Martinique le 29 janvier 1694), parlant de la fièvre jaune, alors connue sous le nom de *mal de Siam* (2), dit que, « souvent il survenait un débordement de sang par tous les conduits du corps, et même par les pores... » Plus loin, le même voyageur, racontant l'histoire d'un jeune homme atteint du *mal de Siam* (avril 1695), et qu'il venait d'administrer, s'exprime ainsi :

« Ce qu'il y eut de particulier chez ce malade, c'est qu'environ deux heures avant de rendre l'esprit, et lorsqu'il semblait que son corps devait être épuisé de sang, il lui en vint une sueur si forte, si abondante, qu'on eût pu croire qu'on lui piquait tout le corps avec des aiguilles; car, non-seulement le sang sortait comme l'eau sort des pores dans les sueurs extraordinaires, mais il jaillissait comme il jaillit de la veine quand elle vient d'être piquée par la lancette. » (*Nouveau voyage aux îles françaises de l'Amérique*, chap. Ier. Paris, 1722.)

Nous ferons remarquer, pour expliquer ce qui rendait le phénomène plus extraordinaire au Père Labat, que le jeune malade, avant la sueur de sang, avait été saigné au bras et au pied, et qu'il rejetait en abondance, dès l'invasion du mal, du sang par le nez et par la bouche. De plus, le jeune malade, de la connaissance intime du Père Labat, était créole (3). Or le *mal de Siam* d'alors, comme la fièvre jaune d'aujourd'hui, n'attaquait le créole que par exception.

Un ancien administrateur de la Martinique, Thibault de Chanvaloo.

(1) Dans l'île appelée, depuis, Saint-Christophe, et, huit ans après, à la Martinique et à la Guadeloupe.

(2) Parce qu'un bâtiment arrivant à la Martinique, venant de Siam, l'avait contractée à son passage au Brésil, où elle régnait depuis plusieurs années. Ce bâtiment était le vaisseau *l'Oriflamme*. Parti peu après pour la France, il ne la revit jamais; il périt, corps et biens, dans un combat contre les Anglais, à peu de distance de la Martinique.

(3) Philippe Roches, 22 ans, habitant du Macouba, quartier de l'île, atteint de la fièvre jaune après un voyage à Saint-Pierre, ville du littoral.

parlant des premiers ravages de la fièvre jaune dans cette colonie, dit :

« Le sang sortait par tous les pores comme la sueur, ce qui arrive encore quelquefois. » (*Voyages à la Martinique*, etc., lu à l'Académie des sciences de Paris en 1761, p. 67. Paris, 1773.)

Moultrie, médecin très-répandu de Charlestown, dans la Caroline du Sud, tenait de son père, auquel il avait succédé dans sa pratique, l'histoire de deux malades chez lesquels le sang ruisselait par la peau du cou et de la poitrine, comme si on y avait donné plusieurs coups de lancette.

« Le premier, dit l'auteur, était un jeune homme qui avait été affaibli par une fièvre périodique opiniâtre, et qui mourut à la suite de ces hémorrhagies. L'autre était une femme maigre qui avait eu de grandes hémorrhagies par le nez et par la bouche au commencement de la maladie (1). Elle mourut, et, au moment de la mort, les mêmes hémorrhagies se renouvelèrent... » (Moultrie, *Traité de la fièvre jaune*, traduit de l'anglais par Aulagnier, p. 21. Paris, an XII—1805.)

Un autre praticien des États-Unis, Makitbrik, après avoir dit que, dans la fièvre jaune, il se fait des hémorrhagies, tantôt par la poitrine, tantôt par les voies urinaires, d'autres fois par le nez, l'angle interne des yeux, ajoute :

« Enfin, c'est aussi une sueur sanguinolente, ichoreuse et fétide. » (*Même ouvrage*, p. 11, note.)

Nous ne pousserons pas plus loin nos citations, nous bornant à rappeler que les sueurs de sang, en général, sont depuis longtemps mentionnées dans la science, soit comme concomitantes de diverses maladies, comme dans la fièvre jaune (2), ou seules et déterminées par des causes peu ou point appréciables (3).

Les cas, peu nombreux, de sueurs de sang que nous avons observés dans la fièvre jaune, avaient pour sujets des individus qui, à l'invasion de cette maladie, étaient plus ou moins couverts de l'éruption connue dans le pays sous le nom de *boutons chauds, boutons de chaleur, bourbouilles*. Ce sont les *boutons du Nil* des Égyptiens, la *gale bédouine* des soldats et colons algériens, etc. C'est le produit d'une irritation plus ou moins vive des pores de la peau, par suite des sueurs abondantes qu'on éprouve dans les pays chauds, alors surtout qu'on n'y est encore que depuis peu de temps. Cette éruption, pendant la première période de la fièvre jaune, s'affaisse et disparaît (et par la cessation de la sueur qui l'entretenait, d'une part, et, de l'autre, par la turgescence dont le derme se trouve envahi), mais chaque point ou pore qui la constituait avant la maladie devient, dans sa deuxième période, le siége d'autant de points saignants, hémorrhagiques. Ce sont donc des hémorrhagies passives, absolument passives, et coïncidant avec des hémorrhagies de même nature des membranes muqueuses. Hâtons-nous d'ajouter que, lorsque le sang coule ainsi par les pores de la peau, dans les hémorrhagies dont nous parlons, il coule en même temps, et plus abondamment encore, par tous les autres points de la périphérie du corps qui, avant la maladie ou pendant sa première période, étaient le siége de quelque autre éruption, d'une éruption de furoncles, par exemple, ou de quelque plaie, soit récente (plaies de sangsues, de saignées, de vésicatoires, de sinapismes, etc.), soit ancienne (les diverses ulcérations). Nous en dirons autant des surfaces muqueuses tapissant les ouvertures naturelles du corps, au point de leur continuation avec la peau, à savoir : la conjonctive, la muqueuse auriculaire, celle des fosses nasales, les muqueuses du pourtour de la bouche, du mamelon, de l'entrée de l'urètre, du pourtour du vagin et de la marge de l'anus.

Nous terminerons ce que nous avions à dire sur les sueurs de sang dans la fièvre jaune, en faisant remarquer que les auteurs, en petit nombre il est vrai, que nous avons consultés sur les sueurs de sang en général, laissent à désirer un renseignement bien important au point de vue de leur étude : c'est l'état de la peau avant leur manifestation.

Note sur un cas de luxation spontanée des premières vertèbres cervicales, avec paralysie complète des membres et du tronc, guéris par la réduction des vertèbres luxées; par M. Maisonneuve. (Extrait par l'auteur.)

(Commissaires : MM. Velpeau, Jobert de Lamballe, Bernard.)

Les faits de luxation spontanée des premières vertèbres cervicales ne sont pas rares dans la science. Il existe même un petit nombre de cas où la guérison de cette lésion si grave a pu être obtenue alors qu'une compression lente de la moelle épinière avait déjà produit une paralysie partielle.

Mais quand un déplacement brusque avait déterminé la paralysie générale des membres et du tronc, le mal avait toujours paru sans remède et les plus hardis opérateurs n'osaient même essayer aucun effort de réduction, de crainte de voir les malades mourir entre leurs mains.

Dans un cas de ce genre, nous avons cru devoir tenter cette suprême ressource. Le succès a couronné notre tentative, et nous avons l'espoir que cette réussite pourra modifier le pronostic désespérant de la science au sujet de ces affections.

Obs. — Paquotte (Marie-Louise), âgée de 16 ans, était atteinte depuis plusieurs mois d'une tumeur blanche de l'articulation atloïdo-axoïdienne avec tuméfaction dans la région sous-occipitale, inclinaison de la tête en avant, léger engourdissement des membres supérieurs, lorsque, le jour même de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 24 mars 1864, un mouvement brusque de la tête détermina une luxation des deux premières vertèbres et, par suite, une paralysie complète des quatre membres et du tronc, sauf le diaphragme, dont les mouvements continuèrent à entretenir la respiration. Il était évident que dans ces conditions la malade avait à peine quelques heures à vivre, et que la réduction des vertèbres luxées constituait l'unique chance de salut. Aussi, quoique dans la science il n'eût été fait, que je sache, aucune tentative de ce genre, je ne crus pas devoir refuser à la malade cette dernière ressource. Plaçant donc mes deux mains l'une sous le menton, l'autre sous l'occiput, j'exerçai sur la tête une traction douce et continue pendant que deux aides maintenaient le tronc et les épaules. Après une demi-minute environ qui nous parut bien longue, un léger soubresaut accompagné d'un bruit de frottement très-distinct vint indiquer que la question était résolue. Un changement brusque s'était évidemment opéré dans les rapports des parties osseuses, et la tête aussitôt put être ramenée à sa position normale.

Au même instant la malade jetait un cri de joie, disant qu'elle sentait la vie revenir dans ses membres. En effet, je reconnus non sans une vive satisfaction que la sensibilité et même le mouvement commençaient à renaître dans toutes les parties paralysées.

Des précautions minutieuses furent prises pour maintenir exactement la tête; aussi, dans le cours de la journée, les choses ne cessèrent-elles de s'améliorer, de sorte que le lendemain, 26 mars, la paralysie avait déjà presque entièrement disparu, et qu'au bout de huit jours il n'en restait plus de traces. Nous avons cru, néanmoins, devoir soumettre la malade à un traitement destiné à prévenir tout accident et à consolider les articulations, et aujourd'hui, 27 juin, la malade peut être considérée comme entièrement guérie.

Effets physiologiques de l'éther de pétrole; par M. E. Georges. (Extrait par l'auteur.)

(Commissaires : MM. Flourens, Bernard, Longet.)

Il résulte des faits exposés dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie :

1° Que les essences de pétrole agissent d'une manière particulière sur le sens génésique, et dans certaines circonstances le tempèrent singulièrement, comme le fait d'ailleurs concevoir son action que nous avons constatée sur le cerveau;

2° Qu'il occasionne réellement de violentes migraines chez les personnes nerveuses, les femmes du monde, et chez ceux qui vivent surtout dans un air confiné où se trouvent des vapeurs de ces essences;

3° Que cette action paraît due à un principe particulier dont on peut le débarrasser, et qui agit principalement sur le cerveau et sur le cœur;

4° Que l'éther de pétrole peut être employé avec avantage pour refroidir les téguments dans les opérations, parce qu'il ne produit pas de douleur sur les parties où le sang coule;

5° Qu'enfin le bas prix de ce produit et sa grande volatilité peuvent faire espérer son introduction comme force motrice dans l'industrie, préférablement à tout autre éther.

Lettre de M. Dareste a l'occasion d'une communication récente de M. Donné, concernant la putréfaction des œufs d'oiseaux dont la coquille est restée intacte.

Dans une communication récente, M. Donné a fait connaître le résultat d'expériences dans lesquelles des embryons de poulets contenus dans l'intérieur de la coquille s'étaient décomposés et putréfiés sans donner naissance à aucun être organisé, végétal ou animal. Il en a conclu que la coquille de l'œuf, tant qu'elle reste intacte, s'oppose à la pénétration de germes provenant de l'atmosphère.

M. Milne Edwards a fait remarquer, à l'occasion de cette communication, que M. Panceri a récemment constaté la pénétration dans l'œuf de plantes cryptogames déposées à la surface de la coquille.

Je prends la liberté de vous transmettre un passage fort curieux de Réaumur, dans lequel ce célèbre expérimentateur a signalé, il y a longtemps déjà, des faits de ce genre :

« Les expériences de la machine pneumatique ont appris, il y a longtemps, que les liqueurs même de l'œuf peuvent suinter au travers de

(1) Comme on le remarquera sans doute, le cas de cette femme est fort semblable à celui rapporté par Labat, cas où la sueur de sang avait également été précédée d'une hémorrhagie par le nez et par la bouche.

(2) Dans la peste, par le docteur Hwges (Planque, *Bibliothèque médicale*); dans des fièvres dites *malignes*, par Huxham (*Essai sur les fièvres*), etc.

(3) La sueur de sang à laquelle Sylla était sujet, celle qu'éprouva Charles IX avant de mourir, etc.

sa coque. Sans machine pneumatique, le même fait nous a été montré par ces œufs de nos premiers essais, au travers de la coque desquels transsudait la plus puante liqueur. Des observations plus rares m'ont fait voir que des particules qui doivent être incomparablement plus grossières que celles de l'air peuvent pénétrer dans les œufs; j'ai trouvé des moisissures dans des œufs que j'avais cassés, bien par delà le terme où le poulet aurait dû naître; je n'ai pu apercevoir aucune fêlure à ces œufs. Les physiciens ont ennobli les moisissures, ils les ont élevées au rang des plantes; ils ont fait voir, et Micheli surtout, qu'elles viennent de graines; les graines de ces petites plantes avaient donc passé au travers de la coquille et de la membrane qui la tapisse (1). »

Je n'insisterai pas, monsieur le secrétaire perpétuel, sur l'intérêt que présente ce passage quand on le rapproche des observations récentes de M. Panceri. Je me contenterai seulement de faire remarquer que les expériences de M. Donné ne sont pas aussi concluantes qu'il l'a cru, puisque des cryptogames peuvent se développer dans l'intérieur de la coquille non brisée.

M. Flourens, à l'occasion de cette communication, fait la remarque suivante :

M. Donné ignorait si peu la perméabilité des coquilles que, pour l'empêcher, il s'est servi, dans ses expériences, de divers enduits. Mais, même sans se prémunir contre elle, il n'a jamais vu les œufs corrompus donner aucun produit qu'on pût attribuer à la *génération spontanée*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1864. — PRÉSIDENCE DE M. MALGAIGNE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements de Loir-et-Cher, du Morbihan, de l'Ardèche, de la Savoie, de la Meuse. (Comm. des épidémies.)

2° Le rapport de M. le docteur Genieys, sur le service médical des eaux minérales d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), pour l'année 1862. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Deux rapports de M. le docteur Demonchaux, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Saint-Quentin en 1862 et 1863. (Comm. des épidémies.)

2° Une lettre de M. Gouheaux, professeur à l'Ecole de médecine vétérinaire d'Alfort, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

— M. Gavarret dépose sur le bureau un travail de M. le docteur Laborde, sur la destruction des animaux qui existent dans l'atmosphère et peuvent constituer des miasmes. (Renvoyé à M. Robin.)

— M. Bouillaud présente, au nom de M. le docteur Moura, un *Traité de laryngoscopie*, contenant la description de tous les procédés usités pour l'examen des organes vocaux, et les modifications, propres à l'auteur, qui ont été apportées au laryngoscope.

— M. Wurtz offre en hommage à l'Académie un volume intitulé : *Leçons de philosophie chimique*, professées au Collége de France, en remplacement de M. Balard, par M. Wurtz, et le premier volume du *Traité élémentaire de chimie médicale (inorganique)*, professées à l'Ecole de médecine, par M. Wurtz.

— M. J. Charrière présente à l'Académie un nouveau vaccinateur de l'invention du docteur Chassagny (de Lyon).

Cet instrument est essentiellement fondé sur les phénomènes physiques de la capillarité.

Il se compose d'un réservoir terminé par une extrémité capillaire qui se remplit soit en présentant cette extrémité à la gouttelette d'une pustule vaccinale, soit en soufflant dans son intérieur le contenu d'un tube.

Deux aiguilles accolées l'une à l'autre sont enfermées dans ce réservoir; on les fait pénétrer sous l'épiderme en appuyant plus ou moins fortement et d'une manière plus ou moins oblique leur extrémité contre la peau.

On peut ainsi faire une vingtaine de piqûres sans recharger l'instrument. (Commissaire, M. Depaul.)

— M. Béclard est élu pour remplacer M. Leblanc dans la commission chargée de présenter une liste de candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

— M. H. Roger, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions, toutes négatives, sont successivement mises aux voix et adoptées par l'Académie.

DES AFFECTIONS DE NATURE RHUMATISMALE QU'ON OBSERVE CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES.

M. Leblanc, candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, donne lecture d'un mémoire sur ce sujet.

Chez les animaux, comme chez l'homme, il existe des affections de nature rhumatismale, affections de formes diverses, mais qui réunissent tous les caractères propres au rhumatisme : en effet, elles ont leur siége dans le tissu musculaire, fibreux et séreux; de plus, elles présentent cette tendance si remarquable au déplacement, qu'on pourrait en faire le critérium de cette sorte de maladies.

On distingue chez presque tous les animaux deux espèces de rhumatismes : le rhumatisme musculaire et l'artbrite rhumatismale; chez le cheval, il existe une troisième forme intermédiaire : c'est la synovite rhumatismale.

Tantôt isolées, tantôt réunies, ces diverses manifestations du rhumatisme n'en forment pas moins une maladie reconnaissable à divers signes, tels que l'élément inflammatoire, la variabilité de leur siége et la persistance à envahir les mêmes tissus.

Les affections rhumatismales peuvent se compliquer de maladies internes, à savoir : pour la forme musculaire de l'entérite, pour la forme articulaire ou synoviale, d'inflammation des séreuses tapissant les cavités splanchniques et d'engorgements ganglionnaires.

On observe plus fréquemment le rhumatisme chez les animaux jeunes ou adultes que chez ceux avancés en âge; ce qui est le contraire de ce qu'on voit en médecine humaine.

La gravité des diverses formes est variable : le rhumatisme musculaire et la synovite rhumatismale sont peu dangereuses dans l'immense majorité des cas, et n'entraînent que rarement la mort; l'arthrite rhumatismale, surtout celle qui sévit sur les animaux jeunes, est très-souvent mortelle.

Le rhumatisme musculaire a été observé, chez le cheval, à l'état aigu et à l'état chronique, principalement à l'épaule, à l'encolure, aux lombes et à la région costale; comme chez l'homme, il n'a pas de gravité, au point de vue de la conservation du malade, et n'altère pas la santé d'une manière générale; on ne trouve aucune lésion pathologique chez les animaux qui sont atteints de cette affection.

Chez le bœuf, le rhumatisme musculaire peut être général ou local, aigu ou chronique; il est souvent compliqué d'entérite grave; il en est de même chez le chien.

La synovite rhumatismale ne se rencontre que chez le cheval, à l'état de forme bien distincte du rhumatisme; elle succède ou coexiste à une péricardite; elle peut passer à l'état chronique et se terminer par une hydarthrose; à l'état aigu, elle peut être générale et causer la mort. Les lésions sont très-appréciables et consistent dans la formation de fausses membranes dans les gaînes tendineuses, la soudure des tendons, l'infiltration de sérosité dans la substance musculaire, et des hydropisies synoviales. C'est l'analogue du rhumatisme articulaire de l'homme, au point de vue de la coïncidence des complications internes.

Le rhumatisme articulaire atteint les animaux des espèces chevaline, bovine, porcine et canine.

Chez les deux premières, on l'observe à l'état chronique et à l'état aigu; il sévit principalement chez les jeunes animaux, et se complique d'engorgements des ganglions renfermés dans le thorax et l'abdomen : la mort peut être la suite de l'état aigu. Les lésions sont celles de l'arthrite; à l'état chronique, on trouve quelquefois, chez le bœuf, des tumeurs tophacées autour des articulations et une ankylose complète ou incomplète.

Chez le porc, l'arthrite peut être aiguë ou chronique, et ressemble au rhumatisme articulaire du cheval.

Cette affection a été mal étudiée chez le chien; elle existe cependant, mais plus rarement que le rhumatisme musculaire.

En résumé, on peut tirer de ce travail les conclusions suivantes :

1° Chez le cheval, il existe trois formes de rhumatisme :

Le rhumatisme musculaire, soit aigu, soit chronique;

La synovite rhumatismale, complication à peu près constante d'une pharite ou d'une péricardite;

Le rhumatisme articulaire, présentant à l'état aigu une variété bien tranchée, l'arthrite rhumatismale des poulains.

2° Chez le bœuf, on n'a observé que les deux formes musculaire et articulaire, avec une variété analogue à l'arthrite rhumatismale des poulains.

3° Chez le chien, le rhumatisme musculaire est la seule variété bien décrite; on connaît peu le rhumatisme articulaire.

4° Chez le porc, on n'a observé que l'arthrite rhumatismale à l'état aigu ou à l'état chronique.

5° Le mouton paraît exempt de maladie analogue au rhumatisme.

(1) Réaumur, *Art de faire éclore et d'élever en toute saison des oiseaux domestiques de toutes espèces*, t. I, p. 231.

—L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cœur.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR.

La parole est à M. BEAU.

Messieurs, je dois dire, en commençant, que je trouve M. Gavarret aussi sévère et aussi solennel dans son dernier discours que dans le premier. Il me semble qu'il l'a terminé avec beaucoup trop de fracas, et je ne comprends pas ce goût de jouer ainsi au procureur général, et de conclure toujours à la peine de mort.

M. Gavarret a attaqué tous les points de ma théorie, mais il ne m'a pas convaincu d'erreur, et je serai obligé de répéter ce que j'ai dit dans ma première argumentation. Quant aux sphincters des veines, à leur embouchure dans les veines, est-il vrai, oui ou non, que Gerdy les ait décrits? On ne peut le contester. Il les avait donc vus; ils existent. A la vérité, il a imaginé, dans le même passage de son livre, un reflux du sang dans les veines, comme il en imaginait un dans l'oreillette même, à la suite de la contraction du ventricule. Je ne suis pas responsable des hypothèses de Gerdy, mais je tiens pour bonnes ses démonstrations anatomiques.

M. Gavarret ne peut pas accepter que le ventricule soit vide et au contact de ses parois pendant le temps de repos. Je me réfugie dans l'observation du fait et je dis : le ventricule, au deuxième temps, est vide, parce qu'à l'œil et au doigt on constate très-facilement qu'il est ainsi. Il en est de même relativement à la force de 200 grammes qu'invoque M. Gavarret, et qu'il fait peser sur la valvule. Quand on fait une large incision dans le ventricule, ou qu'on le coupe en deux, on voit le sang sortir par jet à chaque battement ventriculaire et s'arrêter pendant le temps de repos.

J'avais dit qu'en diminuant la sensibilité du cardiographe, au lieu de l'augmenter, on obtiendrait des résultats opposés. Là-dessus, M. Gavarret me compare à Homère sommeillant : « *Quandoque bonus dormitat Homerus.* » On est toujours flatté de ressembler à Homère, même quand il sommeille. Cependant, je ne crois pas rêvasser en soutenant qu'en modifiant la sensibilité du cardiographe, soit en plus, soit en moins, on arrivera à des résultats opposés. Il ne faut pas que le progrès de cet instrument soit comparable à celui d'un instrument de musique sur lequel, en l'étudiant bien, on finit par jouer tous les airs possibles.

M. Gavarret veut que l'oreillette ait une cavité plus petite que celle du ventricule. Cette constatation est bien difficile. Je n'ai pas pu la faire exactement. M. Bizot n'avait pas été plus heureux. M. Sappey est disposé à croire que l'oreillette a plus de capacité que le ventricule.

MM. Chauveau, Marey et Gavarret s'efforcent de se persuader et de persuader aux autres que ma théorie des mouvements du cœur qu'il m'accordent vraie pour les grenouilles, a été transportée par moi, sans autre constatation sur l'homme et les mammifères.

Je dois dire que je l'ai vérifiée plusieurs fois sur les oiseaux et sur des mammifères de taille différente. MM. Chauveau et Marey doivent se rappeler que les *dissidences graves* qui ont eu lieu entre eux et moi, et qui les ont déterminés à recourir au cardiographe, ne portaient pas sur les mouvements du cœur de la grenouille, mais bien sur les mouvements du cœur du cheval à la vivisection duquel j'étais présent.

En résumé, les deux grands faits qui servent de base à ma théorie restent debout au milieu de cette discussion, et malgré les arguments de M. Gavarret, ce sont : 1° l'ampliation diastolique du ventricule dans le battement ventriculaire; 2° l'immobilité du ventricule avec vide et retrait de sa cavité au deuxième temps; ces faits défient tous les mouvements oratoires, tous les arguments, tous les instruments.

On dirait que M. Bouillaud ne peut pas se pardonner sa théorie des mouvements cardiaques sans mention des oreillettes, telle qu'elle est consignée dans ses leçons, rédigées et publiées par M. Racle ; je n'y puis que faire.

En réfléchissant à la théorie de M. Rouannet, qu'admet M. Bouillaud, on voit que le premier bruit, qui est censé produit par l'extension brusque de la valvule auriculo-ventriculaire, ne devrait pas avoir son siége un peu au dessus de la pointe ventriculaire, mais bien au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire, c'est-à-dire sur la base du cœur, parce que c'est à ce point que l'arrêt brusque de la valvule abaissée doit avoir lieu. Quant au deuxième bruit, on ne comprend pas comment le redressement des valvules semi-lunaires qui se fait dans le sens de l'axe du cœur, produise un déplacement en avant de la base. Ce mouvement sec se comprend bien mieux par la brusque expansion diastolique de l'oreillette.

Je dois dire à mes adversaires, qui ne semblent pas s'en douter, que j'admets que les bruits anormaux ont un mode de production fort différent de celui des bruits normaux : ils ont lieu aux orifices rétrécis ou insuffisants, où ils sont produits par le passage de l'ondée sanguine. Ce sont donc de véritables bruits valvulaires ; au contraire des bruits normaux qui se produisent dans la paroi des cavités cardiaques, ils diffèrent les uns des autres, comme des bruits du péricarde.

Le choc précordial, dit M. Bouillaud, est un résultat de la systole ventriculaire, parce que l'intensité de ce choc est très-marquée dans les cas où l'hypertrophie des ventricules est considérable. C'est précisément le contraire qui a lieu, en fait, et cela s'explique très-bien dans ma théorie, le ventricule hypertrophié opposant alors une résistance énergique, presque insurmontable à la systole auriculaire.

M. Bouillaud m'oppose encore la force de recul du cœur, admise par Guibrod, Skoda et M. Hiffelsheim. Je n'y crois pas. Le cœur est fixé par les gros vaisseaux qui lui servent de ligaments, et il ne change pas de place. Il y a dans l'organisme bien d'autres actes auxquels la force de recul serait applicable, comme les actes du chaot, par exemple, du cri, de la toux, de l'éternument, de la miction, etc., mais le poids du corps y met obstacle.

M. Barth a traité la question en grand, et il est revenu sur une foule de points déjà discutés. Pour abréger, je ne m'occuperai que de ceux qui apparaissent pour la première fois dans son discours... M. Barth pose en principe que l'oreillette ne peut se contracter, et c'est dans de simples dessins, dans des planches anatomiques qu'il puise ses convictions si solides et si consciencieuses!... Je ne m'arrêterai pas à discuter de pareils arguments. Qu'il consulte les partisans de la théorie ancienne, MM. Chauveau et Parchappe, et ils lui apprendront que l'oreillette se contracte d'une manière vive et énergique...

M. Barth m'a fait dire que le second bruit normal est isochrone à l'expansion aortique. Je repousse absolument cette coïncidence; j'ai toujours dit que le second bruit normal arrive *après* l'expansion artérielle...

M. Barth a trouvé quelquefois quatre pulsations des veines jugulaires pour une révolution cardiaque, et il voit là une objection à mon interprétation des bruits normaux. Quant à moi, je n'y vois qu'une anomalie pathologique en opposition avec toutes les théories physiologiques, qui doit faire penser à un dicrotisme du pouls veineux plus qu'à toute autre chose.

M. Barth a observé que, sur un grand nombre de cas de lésions valvulaires, il y avait des bruits anormaux qui étaient dès lors une *transformation* des bruits normaux. Qu'est-ce qui démontre cette transformation? Dans un grand nombre de cas d'insuffisance valvulo-aortique, il est facile de constater l'existence séparée du souffle pathologique et du bruit normal; celui-ci est simplement masqué ou étouffé par le bruit anormal dans une extrême étendue.

Nous allons aborder maintenant une question très-importante, dont mes adversaires se sont bien gardés de parler, c'est celle du rétrécissement auriculo-ventriculaire.

J'ai montré, dans un mémoire publié en 1839, que le bruit anormal du second temps, admis universellement, dans le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, était un corollaire pur et simple de la fausse idée que l'on avait du siége de la diastole ventriculaire, et par conséquent une fiction ou une illusion théorique... J'ai démontré que ce bruit existe réellement au premier temps, pour cette excellente raison que l'orifice auriculo-ventriculaire est traversé par l'ondée sanguine au premier temps, et qu'au second temps le même orifice est fermé et imperméable au sang.

Les seules exceptions à cette règle ont été relevées par M. Hérard; elles sont au nombre de quatorze! Quatorze depuis la découverte de Laennec! Et encore ces exceptions ne peuvent elles pas s'expliquer par la difficulté de savoir exactement si un bruit anormal donné doit être placé au premier ou au second temps?

M. Barth, de sa voix la plus grave, m'a reproché d'avoir conservé et défendu ma doctrine avec une ténacité désespérante. Pourquoi donc abandonnerais-je une théorie *simple* et *logiquement déduite* pour adopter un ramassis de théories anciennes, dans lesquelles il n'y a que fictions, obscurités et contradictions?

Me voilà, messieurs, arrivé au terme d'une discussion dans laquelle j'ai été seul contre tous!... Quelques-uns en concluront que je suis dans l'erreur. Puisque nous sommes, à ce qu'on dit, en véritable Cour d'assises, je demanderai le bénéfice des circonstances atténuantes, et je dirai : Les théories qui sont en majorité contre moi sont des théories contradictoires entre elles; c'est, dès lors, moins une majorité sérieuse qu'une coalition formée d'éléments hétéroclites. Or partout où il n'y a pas d'unité, il n'y a pas non plus de vérité.

M. BÉCLARD : Je ne veux pas, messieurs, répondre à M. Beau qui, lui-même, n'a opposé qu'une plaisanterie à ce que je lui avais dit après son premier discours. L'intervention de la Confédération germanique n'a rien à voir dans notre discussion, et je ne l'avais pas invoquée. M. Beau a paru s'étonner de la faveur plus encore que de la bienveillance avec laquelle l'Académie a accueilli mes paroles : « Les affirmations de M. Béclard, a-t-il dit, portent coup, plus que les démonstrations des autres. » Il ne tient qu'à M. Beau d'être traité de même. Qu'il s'efforce, comme je le fais, d'être clair et de n'apporter à cette tribune que des théories facilement compréhensibles. Je ne veux pas répondre à son dernier discours. Il n'a pas fourni d'argument nouveau, et mes honorables collègues, MM. Bouillaud, Gavarret et Barth ne m'ont rien laissé à dire. En serait-il autrement, je me tairais encore, car M. Beau se retranche, comme dans une barrière inexpugnable, dans une phys.ologie impossible. Je lui avais demandé de nous démontrer sur quoi il se fonde pour admettre qu'après la systole ventriculaire, le ventricule reste vide et ses parois au contact. Il ne l'a pas fait, mais il persiste à soutenir qu'il

en est ainsi. Nous ne combattons pas à armes égales, et je n'ai plus rien à lui dire.

M. Bouillaud veut simplement relever dans les paroles de M. Beau une inexactitude : la constatation d'un bruit de souffle au premier temps dans les cas de rétrécissement mitral n'a pas été, comme le prétend M. Beau, une découverte qui lui appartienne et un des premiers triomphes de sa théorie. L'existence de ce bruit avait été indiquée bien avant par M. Bouillaud, ainsi que le prouvent ses leçons recueillies à la Charité, et publiées, il y a trente ans, par M. Audry. M. Bouillaud avait nommé ce bruit : double bruit de souffle, souffle dédoublé, souffle prolongé au premier temps.

M. Gavarret demande la parole pour mardi prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1864; par M. le docteur Dumontpallier, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

Note sur le lieu précis où se montre le premier point d'ossification des os longs; par M. le docteur Charles Robin, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Le point d'ossification des cartilages précédant l'humérus, le radius, le cubitus, le fémur, le tibia et le péroné, commence sous forme d'une tache grisâtre, devenant bientôt opaque. Ce point débute au milieu de la longueur de ces cartilages, milieu qui en est la partie la plus mince. Ce n'est pas au centre du cylindre qu'il apparaît, mais à son côté interne, immédiatement sous le périchondre qui deviendra périoste, mais séparé de lui par une mince couche de substance de hyaline épaisse d'un centième de millimètre environ. A cette époque, le périoste est encore formé de corps fibro-plastiques fusiformes; par la direction de ceux-ci et par la teinte plus foncée de la mince couche qu'ils forment, il tranche sur la substance transparente du cartilage et sur les chondroplastes larges, arrondis ou ovoïdes, devenus larges en cet endroit, dont elle est parsemée (1). Ce point osseux est en forme de cône, à sommet mousse tourné vers l'axe du cartilage que d'abord il n'atteint pas, et sa base s'arrête net où cesse le cartilage sans empiéter sur le périoste qu'elle ne touche pas tout à fait. Cette base s'élargit à mesure que le sommet gagne du côté opposé, pour dépasser bientôt l'axe du cartilage et atteindre le périchondre du côté externe de l'organe, au côté diamétralement opposé à celui où la tache osseuse a débuté. Lorsque le point osseux atteint ce côté opposé, il s'est tellement élargi à sa base qu'il a perdu sa forme conoïde pour prendre celle d'un disque séparant le cartilage en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Dès l'époque où ce point osseux conique a empiété sur les deux tiers de l'épaisseur du cartilage, sa base est assez large pour qu'il ait déjà l'air d'un disque, surtout si au lieu de regarder l'organe en voie d'ossification par l'une de ses faces antérieure ou postérieure, il est placé de manière que cette base soit tournée sous le microscope vers l'œil de l'observateur.

Ainsi ce point osseux apparaît et s'avance dans le cartilage sous forme de cône aplati de haut en bas; il atteint le côté opposé et prend la forme d'un disque complet au milieu de l'os dont le cartilage préexistant est ainsi divisé en deux moitiés, avant que ce cartilage, le périchondre et ce point osseux lui-même possèdent des capillaires et de la moelle.

La substance du sommet du cône osseux qui empiète de plus en plus sur le cartilage est éloignée de tout périoste pendant cette progression et ne peut être considérée comme produite par celui-ci. Il en est de même des faces supérieure et inférieure de ce point osseux médian quand il a pris la forme d'un disque qui s'épaissit de plus en plus pour former bientôt un cylindre osseux diaphysaire, à mesure que ces deux faces empiètent sur le cartilage en s'avançant du côté des extrémités articulaires.

Au fond, ici encore, ce fait rentre dans le cas de l'antogenèse osseuse, ayant seulement lieu au sein du cartilage et non au milieu du tissu embryoplastique bordant la bouche, par exemple, ou du tissu fibreux des parois encéphaliques; et dans ce cas-là pas plus que dans ceux-ci on ne peut saisir la production ou prétendue sécrétion de l'os par un autre tissu, tel que le périoste, par exemple, ni le passage du noyau des corps fibro-plastiques de ce dernier à l'état d'ostéoplastes.

D'un embryon à l'autre on trouve des différences sensibles touchant l'ordre de l'apparition de ces points osseux. Quant à l'époque de leur apparition, la plupart des auteurs la font de cinq à huit jours plus récente qu'elle n'est en réalité, ainsi que le montrent les renseignements précis que parfois on peut prendre à cet égard. Sur un embryon long de 24 millimètres du périnée au vertex, la petite plaque triangulaire osseuse représentant la mâchoire supérieure à son début était longue d'un demi-millimètre, le point osseux de la mâchoire inférieure était grêle, long d'un millimètre; celui du cartilage de la clavicule occupait toute l'épaisseur de celle-ci et était long d'un millimètre. Le point osseux conoïde placé au côté cubital du cartilage de l'humérus n'empiétait pas au delà de la moitié de l'épaisseur de ce cartilage. Un point osseux de même forme existait sur le milieu de la longueur du cartilage du radius à son bord cubital et n'empiétait pas jusqu'au milieu de son épaisseur. A ce niveau, le bord opposé du cubitus, c'est-à-dire celui qui correspond au doigt auriculaire, présentait à la loupe et sous le microscope une petite tache grisâtre, plus foncée que le reste du cartilage, mais non opaque.

Un point osseux formant un petit disque occupait toute l'épaisseur du milieu du fémur et était un peu plus épais au côté interne de cet organe qu'au côté externe. Sur la face interne du cartilage du tibia existait un point osseux conoïde empiétant déjà sur les deux tiers de la partie moyenne de ce cartilage. Le bord tibial ou interne du cartilage du péroné montrait, vers le milieu de sa longueur, une tache grisâtre demi-transparente analogue à celle indiquée plus haut sur le cubitus, mais plus foncée.

Sur un embryon déjà long de 30 millimètres depuis le périnée jusqu'au vertex, les petites lames osseuses triangulaires du maxillaire supérieur étaient longues d'un millimètre; celles plus allongées, presque quadrilatères, du maxillaire inférieur, avaient près de deux tiers de millimètre de large et étaient longues de 2 millimètres et demi.

Le point osseux de la clavicule avait 2 millimètres de long. Celui de l'humérus était conoïde, comme sur l'autre embryon, mais plus gros; il empiétait déjà sur les deux tiers de l'épaisseur du cartilage précédant cet organe, sans que, contrairement à ce qu'on voyait sur l'embryon ci-dessus, il y eût encore trace sur le radius et sur le cubitus de point d'ossification, ni même de la tache grisâtre qui en annonce l'apparition.

Sur le fémur le point d'ossification occupait toute l'épaisseur du cartilage, mais était un peu plus épais vers sa face interne qu'à sa face externe. Sur le tibia existait un point d'ossification empiétant sur les trois quarts environ du cartilage, mais sans point osseux ni tache grisâtre même, dans le milieu du péroné. Ainsi dans les deux embryons les points d'ossification étaient plus avancés à la cuisse et à la jambe qu'au bras et à l'avant-bras; mais le plus jeune avait déjà un point osseux au radius et des traces d'apparition prochaine de l'os au milieu du cubitus et du péroné, alors qu'il n'y en avait pas sur ces derniers cartilages chez un fœtus plus long de 6 millimètres pour le tronc et la tête seulement.

On remarquera aussi que ces points osseux des trois os longs de chaque membre apparaissent à leur côté interne, de sorte qu'il n'y a que pour l'humérus que le lieu occupé au début par ce point osseux conique, coïncide avec l'endroit qu'occupera plus tard le canal nourricier de l'os.

Toutes les fois que l'os naît dans un cartilage et se substitue à lui, celui-ci a déjà, lors de l'apparition de la substance osseuse, la forme générale de l'organe osseux qui le remplace peu à peu; mais jamais l'os ne se produit dans tout le cartilage à la fois et lors de son apparition il n'a ni la forme du cartilage au sein duquel il naît, ni celle qu'il aura par la suite. Ce dernier fait, du reste, s'observe également pour les os qui naissent sans cartilage préexistant.

Toutes ces données prouvent qu'on ne peut avoir une notion exacte du développement du système osseux en général et de chaque os en particulier, si on l'étudie, ainsi que cela est l'usage, en faisant abstraction de la forme et des autres caractères du cartilage préexistant à l'os; si l'on détruit ce cartilage par la putréfaction pour ne conserver que l'organe osseux qui vient de se substituer à lui. Il importe, au contraire, de savoir pour chaque os, quand et comment naît le cartilage qui le précède, quand et comment naît la substance osseuse dans celui-ci. Enfin, il n'importe pas moins de suivre ensuite et d'une manière parallèle, en quelque sorte, les phases du développement des deux parties, cartilagineuse et osseuse, de chaque pièce squelettique jusqu'à ce que celle-ci soit entièrement substituée à la première; car le cartilage continue à présenter des changements évolutifs considérables, après l'apparition de l'os dans son épaisseur.

(1) Ce serait vouloir se mettre de parti pris en contradiction avec la réalité que de chercher dans ces conditions de la génération des os, qui sont les plus habituelles, à faire provenir les ostéoplastes d'une modification quelconque des corps fibro-plastiques (*cellules plasmatiques* de quelques auteurs) ou de leurs noyaux, ainsi qu'ont voulu le faire quelques médecins, puisque ces éléments n'existent pas dans le cartilage où naît la substance osseuse. Nulle part, du reste, on ne voit à la place où naissent les maxillaires, les os de la voûte du crâne, non plus que dans le périoste les corps fibro-plastiques, ni les noyaux embryoplastiques rangés régulièrement autour des capillaires, comme le sont dans un ordre déterminé les ostéoplastes autour des canaux vasculaires dans le tissu osseux.

Ces notions une fois acquises, en procédant de cette manière, viendraient changer en bien des points les idées qui règnent encore sur ce qu'on nomme les lois de l'ostéogénie en particulier et sur le système osseux considéré soit dans la série des vertèbres, soit sur chaque espèce animale en particulier.

En conduisant à déterminer exactement la nature réelle des tissus par la connaissance des éléments qui les composent et par celle de leur mode de naissance et de développement, l'anatomie générale apporte ainsi de notables modifications dans la manière, jusqu'à présent adoptée, d'envisager les systèmes anatomiques, et donne à leur étude une importance plus grande que celle qu'on croyait devoir lui attribuer (1).

II. — Anatomie pathologique.

1° Présentation relative a diverses lésions de nutrition consécutives aux hémiplégies anciennes; par M. Bouchard, interne des hôpitaux.

Une femme (Hasard, Marie-Catherine), âgée de 79 ans, morte à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot (salle Saint-Jacques, 18), le 21 janvier 1864, était hémiplégique depuis trois ans. La paralysie avait débuté brusquement, mais sans perte de connaissance, par le bras gauche, et en même temps la parole était devenue impossible; il y avait eu aussi paralysie faciale du même côté. La malade put encore retourner chez elle; mais quelques heures après le début des accidents, la jambe gauche se prit également.

Cette paralysie n'a porté que sur le mouvement; la sensibilité a même paru exaltée, et souvent la malade se plaignait de douleurs du côté gauche. L'avant-bras gauche était plus chaud, plus coloré que le droit et présentait un état écailleux de la peau.

Il y a un an, la malade se plaignit de céphalalgie et présenta bientôt un délire maniaque très-prononcé.

A l'autopsie, on trouve un ramollissement jaune occupant le fond du sillon de Rolando, une partie de la circonvolution marginale antérieure avec la partie la plus postérieure de la deuxième circonvolution frontale et une certaine étendue de la circonvolution marginale postérieure. Les parties profondes de l'encéphale n'offraient aucune altération.

Au contraire, on trouve dans les membres du côté opposé à la lésion les altérations suivantes :

Les nerfs du côté paralysé sont notablement plus volumineux que ceux du côté sain, cette hypertrophie portant sur le tissu conjonctif interposé aux tubes nerveux.

Les muscles du côté paralysé sont atrophiés, friables, d'une coloration jaune rougeâtre, et sous le microscope présentent un grand nombre de granulations graisseuses dans les faisceaux primitifs dont la striation transversale a disparu. En même temps, il y a multiplication des noyaux du sarcolemme et accumulation d'un grand nombre de noyaux embryoplastiques entre les faisceaux primitifs.

Les articulations du côté malade présentent les altérations décrites par M. Teissier et attribuées par lui à l'immobilité prolongée : ramollissement, dépoli des cartilages, hyperémie de la synoviale. De plus, les extrémités osseuses sont considérablement raréfiées, et l'épaisseur du tissu compacte y est dans une proportion très-marquée moins considérable que du côté opposé.

Enfin, la matière médullaire qui, des deux côtés, a subi la transformation graisseuse sénile, est, dans les épiphyses du côté gauche, le siége d'hémorragies formant des ecchymoses plus ou moins étendues et rappelant l'aspect des os atteints de rachitisme au premier degré. Rien de semblable n'existe à droite.

2° Suppuration des voies biliaires; fièvre intermittente symptomatique; par M. V. Cornil.

D..., âgé de 83 ans, admise à la Salpêtrière le 14 septembre 1854, entre à l'infirmerie le 21 octobre 1863, dans le service de M. Charcot.

Le 20 octobre, elle avait éprouvé pendant la nuit un frisson suivi de chaleur et de sueur. Des accès fébriles tout à fait semblables la reprennent le 23, à deux heures du soir, et le 24, à onze heures du matin.

Le 25 octobre, elle a été prise d'un frisson violent avec tremblements, qui a duré depuis six heures du matin jusqu'à neuf heures. Pendant ces trois heures, elle était cyanosée et poussait des cris causés par une douleur qu'elle rapportait à la région du flanc gauche. A la visite du matin, le facies de la malade est très-altéré, la peau est chaude, la température centrale est de 40°, le pouls est fréquent, la langue blanchâtre, la bouche amère, la soif vive. L'auscultation de la poitrine est négative, à l'exception d'un bruit de souffle doux au premier temps du cœur, qui paraît être endocardiaque. Pendant son accès fébrile, elle laisse involontairement échapper ses urines.

(1) J'établis d'abord que les os existent à l'état cartilagineux avant de devenir solides par l'addition du phosphate de chaux, et je montre ensuite que c'est dans cet état primitif qu'il faut les observer, si l'on veut acquérir des notions exactes sur les phénomènes de leur formation. (Serres, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1861, t. LIII.)

Le soir, la température centrale est de 40°; la malade se plaint toujours de la région splénique. A la percussion, la rate paraît volumineuse et donne environ 12 centimètres de matité dans son plus grand diamètre.

On prescrit 80 centigrammes de sulfate de quinine.

26 octobre. Nouveau frisson ce matin, à cinq heures, suivi presque immédiatement de chaleur brûlante. La température de la peau est très-élevée au moment de la visite; la température centrale est de 39°½; le pouls est à 96 pulsations. La douleur est à la fois aujourd'hui au flanc gauche et à l'hypocondre droit. On la provoque très-vive par la pression au niveau des fausses côtes droites.

On prescrit 1 gramme de sulfate de quinine.

27 octobre. La malade a été abattue hier pendant toute la journée. Elle n'a pas eu de frisson. Ce matin, la face est très-altérée, la peau possède une teinte jaunâtre plombée. Le pouls est à 80 pulsations. La température centrale est abaissée à 37°⅘; la douleur de la malade est la même aux régions splénique et hépatique.

Les urines sont très-chargées et laissent déposer un sédiment rouge. Pas d'albumine.

On continue le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme.

28 octobre. Dans la journée d'hier, la malade a éprouvé deux frissons, l'un à midi, l'autre dans la soirée. Enfin, elle a été prise par un frisson ce matin, à huit heures. Elle se plaint de douleurs en ceinture allant d'une région hypocondriaque à l'autre. Langue sèche. Amertume de la bouche.

On prescrit 1gr,50 de sulfate de quinine.

29 octobre. Elle n'a eu de frissons ni dans la journée d'hier ni ce matin. La douleur, son siége aux hypocondres, dans les reins, l'amertume de la bouche, sont les mêmes. La face est jaunâtre, grippée. La peau est brûlante, la température centrale est de 39°½. L'auscultation ne fait rien entendre ni au poumon ni au cœur. La malade a rendu une selle bilieuse. Les urines ne sont pas albumineuses et ne contiennent pas de matière colorante biliaire.

Le soir, à sept heures et demie, frisson peu prolongé. La température centrale, prise quelques minutes après le début du frisson, donne 40°⅗. Pendant toute la nuit, elle a ressenti une chaleur brûlante dans tout le corps.

30 octobre. 100 pulsations. Température centrale à 38°½. La face est grippée, les mains violacées. La douleur des hypocondres a cessé complétement. On peut presser sur ces régions sans provoquer de douleurs.

Continuer le sulfate de quinine, 1gr,50.

Mort le 31 octobre, à une heure du matin.

Autopsie faite le 1er novembre. Le péricarde offre, sur la face antérieure du cœur, une petite plaque laiteuse. Le cœur contient du sang noir, sans caillots fibrineux; son volume est normal; l'aorte est suffisante. Les orifices auriculo-ventriculaires sont sains. La surface interne de l'aorte est remarquablement saine dans toute son étendue.

La plèvre droite renferme quelques cuillerées d'un liquide purulent dans lequel nagent de fausses membranes fibrineuses non adhérentes et molles.

Le larynx et la trachée sont normaux.

Le poumon droit présente, à la surface du lobe inférieur, des pseudomembranes infiltrées de pus, molles et peu épaisses. La partie postérieure du lobe inférieur est dure, résistante; on voit sur sa surface une plaque rouge lie de vin. Sur une coupe, la plaque précédente correspond à un noyau de la grosseur d'une noix, qui est dur et planiforme sur la surface de section. *Sa couleur est grisâtre, sans granulations, et l'on en fait suinter du pus par la pression.* Ce noyau est entouré par un tissu vivement congestionné. Une petite artère pulmonaire de la grosseur d'une plume de corbeau, qui se rend à cette portion du poumon, est remplie par un caillot fibrineux adhérent. Ce caillot se termine brusquement à la limite externe du noyau de pneumonie purulente, et le reste du calibre de l'artère pulmonaire, en remontant dans ses branches plus volumineuses, est complétement libre. Le reste du lobe inférieur offre sur la surface de coupe de petits points rouges ecchymotiques. Les lobes supérieur et moyen sont congestionnés, ainsi que le poumon gauche.

Le foie est volumineux, mou; les lobules hépatiques sont assez gros, rouges à leur centre, gris à leur périphérie. La vésicule biliaire est petite, ne contient pas de calculs volumineux, mais seulement une assez grande quantité de gravier rouge biliaire. Les conduits biliaires sont presque tous remplis par de petits graviers dont les plus gros ont la grosseur d'un petit pois, qui sont durs, rugueux, rouges, et de sable fin de même nature; ils sont composés de pigment et n'oblitèrent en aucun point les voies biliaires dans lesquelles ils sont libres. Tous ces canaux sont dilatés. En pratiquant une coupe à la face inférieure du foie, on tombe *dans un accès purulent*. Le liquide qui s'échappe est épais, comme gélatineux ou caséeux, blanchâtre; il est moins fluide, moins jaune que le pus ordinaire; il ressemble un peu à de l'amidon cuit. La poche qui renferme ce pus est anfractueuse et paraît lobulée à première vue; en l'ouvrant entièrement, on voit qu'au lieu d'une cavité unique, on a affaire à plusieurs canaux ramifiés qui se continuent directement

avec les canaux biliaires voisins et viennent se rendre dans l'une des deux branches principales du conduit hépatique. Les parois en sont formées par une membrane mince à fibres circulaires avec de petites glandes. *Ce sont des canaux biliaires dilatés, de la grosseur du petit doigt, et pleins d'un liquide purulent*. Dans le liquide de cet abcès on ne trouve pas de calculs biliaires. Les éléments anatomiques de ce pus sont des leucocytes à plusieurs noyaux mesurant de 0,009 à 0,014, et des cellules en fuseau et cylindriques.

Le tronc et les branches de la veine porte sont libres. La rate est volumineuse, molle, diffluente; elle mesure 13 centimètres en longueur.

Les reins ne sont pas altérés. Vessie normale. Le canal digestif, ouvert dans toute son étendue, ne présente aucune lésion.

L'utérus est petit; le vagin contient un liquide purulent, et sa muqueuse est tapissée par une couche pseudo-membraneuse mince et molle, sous laquelle elle est injectée.

Pas d'escarres. Aucune solution de continuité de la peau.

Les muscles psoas, iliaque et cervicaux sont sains; les côtes sont friables.

Les veines des membres ne renferment pas de caillots.

SÉANCES DE FÉVRIER 1864.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° De l'altération de l'aorte et du plexus cardiaque dans l'angine de poitrine; par M. Lancereaux.

L'incertitude des données que nous possédons jusqu'ici relativement au mode de production de l'angine de poitrine m'engage à faire part à la Société de quelques faits qui pourront peut-être servir à éclaircir un jour la pathogénie de cette affection.

Obs. — Un homme robuste, âgé de 45 ans, et qui à plusieurs reprises avait été traité à l'Hôtel-Dieu dans le service de clinique de M. le professeur Rostan, succomba tout à coup à un accès d'angine de poitrine. Après avoir été militaire pendant quatorze ans, ce malade qui, en Afrique, s'était adonné à des accès d'absinthe, habitait dans ces derniers temps Paris, où il exerçait la profession de terrassier. Au mois d'octobre 1862, revenant de son travail et ayant en face un vent froid et humide, il fut pris d'un accès d'étouffement qui l'obligeait à s'arrêter à chaque instant; la nuit il ressentit des douleurs dans les bras. A cette époque, soif très-vive et depuis longtemps exagérée; appétit violent. Des accès analogues au précédent et occasionnés, soit par le travail, soit par le café, soit par la marche contre le vent, surviennent de nouveau; le malade en compte plusieurs jusqu'au mois de janvier, où il se trouve un peu mieux; serrement épigastrique très-douloureux rémontant vers la gorge, s'y fixant et produisant une sensation d'étranglement; douleur parfois s'irradiant dans le bras gauche; anxiété précordiale intense, frissons, douleurs dans les oreilles; exagération de certaines sécrétions, sueurs abondantes au visage, impossibilité de retenir l'urine: tels sont les principaux phénomènes de ces accès dont la durée est généralement courte, de quelques minutes seulement.

En février et en mars, les accès deviennent plus fréquents. En mai, le malade est un peu mieux; au commencement de juin, il est pris à deux jours d'intervalle de deux nouveaux accès, dont le dernier est suivi de vomissements muqueux verdâtres. Le même accident se produit encore le 16 du même mois et dans les mois qui suivent. Dans l'intervalle des accès, ce malade n'est pas entièrement bien portant; il accuse des palpitations, une gêne et une sorte de malaise à la région précordiale, quelquefois même de la douleur. Il est du reste essoufflé sitôt qu'il monte un escalier ou qu'il marche un peu vite. A la base du cœur, l'oreille a la sensation d'un bruit de souffle peu prononcé, mais néanmoins très-distinct, qui a son siége à l'orifice aortique. Fréquence plus grande des accès dans le mois d'octobre; intensité plus considérable sur la fin de novembre et dans les premiers jours de décembre.

Le 5 de ce mois, survient un accès d'une violence inaccoutumée, et le 7, à dix heures du soir, la mort eut lieu tout à coup au début d'un nouvel accès.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une lésion de l'aorte. Entre les deux orifices des artères coronaires rétrécies au point de permettre à peine l'introduction d'un stylet, se trouve une plaque saillante de plusieurs centimètres d'étendue, à rebords festonnés, et composée en grande partie de tissu conjonctif de nouvelle formation. Situé entre la couche interne et la couche moyenne, le néoplasme paraît contenir dans son épaisseur de fines arborisations; la tunique externe de l'aorte était en tout cas, au niveau surtout de son adhésion à l'artère pulmonaire, le siége d'une vascularisation anormale extrêmement riche. Le plexus cardiaque qui, comme on sait, repose sur cette portion du vaisseau artériel, participait à cette vascularisation, et quelques-uns de ses filets se trouvaient compris dans une sorte de gangue ou de plasma appliqué à sa tunique externe épaissie. L'examen microscopique des filets nerveux et des ganglions montra d'une façon positive que de nombreux noyaux ronds se trouvaient interposés sous forme d'amas entre les éléments tubuleux qu'ils comprimaient plus ou moins; la portion médullaire de ces éléments était d'ailleurs grisâtre et grenue.

Ainsi, à la lésion de l'aorte venait s'ajouter une altération manifeste du plexus cardiaque, et dans la paroi du vaisseau, comme au sein du plexus nerveux, on constatait l'existence d'une vascularité exagérée et d'une hyperplasie des éléments de substance conjonctive.

Un tubercule calcaire, provenant sans doute d'un ganglion lymphatique crétacé, se rencontrait en outre au niveau du point de récurrence du nerf laryngé inférieur gauche, où il adhérait au névrilème. Les valvules aortiques à peine altérées étaient seulement un peu épaissies au niveau de leur bord adhérent. Le cœur, sain, contenait en petite quantité un sang noir et liquide. Les autres organes n'étaient pas lésés, le foie excepté, lequel était un peu gros.

Rapproché de deux cas que j'ai eu l'occasion d'observer dans ces dernières années, et dans lesquels la mort étant survenue subitement, je trouvai à l'autopsie une lésion aortique ayant même siége, mêmes caractères, et donnant également lieu à un rétrécissement notable des artères coronaires; ce fait porte à penser que l'angine de poitrine pourrait bien, dans quelques cas au moins, reconnaître pour cause une altération du plexus cardiaque; car si dans les deux derniers faits le plexus cardiaque ne fut pas examiné, l'altération de l'aorte à son niveau indique suffisamment qu'il ne devait pas être entièrement intact. Dans une autre circonstance et chez un malade qui, avec une affection cardiaque en apparence légère, offrait de temps à autre de violents accès de dyspnée, je rencontrai encore une lésion aortique très-analogue. On ne peut nier en tout cas, en présence des résultats expérimentaux fournis par la galvanisation du pneumo-gastrique, que l'altération du plexus cardiaque ne rende compte des symptômes et de la terminaison brusque et si souvent funeste des accès d'angine de poitrine.

Les faits dont il vient d'être question me paraissent, quoi qu'il en soit, mériter une certaine attention, quand surtout on sait la fréquence des lésions aortiques dans les cas d'angine de poitrine; de leur connaissance d'ailleurs résultent des indications thérapeutiques spéciales. A la phlegmasie de l'aorte et du plexus nerveux doivent en effet s'adresser les moyens de traitement, et comme pour arriver à un résultat utile en pareil cas, il importe de connaître les influences sous lesquelles se sont développées ces lésions, nous dirons que deux fois la diathèse rhumatismale, une fois l'abus du tabac et de l'absinthe ont paru produire les modalités pathologiques dont il s'agit.

II. — PATHOLOGIE.

1° Ictère grave; atrophie rouge aigue du foie; par le docteur Jules Worms.

Obs. — Tiéret, soldat au 4e régiment de voltigeurs de la garde, âgé de 29 ans, est au service depuis huit ans. C'est un individu trapu et très-fort. Il n'a jamais été malade et ne passe pas pour avoir été ivrogne. Ses camarades supposent qu'il a eu dans les dernières semaines qui ont précédé sa maladie quelques chagrins d'amour.

Il est établi que le jeudi 18 février il se portait parfaitement bien. Le lendemain, il monte la garde, se plaint au poste d'être sans appétit et de se sentir mal à l'aise. Le samedi, il fait une promenade à pied avec ses amis pour se remettre. Le dimanche, il se sent plus mal, éprouve des frissons, de l'abattement; il lui est impossible de se lever. Il éprouve des douleurs dans le ventre, et ses camarades remarquent l'apparition de la jaunisse. Dans la journée du lundi, l'abattement est à son comble, il survient des vomissements bilieux. On transporte le malade à l'hôpital dans la soirée du lundi (quatrième jour depuis l'invasion de la maladie). Le médecin qui le reçoit constate un ictère d'intensité moyenne, un refroidissement notable de la peau, un pouls lent et à peine sensible, un état d'abattement physique et d'anéantissement intellectuel qui lui fait porter le pronostic le plus grave.

Le malade succombe dans la matinée de mardi, après être resté depuis la veille au soir dans un état de torpeur constant et sans avoir rendu de matières stomacales ou intestinales, et n'avoir présenté aucune hémorrhagie. L'autopsie est faite douze heures après la mort.

La peau présente une coloration ictérique peu intense; mais les sclérotiques sont jaune ocre. Aucune ecchymose n'existe sur le corps; les gencives sont recouvertes d'une croûte sanglante.

Les poumons sont congestionnés aux deux bases.

Le cœur droit est rempli de sang poisseux, coagulé à peine dans quelques points. Les petits caillots sont gélatiniformes.

Le cœur gauche renferme du sang liquide grumeleux. Pas de coagulations dans les vaisseaux.

La rate mesure 14 centimètres de long sur 10 de large; elle est très-molle et friable.

L'estomac renferme 250 grammes de liquide noir d'encre; le microscope démontre que cette matière noire qui dépose au fond du vase est constituée uniquement par des globules de sang déformées. Le grand cul-de-sac de l'estomac présente des ecchymoses très-petites, nombreuses et disséminées. La couche muqueuse est ramollie.

Les reins ne présentent aucune altération ni apparente ni histologique.

Les parois de la vessie sont normales

Le bord inférieur du foie se trouve à trois travers de doigt an-dessus du rebord costal. Il présente une coloration *rouge foncée*. Il est très-petit et ressemble à un foie d'enfant. Le diamètre transverse n'est que de 24 centimètres; le perpendiculaire de la vésicule à l'émergence de la veine cave 15 centimètres.

Le foie ne pèse que 940 grammes (le poids moyen du foie de l'adulte est de 1,200 grammes).

La vésicule renferme 60 grammes de bile très-noire et épaisse.

La capsule de Glisson est plissée, épaissie en certains points et formant sur la glande des arborescences. Il est évident qu'il a constitué un revêtement trop ample pour la glande diminuée de volume.

La substance hépatique est très-ramollie et friable. A l'œil nu on n'est pas frappé par une notable modification d'aspect des différentes coupes du foie. Il y a bien un point liséré janne, mais qui est loin de présenter cette marqueterie propre à la cyrrhose.

L'examen microscopique révèle les faits suivants :

Les cellules hépatiques sont complétement détruites.

Çà et là seulement on voit des lambeaux d'enveloppes cellulaires.

Les granulations pigmentaires en grande abondance.

Quelques noyaux de cellule libres et subissant un commencement de transformation graisseuse; mais en somme il y a à peine des globules de graisse.

En somme, les caractères morbides du foie sont :

1° Une diminution approximative d'un quart sur le poids et le volume du foie;

2° La fonte complète des éléments glandulaires, les cellules hépatiques;

3° L'absence presque complète de la graisse;

4° L'abondance de granulations pigmentaires.

2° Albuminurie saturnine; par MM. A. Ollivier et Dodeuil.

INDIVIDU ROBUSTE QUI, AU BOUT DE DEUX MOIS DE SÉJOUR DANS UNE FABRIQUE DE BLANC DE CÉRUSE, EST PRIS DE COLIQUES DE PLOMB; ALBUMINURIE. MORT TRENTE-CINQ JOURS APRÈS DE PLEURO-PNEUMONIE. AUTOPSIE : LÉSIONS RÉNALES COMMENÇANTES, PRÉSENCE DU PLOMB DANS LES REINS.

Joseph Ducarme, âgé de 28 ans, chauffeur, entre le 30 décembre 1863 dans le service de M. Pelletan, à la Charité, salle Saint-Michel, n° 5. Cet homme est d'une vigoureuse constitution : il n'a jamais eu de maladie antérieure sérieuse. Manquant d'ouvrage, il entre à la fabrique de Clichy, où il reste deux mois; il s'est très-bien porté pendant les six premieres semaines. Les accidents datent de quinze jours; d'abord peu intenses, ils ont progressivement augmenté.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, les douleurs abdominales sont très-vives; elles siégent surtout dans les régions ombilicale et épigastrique.

Le ventre est rétracté; la pression modérée, avec la paume de la main, augmente un peu la douleur.

Le malade n'est pas allé à la selle depuis trois jours; son appétit a diminué, la langue est blanche, le liséré gingival est très-marqué.

Le pouls est calme; la percussion et l'auscultation n'indiquent aucune lésion thoracique.

Le soir même de l'entrée à l'hôpital, on administre au malade un éméto-catarthique assez énergique.

31 décembre. Le malade a eu de nombreuses évacuations; il est un peu soulagé. Les urines sont assez limpides, peu colorées. La chaleur et l'acide nitrique y décèlent une forte proportion d'albumine. (Prescription : bouillon de veau, lavement purgatif des peintres, une pilule d'extrait thébaïque 0,05, cataplasmes laudanisés, bouillons et potages.)

1er janvier. Les douleurs sont encore assez vives; la proportion d'albumine n'a pas varié. (Prescription : médecine commune du Codex.)

L'emploi d'un purgatif plus ou moins énergique est ainsi continué presque chaque jour.

Les coliques diminuent lentement.

L'examen des urines est fait avec exactitude. Aucune variation n'est constatée jusqu'au 12 janvier; mais le 13, le précipité est beaucoup moins abondant. Il reste assez faible pendant six jours; mais le 21, la quantité d'albumine apparaît de nouveau aussi forte qu'au début.

Le malade prend quelques bains sulfureux; son appétit revient graduellement; il mange deux portions.

Aucune autre variation n'est constatée du côté de la sécrétion rénale.

Les autres symptômes s'améliorent, mais avec beaucoup de lenteur.

28 janvier. Le malade éprouve depuis hier une vive douleur dans l'hypocondre droit. La pression est intolérable dans cette région. (Frictions belladonées.)

30 janvier. La douleur de l'hypocondre n'a pas disparu. De nouveaux accidents se montrent dans le thorax. Nous trouvons de la matité dans le tiers inférieur du poumon droit. Cette matité est presque absolue, tout à fait en bas. A l'auscultation, on perçoit quelques râles crépitants et de la broncho-égophonie. Les crachats sont un peu visqueux, mais n'ont rien de bien caractéristique. Le pouls est rapide et la dyspnée assez intense. (Potion avec tartre stibié.)

31 janvier. Les phénomènes thoraciques augmentent un peu d'étendue. L'état général est mauvais (Potion stibiée, vésicatoire; entre deux cuillerées de la potion contro-stimulante, on donne une cuillerée de vin de quinquina.)

2 février. Le malade continue à s'affaiblir; la pleuro-pneumonie fait des progrès; on entend de la broncho-égophonie, du souffle mêlé de râles crépitants, 36 respirations par minute, pouls faible, 104 pulsations.

Le malade succombe dans la nuit du 4 au 5 février.

Les urines n'ont pas cessé d'être albumineuses.

L'autopsie est pratiquée le 6 février.

A la base de la poitrine du côté droit, nous trouvons dans la plèvre un épanchement purulent d'environ 300 grammes. Entre les deux feuillets de la plèvre du même côté existent plusieurs petites collections purulentes en nappe.

Presque tout le lobe inférieur du poumon droit est atteint de pneumonie au second degré.

Le péricarde renferme près de 150 grammes de sérosité louche. La séreuse est nn peu injectée, mais elle n'est le siége d'aucun enduit.

L'intestin est revenu sur lui-même; il présente une injection modérée.

Les vaisseaux des reins se dessinent d'une manière très-nette à la surface de l'organe. Lorsqu'on pratique une coupe, on constate une injection des substance corticale et médullaire. Dans la substance corticale à la teinte rouge s'ajoute une nuance jaunâtre bien manifeste.

L'examen microscopique nous montre que les tubuli sont presque complétement remplis de cellules dissociées et de granulations. Dans les points où il n'existe à l'œil nu que de l'injection, les cellules épithéliales apparaissent granuleuses: dans ceux qui sont, au contraire, colorés en jaune, la paroi des cellules disparaît et le contenu granuleux s'accumule dans les tubes. Ce contenu, hâté par l'acide azotique et par l'alcool, se coagule. On calcina les deux reins en les arrosant d'acide azotique. Le résidu fut repris ensuite par l'eau distillée, puis abandonné au repos pendant vingt-quatre heures; on filtra le liquide ainsi obtenu, puis on versa quelques gouttes de sulfhydrate d'ammoniaque, et il se forma un léger précipité noir.

III. — Pathologie comparée.

Du sarcopte de la gale chez le rat, par M. Legros.

Ayant eu dernièrement à ma disposition trois rats atteints de la gale, j'en ai profité pour étudier le sarcopte particulier à cette espèce.

C'est au jardin des plantes que ces animaux ont été pris ; ils servaient à des expériences physiologiques dans le cabinet de M. le professeur Longet, à l'Ecole pratique. L'affection se trouvait limitée aux oreilles et aux parties génitales. On trouve, sur ces points, des croûtes jaunâtres en assez grand nombre, envahies par l'insecte parasite; les oreilles surtout, chez un de ces animaux, étaient tellement malades qu'elles n'étaient plus reconnaissables : elles formaient de chaque côté de la tête deux monticules, sur lesquels les sarcoptes, avec leurs œufs et leurs nymphes, étaient rapprochés au point de se toucher.

Examinés au microscope, les insectes adultes présentent une grande ressemblance avec le sarcopte de l'homme, mais ils en diffèrent par plusieurs particularités intéressantes. Le sarcopte du rat n'a point, comme celui de l'homme, le ventre couvert de poils; la partie postérieure du corps en est également dépourvue; sur les parties latérales, les poils que l'on remarque sur le parasite de l'homme sont remplacés par de petites saillies cornées; enfin, chez celui du rat, les pédicules qui supportent les ventouses sont beaucoup plus courts.

Ces différences paraissent suffisantes pour que l'on soit autorisé à considérer le sarcopte du rat comme une espèce à part : elle n'est d'ailleurs décrite dans aucun ouvrage.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies vénériennes; leçons cliniques sur les affections blennorrhagiques, le chancre et la syphilis; par le docteur Edmond Langlebert, professeur libre de clinique et de pathologie spéciales; recueillies et publiées par M. Evariste Michel, chef de clinique au dispensaire du docteur E. Langlebert; revues par le professeur. — Paris, F. Savy, libraire-éditeur. 1864.

Dans une analyse récente (1), nous avons exposé les points les plus

(1) *Gaz. Méd.*, 1864, n° 19, p. 296.

controversés de la syphiliographie, ce qui nous permettra aujourd'hui d'insister plus particulièrement sur les idées doctrinales développées par M. E. Langlebert dans son *Traité des maladies vénériennes.*

Cet ouvrage se divise en deux parties principales : la première traite de la blennorrhagie et de ses conséquences, et la seconde comprend l'étude du chancre et des diverses manifestations de la syphilis.

Cette division fait pressentir immédiatement l'opinion de l'auteur en faveur de la non-identité de la blennorrhagie et de la syphilis, qu'il considère, en effet, comme deux maladies essentiellement distinctes sous les divers points de vue de leur origine, de leurs effets consécutifs et de la thérapeutique qui leur convient.

Nous passerons rapidement sur la première partie qui embrasse, dans autant de chapitres distincts, l'étude de la blennorrhagie en général, de la blennorrhagie urétrale chez l'homme, de la balanoposthite, de la blennorrhagie chez la femme, des blennorrhagies communes aux deux sexes (prétendues blennorrhagies nasale, buccale et ombilicale), de l'épididymite et de l'orchite blennorrhagiques, de l'arthrite blennorrhagique et de l'ophthalmie blennorrhagique.

Dans ces diverses questions, M. Langlebert a ajouté à l'exposé succinct de nos connaissances les plus usuelles les résultats féconds de sa vaste expérience et de ses études spéciales. Sous ce double rapport, la prophylaxie et la thérapeutique de ces diverses affections méritent une mention particulière pour les développements pratiques dans lesquels l'auteur est entré.

Relativement aux prétendues blennorrhagies nasale, buccale et ombilicale qui, d'après quelques chirurgiens, pourraient affecter les deux sexes, notre honorable confrère s'empresse de déclarer que si, théoriquement, ces blennorrhagies sont possibles et se trouvent, à ce titre, dans les livres, toutefois on ne les voit jamais sur les malades. La seule blennorrhagie véritable commune aux deux sexes est la blennorrhagie anale, qui, d'ailleurs, est excessivement rare, et qui est presque toujours, chez l'homme, le résultat d'une contagion due à des rapports antiphysiques, tandis que chez la femme elle peut encore se produire par suite du contact de la matière blennorrhagique, qui, de la vulve ou du vagin se porte à l'anus en suivant le raphé périnéal.

Ajoutons qu'il importe essentiellement de ne pas confondre cette maladie, ni avec les suintements de l'anus qui accompagnent souvent les hémorrhoïdes, le prurigo et l'eczéma, ni avec les écoulements blennorrhoïdes qui proviennent de chancres, de plaques muqueuses ou de toute autre lésion de nature syphilitique.

Dans la seconde partie, l'auteur s'occupe successivement : du virus syphilitique, du chancre en général, du chancre simple et bubon, du chancre infectant et bubon, de l'unicité du virus syphilitique, de la syphilis secondaire d'une manière générale et dans ses diverses localisations sur la peau, les muqueuses, etc., de la syphilis tertiaire envisagée également dans ses généralités ainsi que dans ses diverses manifestations; enfin, de la syphilis infantile.

Nous allons poursuivre l'analyse de cet ouvrage d'après l'ordre même adopté par l'auteur, et, tout en faisant spécialement connaître au lecteur les opinions de notre distingué confrère, nous éviterons de discuter les questions litigieuses que nous avons déjà examinées à l'occasion de notre compte rendu sur le *Traité de pathologie syphilitique* de MM. Belhomme et A. Martin.

Le chancre est-il la cause ou le premier effet de l'infection constitutionnelle? En supposant, dit M. Langlebert, qu'il fût rigoureusement prouvé que tous les autres virus sont instantanément absorbés et immédiatement répandus dans tout l'organisme, cela n'établirait qu'une simple présomption, et nullement la certitude d'une action semblable de la part du virus syphilitique; car si la nature a donné aux différents groupes d'êtres ou d'objets qu'elle a créés des caractères communs qui les rapprochent, elle a aussi donné à chacun de ces êtres ou de ces objets des propriétés individuelles qui les distinguent... D'ailleurs, la pustule maligne n'est-elle pas, de l'aveu de presque tous les auteurs, non-seulement le premier et quelquefois l'unique effet de l'inoculation du virus charbonneux, mais encore celui dont dépend le développement de tous les symptômes généraux ultérieurement produits par l'absorption de cet agent morbide?...

De la longue discussion à laquelle il se livre, notre honorable confrère déduit les conclusions suivantes : 1° le chancre, dans sa forme initiale ou élémentaire, ne peut être considéré comme une lésion appartenant en propre à la syphilis constitutionnelle; 2° le chancre est au début un accident local, et, dans tous les cas, le produit immédiat et exclusif du virus primitivement inoculé; 3° l'infection générale est la conséquence et non la cause du chancre; 4° même sur un organisme déjà infecté, le chancre n'est et ne peut être que le résultat d'un travail local, pour la production duquel il est nécessaire qu'une nouvelle quantité de virus soit inoculée.

La conclusion pratique qui découle finalement des propositions précédentes, et que conseille logiquement M. Langlebert, c'est qu'il faudrait *cautériser immédiatement*, et dès son apparition, la plus petite solution de continuité d'apparence douteuse, afin de prévenir l'infection consécutive. Et cependant l'auteur avoue lui-même, à la page 263, qu'en détruisant par le caustique un chancre infectant peu de temps après son apparition, on n'empêche pas toujours les accidents généraux de la syphilis de se manifester à leur époque ordinaire.

Si nous ajoutons que, d'après M. Langlebert, l'infection générale se fait à une époque ordinairement assez rapprochée du début et *que l'on a vainement cherché à préciser*, au point que notre confrère a vu la vérole se manifester à la suite de chancres qu'il avait détruits deux jours après leur apparition, on ne saurait méconnaître qu'on ne possède que fort rarement la certitude de pouvoir cautériser assez tôt l'érosion chancreuse dont le début peut facilement passer inaperçu pendant vingt-quatre heures et plus; et si nous rappelons encore que même la cautérisation immédiate, hâtive, ne met pas toujours obstacle à la manifestation des accidents généraux consécutifs, il faut bien en conclure que le traitement abortif du chancre est excessivement restreint dans ses applications pratiques et très-incertain dans ses effets ultérieurs.

D'ailleurs, n'oublions pas que, si le chancre est induré, toute cautérisation devient inutile; elle est même le plus souvent nuisible, ajoute l'auteur, car non-seulement elle n'empêche pas l'infection syphilitique, dont l'induration est le premier témoignage, mais encore elle retarde la cicatrisation du chancre. Impuissante à entraver la reproduction de l'ulcère, la cautérisation ne fait qu'augmenter son volume et accroître son induration.

Enfin, même pour le chancre simple, et alors même qu'il siége dans des régions accessibles à nos agents modificateurs, il faut, avant de procéder à la cautérisation, prendre en sérieuse considération l'étendue et la profondeur de l'ulcère. « Car si, pour obtenir la réduction du point virulent, nous nous exposons à produire d'irréparables pertes de substance, de larges et indélébiles cicatrices, mieux vaudra nous abstenir d'un pareil moyen. » (P. 417.)

Nous ne pouvons, d'ailleurs, nous ranger de l'avis de l'auteur, lorsqu'il dit : « Il faut faire pour le chancre ce qu'on fait pour la morsure du chien hydrophobe, pour la piqûre d'un reptile venimeux, etc : il faut le détruire complétement dès son apparition. » (P. 413.) S'il ne s'agissait que du chancre inoculé, l'analogie serait complète et le précepte excellent, à la condition de détruire immédiatement après, par la cautérisation, la plaie virulente qu'aurait produite la lancette inoculatrice. Mais lorsqu'à la suite de rapports sexuels, apparait au bout de huit, dix, quinze jours après la contamination, une papule ou même une simple rougeur, légèrement prurigineuse qui se transforme plus tard en un chancre infectant, nous ne retrouvons plus cet ensemble de circonstances qui puissent nous permettre de comparer cette ulcération syphilitique tardive à la plaie immédiate produite par un chien enragé ou un serpent venimeux, et, par conséquent nous nous refusons à admettre que le même traitement abortif doive être appliqué dans les deux cas.

Somme toute, et à ne considérer, d'une part, que l'incertitude dans l'opportunité et dans le résultat final de ce moyen thérapeutique, et, d'autre part, les nombreux inconvénients immédiats et consécutifs qui peuvent en résulter, il nous paraît rationnel de proscrire d'une manière absolue la cautérisation préventive et destructive des diverses ulcérations chancreuses, alors même qu'on n'admettrait point avec M. Langlebert que le chancre infectant soit la première manifestation de la diathèse syphilitique.

Longtemps on avait dénié aux divers animaux la faculté de pouvoir contracter par des inoculations l'ulcération syphilitique. Mais, grâce aux expérimentations nombreuses de M. Auzias, confirmées par celles de M. Langlebert, grâce aussi aux contre-épreuves courageuses de MM. Diday et Melchior Robert, il est aujourd'hui incontestable que non-seulement le virus syphilitique est inoculable à certains animaux, mais encore que les ulcérations spécifiques développées sous son influence fournissent un pus inoculable à l'homme. Toutefois, d'après l'auteur, aucune expérience suffisamment concluante n'a démontré jusqu'ici que les animaux, susceptibles d'être affectés de syphilis primitive, soient aptes à la syphilis secondaire ou constitutionnelle.

Le chancre infectant est loin de revêtir toujours la même physionomie; et pour les dualistes cependant, il ne peut être indifférent de savoir reconnaître les divers aspects de l'ulcération spécifique. Voici,

d'après la vaste expérience de notre savant confrère, les différentes formes du chancre infectant.

1° Des chancres infectants qui, pendant toute leur durée, ressemblent exactement à des chancres simples, fond grisâtre, chagriné, vermoulu; bords taillés à pic, suppuration abondante; absence d'induration;

2° Des chancres infectants conservant l'aspect de chancres simples pendant deux, trois ou quatre semaines, et qui, ensuite, s'indurent spécifiquement;

3° Des chancres infectants qui, au début, ressemblent encore à des chancres simples, mais qui, au bout de cinq ou six jours seulement, s'indurent plus ou moins fortement, et prennent alors les caractères classiques du chancre dit huntérien;

4° Des chancres infectants se développant d'une manière lente et tardive, commençant par une papule ou une simple rougeur qui devient le siége d'une érosion superficielle, indolente, suppurant peu, à surface rouge plus ou moins large et mal circonscrite; érosion quelquefois fortement indurée, mais le plus souvent parcheminée. Cette variété de chancre infectant est celle qu'engendre le plus souvent l'inoculation du virus provenant des lésions secondaires de la syphilis;

5° Des chancres infectants atteints de phagédénisme ordinaire, s'étendant en surface et en profondeur;

6° Des chancres infectants atteints de phagédénisme superficiel ou épithélial.

A l'occasion de l'analyse que nous avons faite en avril 1861 des ouvrages de M. Rollet et Melchior Robert, nous avons insisté sur les contradictions capitales qui existaient depuis quelques années dans le camp des syphiliographes. A ce sujet, M. Langlebert, dans le chapitre consacré à l'unicité du virus syphilitique, expose avec autant d'esprit que de talent les théories diverses qui ont successivement contribué à produire de nos jours un véritable « chaos syphiligraphique. »

En résumé, dit l'auteur, la science et l'humanité sont bel et bien, de par la loi nouvelle, en possession de cinq chancres :

1° Le chancre simple, chancre antique de M. Bassereau, ou *chancrelle* de M. Diday;

2° Le chancre infectant, ou chancre de la Renaissance;

3° Le chancroïde de M. Maratray, ou *induroïde* de M. Diday, considéré par M. Clerc comme le père de la chancrelle;

4° Le chancre simple chancroïdien, ou *chancrelle chancroïdienne*, issu du précédent;

5° Le chancre mixte, ou *chancre mulet* de M. Rollet.

Relativement à ce dernier ulcère, voici comment M. Langlebert nous expose les nouvelles propriétés du chancre mixte, d'après le numéro du 1er juillet 1863 de la *Gazette médicale* de Lyon :

« Un chancre infectant a-t-il communiqué un chancre simple? Chancre mulet âgé d'un à quinze jours! Un chancre simple a-t-il transmis un chancre infectant? Chancre mulet âgé de plus de trente jours! Un chancre d'abord simple s'est-il tardivement induré et transformé en chancre infectant? Chancre mulet issu d'un mulet âgé de quinze à trente jours! Le pus d'un chancre infectant s'est-il inoculé sur un individu syphilitique? Toujours le chancre mulet!

« Heureux mulet! plus heureux cent fois que ses pareils, généralement inféconds, puisqu'il peut à volonté, et selon les besoins de la doctrine, reproduire soit son père, le chancre infectant, soit sa mère, la chancrelle, et, ce qui est bien plus fort, se reproduire lui-même! »

En somme, puisque, pour M. Rollet, le chancre mixte, le chancroïde et le chancre simple chancroïdien ne font qu'une seule et même espèce, la nouvelle doctrine de l'Antiquaille, désignée par M. Langlebert sous le nom de *trinitisme*, reconnaît l'existence de trois virus syphilitiques, tandis que le *dualisme* de M. Bassereau n'en admettait que deux. Mais rassurons-nous, écrit M. Langlebert; et, au lieu de trois ou quatre virus qu'il faudrait pour expliquer clairement, et au gré de chaque inventeur, cette filiation fantastique de chancres, de chancroïdes et de chaucrelles, un seul virus suffit, ainsi que nous allons le démontrer sans employer d'autres arguments que ceux que vont nous fournir la clinique, l'expérimentation et le sens commun.

Hâtons-nous d'ajouter que, dans cet excellent chapitre, notre honorable confrère a établi sur des preuves aussi complètes qu'irréfutables, l'inanité des prétentions doctrinales du dualisme et du trinitisme syphilitiques. Reprenant un à un les divers caractères différentiels du chancre simple et du chancre infectant, dont la distinction constitue l'argument capital de la dualité, M. Langlebert a démontré par des faits nombreux, émanant d'observateurs divers et compétents, que la clinique aussi bien que l'expérimentation infirmaient d'une manière incontestable ces prétendues distinctions radicales entre ces deux variétés d'ulcérations chancreuses.

Nous n'insisterons pas sur cette importante question, que nous avons déjà développée en partie dans un de nos précédents articles bibliographiques (1), et nous nous bornerons à recommander tout particulièrement la lecture de cet intéressant chapitre qui se termine par les conclusions générales suivantes :

1° Il n'existe qu'un seul virus syphilitique ou vénérien.

2° Ce virus, suivant les organismes ou les régions sur lesquels il se développe, suivant l'âge ou la nature des lésions qui le sécrètent, peut se modifier et présenter des degrés différents d'intensité; mais il conserve toujours son individualité, c'est-à-dire son essence propre, une et identique.

3° De même que le virus variolique produit la variole, la *vaccine* (notre confrère s'est trop hâté d'adopter à ce sujet l'opinion de M. Depaul), la varioloïde et la varicelle; le virus morveux, la morve et le farcin; le virus charbonneux, la pustule maligne, l'anthrax malin et la fièvre charbonneuse...; de même le virus vénérien ou syphilitique peut produire, soit le chancre simple, compliqué ou non de phagédénisme, soit le chancre infectant et la syphilis constitutionnelle. Il y a analogie complète, sous ce rapport, entre ce dernier virus et la plupart des autres agents morbides de cet ordre : *unité dans la cause, variétés des effets.*

4° Les divers états pathologiques créés par les virus variolique, morveux, etc, se transmettent le plus souvent dans leur variété; de même aussi se transmettent le plus souvent dans leur variété le chancre simple et le chancre infectant. Mais cette transmission n'est pas constante : l'une de ces variétés peut engendrer l'autre et réciproquement, ce qui démontre leur *communauté d'origine et de nature.*

5° Le chancre simple et le chancre infectant ne sont donc autre chose que des manifestations morbides d'un même principe, dont les effets variés dépendent, soit de conditions organiques, constitutionnelles ou locales, soit de propriétés inhérentes au virus lui-même.

On ne pouvait mieux dire, et l'on ne saurait mieux expliquer la diversité d'action du virus syphilitique unique.

Arrivons maintenant à la thérapeutique des chancres qui est, pour nous, la contre-épreuve de nos connaissances sur la nature intime de ces ulcérations. Pour les dualistes, nul ne l'ignore, le chancre infectant seul réclame un traitement mercuriel interne, tandis que pour la guérison du chancre simple on ne doit employer exclusivement que des moyens locaux.

Pour M. Langlebert, lorsque la cautérisation préventive n'a pu être appliquée dès l'apparition de l'érosion chancreuse, « la première indication à remplir consiste à reconnaître si le chancre est simple ou infectant (p. 416)...

« Dans le plus grand nombre des cas, un traitement général est inutile pour le chancre simple (p. 422)..... Si pour le chancre simple on a pu se borner à un traitement *exclusivement local*, ce traitement devient tout à fait insuffisant en présence d'un chancre induré. »(P. 429.)

En vérité, nous ne pouvons adhérer à ces conclusions thérapeutiques, qui, si elles étaient l'expression fidèle de la vérité scientifique, seraient en définitive la consécration des doctrines victorieusement combattues par notre savant confrère. Nous comprendrions moins la persistance et la vivacité des discussions entre les unicistes et les dualistes, si tant de luttes et d'efforts devaient aboutir aux mêmes résultats pratiques. Et c'est parce que la nature différente des deux chancres entraîne inévitablement une différence radicale dans leurs traitements respectifs, que les partisans de l'unicité défendent avec autant de chaleur et d'insistance les bases premières de leur édifice doctrinal.

En somme, pour apprécier s'il y a opportunité d'administrer le mercure à l'intérieur dans les cas de chancre simple, il s'agit de déterminer s'il est toujours possible et facile de distinguer les deux espèces d'ulcérations chancreuses, et, finalement, si des accidents constitutionnels ne se sont point montrés sans l'intermédiaire obligé du chancre infectant.

Or que lisons-nous dans l'ouvrage de M. Langlebert : « J'insiste sur ce fait très-utile à connaître dans la pratique, le chancre simple et le chancre infectant ne se distinguent par *aucun* caractère anatomique suffisant pour permettre, dans tous les cas, de porter un diagnostic certain. Ce n'est que lorsqu'il a infecté, et par des signes apparents, non pas à l'ulcération chancreuse, mais à l'infection elle-même, que l'on peut reconnaître qu'un chancre est infectant. »

(1) *Gaz. Méd.*, 1864, p. 296 et 297.

(P. 383.) Et M. Ricord lui-même, cité par l'auteur, n'a-t-il pas écrit aussi : « Le diagnostic du chancre présente *souvent* assez de difficultés pour tenir en échec le jugement des praticiens les plus exercés? »

Mais quels sont, pour l'auteur, les premiers signes qui indiquent l'infection syphilitique, et par conséquent qui font reconnaître le chancre infectant? D'abord l'induration spécifique du chancre, et en second lieu, l'engorgement des ganglions lymphatiques circonvoisins.

« De ce qu'un chancre est induré, dit M. Langlebert, ne vous hâtez pas de conclure qu'il est infectant. Cette induration peut n'être, en effet, qu'une complication accidentelle d'un chancre simple. (p. 329.) Quant à l'induration spécifique, je dirai, avec M. Ricord, qu'elle n'a de valeur et d'importance réelle dans le diagnostic que lorsqu'elle existe; car des chancres privés de ce caractère n'en conservent pas moins *toutes* leurs propriétés, tant sous le rapport de la contagion que sous celui de la production des accidents consécutifs (p. 381)... Les chancres de l'anus, ceux qui occupent la partie moyenne du gland, les chancres de l'orifice vulvo-vaginal, des caroncules myrtiformes, du vagin, du col de l'utérus, ne s'indurent *presque jamais*, et cependant ils sont *souvent* infectants. » (P. 328.)

Ainsi, l'induration spécifique du chancre peut fréquemment faire défaut, alors même que des accidents consécutifs ne laissent nul doute sur la nature de l'ulcère infectant. Je crois, dit M. Cullerier, que le chancre le plus simple, « le plus exempt d'induration locale, peut être suivi d'accidents constitutionnels. Tous les jours je suis témoin de faits semblables chez mes malades de Lourcine. » Et notre honorable confrère ajoute : Comme M. Cullerier, j'ai vu, et je pourrais ici en produire de nombreuses observations, des cas de syphilis constitutionnelle qui ont eu pour point de départ des chancres sur lesquels je n'ai pu constater la moindre trace d'induration, aussi bien chez l'homme que chez la femme. » (P. 382.)

Quant à la pléiade ganglionnaire, caractéristique, pour M. Langlebert, de l'infection générale, il nous suffira de rappeler que, sur 432 cas de syphilis constitutionnelle, M. Bassereau lui-même, le créateur du dualisme syphilitique, a constaté l'absence de l'adénite spécifique 45 fois, soit une fois sur 9, 6. Nous concluons donc avec l'auteur que, comme l'induration, l'adénite symptomatique du chancre infectant n'a de valeur pour le diagnostic que lorsqu'elle existe.

En résumé, des accidents consécutifs peuvent survenir sans que le chancre présente d'induration spécifique ni s'accompagne de la pléiade ganglionnaire caractéristique, c'est-à-dire sans que l'ulcération offre aucun des caractères spécifiques du chancre infectant, en un mot, alors qu'il s'agit d'un chancre simple.

Dans ces circonstances, dont la grande fréquence n'a pas été suffisamment appréciée jusqu'ici, il nous paraît indubitable qu'on ne peut se refuser à prescrire le traitement mercuriel. Et si, au lieu d'admettre avec M. Langlebert que l'infection syphilitique soit consécutive à l'apparition du chancre, on partage l'opinion inverse de Baumès, Vidal de Cassis, M. Cazenave, MM. Belhomme et Martin, etc., à laquelle nous nous rallions complétement, on comprendra d'autant mieux que le traitement mercuriel soit conseillé dans tous les cas d'ulcération chancreuse et dès leur apparition, que notre honorable confrère n'approuve pas les médecins qui « attendent, pour administrer les antisyphilitiques, que la vérole se soit manifestée par ses formes secondaires. C'est perdre un temps précieux. A quoi bon temporiser, pourquoi tergiverser? Le traitement mercuriel atténue les accidents constitutionnels et en abrége la durée. *Il faut donc l'administrer le plus tôt possible.* » Telle est aussi notre manière de voir.

Mais, nous dira-t-on, dans tous les cas de chancre simple les accidents constitutionnels ne se montrent point, et dans de pareilles circonstances, le traitement antisyphilitique est par conséquent inutile. Si l'on n'oublie point que l'évolution de la syphilis, semblable, du reste, à celle des autres affections virulentes, peut se produire avec une acuité extrême tout aussi bien qu'avec une lenteur excessive, puisque pour l'auteur lui-même, certains accidents syphilitiques peuvent ne se montrer que dix, vingt et même trente ans après la première explosion du mal; si nous ajoutons encore que pour Vidal de Cassis, Melchior Robert, etc., les accidents tertiaires se montrent parfois sans l'intermédiaire obligé des accidents secondaires, et longtemps après l'apparition exclusive d'un chancre, on ne saurait méconnaître que, dans certains cas de prétendus chancres simples sans infection générale consécutive, une observation plus longue et minutieuse aurait fait découvrir plus tard des traces non équivoques de l'infection syphilitique préexistante.

Et c'est en prévision de ces manifestations même éloignées de la syphilis, qu'un traitement mercuriel nous paraît indispensable dans tous les cas d'ulcération syphilitique véritable, chancre simple ou chancre infectant.

Relativement à la syphilis primitive, notre honorable confrère s'occupe avec beaucoup de soin de la *prophylaxie individuelle*, au sujet de laquelle il expose son contingent de recherches personnelles ainsi que les divers moyens préservatifs du chancre et de la syphilis qui ont été successivement préconisés de nos jours.

Dans un remarquable chapitre consacré à des considérations générales sur la syphilis secondaire, M. Langlebert traite magistralement l'intéressante question de la contagiosité des accidents secondaires, dont, le premier, il a formulé la loi de transmission, et, le premier aussi, en a donné la démonstration clinique, ainsi que l'a judicieusement établi M. Cullerier dans son *Rapport à la Société de chirurgie*. Après avoir démontré que la syphilis secondaire se transmet sous la forme d'un chancre primitif et généralement infectant, l'auteur s'est demandé si l'on ne pouvait point, d'après la forme, l'aspect, le mode de développement, distinguer si un chancre provient d'un chancre primitif ou d'une lésion secondaire.

Selon cet habile observateur, voici les caractères extérieurs différentiels de ces deux espèces d'ulcération :

1° Si le chancre infectant provient de l'inoculation d'un accident secondaire, il sera sous la forme d'une simple *érosion* papuleuse, superficielle, indolente, suppurant peu, à surface lisse, rouge ou grisâtre, plus ou moins large et mal circonscrite; érosion quelquefois fortement indurée, mais le plus souvent parcheminée, ou même dans quelques cas rares, ne présentant aucune induration sensiblement appréciable.

2° Si le chancre infectant est la conséquence de l'inoculation d'un chancre d'origine primitive, il consistera dans une *ulcération* plus ou moins profonde, à surface granuleuse et grisâtre, fournissant une suppuration abondante, et dont les bords, nettement circonscrits, seront soulevés, ainsi que la base, par une induration volumineuse.

De plus, le chancre infectant communiqué par une lésion secondaire, a ordinairement une évolution plus longue que celle qui appartient au chancre infectant transmis par un accident de même ordre. L'une et l'autre variété s'accompagnent toujours de la pléiade ganglionnaire caractéristique.

Dans les chapitres suivants, M. Langlebert s'occupe successivement des diverses manifestations de la syphilis secondaire et tertiaire, et de leurs divers traitements, et, finalement, de la syphilis infantile. Obligé de restreindre cette analyse qui nous paraît déjà suffisamment longue, nous n'aborderons point ces diverses questions qui, du reste, révèlent toutes le même esprit ingénieux et observateur de notre honorable confrère.

Un appendice de 15 pages consacrées à la bibliographie, nous fait connaître les divers travaux qui ont été publiés sur la syphilis depuis 1497 jusqu'au commencement de l'année 1864.

Tel est cet intéressant ouvrage, résumé de quinze années de pratique et d'enseignement, qui nous paraît destiné à exercer une influence salutaire sur les transformations, qu'auront à subir la plupart des doctrines syphiliographiques qui divisent de nos jours les esprits.

SISTACH.

VARIÉTÉS.

— Le conseil académique de Montpellier s'est réuni à l'effet de dresser la liste de présentation à la chaire d'hygiène, vacante dans la Faculté de médecine de cette ville.

Sont présentés :

En première ligne.......... M. Fonssagrives.
En deuxième ligne.......... M. Pécholier.
En troisième ligne.......... M. Cavalier.

— Par un récent décret, M. Thomas, médecin aide-major de première classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un bien triste événement vient de jeter le deuil dans notre colonie du Sénégal. M. Ernest Lequerré (de Nantes), chirurgien de marine de deuxième classe, et chargé du service de santé du poste de Bakel (Sénégal), vient de succomber, le 2 avril dernier, à une fièvre intermittente pernicieuse qui l'a enlevé en quelques heures. Cet homme de cœur et de dévouement avait soigné et guéri de cette maladie plusieurs des officiers du poste.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE MÉDICO-LÉGALE.

APPLICATION DE LA DIALYSE A LA RECHERCHE DES ALCALOÏDES, EN PARTICULIER DE LA DIGITALINE. — RAMOLLISSEMENT ROUGE ET RUPTURE DU COEUR; FAUSSE ACCUSATION DE PARRICIDE. — PROCÈS SOULEVÉ PAR LE TESTAMENT DU COMMANDEUR DA GAMA MACHADO; CAPACITÉ CIVILE RESPONSABILITÉ PARTIELLE DES ALIÉNÉS. — EXAMEN D'UN CADAVRE PAR LE DOCTEUR RICHARDSON. — APPLICATIONS DE LA PHOTOGRAPHIE DANS CERTAINS CAS DE MÉDECINE LÉGALE.

La triste affaire qui s'est déroulée il y a un peu plus d'un mois devant la cour d'assises de la Seine, et qui partout a causé tant d'émotion, a eu pour résultat de stimuler les recherches des chimistes sur les moyens de reconnaître les poisons organiques, en particulier les alcaloïdes. On a pu lire, dans les derniers *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, le résumé de plusieurs notes sur l'application de la dialyse à la recherche de ces substances; une lutte de priorité s'est même élevée à ce sujet entre MM. Grandeau, Lefort, Reveil et Gaultier de Claubry. La digitaline est naturellement le poison qui, en ce moment, est l'objet du plus grand nombre d'expériences. M. Gaultier de Claubry insiste particulièrement sur la coloration verte qu'elle prend par l'action de l'acide chlorhydrique. M. Grandeau signale, eu outre, l'action successive de l'acide sulfurique et des vapeurs de brome : l'acide colore la digitaline en brun (terre de Sienne), coloration qui vire bientôt au rouge vineux, et si l'on ajoute de l'eau, passe au vert sale; les vapeurs de brome, agissant après l'acide sulfurique, colorent le mélange en violet plus ou moins foncé, suivant les doses de digitaline.

Ces diverses réactions n'ont pas une précision suffisante, et d'un autre côté l'application de la dialyse à ces recherches encore de date récente n'a pas été assez expérimentée. Espérons toutefois que les efforts des chimistes ne seront pas vains, et que viendra un jour où aucun poison ne restera réfractaire aux divers procédés d'analyses, aux moyens d'isolement. C'est là, en effet, que doit tendre et que doit arriver la toxicologie. L'empoisonnement, comme l'a dit dernièrement un célèbre jurisconsulte, est le mode le plus odieux d'attenter aux jours de son semblable; il nous montre, en effet, du côté du coupable calcul et froide préméditation; du côté de la victime, surprise, impossibilité de se défendre, mort parfois assez lente et toujours douloureuse; enfin, du côté de la justice, qui s'appuie sur la science, difficulté de constater, et par suite de punir le crime. Mais si cette difficulté disparait, si le poison le plus subtil peut être reconnu sûrement, isolé et tel mis sous les yeux des jurés et des juges, comme le véritable corps du délit, dès lors l'espoir de l'impunité diminuera chez ceux qui auraient des propensions si malheureuses, et le nombre des empoisonnements ira en diminuant. M. J. Guérin a fait remarquer avec justesse qu'on ne parle guère plus d'empoisonnement par l'arsenic depuis que l'appareil de Marsh en décèle les moindres traces dans les organes. Les empoisonneurs se sont rejetés sur les poisons organiques, mais quand ceux-ci pourront tous être reconnus et isolés, les armes faisant défaut aux empoisonneurs, on n'en comptera plus.

— Le médecin légiste, dans sa belle mission d'éclairer la justice, a le plus souvent occasion de constater le crime, et de déjouer ainsi les plans du coupable; quelquefois, et c'est là une des douces compensations de ce devoir pénible, il a le bonheur de faire élargir un innocent. La *Gazette des hôpitaux* contient dans le numéro du 10 juin l'observation d'un vieillard mort subitement d'une rupture du cœur. En tombant, il s'était fait une plaie contuse sur la bosse coronale gauche, des éraillures à la joue du même côté, et une fracture de l'extrémité inférieure du cubitus. Un de ses fils avec lequel il vivait, sourd-muet de naissance, mais très-intelligent, soupçonné de parricide, avait été arrêté. L'autopsie montra un ramollissement rouge du cœur, et une rupture de cet organe, qui avait donné lieu à un épanchement considérable de sang dans le péricarde, et expliquait suffisamment la mort. Le sourd-muet fut relâché immédiatement par ordre du juge d'instruction.

— Un procès très-curieux se juge en ce moment devant la Cour impériale de Paris, et est devenu l'occasion d'un véritable tournoi d'esprit et d'érudition entre plusieurs de nos premiers avocats. Il s'agit de la succession du commandeur da Gama Machado, noble portugais, mort à Paris en 1861 à l'âge de 88 ans. Ce vieillard a laissé 71 testaments ou codicilles, dont le premier porte la date du 1er janvier 1823, et le dernier celle du 15 janvier 1861; le nombre des dispositions testamentaires doit faire présumer de leur complication, et explique les nombreux procès qu'elles ont soulevés. En définitive, les héritiers naturels, lésés dans leurs intérêts, sont intervenus pour faire annuler le testament, en s'appuyant sur l'insanité du testateur.

Outre les nombreux codicilles dont il vient d'être fait mention, le commandeur da Gama Machado a laissé un ouvrage en quatre volumes, magnifiquement reliés, où il développe la *théorie des ressemblances*, système absurde par lequel il explique tout, et arrive ainsi à nier Dieu, l'âme, la conscience, le libre arbitre. Nous ne pouvons entrer ici dans des détails sur ce travail rempli d'incohérences, dont les débats nous ont donné quelques aperçus, et qui dénote évidemment un trouble dans l'esprit de celui qui en est l'auteur. De plus, le commandeur Machado avait pour les oiseaux une passion telle que son appartement avait été transformé en une véritable volière, et qu'il fit bâtir un tombeau à un sansonnet qu'il avait beaucoup aimé. Dans un monument élevé dans le cimetière de l'Est, il avait placé un vase en forme de coquetier dans lequel était un œuf d'autruche, avec cette inscription : « Monument à un oiseau favori. »

Si maintenant on examine la vie privée du commandeur da Machado, on le trouve, jusqu'à son dernier moment, bon, doux, généreux, gouvernant bien la maison, dirigeant avec sagacité toutes ses affaires, jouissant des plus belles relations, en un mot, ne présentant pas, dans le courant de la vie ordinaire, le désordre d'idées qui se manifeste dans ses écrits. Il nous offre ainsi un exemple remarquable de manie partielle, de monomanie. Or un homme atteint de monomanie, d'idée fixe, est-il responsable ou non de ses actes? Dans l'espèce, doit-on admettre ou non l'incapacité civile du commandeur da

FEUILLETON.

LA MÉDECINE DANS L'HISTOIRE. — LE MARIAGE DE LOUIS XIII.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Sans étendre plus loin ces réflexions, sans multiplier ces exemples, nous remarquerons simplement qu'il importe beaucoup de connaître l'état corporel et mental, l'état physiologique des personnages qui ont joué un rôle considérable dans les événements, pour remonter à la source et à l'origine des faits. Sans doute, il serait insensé de considérer les faits historiques comme des phénomènes physiologiques. L'historien qui ferait ainsi suivrait une méthode fausse et pècherait gravement contre les principes de la logique. Mais, sans rien exagérer, il est permis d'invoquer la physiologie et la pathologie comme auxiliaires de l'histoire; avec d'autant plus de raison que durant des siècles l'histoire a été, pour ainsi dire, absorbée, accaparée et confisquée par quelques hommes, qui représentaient un peu dans l'humanité cette providence qui préside, dit-on, aux choses de l'univers et au gouvernement des mondes.

Il fut un temps où le monde civilisé était entre les mains d'un maître unique et souverain. De là ce vers d'un mime, en plein théâtre, et en présence d'Auguste :

Videsne ut cinædus orbem digito temperat?

Le peuple romain, qui n'avait pas encore perdu tout souvenir de l'ancienne majesté républicaine, répondit par des applaudissements frénétiques à ce trait hardi qui peignait si bien le premier des empereurs. Nous sommes maintenant bien loin de ce régime, et les nations, à mesure qu'elles s'éclairent et se fortifient par la civilisation, s'affranchissent de plus en plus de ces volontés impériales ou royales qui étaient absolues et toutes-puissantes il n'y a pas cent ans.

L'histoire aussi s'est affranchie, et s'est montrée plus hardie que jamais dans la recherche de la vérité. Elle n'a plus ce sentiment de respectueuse vénération qui la faisait sujette et trop souvent esclave. Et non contente de peser la cendre des rois dans les balances de la justice, elle ressuscite ces morts couronnés et nous les montre dans toute la vérité de leur nature, sans égard pour le prestige de la majesté royale, les suivant en quelque sorte et pas à pas dans les plus minutieux détails de la vie ordinaire, en s'aidant au besoin ou quand il y a lieu des confidences des médecins et des indiscrétions des valets.

La personne autrefois sacrée du glorieux Louis XIV nous apparaît dans toute la réalité de ses misères physiques et morales, grâce aux mémoires de Dangeau et de Saint Simon et aux notes quotidiennes de ses trois premiers médecins. Les écrits de cette espèce sont précieux

Machado; en un mot, doit-on annuler ou valider son testament? Telle est la question qui constitue le fond du débat.

En Angleterre, cette question serait résolue dans le sens de la validation; le code anglais reconnaît en effet la capacité de contracter des monomaniaques. Le tribunal civil de la Seine, saisi en premier ressort de ce procès, a porté un jugement semblable et a validé le testament de M. da Machado. Nous attendons encore le résultat des débats devant la Cour impériale.

Cette importante question de capacité civile, de responsabilité des aliénés présente les plus grandes difficultés et divise encore les médecins comme les jurisconsultes. Elle a été l'objet, au commencement de cette année, d'une discussion très-intéressante devant la Société médico-psychologique. Les uns, avec MM. Brierre de Boismont, Falret, Morel, etc., croient à l'unité mentale, à la solidarité des facultés, et, par conséquent, à l'irresponsabilité absolue de l'aliéné; telle est aussi l'opinion de P. Lacchias, de d'Aguesseau, de MM. Sacaze, Troplong, Bondurand, etc. D'autres, avec MM. Janet, Maury, Billod, etc., admettent une responsabilité partielle chez le monomaniaque ou l'halluciné, responsabilité aussi large que possible en matière civile, aussi restreinte que possible, au contraire, en matière criminelle. M. Delasiauve est encore plus timide dans l'admission de cette responsabilité partielle. Casper, au contraire, l'admet hardiment dans certains cas, et va jusqu'à rendre responsable le monomaniaque qui, maître de son idée fixe, en parlant, et consentant à ce qu'on la combatte, commet une action en vertu de cette même idée.

Il est impossible de préciser d'une manière générale la limite à laquelle le monomaniaque devient responsable de ses actes; il ne peut y avoir à ce sujet de critérium positif. Il nous semble permis cependant d'admettre cette responsabilité aux conditions suivantes, émises par M. Ganet:

« 1° Que l'état d'hallucination ou de monomanie ne soit pas à l'état d'invasion; car alors on ne peut savoir si le fait incriminé n'est pas un fait symptomatique. Il ne faut que des cas, s'il en existe, où le mouvement de la maladie est absolument arrêté et en quelque sorte figé;

« 2° Que la plus grande partie des actions soient accomplies en état de raison;

« 3° Qu'il n'y ait aucun rapport entre l'acte incriminé et le délire, et que cet acte s'explique par des circonstances qui, chez tout autre homme, pourraient le faire passer pour raisonnable. » (*Annales médico-psychologiques.*)

— Le *Journal de chimie médicale* de M. Chevallier publie deux faits qui intéressent la pratique médico-légale dans certaines recherches d'identité. Les nouveaux moyens proposés pourraient acquérir de l'importance, si des expériences rigoureuses venaient démontrer la réalité des résultats auxquels on prétend être arrivé. Voici le premier fait:

Dans une maison de Londres, une femme fut trouvée assassinée peu de temps après que trois personnes l'y avaient vue entrer avec un homme.

Ce dernier avait disparu, et n'avait même laissé aucune trace. Quelques semaines après, on repêcha dans la Tamise le cadavre d'un homme qu'on crut être l'assassin de cette femme.

A l'examen ordonné par la justice, le cadavre se trouvait déjà dans un état de putréfaction tellement avancé qu'il était tout à fait méconnaissable. Cependant, après que le docteur Richardson eut exprimé à quelques médecins qui avaient été présents à l'examen ses idées sur la possibilité de rétablir dans leur état primitif les traits décomposés des cadavres, le magistrat le chargea de mettre ces idées en pratique.

Il le fit en présence d'un autre médecin, et nous dirons ici que cette expérience, faite avec le plus grand soin, consiste d'abord à déposer le cadavre dans une dissolution de sel de cuisine, à laquelle on ajoute successivement des sels de soude, puis à injecter dans les veines un chlorure de zinc et fer dissous dans l'eau de chlore. Le résultat de l'expérience, qui avait duré six heures, surpassa toute attente. La figure, qui avait perdu toute forme humaine, avait recouvré ses contours primitifs, et la couleur bleu noirâtre était remplacée par une couleur livide cendrée.

La physionomie était alors tellement distincte que les trois témoins purent jurer devant la justice que le cadavre en question n'était pas celui de l'assassin qu'on cherchait partout. (*Der Hausarzt.*)

Le second fait a rapport à cette propriété qu'aurait la rétine d'une personne morte violemment de conserver la dernière image qui l'aurait frappée. Une femme ayant été assassinée à San-Francisco, le chef de la police a eu l'idée de faire photographier la rétine de cette femme où, sur l'épreuve, grossie dix fois, on a aperçu l'image confuse d'un Mexicain, ce qui concordait assez bien avec la déclaration d'un témoin qui avait vu un individu rôder depuis une semaine autour de la maison de la victime. La police n'a pas encore découvert le coupable. Un médecin doit disséquer l'œil de la femme assassinée, mettre à nu la rétine, et faciliter ainsi les moyens de faire de nouvelles épreuves photographiques plus nettes que la première.

D[r] F. DE RANSE.

STATISTIQUE MÉDICALE.

DE LA STATISTIQUE DU MEXIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ACCLIMATEMENT DES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES QUI L'HABITENT; par le docteur JOURDANET. (Mémoire lu à la Société d'Anthropologie. Juin 1864.)

Mon expérience des climats du Mexique m'a permis d'émettre des convictions qui ne s'accordent pas toujours avec celles que des idées préconçues ont enracinées depuis longtemps et partout dans les esprits. Leur nouveauté même et la manière franchement indépendante avec laquelle j'ai cru pouvoir les présenter à l'attention de mes lecteurs devaient m'exposer à l'examen plus ou moins sévère et à la critique des contradicteurs. Il me semble qu'en général on a usé à mon égard du droit toujours juste d'investigation avec une réserve bienveillante qui m'inspire la plus grande reconnaissance. Je puise dans

---

pour l'étiologie et, si l'on peut ainsi dire, pour la psychologie de l'histoire. Nous saisissons les motifs réels de bien des déterminations que la physiologie et la pathologie nous expliquent parfaitement, et qui étaient auparavant lettres closes.

A cette histoire intime et confidentielle nous devons de mieux connaître les hommes et les choses de l'histoire, et ce n'est point sans une secrète satisfaction que nous réduisons à leur juste mesure et à des proportions humaines ces demi-dieux dont la mémoire a été si longtemps vénérée. Louis XIV, si gâté jadis et si maltraité aujourd'hui par l'histoire, a été dépouillé de son auréole, et personne ne saurait prendre désormais au sérieux l'apothéose que l'adulation la plus raffinée lui fit de son vivant. De même que Louis XVI, bonhomme au fond et roi passable, malgré ses faiblesses et ses aptitudes d'artisan, a payé pour tous ses prédécesseurs, de même Louis XIV a été en quelque sorte immolé sur l'autel de l'histoire comme le bouc émissaire des Bourbons.

De cette dynastie royale, le peuple n'a gardé qu'un nom, celui de Henri IV, ce Gascon madré, le plus gaulois des rois de France, et à cause de cela le seul dont la popularité soit vivante. La chanson a résumé toutes ses belles qualités en un couplet. C'était, dit-elle, un roi vaillant, un diable à quatre, qui résumait en sa personne les instincts, les passions, les aptitudes de la race française, les éléments les plus vivaces de la poésie gauloise: l'amour des batailles, des femmes et du vin. C'est parce qu'il était doué de ce triple talent que ce roi d'humeur joyeuse restera dans l'histoire comme une incarnation du génie et de l'esprit français.

Son fils, je ne parle pas de ceux de la main gauche, son fils légitime et son héritier ne lui ressemblait en rien; il n'avait rien de lui. Voici une anecdote qui fait bien connaître ces deux natures si dissemblables:

« Le 7, à dix heures, diné avec le Roy. A onze heures trois quarts, conduict le Roy hors de l'escalier. Il est triste. Le Roy lui dict: *Mon fils, quoi vous ne me dictes rien quand je m'en vay? Vous ne m'embrassés pas?* » Il se prend à pleurer sans esclater, taschant de cacher ses larmes tant qu'il pouvoit devant si grande compagnie. Lors le Roy, changeant de couleur et à peu près pleurant, le prend, le baise, l'embrasse, luy disant: *Je dirai, comme Dieu dict dans l'Escripture Saincte: Mon fils, je suis bien aise de voir ces larmes, je y aurai égard.* Puis entre en carrosse pour s'en retourner à Paris. Monsieur le Dauphin gaigna alors tristement l'escallier pour s'en retourner aussi de peur que l'on ne le vid pleurer. Comme il fust en sa chambre peu de temps après, je luy demandai ce que le Roy lui avoit dict en partant. Les larmes luy viennent aux yeux et changeant de propos: « *M'a dict que je tirasse de la harquebuse.* Je le presse une fois ou deux: il tient ferme, je le quicte, il pleura abondamment et du cœur. »

Cette scène se passait à Saint-Germain, le 7 septembre 1609. Elle est racontée par Messire Jean Héronard, seigneur de Vaugrigneuse, premier médecin du roi, mort de maladie à Aitré, devant la Rochelle.

ce sentiment le devoir et le désir de me montrer indulgent moi-même envers les opinions qui me sont contraires, lors même que je ne les trouve pas sagement mûries. Mais il est de mon devoir aussi de faire remarquer en quoi elles s'éloignent de la vérité, afin que les esprits ne restent pas égarés sur cette question intéressante. Si nous n'y prenions garde, les idées dès longtemps préconçues relativement aux climats de l'Amérique tropicale trouveraient un nouvel appui dans les récits de ceux que les événements amènent aujourd'hui en grand nombre aux plages et sur les plateaux du Nouveau-Monde. Comme autrefois, les côtes du golfe du Mexique continueraient à s'associer dans nos esprits aux idées d'une insalubrité qui les rendrait inhabitables pour les races européennes, tandis que les hauteurs de la Cordillère nous paraîtraient devoir assurer partout à l'homme toutes les garanties d'une vie longue et d'une santé aussi robuste qu'inaltérable.

Ces deux convictions sont des plus naturelles pour des voyageurs d'Europe dont la vie court, en effet, les dangers les plus graves à leur arrivée aux ports mexicains, lorsque, au contraire, les premiers temps du séjour sur les plateaux paraissent les défendre et les protégent réellement contre les maux auxquels ils étaient sujets dans leurs climats originaires. Mais ce n'est pas ainsi qu'il est sage de procéder pour arriver à reconnaître les influences essentielles des localités au point de vue de l'hygiène. C'est parmi les hommes habitués dès longtemps ou toujours à ces influences qu'il est juste d'en chercher la nature et la portée réelles.

Après avoir suivi cette voie d'examen, j'ai cru pouvoir affirmer que les localités des côtes dont le sol n'est pas marécageux se prêtent à l'acclimatement des hommes d'Europe au point qu'ils y puissent prospérer et y présentent les meilleurs types d'une santé robuste et d'un développement organique des plus satisfaisants. J'ajoutai que les régions intermédiaires dont l'élévation est inférieure à 2,000 mètres offrent les meilleures conditions au progrès de l'espèce humaine, tandis que l'atmosphère pure et la température uniformément douce des hauteurs qui dépassent 2,000 mètres ne m'ont pas paru garantir au même degré aux descendants des races européennes la vie longue, la santé robuste et le développement constitutionnel qui distinguent cette race dans les pays de son origine.

J'éveillais ainsi l'attention sur les rapports de la vie de l'homme avec la pression de l'air. Quelque désaccord que l'on pût remarquer entre mes convictions et les récits des savants voyageurs qui ont parcouru les hauteurs de l'Amérique, croirait-on que je n'aie fait qu'exprimer les idées de ceux de nos compatriotes qui ont longtemps résidé sur les hauts plateaux de ces régions? Ils savent et ils répètent qu'on n'y peut vivre vieux et robuste, en général, qu'à la condition d'aller de temps en temps se retremper au sol natal. Cette conviction est l'expression de la réalité, quoi qu'en puissent penser et dire ceux qui s'inspirent des impressions et de la poésie des premiers moments du séjour.

On en a appelé à la statistique contre ces assertions. Certes, je voudrais moi-même me former une opinion basée sur des calculs mathématiques. Malheureusement les tentatives qui ont été faites au Mexique pour offrir ce genre de garantie ne s'entourent pas de caractères qui satisfassent pleinement l'esprit. On se tromperait étrangement, en effet, si l'on croyait que les documents nombreux qui existent sur la statistique de ce pays soient le résultat d'investigations sérieuses et de recensements officiels. Ils ne sont pour la plupart que l'expression plus ou moins motivée d'un sentiment. Nous chercherons néanmoins à découvrir la vérité dans le vague que ces travaux présentent.

Le but d'une statistique qui porte sur l'appréciation de la population d'un pays n'est pas seulement d'en établir le chiffre dans un moment donné, mais de constater dans ses variations annuelles ses progrès ou sa décadence. C'est à ce dernier point de vue surtout qu'il nous importe de considérer les travaux statistiques qui se sont faits au Mexique.

Le gouvernement colonial s'était préoccupé de cette question à différentes époques. Mais nul travail n'a mérité l'attention jusqu'au recensement qui se termina en 1793 par les ordres du vice-roi Revilla-Gigedo. A partir de cette époque, nous possédons un jalon qui sert de base à nos calculs, et si, de nos jours, nous en posons un nouveau digne de notre confiance, la différence entre les deux indiquera les progrès de la population depuis la fin du dernier siècle jusqu'à l'époque présente. Quelques réflexions nous paraissent nécessaires pour juger sainement l'importance et la valeur de ces deux points, passé et présent, qui formeront le départ et l'arrêt de nos appréciations.

Lorsque le baron de Humboldt, en 1803, fut appelé à faire usage du recensement de Revilla-Gigedo terminé dix ans auparavant, l'opinion publique le mit à même de constater que la population y était représentée par un chiffre inférieur à la réalité. Les gens du peuple, en effet, peu aptes à comprendre l'importance réelle de ces investigations, les appréhendaient comme des éléments d'impôts onéreux et s'efforçaient par mille moyens de diminuer le chiffre qui devait y correspondre. De telle sorte que la voix publique et ses calculs personnels indiquèrent au baron de Humboldt qu'il fallait augmenter d'un cinquième le résultat acquis pour le faire approcher de la vérité.

De nos jours, au contraire, les gouvernants prennent plaisir et trouvent profit à se donner le plus grand nombre possible d'administrés. D'ailleurs, après la proclamation de l'indépendance du pays, les différents Etats ou départements concourant au nouveau gouvernement constitutionnel eurent des droits différents à se faire représenter dans les assemblées constituantes et législatives, selon que leur population avait plus ou moins d'importance. Il était naturel qu'ils fussent jaloux d'y acquérir le plus d'influence possible. De là le soin que prit chacun d'eux d'élever sa statistique au plus haut chiffre pour arriver à un plus grand nombre de députés.

Ainsi donc, la tendance, d'une part, à rabaisser le total de la population à la fin du dernier siècle, et le désir, d'un autre côté, de la représenter actuellement par un chiffre exagéré, établissent entre le nombre d'habitants d'autrefois et la population faussement calculée d'aujourd'hui une différence factice qui donne une idée trop avantageuse de la propagation de l'espèce humaine au Mexique. Quoi qu'il en soit, examinons le résultat des travaux de ce genre entrepris à différentes époques.

En 1793, le recensement de Revilla-Gigedo ne comprenait pas les intendances de Coahuila, Guadalajara et Vera-Cruz. Le baron de Hum-

---

le samedi 8 février 1628, au service du Roy son maître, à la santé duquel il s'était entièrement dévoué, âgé de soixante-dix-huit ans, moins curieux de richesses que de gloire, d'une incomparable affection et fidélité; pour emprunter les propres termes d'une note consignée dans le dernier volume de son journal de la santé de Louis XIII. Le journal d'Héroüard porte ce titre très-juste : « Histoire particulière du roi Louis XIII, depuis le moment de sa naissance jusqu'au 27 janvier 1628. » Nous savons qu'Héroüard tomba malade à Aitré, au camp, devant la Rochelle, le 29 du même mois; de sorte qu'il tint la plume pendant vingt-sept ans, relatant jour par jour, ou plutôt heure par heure, les plus petits faits et gestes et les moindres particularités de la santé du prince. Aussi a-t-il rempli six grands volumes in-folio, d'une écriture microscopique.

Rien n'est plus fastidieux que la lecture de ces pages monotones; mais l'observateur y trouve des révélations précieuses et matière à bien des réflexions. Aussi faut-il encourager les efforts et le zèle de deux érudits qui ont entrepris la tâche ingrate d'imprimer cet énorme fatras (1); non sans les engager à publier en même temps un autre manuscrit ayant pour titre : « Particularités de la vie du roi Louis XIII, extraites des mémoires d'Héroüard. » Ce manuscrit contient une analyse des années 1601, 1602, 1603 et 1604, qui manquent dans le grand recueil d'Héroüard. Les éditeurs de ce recueil devaient donner en même temps le portrait de l'auteur, d'après le buste conservé au cabinet des médailles; car le lecteur de cette interminable série d'observations sera bien aise de connaître les traits d'un homme dont la patience peut jusqu'à un certain point se comparer à celle de Sanctorius dans sa balance.

On pourrait dire, sans figure, qu'Héroüard a noté toutes les respirations et pulsations du roi Louis XIII, et qu'il n'a rien oublié de ce qui pouvait contribuer à faire bien connaître le tempérament de ce prince.

M. Armand Baschet qui a déjà bien mérité de l'histoire par une curieuse publication sur la diplomatie vénitienne au seizième siècle, M. Baschet a consacré beaucoup de temps et de longues recherches à l'étude d'une des parties les plus intéressantes de la vie de ce personnage taciturne et flegmatique. Sous ce titre romanesque et très-exact, « Le Roi chez la Reine, » il a fait, patiemment et consciencieusement, minutieusement aussi et un peu à la façon d'Héroüard, sauf la monotonie du récit, l'histoire secrète et intime du mariage de Louis XIII et d'Anne d'Autriche, d'après le journal de la santé du Roi, les dépêches du nonce et autres pièces d'Etat (1).

(1) MM. de Barthélemy et Eudore Soullé.

(1) Paris, Aubry, libraire-éditeur, 16, rue Dauphine, 1864, 1 vol. in-8 de xn-368 pages. Ce volume, qui est peut-être le plus beau de tous ceux-

boldt en modifia le chiffre, qui de 4,683,680 fut porté à 5,200,000. On voit ainsi que ce recensement, le premier réputé digne de foi, a été modifié par le calcul du cabinet.

En 1803, le célèbre voyageur prussien, se fondant à la vérité sur des faits d'une probabilité admissible, mais sans l'appui d'aucun recensement nouveau, fixa la population du Mexique à 5,764,731, et plus tard, sur nouvelles données, à 5,837,000 habitants.

Nous arrivons ainsi à l'année 1810. Un employé du gouvernement, Fernando Navarro, économiste distingué, se livra avec un grand zèle à de longues et laborieuses recherches, pour lesquelles il fut secondé par quelques intendants qui envoyèrent des recensements plus ou moins parfaits. Les grandes connaissances qu'il possédait du pays et surtout des classes indigènes lui permirent sans doute d'approcher de la réalité; mais il ne s'ensuit pas qu'on doive reconnaître les garanties d'une grande exactitude dans un travail où le calcul des probabilités a dominé plus que le recensement général. Quoi qu'il en soit, Fernando Navarro arrêta le chiffre de la population, en 1810, à 6,122,354 habitants.

Mentionnons à la suite :

L'appréciation faite pour servir de base à la réunion du premier congrès... 6,204,000.

Les calculs de A. J. Valdès par ordre du gouvernement, en 1831,... 6,382,284.

L'almanach judicieux de M. Galvan en 1834... 7,734,292.

Rapport très-bien raisonné d'une commission de la Chambre des députés en 1838... 7,009,120.

Enfin, en 1839, nous avons à signaler un travail très-sérieux. Par des calculs basés sur les meilleures données précédentes et avec l'aide de quelques recensements nouveaux, le comte de Lacortina, au nom de la Société de géographie et de statistique, fit monter la population du pays à... 7,044,140 habitants.

Le premier numéro des *Annales* du ministère de *fomento* admet, en 1854,... 7,853,395.

Le tableau synoptique de Miguel Lerdo de Tejada, en 1856,... 7,859,564.

M. Garcia Cubas, en 1857, se fondant sur des relevés respectables du ministère de *fomento*... 8,238,088.

Enfin, quelques données nouvelles et les calculs de probabilités donnent en 1858, au dire de M. Payno, qui nous a donné un travail intéressant à ce sujet,... 8,604,000 habitants.

Considérée d'une manière générale, cette succession de travaux indique un progrès dans la population du Mexique. Mais à quel point ces recherches méritent-elles la confiance? Il est certain que la meilleure des tentatives, dont nous venons de marquer les époques, n'est pas exempte de suppositions et de calculs imaginaires. On ne saurait nier cependant que le travail de Revilla-Gigedo en 1793, celui de Navarro en 1810, celui que le comte de La Cortina rédigea en 1838 au nom de la Société de géographie et de statistique, et les documents sur lesquels M. Garcia Cubas a travaillé en 1857, se distinguent par le zèle et l'esprit de discernement avec lesquels ils furent entrepris. Ce n'est pas certainement au point qu'ils méritent une confiance absolue; mais, à défaut de mieux, ils ont du moins pour base, d'abord les recensements des villes les plus importantes, et ensuite des raisonnements qui ne sont pas, si l'on veut bien, exempts d'erreur, mais qui paraissent inspirés par des pensées reconnues pour approximativement vraies en tous pays. Ainsi l'appréciation du nombre d'habitants par les produits consommés, la comparaison des naissances avec la mortalité sont certainement des éléments qui ont pu guider les statisticiens dans leurs difficiles travaux. Mais à combien d'erreurs l'appréciation de ces faits peut entraîner! Ainsi, la comparaison de la mortalité avec les naissances au milieu des désordres sociaux et des mouvements insolites qui déplacent les décès, l'omission de l'inscription aux actes mortuaires pour des sujets dont l'existence et la mort ont peu marqué dans la société — et ce sont les plus nombreux, — toutes ces causes et d'autres encore peuvent conduire à la fausse appréciation des rapports entre les morts et les vivants.

Je ne parle pas de cas particuliers où le défaut d'attention porte la pensée exclusivement sur des années exceptionnelles pour arriver à une conclusion générale. C'est ainsi que nous avons vu récemment (1) un esprit d'optimisme donner pour base à des calculs flatteurs l'excédant des naissances observé dans les années 1857, 1858 et 1859, excédant dont le chiffre annuel a été de 4,000 en moyenne dans ces trois années pour le district de Mexico, dont la population s'élève à 220,000 âmes; tandis que l'attention portée sur l'année qui avait précédé indique l'excédant plus modeste de 468 naissances seulement pour les 200,000 habitants de la capitale (2). Ce résultat réduit de beaucoup, comme on voit, la moyenne des trois années qui ont suivi.

C'est, sans nul doute, sur l'appréciation analogue des faits exceptionnels que le baron de Humboldt faisait reposer les espérances illusoires d'une augmentation tellement rapide de la population qu'elle se doublerait en 19 ans sur un très-grand nombre de localités du plus haut plateau. Plus de trois fois 19 ans se sont écoulés depuis ce pronostic séduisant, et la population n'a cependant doublé nulle part. Elle était en effet, comme nous l'avons vu,

En 1793, de 5,200,000;
En 1810, de 6,122,354;
En 1838, de 7,044,140 habitants.

Le premier intervalle, de 1793 à 1810, représente une époque heureuse et calme de 17 ans pendant lesquels la population générale s'est accrue de 922,354 habitants. Cela représente une augmentation de 162 pour 1,000 pendant ce long intervalle, et un accroissement annuel de 9,52 pour 1,000 habitants.

Le second intervalle, de 1810 à 1838, correspond à des temps de grandes calamités. Nous y voyons figurer cependant 17 années postérieures aux guerres de l'indépendance. On ne peut pas dire que ces 17 ans se sont écoulés sans troubles, mais on ne saurait nier qu'un système de liberté et de protection s'étendait sur des classes auparavant asservies. Cependant, dans cette période de 28 années, l'augmentation de la population n'a été que de 921,786 sur une moyenne de 6,583.247 habitants, ce qui équivaut à un accroissement de 5 pour 1,000 et par an.

(1) Voyez *Gazette hebdomadaire* du 11 mars.

(2) *Boletin de la Sociedad de Geografia y de Estadistica*, t. V, p. 428.

Le mariage de Louis XIII avec l'infante d'Espagne aboutit après d'interminables négociations, et fut célébré à Bordeaux, le 25 novembre 1615. A cette date, Louis XIII n'avait pas quinze ans, étant né le 27 septembre 1601. La jeune reine, née le 22 septembre de la même année, avait cinq jours de plus que le roi. Les mariages espagnols, en projet avant même la mort de Henri IV, furent définitivement arrêtés et proclamés dès l'année 1612, grâce à l'habileté peu commune et à l'infatigable activité que déploya, dans les négociations, la régente de France, Marie de Médicis, heureusement secondée par d'habiles auxiliaires.

Le 26 janvier 1612, le même jour où s'était réuni le conseil au sujet du mariage du roi, celui-ci étant allé le soir saluer la reine mère, Hérouard recueillit le dialogue suivant entre la mère et le fils :

— Mon fils, je vous veux marier; le voulés vous bien?
— Je le veulx bien, madame.
— Mais vous ne sçauriés pas faire des enfants?
— Excusés moi, madame.
— Et comment le sçavés-vous?
— Monsieur de Souvré me l'a apprins.

M. de Souvré était le gouverneur du prince, et assurément il ne lui avait rien appris de ce que le petit bonhomme croyait savoir, sans seulement s'en douter. Il le montra bien dans la suite, lorsque le moment fut venu de se souvenir de la leçon et de la mettre en pratique. La réponse résolue du jeune prince à sa mère, dans sa candeur naïve, semble trahir pourtant une certaine pétulance. Mais il ne faut pas s'y tromper. Le fils de Henri IV n'avait point hérité de l'ardeur du sang ni de la gaillardise de ce roi paillard.

Il faut rapporter encore un autre trait de l'enfance de Louis XIII, cité par M. Baschet, et emprunté à Hérouard. Un jour, à Saint-Germain, la nourrice du prince lui demande s'il n'est pas amoureux : *Non, je fuis l'amour.* — *Mais, monseigneur*, ajoute aussitôt Hérouard, présent à l'entretien, *fuyez-vous l'Infante?* — *Non*, puis se reprenant : *Ah! si fait, ah! si fait.*

Quoique le prince n'eût que 8 ans accomplis lorsqu'il tenait ces propos, ils méritent d'être notés, parce que sa conduite ultérieure répondit parfaitement à cette espèce d'instinct de répulsion pour la passion amoureuse, qu'il ne ressentit jamais, dont il ne connut jamais les joies ni l'amertume. On l'a remarqué avec grande raison, de l'amour, Louis XIII ne connut que la jalousie. C'était une pauvre, triste et ingrate nature, concentrée et prodigieusement égoïste, susceptible de haïr froidement et jusqu'au crime, et incapable d'affection, n'ayant point de volonté suffisante pour être son maître, et toujours en tutelle, d'abord sous sa mère qu'il détestait, puis sous son favori de Luynes et les autres, et enfin sous Richelieu, qui fut roi de fait durant la longue

---

qu'a jusqu'ici publiés l'intelligent éditeur, peut passer pour un des plus remarquables produits de la typographie française.

Enfin, si l'on voulait admettre le chiffre statistique qui certainement a exagéré la population en 1858, nous aurions pour tout le Mexique, abstraction faite des provinces cédées aux Américains par le traité de Guadalupe, un total de 8,604,000 habitants. Cela dénoterait depuis 1793, c'est-à-dire en 65 ans, un accroissement de population de 3,304,000 âmes qui, avec l'addition de 113,000 habitants correspondant aux provinces perdues, formeut un total de 3,517,000 pour indiquer l'augmentation pendant cette longue période. Cela équivaut à dire que la population s'est accrue dans la proportion de 7,80 pour 1,000.

Ce résultat n'est pas si brillant qu'on puisse compter, pour des circonstances plus favorables au progrès, sur la réalisation des belles espérances que les calculs avaient fait concevoir. Je sais bien, comme on l'a répété bien souvent, que les guerres de l'indépendance, les guerres civiles, les épidémies, l'expulsion des Espagnols ont mis obstacle d'une manière fort sérieuse à l'accroissement naturel de la population; mais pour que les habitants du Mexique se fussent doublés tous les 19 ans, comme le voulait de Humboldt, il eût fallu un accroissement annuel d'environ 52 pour 1,000, au lieu de 7,80 que nous venons de constater. Ce serait vraiment trop exagérer l'importance des événements contraires que de leur attribuer le pouvoir d'absorber 7 fois le chiffre que la nature un peu tourmentée a pu réellement atteindre.

En admettant la supposition plus modeste que la population du Mexique, à l'exemple de plusieurs pays d'Europe, devrait au moins dans des temps plus heureux doubler en 57 ans, nous remarquerons que ce résultat donnerait une augmentation moyenne annuelle de 17,50 pour 1,000 habitants, c'est-à-dire un excédant de 10 pour 1,000 sur le chiffre auquel le Mexique est en réalité parvenu. Est-il donc croyable que sur une population moyenne d'environ 7,000,000 d'âmes il ait péri ou omis de venir au monde environ 70,000 individus par an, et en somme 4,550,000 âmes en 65 ans par suite des guerres de l'indépendance, des guerres civiles, des épidémies, de l'expulsion des Espagnols? Le croirait-on possible, surtout en venant à remarquer que la maladie qui a souvent frappé les Indiens, le *matlazahualt*, n'a pas fait de ravages dans ce siècle, que la population ne s'était pas montrée bien progressive de 1793 à 1810 quoique le calme n'eût pas manqué à cette époque à d'autres égards heureuse, que l'expulsion des Espagnols n'a pas enlevé plus de 27.000 habitants, que l'émigration en général est fort peu considérable et que l'immigration, bien que peu active, a été constante?

Les espérances sur l'avenir prospère de cet intéressant pays ne sont certainement pas illusoires; mais on voit cependant que les calculs de l'imagination relatifs à l'augmentation phénoménale de ses habitants doivent se tempérer par l'expérience acquise.

Les chiffres que nous venons de mettre sous les yeux du lecteur ne sont pas, sans doute, l'expression exacte de la vérité; mais, en outre qu'ils ne s'en éloignent pas considérablement, ils n'en exagèrent que le côté favorable. Ce n'est donc pas sans raison que M. Manuel Orozco, en 1857, terminait son mémoire au ministre de *fomento* sur ce sujet par ces remarquables paroles:

« Les résultats que nous venons de faire connaître mettent au jour « une vérité amère. Il a fallu cinquante ans pour doubler la population du sol qui nous reste. Aujourd'hui encore, elle est à peine le « double de celle qu'on comptait en 1793 dans la vice-royauté. Un développement si lent de l'espèce dans un pays neuf, à grandes res« sources, avec l'immensité et la fertilité de ses terres vierges, avec « la bénignité de son climat, pourra-t-il réellement être attribué aux « causes signalées par de Humboldt? Les guerres, les épidémies, les « convulsions politiques, sont-ce là des motifs pour que la population « se traîne avec cette lenteur et présente cet aspect d'inertie comme « le caractère des individus? Je ne puis le croire. Je pense que la « cause du mal vient de plus haut, qu'il y a dans le cœur même de la « population un poison caché, qu'il y a des phénomènes non encore « étudiés, encore incompris. Pendant la durée du gouvernement es« pagnol, la paix fut inaltérable, les sujets eurent du pain pour ras« sasier leur corps, de la tranquillité pour reposer leurs âmes, « l'abondance des éléments matériels pour obéir au précepte de croî« tre et de multiplier; ce temps dura trois cents ans. L'invasion dé« vora bien des guerriers; les mines, les travaux forcés firent dispa« raître des manœuvres à l'infini; les épidémies sacrifièrent des « milliers de victimes: tout cela est vrai; mais il est irrécusable aussi « qu'après tant de désastres, grand nombre d'hommes peuplaient « encore le sol. Quelque réduits qu'ils fussent, ils se multiplièrent « bien lentement, puisque, en 1794, ils montaient à peine à 4 millions « et demi. »

Et c'est un Mexicain distingué, studieux, connu pour son patriotisme éclairé, c'est le secrétaire du ministère de *fomento* qui prononce ces paroles éloquentes. Mais s'il est vrai, comme nous l'avons déjà dit, qu'elles ne manquent pas absolument de fondement, il n'est pas moins exact de faire remarquer que ces plaintes paraissent inspirées à M. Orozco par un amour ardent pour le progrès de son pays bien plus que pour la réalité du mal auquel elles font allusion. Que l'imagination du baron de Humboldt ait rêvé une augmentation impossible de la population du Mexique, cela me paraît évident. Mais sans aspirer à ce progrès extraordinaire, on a lieu d'être satisfait en voyant que les malheurs incessants qui se sont abattus en grand nombre sur ce malheureux pays n'ont pu empêcher un accroissement annuel de 7,80 pour 1,000 habitants depuis la fin du dernier siècle jusqu'à nos jours. Tous les pays d'Europe n'arrivent pas à ce résultat, et l'on sait que la France, avec ses immenses ressources et ses efforts pour répandre le bien-être sur toutes les classes, n'atteint qu'un progrès annuel d'environ 5 pour 1,000. L'état de choses, sous ce rapport, n'est donc pas bien sérieusement à déplorer au Mexique, et il est permis de croire que dans des circonstances plus normales et sous l'influence d'un régime administratif satisfaisant la population progresserait plus rapidement. Dans quelle proportion ce progrès pourrait-il être réalisé? Dans quelles localités du pays trouverait-il ses meilleurs raisons d'être? Quelle partie de la population, laquelle des races qui la constituent pourrait fournir l'élément le plus favorable à la propagation? Telles sont les questions que je vais m'efforcer de résoudre.

(La suite prochainement.)

---

minorité de ce prince irrésolu, débile de corps et d'esprit, privé de toute initiative.

M. Armand Baschet a réuni des éléments suffisants pour refaire ce personnage aussi singulier que peu intéressant dans deux curieux chapitres de son livre: « Le portrait de Louis XIII avant sa majorité (1609-1614), et les divertissements de Louis XIII (1616-1617). » Dès son enfance, le dauphin souffrait impatiemment le joug de son gouverneur et de ses précepteurs. Il s'ennuyait de l'histoire et de la géographie, et n'avait goût qu'à la chasse, aux oiseaux, aux petits simulacres de guerre, ou plutôt aux jeux de parade avec les petits gentilshommes de sa petite cour. Il aimait les petits fusils, les petits sabres, les petits canons, les soldats de plomb ou d'argent, et par-dessus tout ses faucons, gerfauts, émérillons et autres oiseaux de chasse. Il avait la vertu classique des chasseurs, s'il faut en croire les anciens poëtes; il était chaste comme Diane. Mais ce nouvel Hippolyte, morose et sauvage, ne connut jamais ni les périls ni les orages de l'adolescence, ni les élans emportés de la jeunesse. Son cœur ne battait point et ses entrailles ne tressaillaient point. Ce qu'il avait et à un très-haut degré, c'était le sentiment de sa personnalité, la conscience de sa dignité royale et de sa majesté. Sérieux en tout, il tenait son rang au Parlement et dans le conseil, montait fort bien à cheval, et savait au besoin commander ou autoriser un meurtre. On connaît la fin tragique du maréchal d'Ancre. Mais on connaît aussi la fortune de ce connétable de Luynes qui était le maître du roi, à force de puériles complaisances.

Jusqu'ici aucun document n'autorise un soupçon fondé sur la nature des relations qui formaient comme un lien indestructible entre le favori et le prince. Mais je ne serais pas étonné que l'histoire, qui est une enquête perpétuelle, nous fît quelques révélations d'un nouveau genre, et nous pourrions bien avoir un jour le vrai secret de cette faveur aussi extraordinaire par son origine que par sa durée. L'enfance est pleine de mystères et il est des instincts pervers si bien dissimulés à leur naissance, que l'œil le plus sagace ne peut pas en suivre toujours le développement.

Les passions mauvaises, les vices honteux naissent pour ainsi dire avec l'organisme, et ceux qui en sont possédés les cachent avec une habileté prodigieuse, ceux du moins qui ne sont point enclins au cynisme ou privés de ce sens moral qui entretient à la fois la conscience des turpitudes et inspire la force de les tenir secrètes. On peut être organisé comme Jean-Jacques Rousseau, sans avoir cette dose d'impudence qui est indispensable pour faire des aveux, d'ailleurs inutiles, et tels qu'on en trouve souvent dans les *Confessions*. Je ne prétends pas que Louis XIII eût dès l'enfance des goûts et des habitudes semblables aux basses inclinations de Monsieur, frère de Louis XIV, ni qu'il fût doué pour un infâme libertinage. A ce sujet nous n'avons que des présomptions fondées elles-mêmes sur des conjectures.

Remarquons toutefois que Tallemant des Réaux a dit expressément que les amours de Louis XIII étaient d'étranges amours, à l'endroit où il en parle comme d'un amoureux transi et susceptible tout au plus de

OBSTÉTRIQUE.

DE L'HYDROCÉPHALIE DU FŒTUS CONSIDÉRÉE COMME OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT; par le docteur R. CHASSINAT, médecin à Hyéres (Var), lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Montbyon) et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

On a donné le uom d'hydrocéphalie, d'hydrocéphale (ὕδωρ, *eau*; κεφαλή, *tête*) à toute accumulation de liquide dont la téte pouvait étre le siége; aussi en distinguait-on plusieurs espéces. Il y avait une *hydrocéphalie externe*, une *hydrocéphalie interne*, et une troisième espèce tenant des deux premiéres, à laquelle on donnait le nom d'*hydrocéphalie bâtarde*. Sous la premiére dénomination, on comprenait toutes les collections de liquide qui pouvaient se former à l'extérieur de la hoîte osseuse cranienne, soit au-dessous, soit au-dessus du péricrâne, ou simplement sous la peau, ou méme dans le tissu cellulaire sous-cutané. On alla méme jusqu'à donner le nom d'*espèce particulière d'hydrocéphale* à un simple céphalhématome, ou épanchement sanguin sous le péricrâne du volume d'un demi-œuf. (Mauriceau, obs. 544.) Les tumeurs extérieures formées par de la sérosité échappée de l'intérieur du crâne, sous les téguments, par une ouverture faite aux os et dont la cavité communiquait avec celle des ventricules ou seulement avec celle de l'arachnoïde, tumeurs pouvant encore contenir, outre le liquide séreux, une portion du cerveau ou du cervelet (hydrencéphalocèle des modernes), et qui, par leur aspect et leurs caractères extérieurs, tiennent évidemment de l'hydrocéphalie externe, et, par leur nature, de l'hydrocéphalie interne, dont elles peuvent être considérées en quelque sorte comme une terminaison, une métamorphose, ainsi que je pourrais le prouver par des faits (voir entre autres observations, *Éphém. nat. cur. Decur.* II, an V, obs. 166, p. 339; *ibib.*, an X, obs. 42, p. 85); ces tumeurs constituaient les hydrocéphalies bâtardes.

Aujourd'hui la dénomination d'hydrocéphalie est tout à fait abandonnée pour exprimer ces tumeurs extracraniennes. On la réserve pour désigner les épanchements de sérosité qui se forment, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, soit dans les ventricules du cerveau : c'est l'hydrocéphalie interne des anciens.

Mon intention étant de ne m'occuper, dans ce travail, que de cette derniére espèce, je ne parlerai qu'en passant et à propos du diagnostic différentiel, de ces tumeurs molles et fluctuantes situées superficiellement sur un point quelconque du crâne ou le recouvrant en entier, et développées sous ses diverses membranes tégumenteuses, en d'autres termes, des hydrocéphalies externes, d'autant mieux que ce genre de tumeur met très-rarement, pour ne pas dire jamais, un obstacle sérieux à l'accouchement. Quant à l'hydrencéphalocèle, bien que jusqu'à un certain point ou puisse, comme je l'ai dit, la rapprocher de l'hydrocéphalie interne, attendu que ses signes extérieurs différent peu de ceux de l'hydrocéphalie externe proprement dite, et que, d'un autre côté, les rapports de ces deux maladies avec l'accouchement sont à peu prés les mémes, je n'en parlerai aussi qu'à propos du diagnostic différentiel et nullement d'une maniére spéciale.

L'hydrocéphalie interne, l'hydrocéphalie vraie des modernes, c'est-à-dire la collection de sérosité à l'intérieur du crâne, fera donc seule l'objet de ce mémoire. Considérant cette maladie du fœtus uniquement dans ses rapports avec le travail de la parturition, je n'aurai point à rechercher ses causes, son mode de formation; je prendrai la maladie toute faite, telle qu'elle existe au moment où la tête qui en est atteinte va franchir le canal utéro vaginal, et je me bornerai à décrire les phénomènes qui surviennent alors, soit du côté de la mère, soit du côté de l'enfant. Ces considérations, toutes mécaniques en quelque sorte, me dispenseront également de rien dire sur la distinction qui pourrait être établie entre les différentes espèces d'hydrocéphalies internes admises par les auteurs, quand ils considèrent que la sérosité s'accumule, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, soit et beaucoup plus souvent (1) dans les ventricules cérébraux, soit même entre la dure-mère et le crâne, si l'on en croit Baraillon; car dans ces cas, la collection séreuse produisant les mêmes modifications sur la tête du fœtus considérée extérieurement, sous le rapport de sa forme, de son volume, de sa consistance et de ses autres qualités physiques, les seules qu'il importe d'étudier ici, il serait inutile d'établir entre ces différents cas aucune distinction séméiologique. Ainsi pour moi, dans ce travail, l'hydrocéphalie fœtale sera une maladie consistant en une collection séreuse à l'intérieur du crâne, faisant subir à la tête diverses modifications qui auront, sur le mécanisme de son expulsion hors de l'utérus, une influence plus ou moins marquée.

On a beaucoup écrit sur l'hydrocéphalie chronique, mais le plus souvent elle n'a été étudiée que sous un rapport purement anatomique ou purement médical. Si l'on compulse des auteurs qui ont traité de la théorie et de la pratique des accouchements, on n'en trouve qu'un très-petit nombre qui aient arrêté leur attention sur les connexions que cette maladie du fœtus pouvait avoir avec la chirurgie puerpérale. Mauriceau, Amand, Viardel et plus tard Stein, se taisent complétement sur l'hydrocéphalie; Levret n'en parle pas dans son *Traité d'accouchements*, il n'en dit que quelques mots a peine dans la réfutation d'une thèse de Boehmer; Peu ne parle que d'hydrocéphales par suite de corruption après la mort de l'enfant. Il faut arriver a Smellie pour trouver sur la matiére des observations intéressantes et des préceptes utiles. A peu prés a la méme époque, Nau-

(1) Camper dit n'avoir jamais trouvé la collection séreuse que dans les ventricules (*Mem. sur les hydropisies*, in *Mem. de la Soc. roy. de méd.*, an. 1784-1785); Petit dit la même chose. (*Mem. sur l'hydrocéphale*, in *Mem. de l'Acad. des sciences de Paris*, année 1718, p. 98.) J'ai trouvé que sur 55 observations dans lesquelles l'autopsie a été faite, 35 fois la sérosité a existé dans les ventricules cérébraux énormément distendus, 5 fois simultanément dans les ventricules et dans la cavité de l'arachnoïde, dont 2 fois avec prédominance de l'épanchement ventriculaire et 3 fois au contraire avec prédominance de l'épanchement arachnoïdien; 16 fois le liquide était contenu dans la grande cavité de l'arachnoïde. Parmi ces cas, il y en avait 5 dans lesquels le cerveau manquait complétement, la sérosité pouvant alors être considérée comme supplémentaire, selon la pensée de Breschet. (*Journ. complém.*, etc., t. XIII, p. 202.)

jalousie, c'est-à-dire d'un sentiment secondaire, qui, lorsqu'il prévaut, gâte et corrompt dans sa source la passion vraie. Rappelons aussi, puisque nous sommes dans le domaine médical, qu'il est des instincts contre nature qui étouffent ou excluent les instincts naturels, et que c'est l'aberration qui constitue le vice plutôt que l'exercice excessif d'une fonction physiologique ou légitime. Les penseurs qui ont lu Platon et ses singulières théories de l'amour socratique, n'ont-ils pas vu avec quelle subtilité mystique et quelle force de raisonnement ce bel esprit a présenté la défense d'une de ses faiblesses?

Notons à ce propos que ces philosophes aux mœurs équivoques raisonnaient à peu près comme nos femmes émancipées. Celles-ci, pour justifier leurs déportements, cousacrer la débauche et sanctifier l'adultère, ont mis leur morale en romans, et cherchant l'idéal de l'homme qui conviendrait à leur dépravation, ils ont fait cet homme idéal à leur image et l'ont ainsi rabaissé, dégradé, ravalé. Point n'est besoin de rappeler à ceux qui ont médité sur les publications scandaleuses ou dévergondées de notre temps, l'utopie sociale de ces misérables créatures. Ainsi, des disciples de l'école socratique qui sont les vrais prédécesseurs des mystiques et des casuistes : ils rêvaient un amour idéal qu'ils spiritualisaient jusqu'à le rendre divin, et ce raffinement de spiritualisme qn'ils appelaient la recherche du beau, les poussait sur une pente fangeuse jusqu'au cloaque.

Platon a beau couvrir de fleurs l'immonde sentier : ni les métaphores brillantes, ni les allégories ingénieuses, ni les mythes qu'il invente comme un poëte, ne sanraient faire illusion. Ce parleur élégant, ce séducteur des esprits efféminés prêche en dernier résultat le culte odieux des amours stériles.

Ce vice est de tous les temps et comme inhérent à l'humaine nature. Ceux qui ont lu un traité attribué à Lucien, sur les deux sortes d'amour, connaissent suffisamment les conséquences déplorables de ces décevantes théories esthétiques. Dans ce traité, il n'est plus question de faire une place à la pédérastie à côté de l'amour légitime : on ne dispute que sur les avantages de l'une et de l'autre, et finalement, après une longue et indécente dissertation, suivant la méthode comparative, le sophiste ou le casuiste grec laisse la conclusion indécise, ou, pour mieux dire, il conclut à la manière des indifférents : faites ce qu'il vous plaira et suivez vos goûts, ou si vous aimez mieux, contentez-vous de toutes les manières; car il est des natures qui ont l'instinct vicieux à côté de l'instinct naturel. On connait le vers d'Horace :

Mille puellarum, puerorum mille furores.

J. M. GUARDIA.

(La fin u prochain numéro.)

mann soutenait à Leipsik une thèse dans laquelle il traite assez longuement de l'hydrocéphalie sous le rapport des obstacles qu'elle apporte à l'accouchement. Cette thèse et une autre de Marray, soutenue à Upsal trente-cinq ans plus tard, sont les seules que j'aie trouvées écrites sur le sujet qui nous occupe dans les collections des thèses étrangères. Baudelocque rapporte dans son ouvrage un ou deux faits, et consacre quelques paragraphes aux signes, au pronostic et surtout aux indications que présente l'hydrocéphalie du fœtus sous le rapport obstétrical. Ces préceptes avaient servi de base aux quelques détails mentionnés dans les ouvrages des auteurs qui l'ont suivi. Enfin, en 1827, Dugès lut à l'Académie de médecine un mémoire dans lequel se trouve exposé ce qui a été dit de plus complet sur cette matière. Néanmoins il m'a semblé que, malgré ces travaux, quelques points avaient besoin d'être un peu développés et éclaircis, principalement pour ce qui a rapport aux chances de vie que peut avoir le fœtus atteint d'hydrocéphalie avant sa naissance, considération de la plus haute importance pour établir les indications a remplir pour terminer l'accouchement.

L'hydrocéphalie portée au point d'augmenter considérablement le volume ordinaire de la tête du fœtus et de mettre obstacle à l'accouchement, est une maladie assez rare, et les recueils d'observations, même les plus riches, n'en contiennent qu'un petit nombre. Ainsi, comme déjà je l'ai dit, Mauriceau, Amand, Viardel n'en rapportent pas un seul cas, sans doute parce qu'ils n'auront jamais eu l'occasion de l'observer, car c'eût été pour eux un accident assez remarquable pour mériter une place parmi les observations si nombreuses qu'ils nous ont laissées, surtout le premier de ces auteurs. Delamotte n'en rapporte qu'un cas. Les mémoires des Académies, les recueils périodiques n'en contiennent qu'un petit nombre, et pourtant je crois avoir parcouru avec soin les plus connus, tant anciens que modernes. Madame Lachapelle, selon Dugès (mémoire cité), sur 43,555 accouchements observés par elle à l'hôpital de la Maternité de Paris, dans l'espace de vingt et un ans, n'a rencontré que 15 cas d'hydrocéphalie fœtale (un cas sur 2,904 accouchements); et encore, parmi ces cas, quelques-uns étaient assez peu développés pour avoir mis à peine un obstacle à l'accouchement. Les observations faites par M. le professeur Paul Dubois (leçons orales de clinique obstétricale) pendant dix ans, dans le même hôpital, confirment pleinement le rapport établi par madame Lachapelle; peut-être même pourrait-on en conclure quelque chose de plus encore en faveur de la rareté de la maladie qui nous occupe.

Quoi qu'il en soit, il suffit que le cas puisse se présenter quelquefois dans la pratique pour qu'il soit nécessaire de posséder les connaissances suffisantes pour remédier aux accidents dont cette maladie pourrait être la cause, surtout pour la mère, l'intérêt du fœtus devant exciter l'attention de l'accoucheur à un moindre degré dans cette circonstance.

Je m'attacherai, dans ce travail, à indiquer de la manière la plus précise qu'il me sera possible, quels sont les signes auxquels on peut reconnaître l'hydrocéphalie, puis, après avoir établi quelles sont les chances qu'il peut y avoir pour un accouchement naturel, je poserai les indications qu'il y a à remplir pour aider la nature dans le cas où l'accouchement est impossible par ses seules forces. Ce sera alors que je traiterai la question de savoir jusqu'à quel point et dans quelle mesure il faut agir sur le fœtus pour délivrer la mère. Les faits nombreux que j'ai rassemblés et dont quelques-uns n'ont jamais été publiés, me permettront, je pense, de résoudre cette question.

Je citerai d'abord ces faits, car c'est de leur examen attentif et de leur rapprochement que l'on peut seulement tirer des conclusions pratiques utiles. D'un autre côté, si l'on acceptait sans restriction les assertions de la plupart des auteurs des traités spéciaux d'accouchements, le diagnostic et les indications à remplir, seraient des plus faciles à déterminer. On verra, par ce qui est arrivé aux hommes les plus instruits et les plus expérimentés, ce qu'il faut penser de ces préceptes trop encourageants.

Les observations que je vais rapporter seront divisées en deux catégories : on comprendra facilement les raisons et les avantages de cette division. J'établirai d'abord deux classes de faits, selon que la tête ou selon que l'extrémité pelvienne se présente; circonstance bien importante à noter quand il s'agira du diagnostic. Ensuite dans chacune de ces deux classes, je range d'abord les cas dans lesquels l'accouchement s'est terminé spontanément, puis ceux qui ont nécessité l'intervention de l'art, l'aide de la main seule, soit armée d'instruments divers.

PREMIÈRE CLASSE. — PRÉSENTATION DE LA TÊTE.

Obs. I. — Marie Ravot qui, sous le nom d'hydrocéphale de Bègle, excita à un si haut degré l'attention des savants du siècle dernier, naquit le 23 avril 1755 à Bègle, près de Bordeaux. L'accouchement fut naturel, mais les douleurs furent très-vives. La sage-femme avait cru à la mollesse de la tête qu'elle touchait la poche des eaux. Elle voulut la percer : mais ayant appris que les eaux étaient déjà écoulées, elle attendit, et l'accouchement se termina spontanément. La tête de l'enfant qui était vivant, était plus grosse d'un tiers qu'à l'ordinaire. La mère eut des suites de couches heureuses (1).

Obs. II. — Une dame était en travail de son quatrième enfant. La tête resta fort longtemps au-dessus du détroit supérieur, avant que les membranes se rompissent, bien que l'orifice fût amplement dilaté. Il y eut incertitude si l'enfant présentait la tête ou les fesses. Mais quand les eaux furent évacués, il descendit un peu plus bas; pour lors on sentit le cuir chevelu et l'on reconnut un hydrocéphale, parce que les os du crâne étaient vacillants et fort éloignés les uns des autres. Après plusieurs vives douleurs, la tête franchit et le tronc suivit aussitôt. L'enfant était mort depuis peu de temps (2).

Obs. III. — Une femme enceinte pour la seconde fois et à terme, était en travail. Il durait depuis dix heures quand la tête du fœtus arriva au voisinage de la vulve; elle paraissait très-volumineuse; mais la peau du crâne tuméfié empêchait de porter un diagnostic exact. La tête ne franchit que deux heures après. L'accouchement fut difficile, mais les suites de couches furent heureuses pour la mère. L'enfant naquit faible, mais il se ranima bien. Il mourut deux jours après sa naissance.

Autopsie. Enfant volumineux et doué d'un embonpoint considérable. Tête arrondie; le diamètre occipito frontal avait 4 pouces 9 lignes, au lieu de 4 pouces qui est la mesure moyenne normale; le diamètre bipariétal avait 3 pouces 8 lignes au lieu de 3 pouces 3 lignes; les sutures et les fontanelles étaient larges; la fluctuation était évidente. A l'ouverture du crâne, on trouva le cerveau considérablement aminci, en partie détruit et renfermant un liquide séreux, d'un jaune bleuâtre (3).

Obs. IV. — Une femme jeune et robuste, accoucha au terme de sa troisième grossesse d'un enfant mort et hydrocéphale. On avait reconnu la maladie du fœtus pendant le travail. Mais comme ce travail, quoique assez lent, marchait très-bien, on l'abandonna à la nature, et il se termina spontanément vingt-quatre heures après les premières douleurs. La mère, d'abord fatiguée, se sentit entièrement soulagée; mais peu de jours après l'accouchement reparurent des crampes qui s'étaient déjà fait sentir durant le travail dans les parties antérieure et postérieure des cuisses; elles devinrent continues, s'accompagnèrent de tous les symptômes de la névrite puerpérale : elles cédèrent en peu de jours au traitement antiphlogistique.

L'enfant pesait à peu près 7 livres 10 onces. La sérosité contenue dans le crâne pesait à elle seule un peu moins de 2 livres. Elle était rougeâtre et un peu trouble; elle était contenue, comme dans le cas le plus ordinaire, dans les ventricules cérébraux à parois excessivement amincies. Le crâne avait les dimensions suivantes : diamètre occipito-mentonnier, 6 pouces 10 lignes; occipito-frontal, 6 pouces 8 lignes; bipariétal, 4 pouces 11 lignes; sous-occipito-bregmatique, 4 pouces 9 lignes. Le corps, du vertex aux talons, avait 19 pouces 11 lignes; du vertex à l'ombilic 10 pouces 2 lignes (4).

Obs. V. — Une femme était en travail de son premier enfant. Les eaux et les membranes ouvrirent doucement l'orifice de la matrice, et lorsqu'elles furent descendues jusqu'au milieu du vagin, elles parurent comme s'il y avait deux sortes de membranes l'une dans l'autre, mais dont la plus intérieure paraissait beaucoup plus épaisse que celle du dehors. Les vraies membranes se rompirent avant que l'orifice utérin fût complétement ouvert, et alors on reconnut le cuir chevelu, qui bombait fortement. Les douleurs firent descendre la tête de plus en plus; elle franchit l'orifice, dilata le vagin, comme l'aurait fait la poche des eaux, et le toucher fit sentir les os du crâne vacillant et se croisant les uns sur les autres. Enfin, quand la tête fut délivrée, il fallut employer beaucoup de force pour dégager les épaules et le tronc, parce que le ventre était gonflé. L'enfant paraissait mort depuis huit ou dix jours, et il y avait beaucoup d'eau épanchée dans sa tête (5).

Obs. VI. — Femme de 38 ans, bien constituée. Elle était restée stérile pendant plusieurs années de mariage; ensuite elle eut trois fausses

(1) *Anc. journ. de méd. de Vandermonde*, tom. III, juillet 1755, p. 227.

(2) Smellie, *Traité d'accouch.*, trad. de Depreville. Paris, 1771. T. II, rec. XX, art. 2, p. 407, obs. I.

(3) Dugès, *Mémoire sur les obstacles à l'accouchement par la mauvaise conformation du fœtus*, in *Mém. de l'Acad. de méd. de Paris*, t. I, p. 317, ann. 1827. — § III *De l'hydrocéphale*, obs. I.

(4) Dugès, mémoire cité, § III *De l'hydrocéphale*, obs. II.

(5) Smellie, ouv. cit., *Rec. XX*, art. 2, obs. 2.

couches, l'une après une chute dans un escalier, les autres sans cause connue. Elle devint enceinte une autre fois, vers la fin de l'année 1678; la cinquième et la sixième semaine après la conception, elle eut ses règles pendant trois jours chaque fois; du reste, la grossesse se passa bien. Elle fit une chute assez longtemps avant d'accoucher, mais elle y fit peu d'attention. Cependant elle sentit les mouvements de son enfant d'une manière moins évidente. Il lui semblait que son ventre se dirigeait en bas. Trois semaines avant le terme de sa grossesse, sans aucune cause, il se fit un flux aqueux par la vulve, pendant deux heures. Le 10, le 11 et le 12 septembre 1679, le flux continua; il devint alors semblable à de la lavure de chair. Le 13 au matin, après quelques douleurs peu intenses, la femme accoucha d'un enfant mort et enveloppé des membranes, vides de liquide; une très-petite quantité d'eau s'était écoulée avant et après l'accouchement.

La tête du fœtus avait un aspect monstrueux. Le cuir chevelu, arraché du crâne à partir du milieu de l'occiput, était retourné et couvrait la face, de manière à dérober aux yeux toutes ses parties. Les os du crâne étaient vacillants et très-écartés les uns des autres. Le pariétal droit était dépouillé de périoste et séparé de la dure-mère, au point qu'il fut facile de l'extraire. La dure-mère était encore adhérente aux os en certains points, surtout au niveau des sutures, mais dans d'autres points elle était tout à fait détachée et s'en séparait facilement; elle était déchirée en certains points et elle était plus épaisse qu'à l'ordinaire, ainsi que l'arachnoïde cérébrale. Il existait entre ces deux membranes un espace très-large qui ne contenait pas de liquide. Les anfractuosités cérébrales étaient oblitérées en partie. Le cerveau était entier, mais sa substance était molle et comme pultacée. La dure-mère, en quelques points, adhérait à l'arachnoïde par quelques fibres intermédiaires. Le cuir chevelu pouvait, par l'extension, acquérir facilement une très-grande étendue. La face était bien conformée; le tronc était émacié.

Il parut à Wepfer, qui rapporte l'observation, ainsi qu'à Emmanuel Hunter et à son fils, que ce fœtus était hydrocéphale, à cause de l'étendue de sa dure-mère et de son cuir chevelu. Il était évident que, par suite de la rupture de la peau et de la dure-mère, le liquide s'était écoulé au dehors mêlé à celui de l'amnios. C'était sans doute un cas d'hydrocéphalie arachnoïdienne (1).

La suite au prochain numéro.

(1) Wepfer, *Obs. medico-pract. de affect. capitis*, obs. 26, p. 51. Scaphusii, 1727.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros du 30 août 1863 au 30 mars 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Note sur l'emploi de l'électricité dans le traitement des vomissements nerveux*, par M. Bricheteau. 2° *Étude sur la valeur comparée du musc et de l'acétate d'ammoniaque dans le traitement des pneumonies graves avec délire*, par M. Delioux. 3° *De la combinaison du broiement de la pierre et de la taille*, par M. Alquié. 4° *Du vomissement dans la convalescence des maladies aiguës et de son traitement par l'alimentation et la pepsine*, par M. Bouchut. 5° *De l'influence défavorable du changement subit de climat*, par M. Bennett. 6° *Remarques sur un cas d'éclampsie de longue durée guéri par la respiration artificielle*, par M. Dally. 7° *Des incompatibilités pharmaceutiques du perchlorure de fer*, par M. Adrian. 8° *De l'utilité de l'apiol dans l'aménorrhée et la dysménorrhée*, par M. Marrotte. 9° *Réflexions pratiques sur les fractures chez les enfants*, par M. Guersant. 10° *Remarques sur le laudanum de Rousseau*, par M. Marchand. 11° *Remarques sur un cas de chorée traitée par les inhalations de chloroforme*, par M. Simon. 12° *Des polypes naso-pharyngiens*, par M. Delore. 13° *Examen chimique de la rurine d'iris officinale*, par M. Martin. 14° *Observation de péritonite*, par M. Leudet. 15° *La substitution parenchymateuse et la méthode endorganique*, par M. Luton. 16° *Du traitement des névralgies*, par M. Trousseau. 17° *De l'incision des gencives comme moyen de remédier aux accidents de la première dentition*, par M. Fonssagrives. 18° *Note sur le datura tatula et son emploi dans l'asthme*, par M. Mac Veagh. 19° *L'électrisation généralisée considérée comme agent tonique et stimulant diffusible*, par M. Gubler. 20° *Formule de la goutte noire anglaise*, par M. Mayet. 21° *Ongle incarné guéri par l'emploi topique du perchlorure de fer*, par M. Thierry-Mieg. 22° *De l'utilité de l'aloès dans le traitement des plaies*, par M. Delioux. 23° *Traitement du muguet par l'emploi topique de la liqueur de Van Swieten*, par M. Vidal. 24° *Des fondements de la thérapeutique*, par M. Hirtz. 25° *De la trachéotomie dans le croup*, par M. Guersant. 26° *Des effets physiologiques et de l'emploi thérapeutique de la* lobelia inflata, par M. Barrallier. 27° *Du massage comme traitement de l'entorse*, par M. Millet. 28° *Des avantages du tartre stibié comme agent provocateur des contractions utérines*, par M. Gantillon. 29° *Quelques considérations sur le traitement de l'albuminurie, et particulièrement par l'emploi des diurétiques*, par M. Hirtz. 30° *Recherches pratiques sur les hémorragies post-puerpérales tardives*, par M. Lizé. 31° *Du dosage des extraits narcotiques par la matière résinoïde*, par M. Loret. 32° *Note sur un nouveau pain de gluten à l'usage des diabétiques*, par M. Bérenger-Féraud. 33° *Ovariotomie pratiquée avec succès*, par M. Lacroix. 34° *Recherches sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde*, par M. Mazade. 35° *Note sur trois cas d'iléus, etc.*, par M. Goyrand. 36° *Pilules de nitrate d'argent inaltérables*, par M. Vée. 37° *Traitement de l'angine glanduleuse par le chlorate de potasse*, par M. Laborde. 38° *Considérations pratiques sur l'hypertrophie des amygdales chez les enfants*, par M. Guersant. 39° *Note sur deux accouchements de jumeaux*, par M. Lambert.

L'ÉLECTRISATION GÉNÉRALISÉE CONSIDÉRÉE COMME AGENT TONIQUE ET STIMULANT DIFFUSIBLE; par M. GUBLER.

L'électrisation généralisée, la première qui ait été employée en thérapeutique, a été si bien supplantée par la faradisation localisée qu'elle a disparu à peu près complétement de la pratique médicale. M. Gubler pense que cet oubli est immérité, et il croit que l'électrisation généralisée pourra rendre d'utiles services, comme agent tonique et stimulant diffusible, dans des cas même où les ressources ordinaires de la thérapeutique auront échoué. Il cite à l'appui de cette opinion un fait très-curieux, dans lequel cette médication paraît avoir produit, en effet, des résultats extrêmement remarquables. Il nous suffira de reproduire le sommaire de l'observation, qui est d'ailleurs intéressante à divers égards, comme toutes celles dont M. Gubler a enrichi la science. Voici ce sommaire : atrophie musculaire progressive, anaphrodisie, dystbermasie et alcalinurie de l'urine, à la suite d'excès génésiques et de l'abus des spiritueux.

Traitement prolongé et peu efficace par les toniques et l'électrisation localisée. En dernier lieu, application de la méthode d'électrisation généralisée. Retour subit de la calorification normale, accroissement de l'appétit, excitation de la contractilité intestinale et de la sécrétion des glandes annexées au tube digestif. Acidité intermittente des urines. Restauration rapide des forces générales et progrès marqués vers l'eutrophie des muscles.

L'électrisation a été faite à l'aide de l'appareil de M. S. Hacq, le malade étant assis, ses pieds et ses mains étant placés dans quatre cuvettes remplies d'eau salée, dans lesquelles se rendaient les fils conducteurs.

DES POLYPES NASO-PHARYNGIENS; par M. le docteur X. DELORE.

M. Delore discute dans ce travail les différentes opérations qui ont été exécutées pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, et de cette discussion, il déduit les conclusions suivantes :

Sans avoir la prétention de poser des préceptes absolus, je pense qu'il est loisible de n'adopter de prime abord aucune méthode exclusive quand on se trouve en présence d'un polype naso-pharyngien. On peut tenter au début une opération très-simple, éviter les incisions préalables; puis, si ces essais avortent, recourir à la resection de la voûte palatine ou du maxillaire pour faire l'ablation ou en assurer le résultat.

L'incision simple du voile du palais peut être négligée, tellement son avantage est de peu d'importance.

Quant à la resection de la voûte, elle permet un accès plus facile à l'œil, au doigt et aux caustiques. Je crois cependant avoir démontré que le toucher de la voûte pharyngienne peut se faire dans tous les cas, et qu'il donne de plus précieux renseignements que la vue. Maintenant, du reste, il n'est pas un point de la cavité qui ne puisse être exploré par l'œil, grâce à la pharyngoscopie.

Cette méthode nouvelle, qui demande deux ou trois séances d'essais avant de donner des résultats satisfaisants, doit rassurer ceux qui pourraient douter encore de la possibilité d'inspecter avec le doigt tous les recoins du pharynx. L'écrasement linéaire, la cautéri-

sation avec le canquoin, l'examen de la cavité avec le miroir, me paraissent devoir réduire les cas d'application de la resection palatine, qui est cependant quelquefois une ressource très-précieuse.

Mais la resection du maxillaire supérieur me paraît la seule opération préliminaire nécessaire dans les cas extrêmes.

Quand on n'avait d'autres ressources que l'arrachement et l'excision, il fallait une large voie pour introduire les instruments on parer aux accidents; l'écrasement permet d'opérer dans un espace plus restreint.

Enfin, il est encore un argument qu'on peut diriger contre les procédés préliminaires, c'est qu'ils empêchent d'endormir les malades au début de l'opération, ce qui mérite d'être pris en considération.

De l'utilité de l'aloès dans le traitement des plaies; par M. Delioux de Savignac.

L'aloès, qui n'est plus guère employé qu'à l'intérieur, était autant usité autrefois à l'extérieur qu'à l'intérieur. Galien considérait l'aloès, appliqué extérieurement, comme un astringent, et lui reconnaissait la propriété de fermer les ulcères. Après les Grecs, les Arabes, et ensuite bon nombre de thérapeutistes qui leur succédèrent jusqu'au dix-huitième siècle, jusqu'à Geoffroy, par exemple, signalèrent l'aloès comme éminemment propre au pansement des plaies et des ulcères, et comme susceptible de favoriser, de hâter leur cicatrisation et même de réprimer les hémorrhagies fournies par ces solutions de continuité. Les chirurgiens l'employaient fréquemment autrefois, soit en dissolution alcoolique pour laver les ulcères sordides, soit comme topique, mélangé à des substances balsamiques, telles que la myrrhe et l'encens, dans des onguents, des baumes, qui servaient non-seulement au pansement des plaies anciennes, mais même à celui des plaies récentes. Il entrait dans la composition de nombreux vulnéraires et passait pour prévenir la suppuration, empêcher la formation des ulcères, et favoriser la prompte adhésion des bords des plaies dues aux armes tranchantes. Au dernier titre, le baume du commandeur de Permes, dont l'aloès est un des éléments, jouissait d'une faveur toute spéciale: on réunissait les chairs, et l'on appliquait par-dessus une compresse imbibée de cette teinture balsamique composée. Enfin, on faisait entrer l'aloès dans des collyres adressés à diverses lésions ressortissant à l'ophthalmie chronique, ainsi que dans les injections destinées à modifier les trajets fistuleux et à déterminer leur obturation.

Tous ces faits semblent à peu près oubliés aujourd'hui, et il est très-peu de praticiens qui songent de nos jours à l'emploi externe de l'aloès. Il est abandonné à la médecine vétérinaire, qui a le bon esprit de ne pas s'en dessaisir, et qui continue à s'en servir avec avantage, tant comme vulnéraire dans le traitement des plaies récentes que comme modificateur et cicatrisant pour le pansement des ulcères atoniques, sanieux, fétides et rebelles à la guérison.

C'est pour avoir été frappé de la rapidité avec laquelle les topiques aloétiques cicatrisent les plaies chez les animaux que M. Delioux a eu l'idée de les expérimenter chez l'homme, et il n'a pas tardé à se convaincre que là ils ont la même utilité.

La préparation à laquelle il s'est arrêté est une teinture saturée d'aloès, composée de :

Aloès.........	1 partie.
Alcool.........	2 parties.

Il faut faire choix d'aloès de bonne qualité, de l'aloès succotrin.

Pour appliquer la teinture alcoolique d'aloès, on y trempe un pinceau de charpie, que l'on promène ensuite à la surface des plaies, ou bien on en imbibe des plumasseaux de charpie qui servent au pansement. Ce dernier mode d'emploi est naturellement plus actif que le premier.

L'application de l'alcoolé d'aloès sur les plaies est peu douloureux, et souvent même, quant à la sensation, l'effet local est nul.

Parmi les cas dans lesquels cette méthode de traitement a réussi à M. Delioux, il cite particulièrement les plaies de *position*, survenues chez les sujets atteints de maladies typhoïdes ou cachectiques, et si difficile de d'ordinaire à fermer. M. Delioux les fait panser exclusivement avec l'alcoolé d'aloès, ou bien il les fait badigeonner sur leur surface et à leurs alentours avec cet alcoolé, et recouvrir ensuite avec des plumasseaux enduits d'onguent styrax. M. Delioux a obtenu aussi quelques succès remarquables dans le traitement des ulcères atoniques anciens, invétérés, tels que des ulcères variqueux aux jambes datant de plusieurs années.

Traitement du muguet par l'emploi topique de la liqueur de Van Swieten; par M. le docteur Vidal.

De tous les moyens qu'il a employés pour combattre le muguet, — borax, alun, bicarbonate de soude, azotate d'argent, etc., — aucun n'a donné à M. Vidal de résultats plus prompts et plus sûrs que la solution du bichlorure de mercure. Après avoir diminué successivement, dans les collutoires et les glycérolés dont il se servait, la dose de sublimé, il s'est arrêté à l'usage de la liqueur de Van Swieten, dans laquelle, comme chacun le sait, la proportion de bichlorure de mercure est d'un millième.

Les parties envahies par le muguet, après avoir été essuyées avec un linge sec et soigneusement débarrassées du produit parasitaire, sont badigeonnées trois ou quatre fois par jour avec un pinceau trempé dans la liqueur de Van Swieten, soit pure, soit additionnée de quelques gouttes d'alcoolat de menthe pour en modifier la saveur. Il suffit ordinairement de deux ou trois jours pour détruire jusqu'aux derniers vestiges des végétations cryptogamiques.

M. Vidal a employé cette médication sur plusieurs enfants; elle est parfaitement supportée, et jamais M. Vidal n'a vu survenir d'accidents sous l'influence de la très-minime quantité de solution nécessaire pour les badigeonnages. La diarrhée, lorsqu'elle existe, n'en est pas augmentée.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

— M. Baudrimont présente un extrait d'un travail communiqué à l'Académie de médecine en 1851. Cette présentation a pour but de rendre sensible la connexité qui existe entre ses idées et celles que M. Frémy vient de publier. Il affirme la génération spontanée.

Remarques a l'occasion d'une communication récente de M. Gaultier de Claubry sur l'emploi de la méthode dialytique en médecine légale. (Extrait d'une lettre de M. Tardieu.)

L'Académie des sciences a reçu, le 20 juin dernier, de M. Gaultier de Claubry, une lettre dont j'ai connaissance aujourd'hui seulement, et qui est relative à l'emploi des procédés dialytiques dans la recherche des poisons et particulièrement de la digitaline.

Les faits et les principes énoncés dans cette communication sont entièrement conformes à mes propres observations, mais j'ai le devoir de réclamer contre une erreur de fait qui a échappé à l'auteur de la lettre. M. Gaultier de Claubry dit en effet que, dans un procès récent, l'expert appelé par le tribunal n'a pas cherché à tirer parti de cette méthode (la dialyse) et ainsi lui paraît avoir suivi une fausse voie (1).

M. Gaultier de Claubry a été mal informé. Les experts, dans l'affaire dont il est question, ont eu recours aux procédés dialytiques, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de leur rapport qui paraît dans le numéro de juillet des *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Mais ces procédés ne leur ont fourni aucun résultat satisfaisant, ainsi qu'on pouvait le prévoir par le fait même des objections très-judicieuses que M. Gaultier de Claubry lui-même soumet à l'Académie.

— M. Velpeau présente au nom de M. Sauvo les remarques suivantes sur la question de priorité entre de récents travaux concernant la *Théorie des mouvements du cœur*.

Dans sa séance du 9 mai dernier, l'Académie des sciences adoptait des conclusions favorables, sur un rapport fait par M. Delaunay, relativement à une nouvelle théorie des battements du cœur, exposée par M. Hiffelsheim, dans une note du 18 avril, note qui ne faisait que résumer un mémoire de 1854. Cette théorie consiste à expliquer les mouvements de cet organe par une espèce de recul, résultant du double jet de sang projeté dans les artères aorte et pulmonaire, à chaque systole des ventricules.

Or j'ai publié, dans ma thèse inaugurale du 13 août 1840, page 28, une théorie absolument identique. Elle avait même été rendue publique un an auparavant, c'est-à-dire en 1839, par une lettre écrite au professeur de physiologie, A. Bérard, qui en donna lecture et la commenta, en présence de son nombreux auditoire.

Ainsi j'ai publié, quatorze ou quinze ans avant M. Hiffelsheim, la

(1) La partie de la note à laquelle fait allusion M. Tardieu ne se trouve pas dans l'extrait de la note de M. Gaultier de Claubry qu'a donné le *Compte rendu* de la séance du 20 juin. C'est avec intention, et, comme on le voit, avec raison, que cette assertion n'avait pas été reproduite.

théorie du recul sur les mouvements du cœur ; dès lors, j'ai cru que j'étais en droit d'en réclamer la propriété.

Remarques de M. Em. Blanchard *à l'occasion de la communication précédente.* — Je demande à l'Académie la permission de faire remarquer que la réclamation de M. Sauvo, à l'égard du travail de M. Hiffelsheim, n'est pas fondée. L'idée d'un mouvement de recul du cœur était venue à l'esprit de plusieurs physiologistes et avait été émise par quelques-uns d'entre eux, bien avant M. Sauvo, notamment M. Gutbrod, en 1835, et ensuite par MM. Skoda, O'Bryan, etc., mais M. Hiffelsheim est réellement le premier qui ait donné une démonstration du fait, qui ait étudié sérieusement la question, et dans son mémoire présenté à l'Académie des sciences en 1854 son premier soin a été de citer M. Gutbrod. Je ne saurais trop engager M. Sauvo à lire les *Leçons de physiologie et d'anatomie comparée* (t. IV) de notre illustre confrère, M. Milne Edwards. Il trouvera dans cet ouvrage l'historique à peu près complet de toutes les opinions et de toutes les recherches auxquelles ont donné lieu les mouvements du cœur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1864. — PRESIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande de M. Burin-Dubuisson, pharmacien à Lyon, tendant à obtenir l'autorisation d'expérimenter le perchlorure de fer contre la rage à l'École vétérinaire d'Alfort, sous la direction de la commission de la rage. (Renvoyé à cette commission.)

La correspondance officielle comprend en outre :

2° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Madin (de Verdun), Yvonneau (de Blois), Barth (de Boulay), et Gevray (de Vesoul).

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements du Puy-de-Dôme, de la Loire-Inférieure, du Nord et de la Manche. (Commission des épidémies.)

4° Un rapport de M. le docteur Cazintre, sur le service médical des eaux minérales de Rennes (Aude) pour l'année 1863. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une troisième note de M. le docteur Brun-Séchaud, sur l'organe central de la circulation. (Commissaire, M. Béclard.)

2° Des échantillons de charpies chimiques obtenues au moyen de l'acide hypoazotique sur les charpies ordinaires, avec note explicative, par M. B. de Luna. (Commission des remèdes secrets.)

3° Une note sur un nouveau trocart explorateur, par le docteur Joseph Frankl (de Marienbad). (Commissaire, M. Laugier.)

— M. le Secrétaire perpétuel offre en hommage à l'Académie, de la part des auteurs :

1° *De l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales*, par M. Scoutetten (de Metz);

2° *Considérations tératologiques tendant à montrer l'origine vertébrale de la tête*, par M. Lavocat (de Toulouse).

— M. Velpeau présente, au nom de M. Sédillot, deux brochures sur la *régénération des os par le périoste après les opérations.*

Ces travaux se rattachent à l'importante question chirurgicale qui a été soulevée par M. Ollier. M. Sédillot ne partage pas les idées du chirurgien de Lyon. Il a soumis à un examen sérieux les faits de reproduction des os par le périoste, que Heine et Textor ont donnés comme complétement démonstratifs; il ne les a pas jugés concluants. Il rapporte d'autre part qu'un de ses élèves a fait des expériences sur ce sujet. Ces expériences ont été contradictoires par rapport à celles de M. Ollier.

M. Velpeau, du reste, ajoute que M. Sédillot travaille dans un sens opposé à M. Ollier. Le chirurgien de Strasbourg préconise l'évidement des os, et il n'est pas étonnant qu'il le croie préférable aux resections sous-périostiques.

— M. Michel Lévy présente, au nom du Conseil de salubrité du département de la Seine, le compte rendu de ses travaux pendant les années 1861 et 1862. Plus de 1,900 affaires, dit M. Michel Lévy, ont été l'objet de discussions et de décisions du Conseil. La rédaction de ce volume est due à la savante et intelligente plume de M. Trébuchet.

RAPPORTS.

M. Vernois lit des rapports :

1° Sur un travail de M. le docteur E. Mabier ayant pour titre : *Essai de topographie médicale de l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne).* (Renvoyé à MM. Chatin, Guérard et Vernois, commissaires.)

2° Sur un mémoire de M. le docteur Marmi ayant pour titre : *Topographie médicale de la ville de Lyon.* (Renvoyé à MM. Michel Lévy, Tardieu et Vernois, commissaires.)

3° Sur un *Essai analytique de statistique mortuaire pour le canton d'Autrey (Haute-Saône) pendant la période de 1858 à 1863*, par M. le docteur Richard. (Renvoyé à MM. Guérard, Tardieu et Vernois.)

4° Sur un mémoire de M. Guipon (de Laon), ayant pour titre : *Des effets de la consanguinité, de la syphilis et de l'alcoolisme combinés et observés dans la même famille.* (Renvoyé à MM. Ricord, Bouchardat et Vernois, commissaires.)

Les commissions proposent d'adresser des remercîments et des félicitations aux auteurs, et de déposer leurs travaux dans les archives. (Adopté.)

M. Vernois lit encore un rapport sur une troisième note de M. le docteur de Pietra-Santa, relativement aux effets physiologiques de l'emprisonnement cellulaire. (Renvoyé à MM. Baillarger, Ségalas, Gnérard et Vernois.)

« M. de Pietra-Santa appartient au camp des médecins qui ont le plus vivement attaqué le système cellulaire dans son application aveugle. Ses études s'appuient sur des observations directes et sur des statistiques bien faites. »

La commission, n'envisageant que le côté hygiénique de l'emprisonnement cellulaire, partage l'avis de l'auteur sur la nécessité de donner aux prisonniers une meilleure alimentation, et de leur faciliter l'exercice d'un travail le plus en relation avec les habitudes des prisonniers; de les isoler du foyer de corruption avec les autres détenus, mais de leur permettre les relations sociales que tolère la prévention. C'est là peut-être un des meilleurs remèdes à apporter à la fréquence de la folie et du suicide chez les individus enfermés dans une cellule. La commission se joint à l'auteur pour répondre aux notes publiées par MM. Tardieu et Berriat-Saint-Prix à l'égard de la possibilité de l'emprisonnement cellulaire sans dangers immédiats pour la vie et l'intelligence des individus.

Jugeant ensuite les travaux qui ont été faits par M. de Pietra-Santa depuis 1853 pour l'amélioration de l'hygiène des prisonniers, « on peut dire, ajoute M. le rapporteur, que certaines parties de la question sont encore *sub judice.* Il paraît juste et convenable d'encourager les auteurs qui se vouent par des travaux persévérants à l'étude de ces matières. L'Académie, sans sortir de sa sphère ni de sa compétence habituelle, peut donner son approbation générale aux recherches qui se proposent pour but l'amélioration physique et morale des détenus. »

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'encourager à poursuivre ces études. (Adopté.)

PUSTULE MALIGNE SPONTANÉE.

M. Gosselin, au nom d'une commission composée de MM. Roche, Raynal et Gosselin, lit un rapport sur un mémoire imprimé de MM. Devers et sur un mémoire manuscrit de M. Th. Gallard.

Après un exposé du sujet, M. le rapporteur cite les faits invoqués par MM. Devers. Ces médecins, de 1820 à 1830, ont recherché à la Benate s'il y avait eu des pustules malignes en même temps que des affections charbonneuses chez les animaux; ils ont trouvé qu'en même temps qu'il y avait de nombreuses affections charbonneuses chez les animaux, cinq pustules malignes seulement avaient été observées chez l'homme, tandis que de 1830 à 1863 il n'y avait eu aucune affection charbonneuse chez les animaux et qu'il y avait eu quinze pustules malignes chez l'homme; et ils ont conclu de ces faits, scrupuleusement observés, à la possibilité de la génération spontanée de la pustule maligne chez l'homme, plutôt que de la génération hypothétique par contagion.

M. Gallard a vérifié les faits cités par MM. Devers, et il a apporté de nouveaux faits à l'appui de la thèse de la spontanéité de la pustule maligne.

Il a interrogé les pays voisins de la Benate, afin de savoir s'il n'y avait pas eu d'affections charbonneuses dans les pays limitrophes du département de la Charente. Médecins et vétérinaires, tous ont répondu qu'ils n'en avaient pas vu.

Restait l'hypothèse de la translation du virus de contrées éloignées par des mouches. M. Gallard, avec M. le docteur Meschinet, qui a soulevé la question entomologique, met en doute la possibilité de la transmission du virus par l'aiguillon des mouches, qui est incessamment nettoyé par les pattes de l'insecte.

M. Gallard a réuni, en prenant dans les faits recueillis par MM. Devers et dans divers recueils et en réunissant les siens propres, 34 cas dans lesquels l'hypothèse d'une contagion charbonneuse est inadmissible. De ces investigations par enquête, il est résulté pour l'auteur la vérité de cette proposition : que la génération spontanée de la pustule maligne est, au contraire, d'une grande probabilité.

Tous les travaux modernes ont admis la tradition dont le livre d'Enaux et Chaussier est le fondement. Quoi qu'en aient dit Bayle et Bidault, Boyer, et plus récemment M. le docteur Bourgeois (d'Étampes) et M. Rambert (de Châteaudun), on conserve la théorie de l'inoculation.

La commission ne peut encore admettre l'idée de M. Gallard.

Deux objections s'y opposent, et d'abord des erreurs de diagnostic

possibles. On a pu méconnaître les maladies charbonneuses sur les animaux à la Benate, et alors on conçoit que la spontanéité des pustules soit une chose douteuse. Il faudrait aussi savoir si les pustules malignes étaient réellement des pustules malignes. Et sans parler des faits où ce diagnostic présente des difficultés pour tout le monde, M. le rapporteur ajoute que MM. Maunoury et Salmon ont vu des maladies charbonneuses, et qu'ils jugeaient le diagnostic avec certains anthrax, avec le furoncle et les phlegmons circonscrits, si difficile que l'inoculation seule sur les animaux des escarres provenant de la pustule maligne pouvait établir la nature de l'inflammation développée chez l'homme.

D'un autre côté, il n'est pas impossible de trouver, pour expliquer la pustule maligne, une autre cause que l'inoculation du virus charbonneux.

Il se peut, comme l'ont dit Enaux et Chaussier, et comme l'a répété Boyer, que la viande et la peau des bêtes surmenées puissent, en l'absence de tout charbon, causer la pustule maligne par le contact, et alors le sang des animaux surmenés contiendrait peut-être, ainsi qu'on l'a dit depuis, comme celui des animaux atteints de charbon, des bactéries.

Thomassin et M. Rostan ont vu une pustule maligne produite par les cadavres d'animaux décomposés, tels qu'un loup et une taupe; dans ces cas, la pustule maligne aurait été produite simplement par un virus analogue à celui des piqûres anatomiques.

Enaux et Chaussier, et M. Bourgeois (d'Étampes) ont cité des pustules malignes données par la chair et la peau d'animaux tels que le lièvre et le lapin, et même par le pansement d'un cheval sain. Quoique ces faits soient très-discutables, ils n'en existent pas moins comme hypothèse.

Enfin, M. Bourgeois (d'Étampes) a dit avoir vu des pustules malignes communiquées par des animaux sains fraîchement tués.

A côté de toutes ces théories, se trouve celle de la génération spontanée de la pustule maligne dans les cas où la contagion ne peut être admise que par un transport problématique du virus.

En résumé, dit M. le rapporteur, deux propositions sont formulées par M. Gallard : la contagion de la pustule maligne par le contact du virus charbonneux, et la génération spontanée de la pustule maligne. La première est classique, beaucoup de faits la confirment; la seconde est très-douteuse. Depuis Fournier, le charbon spontané est admis, mais ce n'est pas une vraie pustule maligne, et ce n'est pas chose inacceptable que d'admettre le développement d'une maladie charbonneuse avec phénomènes généraux graves suivant promptement un accident local.

Envisageant ensuite la conséquence de la théorie de la génération spontanée, M. le rapporteur dit que l'on s'éloignerait peut-être de la cautérisation, qui est le véritable agent thérapeutique efficace contre la pustule maligne. Il constate, du reste, que MM. Devers et Gallard insistent sur la nécessité de la cautérisation de la pustule maligne même spontanée.

La spontanéité de la pustule maligne n'est pas impossible, mais elle nécessite de nouvelles démonstrations et de nouvelles expériences; elle n'est pas rejetée à tout jamais. Il faudra dans toutes les observations rechercher quel est le point de départ de la pustule maligne; il faudra faire dans les tanneries des expériences avec les peaux, les laines et les crins qui pourront avoir causé des pustules malignes; savoir si en les inoculant à des animaux on peut leur donner le charbon ou le sang de rate. Les expériences pourraient être multipliées.

Jusqu'à présent, dit le rapporteur en terminant, la commission est d'avis de s'en tenir à cette opinion : que la pustule maligne est de provenance animale, en laissant entendre, si l'on veut, que les cadavres d'animaux putréfiés et ayant été malades de toute façon, peuvent en fournir le germe aussi bien que les animaux charbonneux. Cette opinion est celle qui assure le mieux le traitement curatif par la cautérisation et le traitement préservatif par des mesures hygiéniques appropriées.

La commission, jugeant que les auteurs, par leurs enquêtes minutieuses et persévérantes, ont bien mérité de la science, propose d'adresser des remerciements à MM. Devers et Gallard; d'envoyer au comité de publication le travail manuscrit de M. Gallard, de déposer aux archives le travail imprimé de M. Devers.

— L'ordre du jour appelle la fin de la discussion sur les mouvements du cœur.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS DU CŒUR.

M. Gavarret : Messieurs, dans cette discussion qu'il a soulevée lui-même et sans y être provoqué, M. Beau a pris une singulière attitude vis-à-vis ceux de ses collègues qui sont venus défendre à cette tribune des doctrines physiologiques différentes des siennes. Pour ce qui me regarde personnellement, dans sa première lecture, il m'a accusé d'avoir compromis ma responsabilité de rapporteur en présentant à l'Académie, comme traduction fidèle du jeu *spontané* du cœur, des tracés enregistrés par un appareil qu'on avait *forcé* à fournir des indications convenues à l'avance. Dans sa seconde lecture, après avoir altéré plusieurs passages de ma réponse, imprimée dans le *Bulletin de l'Académie*, il m'a accusé de *parler avec intrépidité de choses qui ne me sont pas connues*. Après avoir commis de nouvelles inexactitudes et avoir reproduit ce reproche d'ignorance, il m'a transformé, dans sa troisième lecture, en une espèce d'automate jouant dans cette discussion le rôle d'*instrument enregistreur*. Des insinuations et des attaques de ce genre ne devraient jamais se rencontrer ni dans la bouche ni surtout sous la plume d'hommes qui se respectent. Je sais trop ce que je dois à l'Académie, ce que je me dois à moi-même pour suivre M. Beau dans la voie déplorable qu'il a si fatalement ouverte. Ces violences ne peuvent être que les dernières convulsions d'un lutteur aux abois.

Je dirai seulement à mes honorables collègues MM. Bouillaud, Parchappe Barth et Béclard : Ne nous étonnons pas trop des procédés de M. Beau à notre égard; n'a-t-il pas accusé Harvey et Haller d'avoir ignoré le mouvement diastolique des cavités du cœur? Cette assertion vous étonne, messieurs; vous vous refusez peut-être à ajouter foi à mes paroles. Je le comprends; à votre place j'en ferais autant. Mais, vous le savez, j'ai l'habitude de ne rien avancer sans avoir sous les yeux un texte authentique, irrécusable. Permettez-moi donc une dernière citation empruntée aux ouvrages de M. Beau. Haller a dit, dans sa *Physiologie* (*Elementa physiologiæ*, t. I, p. 417) : « *Post auricularum constrictionem celerrime in calido et sano animale sequitur ventriculorum contractio.* » A cette proposition si nette, si claire, si positive, que répond M. Beau dans son *Traité d'auscultation*, p. 258 : « C'est que, « dit-il, pour Haller, de même que pour Harvey, le ventricule ne pré- « sente pas de mouvement de dilatation. » Ceci a été écrit en 1856. Cinq ans plus tard, en 1861, dans sa fameuse *Leçon sur la diastole ventriculaire*, il reprend ce sujet et dit, p. 18 : « Mais dans le cœur il n'y a « pas que des systoles, comme le pensait le grand Harvey, il y a aussi « des diastoles dont il est juste de s'occuper, surtout la diastole du « ventricule, qui est parfaitement admise en principe, mais qui n'a ja- « mais été démontrée par les partisans de la théorie officielle. » Vous l'entendez, c'est M. Beau qui nous le déclare lui-même : si, vers 1834, il n'avait pas eu l'heureuse idée de s'occuper de la circulation intracardiaque, la dilatation diastolique du ventricule serait encore à démontrer. Ne nous plaignons donc pas de ses procédés à notre égard : en travestissant nos doctrines, M. Beau nous fait l'honneur de nous traiter comme Harvey et Haller; il ne pouvait pas nous mettre en meilleure compagnie. Seulement, qu'il y prenne garde, en persistant dans cette voie, notre honorable collègue s'expose à faire croire qu'il n'a jamais pris la peine de lire les ouvrages des deux grands physiologistes qu'il traite d'une manière si cavalière.

De l'examen consciencieux et attentif de toutes les publications de M. Beau, il résulte que, pour lui, le passage du sang des veines dans les oreillettes et des oreillettes dans les ventricules se fait par irruptions subites. L'élasticité des troncs veineux distendus lance violemment l'ondée sanguine dans l'oreillette, et ce choc brusque, instantané, du sang contre les parois auriculaires produit le second bruit du cœur. Puis l'ondée sanguine est lancée avec force et en masse dans le ventricule par la contraction de l'oreillette. Cette collision brusque, violente, du sang et des parois ventriculaires produit, d'une part, le premier bruit du cœur; d'autre part, un mouvement en bas et en avant du sommet du cœur, dont le résultat est le choc précordial. Telle est, en résumé, et je ne pense pas que notre honorable collègue puisse me démentir, la double théorie de la circulation intracardiaque et des bruits du cœur, telle que M. Beau l'a constamment professée.

Tout cela est fort simple et fort ingénieusement combiné, il faut en convenir; mais vous savez comment M. Beau s'est trouvé entraîné, par cette conception des irruptions subites et successives de l'ondée sanguine en masse, dans une série d'hypothèses en contradiction flagrante avec les faits les mieux établis dans la science. Je respecte trop les moments de l'Académie pour passer toutes ces hypothèses en revue; permettez-moi seulement de vous rappeler les trois principales :

1° Occlusion complète des veines qui débouchent dans l'oreillette pendant toute la durée de la systole auriculaire;

2° Occlusion complète de l'orifice auriculo-ventriculaire, malgré le relâchement du ventricule, pendant toute la durée de la diastole auriculaire;

3° Égale capacité de l'oreillette et du ventricule correspondant.

Pour ce qui regarde l'occlusion des orifices veineux, M. Beau nous répète invariablement qu'il y a des fibres musculaires disposées en écharpe autour de ces orifices. Pour la troisième fois, nous lui répondons : Ces fibres musculaires sont connues de tout le monde, personne n'en conteste l'existence; mais il reste à prouver, et c'est ce que vous n'avez jamais fait, qu'elles sont capables d'opérer cette occlusion que vous avez inventée. Le pouls veineux est la démonstration irréfutable de l'erreur de votre affirmation.

Au sujet de l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire, M. Beau suit la même tactique; il affirme, il affirme toujours avec la même intrépidité. A-t-il donc oublié qu'à Alfort et à l'École pratique, tous les témoins, excepté lui, ont senti la valvule se détacher de l'orifice auriculo-ventriculaire au moment même du relâchement des parois du ventricule?

Dans la question de l'égale capacité de l'oreillette et du ventricule correspondant, nous avons fourni à M. Beau une belle occasion de nous prouver son respect pour les faits acquis. Il a eu à sa disposition quatre grandes semaines pour contrôler l'exactitude des *mesures* de MM. Hiffelsheim et Robin. Au lieu d'expérimenter, il a préféré disserter, dans

le fond de son cabinet, sur les difficultés réelles ou imaginaires des recherches de ce genre. Nous attendons toujours qu'il nous explique comment, avec les 128 centimètres cubes que contient l'oreillette distendue, il peut remplir et distendre un ventricule dont la capacité est de 181 centimètres cubes. Ne comprend-il donc pas que cette supériorité de la capacité du ventricule sur la capacité de l'oreillette correspondante suffirait à elle seule pour renverser toute sa théorie de la circulation intracardiaque?

J'ai prouvé à M. Beau que, dans son interprétation du premier tracé cardiographique, il a fait commencer la diastole de l'oreillette en pleine diastole ventriculaire. Je lui ai prouvé, en outre, que le synchronisme des deux bruits normaux du cœur résulte fatalement de la combinaison de cette interprétation et de sa théorie des bruits du cœur. Il m'a répondu en m'accusant d'avoir établi cette double démonstration au moyen *de considérations obscures et de citations incomplètes*. Un argument de cette nature est toujours facile à trouver et à lancer. Mais pourquoi ne nous a-t-il pas signalé ce qu'il y a d'incomplet dans des citations imprimées dans le *Bulletin de l'Académie?* Puisqu'il n'a pas même essayé de la démasquer, c'est que la supercherie n'existe pas. Ma double démonstration subsiste donc dans toute sa rigueur.

Mais laissons là ces débats, qui n'ont plus rien à nous apprendre et qui fatigueraient l'Académie sans résultat utile. Faisons la partie belle à M. Beau; concentrons la discussion sur les bases fondamentales de sa théorie, telles qu'il les a formulées lui-même dans ses deux dernières lectures (*Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXIX, 1864, p. 807).

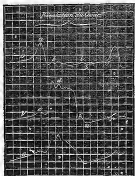
« Ma théorie, dit-il, a pour base :

« 1° La diasto-systole du ventricule constituant le battement ventriculaire;

« 2° Le vide avec retrait du ventricule dans l'état de pause ou de repos. »

M. Beau nous l'a dit et même répété, il n'a aucun goût pour les appareils perfectionnés: il leur préfère les instruments primitifs, rudes et grossiers. Mieux éclairée que lui sur les véritables conditions du progrès, l'Académie ne contestera jamais aux observateurs le droit de rectifier, de compléter les premiers résultats de leurs expériences physiologiques. C'est à l'Académie que je parle; elle trouvera bon, j'espère, que je m'appuie, dans cette circonstance, sur le tracé cardiographique obtenu sous les yeux de sa commission par MM. Chauveau et Marey. Nous voulons bien suivre M. Beau sur le terrain où il lui convient de transporter la discussion; mais alors il doit nous être permis de recourir à des moyens d'exploration dont la délicatesse soit en harmonie avec la difficulté des questions qu'il soulève.

Cette représentation d'une révolution complète du cœur (fig.) se



compose de trois courbes superposées et obtenues simultanément : la supérieure O est le tracé de l'oreillette; la moyenne V le tracé du ventricule; l'inférieure C le tracé du choc précordial. Rappelons que ces courbes ne traduisent directement que des variations de pression. Mais les mouvements du cœur et ces variations de pression sont liés par des rapports intimes de cause à effet; il est donc légitime de conclure de l'observation des variations de pression à l'ordre de succession, au rhythme et à la durée des mouvements eux-mêmes. Faisons observer en outre, et la chose est importante, que les portions de ces trois courbes comprises entre deux mêmes verticales correspondent à des phases synchrones de la révolution cardiaque successivement considérée dans les mouvements de l'oreillette, dans les mouvements du ventricule et dans les rapports du cœur lui-même avec les parois thoraciques.

Quand on fixe son attention sur la courbe O de la révolution auriculaire, on est frappé de l'existence de mamelons extrêmement saillants, qui accusent une augmentation subite de la pression intra-auriculaire. Cette augmentation de pression est évidemment due à la *systole* de l'oreillette. Dans le mamelon *a*, la ligne d'ascension rapide indique l'intensité et la durée de la contraction brusque des parois musculaires, et la ligne de rapide descente, qui lui succède immédiatement, traduit le relâchement également brusque des parois auriculaires. La systole de l'oreillette se fait donc par un mouvement brusque et de très-courte durée. A la suite de ce mamelon *a*, lorsque la pression est tombée au *minimum*, nous voyons en *b* la courbe des pressions se relever lentement; cette augmentation graduelle de la pression intra-auriculaire est le résultat de la poussée du sang qui pèse continuellement sur les orifices béants des grosses veines, pénètre par son propre poids dans la cavité de l'oreillette en relâchement, et distend peu à peu ses parois. La durée de la diastole auriculaire est mesurée par la longueur de cette ligne inclinée *bv*. En *v*, la réplétion auriculaire est complète, et une nouvelle systole auriculaire succède à la diastole terminée. Constatons que, sur cette ligne diastolique *bv*, nous ne trouvons pas la moindre trace de cette irruption subite et violente du sang des veines, invoquée par M. Beau pour expliquer la production du second bruit du cœur. La diastole auriculaire a tous les caractères d'un phénomène passif, accompli sous l'influence de la pression continue du sang incessamment apporté par les veines.

Sur la courbe V du ventricule, ce qui frappe d'abord, c'est le mamelon très-prononcé *d* qui accuse une augmentation brusque et très-considérable de la pression intraventriculaire. Evidemment cette augmentation de pression et le mamelon qui la traduit sont *systoliques*. Le mamelon commence par une ligne d'ascension très-rapide qui correspond à la brusque contraction des parois du ventricule. Puis vient une ligne irrégulière et de direction sensiblement horizontale; elle nous indique que la pression intraventriculaire, au lieu de cesser brusquement, se maintient sensiblement au *maximum* pendant un certain temps. Ce temps est évidemment celui pendant lequel les parois ventriculaires contractées continuent à presser sur l'ondée sanguine pour soulever les valvules sigmoïdes et faire passer le sang dans le système artériel. Enfin, le mamelon ventriculaire *d* se termine par une ligne de rapide descente qui indique la diminution subite de pression déterminée par le relâchement brusque des parois musculaires, lorsque le travail systolique est terminé. Au moment même où la pression est descendue au *minimum*, au point *u*, le sang, déjà accumulé dans l'oreillette, reflue par son propre poids dans la valvule auriculo-ventriculaire et tombe dans le ventricule qu'il distend graduellement, pendant que l'oreillette continue à recevoir celui que les veines lui apportent incessamment. Ainsi commence et se continue passivement la diastole du ventricule, et le fait est traduit par l'ascension lente et graduelle de la ligne diastolique *ur*. Au point *r*, l'oreillette se contracte, le sang, poussé plus rapidement à travers l'orifice auriculo-ventriculaire béant, détermine dans le ventricule une augmentation correspondante de pression traduite par les mamelons *e* et *r* de la ligne diastolique. A ce moment, la réplétion et la distension du ventricule sont complètes, et à la diastole terminée succède une nouvelle systole ventriculaire.

Ces deux courbes, l'auriculaire et la ventriculaire, présentent quelques détails de variations de pression que nous avons négligés à dessein, et sur lesquels il est temps de revenir. — Au sommet du mamelon systolique du ventricule, en *d*, et dans la région correspondante *b* de la révolution auriculaire, on remarque des oscillations qui accusent des variations alternatives de pression. C'est le moment où la valvule auriculo-ventriculaire vient d'être subitement tendue par la puissante contraction du ventricule. Sous l'influence d'un choc d'une telle intensité et d'une telle instantanéité, la valvule exécute nécessairement des mouvements d'oscillation favorisés par ses moyens d'attache. Ce sont ces oscillations qui déterminent, dans les cavités auriculaire et ventriculaire, ces variations de pression alternatives et correspondantes.

Vers la fin du mamelon systolique du ventricule, la pression intraventriculaire éprouve une variation subite traduite par le petit mamelon *i'u*, et à ce mamelon correspond exactement, sur la partie diastolique de la courbe auriculaire, une légère augmentation de pression, en *i*. Ces deux excès de pression dans deux cavités séparées par une simple valvule membraneuse, sont dus au choc en retour de la colonne sanguine artérielle qui reflue brusquement les valvules sigmoïdes du côté de la cavité ventriculaire.

Passons enfin à la courbe C du choc du cœur; quelques mots nous suffiront pour cette analyse. Cette courbe présente un mamelon extrêmement prononcé qui traduit évidemment l'augmentation de pression du cœur contre les parois thoraciques au moment du *choc précordial*. Un simple coup d'œil sur la figure suffit pour prouver que ce mamelon est postérieur à la systole auriculaire et coïncide exactement avec le mamelon systolique du ventricule. Contentons-nous de faire observer que, sur la courbe du choc du cœur, on retrouve l'indication parfaitement concordante de toutes les variations de pression que nous avons déjà signalées sur les courbes auriculaire et ventriculaire.

Il est facile de voir, d'ailleurs, qu'un même intervalle sépare deux systoles auriculaires, deux systoles ventriculaires et deux chocs précor-

diaux successifs. Cet intervalle commun est la véritable mesure de la durée d'une révolution cardiaque complète.

La comparaison de ces trois courbes nous fournit immédiatement les conclusions suivantes :

1° La systole auriculaire précède constamment la systole ventriculaire ; ces deux systoles sont parfaitement indépendantes l'une de l'autre.

2° La systole auriculaire débute brusquement ; sa durée est extrêmement courte. — La systole ventriculaire débute par une contraction instantanée, mais elle se prolonge pendant toute la durée du passage de l'ondée sanguine à travers l'orifice artériel, et occupe ainsi une fraction considérable, du tiers au quart, de la révolution cardiaque.

3° La diastole de l'oreillette commence en même temps que la systole du ventricule, immédiatement après la systole auriculaire. Ce mouvement d'ampliation lent et progressif est le résultat de la pression continue du sang des veines contre les parois relâchées de l'oreillette.

4° La diastole du ventricule succède immédiatement à sa systole ; elle s'opère sous l'influence de la chute toute passive du sang de la cavité auriculaire dans la cavité ventriculaire. La contraction de l'oreillette n'intervient qu'à la fin de cette diastole, pour compléter l'ampliation et la réplétion du ventricule.

5° Le choc précordial est le résultat immédiat et direct de la systole du ventricule ; il est complètement indépendant de la systole auriculaire qui le précède, et de la diastole ventriculaire qui le suit. — A ce sujet, qu'il me soit permis de dire combien j'ai été péniblement impressionné les raisons invoquées par M. Beau pour nier le mouvement de *recul* du cœur pendant la contraction des ventricules. Dans une question de cette importance et en présence d'une vérité aussi solidement établie, un peu plus de sérieux eût été de bon goût.

M. Beau dira-t-il encore que nous ne lui opposons que des raisonnements? Ces propositions défient toutes ses attaques, parce qu'elles sont directement et logiquement déduites de faits incontestables eux-mêmes. Par la simple raison qu'il n'y a pas d'effet sans cause, quelque *perfectionné* qu'on le suppose, le cardiographe ne peut jamais accuser des variations de pression qui n'existent pas.

Les tracés cardiographiques de MM. Chauveau et Marey ont donc permis d'analyser avec une précision jusque-là inconnue les phénomènes mécaniques de la circulation intracardiaque ; ils ont permis de déterminer les rapports de durée des diverses phases d'une révolution du cœur ; ils ont mis en évidence le peu de durée de la systole de l'oreillette et la prolongation de la systole du ventricule ; ils ont dévoilé le mécanisme intime des diastoles sur lesquelles l'observation directe n'avait fourni que des notions incomplètes. Mais, ne l'oublions pas, ces tracés, loin de porter atteinte aux doctrines généralement admises par les physiologistes, fournissent la démonstration rigoureuse, incontestable, des principes fondamentaux de la théorie classique de la circulation intracardiaque.

Vous parlerai-je maintenant de la théorie physiologique des bruits du cœur? Nous en trouvons une démonstration tout aussi éclatante dans ces tracés. Le début de la systole ventriculaire coïncide exactement, d'une part, avec le choc précordial, et, d'autre part, avec ce choc puissant de l'ondée sanguine contre la valvule auriculo-ventriculaire, qui produit le premier bruit du cœur, et dont la réalité est attestée par les ondulations du sommet du mamelon systolique *d*. — Le petit mamelon *i'u*, qui marque la fin de cette même systole ventriculaire, est l'indication nette et précise du choc instantané du sang des artères contre les valvules sigmoïdes, dont le second bruit du cœur est le résultat immédiat. — En sorte que la durée du premier bruit et du petit silence qui le suit est rigoureusement la même que celle de la systole ventriculaire, tandis que le second bruit et le grand silence réunis correspondent exactement à la diastole du ventricule.

Après les remarquables discours de nos deux honorables collègues MM. Bouillaud et Barth, il serait complétement inutile de reprendre la question des bruits anormaux du cœur. Même, en ce qui se rapporte aux lésions organiques de l'orifice auriculo-ventriculaire, il ne peut plus subsister le moindre doute dans l'esprit de personne (1). Tout le monde comprend ici combien il me serait facile de faire sortir de l'analyse de ces tracés cardiographiques la démonstration la plus rigoureuse des principes développés à cette tribune avec tant de talent et d'autorité par M. Barth et par l'éminent professeur de la Charité.

Et maintenant, messieurs, que reste-t-il des théories de M. Beau? — Où trouvons-nous, sur les lignes diastoliques de l'oreillette et du ventricule, qui n'accusent qu'un mouvement lent, progressif et passif d'ampliation, où trouvons-nous, dis-je, la plus petite trace de ces irruptions violentes de l'ondée sanguine, qu'il a imaginé de placer au début des diastoles, sur lesquelles il a tant insisté, et sans lesquelles sa théorie des bruits du cœur s'écroule d'elle-même? — La diastole du ventricule commence passivement et lentement sous l'influence de la chute du sang de la cavité auriculaire dans la cavité ventriculaire, la systole de l'oreillette n'intervient qu'à la fin de cette diastole et pour la compléter ; la fameuse et singulière expression de *diasto-systole* n'a donc aucune raison d'être, et doit disparaître de la science. — Le choc précordial, résultat immédiat et direct de la systole ventriculaire, est complétement indépendant de la systole de l'oreillette et de la diastole du ventricule. — Enfin, en présence de cette diastole du ventricule, qui succède immédiatement et sans interruption à sa systole, où trouver cette pause du cœur pendant laquelle M. Beau soutient que le ventricule reste complétement vide et rétracté?

A la suite de ces faits irrévocablement établis, rappelons cette déclaration formelle de notre honorable collègue : « Ma théorie a pour base ;

« 1° La diasto-systole du ventricule constituant le battement ventriculaire ;

« 2° Le vide avec retrait du ventricule dans l'état de pause ou de repos. »

Et maintenant que M. Beau nous dise lui-même si, de cette double théorie de la circulation intracardiaque et des bruits du cœur, si laborieusement enfantée, et pour la défense de laquelle il a dépensé, dans ses écrits et dans cette enceinte, tant de travail, d'énergie et de talent, il reste autre chose qu'un amas confus d'assertions gratuites et de vaines hypothèses.

(1) Ceux qui ont entendu ou lu le discours de M. Barth savent avec quelle supériorité il a parlé de la production des bruits anormaux dans les lésions organiques de l'orifice auriculo-venticulaire. Ils comprendront difficilement que M. Beau ait pu dire dans sa réponse à MM. Bouillaud et Barth : « Nous allons aborder maintenant une question très-importante dont nos adversaires se sont bien gardés de parler, c'est celle qui concerne le rétrécissement auriculo-ventriculaire. »

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie descriptive; par J. Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc.; quatrième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée, avec la collaboration de M. le docteur M. Sée, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. Cruveilhier fils, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. — Tome Ier, deuxième partie. Myologie avec 137 figures. — Paris, P. Asselin, libraire de la Faculté de médecine, 1862.

Dans un premier article bibliographique, nous avons fait connaître les modifications capitales qui caractérisent la nouvelle édition du *Traité d'anatomie descriptive* de M. le professeur Cruveilhier. Nous avons dit les espérances que nous faisait concevoir la collaboration active et spéciale de M. le docteur M. Sée et de M. Cruveilhier fils, soit pour la révision complète et scrupuleuse de l'œuvre entière, soit pour les additions nécessitées par les découvertes récentes de l'histologie. Enfin, nous avons particulièrement insisté sur l'insertion, dans le corps de l'ouvrage, de nombreuses figures coloriées qui sont, à vrai dire, remarquables autant par la disposition générale des parties principales qu'il s'agit de mettre en relief que par l'exactitude et la netteté des divers rapports anatomiques.

La publication du volume relatif à la myologie vient confirmer de tous points les éloges que nous avons donnés à la première partie de ce tome.

Après quelques considérations générales sur les tissus contractiles, sur la nomenclature, le nombre, le volume et la forme générale, la direction, les insertions et les connexions des muscles, les auteurs examinent leurs caractères physiques et physiologiques, leur composition chimique, ainsi que leur structure primordiale, dont deux figures nous représentent exactement et deux fibres musculaires de l'homme grossies 350 fois, et les fibrilles primitives d'un faisceau musculaire du *siredon pisciformis* au grossissement de 600 diamètres.

Quelques aperçus sur les aponévroses complètent d'autant mieux ces généralités, qu'on ne saurait sans inconvénients séparer leur étude de celle des muscles, ainsi qu'on l'avait fait dans la première édition de cet ouvrage. Il ne serait guère plus irrationnel, disent MM. Sée et Cruveilhier fils, de séparer l'étude et la description des tendons de celles des muscles que de séparer l'étude et la description des muscles de celles des aponévroses.

Relativement à ces membranes fibreuses, que traversent fréquemment des vaisseaux et des nerfs, nous ne saurions négliger de rapporter ici l'action qu'elles exercent en pareilles circonstances d'après nos savants confrères : « Les arcades, les anneaux et les canaux fibreux des aponévroses s'opposent à ce que les artères, veines et nerfs qui les traversent reçoivent quelque dommage de la contraction des muscles. Gardons-nous néanmoins de croire que ces vaisseaux soient exempts de toute compression ; car l'expérience a prouvé que les artères sont surtout exposées aux anévrismes au voisinage de ces arcades. Nous avons vu, en effet, à l'occasion du système musculaire, que les fibres musculaires ne s'insèrent pas à ces arcades de manière à les dilater dans tous les sens et à les élargir pendant leur

contraction, mais bien de manière à les allonger dans un sens en les rétrécissant dans un autre. D'ailleurs, toutes les aponévroses, soit d'insertion, soit de contention, ont leur muscle tenseur. » Cette opinion vient donner une sanction éclatante au rôle pathogénique que nous avons octroyé dernièrement aux anneaux inguinaux dans la production du varicocèle.

Nous ne saurions nous appesantir sur la description méthodique et minutieuse des muscles et des aponévroses des diverses régions, pas plus que sur les considérations chirurgicales qui accompagnent fréquemment l'étude physiologique des nombreuses puissances musculaires. MM. Sée et Cruveilhier fils ont satisfait à ces divers points de vue les exigences les plus difficiles, et les résultats obtenus par M. Duchenne à l'aide de la galvanisation localisée viennent fréquemment compléter les données physiologiques qu'avaient jusqu'ici fournies les autres moyens d'apprécier les divers usages des muscles.

Comme dans les précédentes éditions, ce volume se termine par le tableau des muscles dans l'ordre physiologique ainsi que par le tableau général de toutes les insertions musculaires. Complément de l'ostéologie et de la myologie, ce dernier tableau présente une description aussi exacte et aussi complète que possible des os considérés sous le point de vue des attaches qu'ils fournissent aux muscles.

Après avoir indiqué, dans leurs considérations générales préliminaires, les règles principales qui doivent présider à la préparation des muscles et à leurs divers modes de conservation, MM. Sée et Cruveilhier fils signalent, à l'occasion de chaque muscle, les dispositions spéciales qui sont relatives à la position du cadavre ainsi qu'au nombre et à la direction des incisions, de manière à rendre excessivement facile pour les élèves la préparation des régions les plus ardues de la myologie.

Nous ne terminerons point l'analyse de ce volume sans signaler d'une manière particulière aux anatomistes et aux chirurgiens les nombreuses et remarquables figures qui ont spécialement trait aux sections horizontales des membres et des diverses parties du corps. C'est là un point de vue nouveau de l'anatomie topographique qui se montre pour la première fois dans un traité d'anatomie descriptive. L'œil embrasse à la fois et dans leurs rapports normaux les diverses couches superposées de muscles, en même temps que les os, les vaisseaux et les nerfs se trouvent minutieusement indiqués dans leurs positions respectives. Il nous paraît inutile d'insister plus longuement sur les nombreux avantages que retireront de l'examen de ces figures tous les élèves et médecins qui se livrent particulièrement à la pratique des opérations.

SISTACH.

VARIÉTÉS.

POLICE SANITAIRE. — DÉCRET RÉGLANT LES MESURES DE QUARANTAINE DANS LES PORTS FRANÇAIS ET ITALIENS.

L'apparition de la fièvre jaune à Saint-Nazaire en 1861 a donné lieu, comme on s'en souvient, à une étude très-approfondie de M. Mélier et à une discussion académique très-importante.

Nous reproduisons ci-dessous le décret qui vient d'être rendu sous l'influence de ces nouvelles études, et qui règle les mesures de quarantaine dans les ports français et italiens de la Méditerranée. Ce décret restera comme une pièce historique dans l'étude de la fièvre jaune.

DÉCRET.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département des affaires étrangères,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Un arrangement ayant été signé le 24 juin 1864, entre la France et l'Italie, pour régler les mesures de quarantaine dans les ports français et italiens de la Méditerranée, dont la teneur suit, est approuvé et sera inséré au *Bulletin des lois*.

Arrangement. — Le gouvernement de Sa Majesté l'Empereur des Français et le gouvernement de Sa Majesté le Roi d'Italie ayant chargé M. le docteur Mélier, inspecteur général des services sanitaires de France, et M. le docteur Bo, directeur général de la santé maritime du royaume d'Italie, de se réunir en conférence à Turin pour examiner s'il serait utile d'étendre aux ports français et italiens de la Méditerranée les mesures appliquées aux arrivages en patente brute de fièvre jaune dans les ports français de l'Océan et de la Manche.

Les deux gouvernements, après avoir pris connaissance de l'avis exprimé par leurs délégués le 27 avril dernier, ont résolu de modifier, dans le sens des dispositions du décret impérial du 7 septembre 1863, la convention sanitaire internationale du 3 février 1852 et le règlement annexé à cette convention.

En conséquence, les soussignés, ministre et secrétaire d'État au département des affaires étrangères de France et envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Sa Majesté le roi d'Italie, dûment autorisés à cet effet, ont arrêté les stipulations suivantes :

Art. 1er. A l'avenir, et par dérogation à l'article 50 du règlement sanitaire de 1852, dont le premier paragraphe est ainsi conçu : « La durée de la quarantaine sera la même pour les bâtiments, les personnes et les marchandises qui y seront assujettis, » — les passagers, les hommes d'équipage, les navires et les marchandises pourront être assujettis à des quarantaines de durée différente.

Art. 2. Lorsque les arrivages auront lieu en patente brute de fièvre jaune, soit par des navires principalement installés pour le transport rapide des passagers et ayant à bord un médecin sanitaire commissionné, soit par des bâtiments de guerre qui seront reconnus sains, et lorsque les cales auront été suffisamment aérées pendant la traversée, les passagers et l'agent des postes, par dérogation à l'article 4 de la Convention sanitaire de 1852, seront immédiatement admis à la libre pratique, s'il n'est survenu en mer aucun accident de fièvre jaune.

Lorsque, dans les mêmes conditions de navigation, il y aura eu des accidents de fièvre jaune pendant la traversée, la quarantaine sera de trois à sept jours pour les passagers et l'agent des postes. Selon les circonstances, une décision ministérielle, rendue sur le rapport de l'autorité sanitaire locale, pourra abaisser au-dessous du minimum de trois jours la durée de cette quarantaine, et même prononcer l'admission immédiate à la libre pratique des passagers et de l'agent des postes.

Quant aux hommes de l'équipage, au navire et aux marchandises, ils demeurent soumis aux mesures sanitaires dont la convention et le règlement de 1852 prescrivent l'application aux arrivages en patente brute de fièvre jaune.

Art. 3. Les navires mentionnés dans l'article précédent qui ne satisferaient pas aux conditions qui y sont requises, et les bâtiments de commerce en général, seront, à leur arrivée en patente brute de fièvre jaune dans les ports français et italiens de la Méditerranée, assujettis aux mesures suivantes :

Toutes les fois qu'il y aura eu à bord un ou plusieurs cas de fièvre jaune, soit au port de départ, soit pendant la traversée, la quarantaine ne pourra être purgée que dans un port à lazaret. Les passagers et toutes les personnes dont la présence à bord ne sera pas indispensable seront immédiatement débarqués et tenus en observation. Le navire sera ventilé et assaini au fur et à mesure du déchargement des marchandises; cette opération terminée, il sera procédé à l'entière purification de toutes les parties du bâtiment. Selon la nature des marchandises, les caisses, colis ou ballots seront ou ventilés ou chlorurés extérieurement, et livrés ensuite au commerce ou déposés au lazaret pour y subir les purifications réglementaires.

Lorsqu'il n'y aura eu d'accident ni au port de départ ni pendant la traversée, le bâtiment, préalablement isolé, sera soumis aux mesures de ventilation et d'assainissement prescrites par les règlements. Les caisses, colis et ballots seront amenés sur le port pour y être aérés et chlorurés extérieurement avant leur admission à la libre pratique.

Dans l'un et l'autre cas, lorsqu'il sera reconnu que l'état de la cale ne présente aucun danger, l'autorité supérieure pourra, sur la proposition du directeur ou agent de la santé, permettre d'achever dans le port le déchargement des marchandises.

Art. 4. Les passagers débarqués en patente brute de fièvre jaune, soit des navires ordinaires de commerce, soit des paquebots ou des navires de guerre, qui ne satisferaient pas aux conditions requises par l'article 2 du présent arrangement, restent assujettis aux dispositions prescrites par la convention et le règlement de 1852. Mais la durée de l'observation à appliquer à ces passagers pourra, par décision spéciale de l'autorité supérieure, être abaissée au-dessous du minimum réglementaire.

Art. 5. Les règlements particuliers qui déterminent les mesures administratives applicables de part et d'autre, dans les cas ci-dessus mentionnés, devront être formulés de manière à présenter les conditions d'uniformité requises par le préambule du règlement sanitaire de 1852.

Art. 6. Le présent arrangement, dont les dispositions recevront leur application à partir du 1er juillet 1864, aura la même force et la même durée que la convention sanitaire internationale du 3 février 1852. Il sera soumis à l'approbation des souverains respectifs.

Fait à Paris, le 24 juin 1864.

Art. 7. Notre ministre secrétaire d'État au département des affaires étrangères est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Fontainebleau, le 28 juin 1864.

NAPOLÉON.

Le rédacteur en chef, JULES GUERIN.

POLICE SANITAIRE.

DÉCRET RÉGLANT LES MESURES DE QUARANTAINE DANS LES PORTS FRANÇAIS ET ITALIENS. — CONTAGION ET INCUBATION DE LA FIÈVRE JAUNE : M MÉLIER.

Les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE n'ont sans doute pas oublié la discussion sur la fièvre jaune qui a eu lieu l'année dernière, à pareille époque, à l'Académie de médecine. Cette discussion, provoquée par les cas de fièvre jaune recueillis par M. Mélier à Saint-Nazaire, a porté plus spécialement sur la période d'incubation de la maladie et sur son mode de contagion. Quelque opinion qu'on se fasse de la valeur des remarques présentées par les membres qui ont pris part à cette discussion, on ne saurait méconnaître qu'elles commandaient la plus grande réserve à l'endroit des mesures sanitaires qui pouvaient intervenir. Cependant deux décrets, rendus le 7 septembre 1863 et le 28 juin 1864, sont loin d'offrir, au point de vue de l'hygiène publique, un reflet, même très-adouci, des doctrines soutenues par quelques membres opposants de l'Académie. L'auteur de cet article en particulier avait vivement combattu les idées de M. Mélier, lequel, on se le rappelle, prétendait réduire à trois ou quatre jours au plus la durée de l'incubation de la fièvre jaune, et plaçait exclusivement dans la cale des navires le foyer d'infection d'où partait la contagion. Or les deux décrets rendus consacrent, à peu de chose près, les doctrines soutenues par M. l'inspecteur général : on y réduit à une durée de trois à sept jours l'observation des passagers et de l'agent des postes, arrivés sur un navire dont la traversée aura été marquée par quelques cas de fièvre jaune; et l'on maintient les mesures quarantenaires anciennes pour les hommes de l'équipage, le navire et les marchandises. Ces dispositions, on ne peut le méconnaître, sont inspirées par un sentiment louable : on veut diminuer les entraves du commerce; on veut favoriser le mouvement des affaires, seconder l'activité des échanges, en un mot mettre d'accord les règlements administratifs avec les progrès de la locomotion à la vapeur sur terre et sur mer. Cela est très bien, et personne plus que nous n'applaudira aux mesures administratives qui s'inspireront des progrès et des besoins du temps. Mais en matière d'hygiène publique, c'est reculer que de vouloir trop avancer. La vie des hommes n'est pas moins précieuse à sauvegarder que la vie du commerce, et sacrifier cette première et plus précieuse richesse à ce qui ne peut qu'en accroître les satisfactions et les jouissances, c'est sacrifier le principal à l'accessoire. Pour nous, d'ailleurs, dont le devoir est plus de défendre les saines doctrines que de favoriser des vues commerciales, nous ne pouvons voir sans déplaisir les mesures qui tendent à fausser les principes de la science en les ployant à des nécessités administratives. Nous avons pu, à l'époque de la première épidémie du choléra, nous associer à une déclaration publique de non-contagion de la maladie dans le but de rassurer les populations, mais ce n'a pas été sans une sorte de remords de conscience, que n'a pas tout à fait apaisé le sentiment d'un service rendu. Aujourd'hui donc nous ne saurions laisser passer sans protestation la consécration des vues un peu hasardées de l'administration sanitaire en ce qui concerne la fièvre jaune; nous ajouterons même, pour nous exonérer d'un reproche qui pourrait nous être adressé, que si nous avons gardé le silence à l'époque du premier décret intervenu, dont la promulgation remonte au 7 septembre dernier, c'est que nous en avons été détourné par des préoccupations plus pressantes. Le décret du 28 juin nous permet de réparer cette omission, d'autant plus qu'il est le complément d'un même système de mesures sanitaires.

Les deux décrets, avons-nous dit, tranchent deux questions d'hygiène publique de la plus haute gravité, et ils les tranchent d'une façon contraire aux principes de la science et aux intérêts de l'humanité.

La nouvelle règle quarantenaire réduit à une durée de trois à sept jours, et même à moins, quand le voudra l'administration, l'observation des passagers qui auront respiré la fièvre jaune pendant la traversée; c'est la mise en pratique des opinions soutenues par M. Mélier à l'endroit de la période d'incubation de cette maladie. Je me trompe, et il faut être juste, même envers qui l'est si peu : M. Mélier avait limité d'abord à quatre jours au plus la durée de cette période, et ce n'est qu'après lui avoir prouvé que les faits relatés dans son rapport portaient la durée de cette période à sept jours au moins, qu'il a étendu jusque-là la règle de l'observation quarantenaire. Mais est-ce bien là la dernière limite du danger? Non, sans doute, et si M. Mélier avait cru, à la faveur des seuls faits de *l'Anne-Marie*, pouvoir mettre à néant tous les faits, toutes les traditions et enseignements antérieurs, il aurait pu garder quelque réserve et tenir un peu plus compte de l'ensemble des faits qu'il avait recueillis : nous avons montré, en effet, dans la discussion académique que bon nombre de faits de la traversée, les premiers-nés surtout, avaient offert une incubation de dix et même de vingt jours; cela se conçoit si l'on considère que moins le principe contagieux est intense, plus il reste de temps à développer la maladie. C'est ce qui se voit dans toutes les épidémies, c'est ce que nous avons observé dans nos recherches sur la durée de l'incubation du choléra et de la fièvre puerpérale. Or si cette doctrine, d'accord avec la tradition, porte à admettre qu'il peut y avoir, qu'il y a des incubations de fièvre jaune pouvant dépasser de beaucoup la période de sept jours, pourquoi ne pas avoir fait introduire dans les dispositions du décret une réserve pour étendre aussi bien que pour réduire la durée de l'observation quarantenaire? Cela eût atténué la gravité de la mesure et en même temps donné satisfaction aux exigences de l'observation scientifique. Mais on voulait réserver toutes les précautions pour la cale des navires, pour les hommes de l'équipage et les marchandises, et traduire de cette façon les préoccupations théoriques soutenues, mais si vivement, si ce n'est si victorieusement combattues dans la discussion.

Avons-nous besoin de rappeler cette malencontreuse hypothèse qui confine au fond de la cale le foyer d'infection de la fièvre jaune? Est-il nécessaire de demander à nouveau sur quoi se fonde le privilége accordé à un navire constamment éloigné du foyer épidémique d'attirer à lui le principe morbide de préférence aux hommes qui ont vécu dans le foyer de la maladie, et qui en ont incessamment respiré les miasmes? Faut-il reproduire ce fait si patent, si concluant,

FEUILLETON.

LA CHRONIQUE MÉDICALE.

(Deuxième article. — Voir le n° 27.)

Il faut se sentir très-fort et ne pas avoir conscience de sa faiblesse pour ramasser à la hâte, sans révision ni correction d'aucune sorte, des articles insérés dans un recueil périodique de médecine et les servir de nouveau au public en un volume, sous un titre qui peut se traduire ainsi : « Une année de l'histoire de l'art. » Est-ce hardiesse, témérité, outrecuidance, ignorance?

Peu nous importe. Mais il convient de noter cette confiance de la chronique médicale comme un symptôme qui mérite quelque attention.

Ce n'est pas pour la première fois que nous entretenons les lecteurs de la *Gazette* de cette manie qui semble pousser nos chroniqueurs à se faire historiens. La province, en cela comme en toutes choses, suit l'exemple de Paris, et c'est un ramassis de ce genre qui nous a fourni, il y a trois mois, l'occasion de présenter quelques réflexions sur la chronique médicale en province. Nous avions affaire à quatre chroniqueurs dont nous avons fait valoir, sans marchander, tous les mérites, et nous leur devions bien cela, car ils nous ont fait bien rire.

Le docteur Ely se présente seul. Après avoir fait le compte de ses chroniques, dans je ne sais quel recueil, il a cru, lui aussi, que la *Chronique médicale* de l'année se trouverait complète, rien qu'en faisant l'addition de toutes ces revues de huitaine ou de quinzaine, et fort de son calcul arithmétique, il n'a pas cru seulement devoir se donner la peine de coudre tous ces morceaux avec du gros fil.

Voici, je pense, comment il a raisonné : l'année se compose de douze mois, et chaque mois de quatre semaines (chiffre rond). Je fais ma chronique chaque semaine, soit quatre chroniques hebdomadaires. A la fin du mois, ces quatre chroniques hebdomadaires font une chronique mensuelle, et les chroniques mensuelles forment réunies une chronique de l'année. Il ne s'agit que d'une simple addition, et le volume est bientôt fait. Il suffit de remplir tous les mois une feuille d'impression in-18, et au bout de l'année, les douze feuilles font un assez joli paquet, 200 et quelques pages.

Telle est la méthode des chroniqueurs, simple, facile, aussi peu artificielle que possible. Supposons un homme de bonne volonté qui fasse consciencieusement le métier pendant vingt-cinq ans. Il laissera pour sa part 25 volumes. Qu'un autre lui succède dans sa tâche, et travaille autant, et la collection sera doublée; et ainsi de suite jusqu'à la fin du

de l'état morbide des hommes de l'équipage de *l'Anne-Marie* au début de la traversée, offrant tous les prodromes de la fièvre jaune et indiquant d'une manière si précise et l'origine de la contagion et le point de départ de l'infcubation? De pareils faits, de pareils arguments ne sauraient disparaître sous le prestige d'un décret. La science s'en souviendra si le malheur veut que la maladie trompe un jour la vigilance mal conseillée de l'administration. Dieu nous garde d'avoir cette suprême et regrettable raison. Mais il est impossible de ne pas signaler le danger; et quand on songe à quel prix on pourrait avoir payé les satisfactions du commerce et de la politique, peut-on se dispenser de faire des réserves au nom de la science et de l'humanité. Nous sommes donc obligé de maintenir qu'il est dérisoire, nous n'osons pas dire puéril, de continuer à concentrer sur la cale des navires et sur les marchandises, les prudentes sévérités dont on se départit si aisément à l'égard des hommes.

Jules Guérin.

PATHOLOGIE COMPARÉE.

Nouvelles recherches sur la maladie du sang de rate, considérée au point de vue de sa nature (communiquées à la Société de biologie en 1853); par M. C. Davaine.

Au mois de juillet dernier, je fis voir à la Société le sang de plusieurs animaux morts des suites de l'inoculation du sang d'un mouton qui avait succombé à la maladie connue sous le nom de *sang de rate*, maladie de nature charbonneuse. Le liquide sanguin, placé sous le microscope, offrait des myriades de corpuscules filiformes qui, comme je l'ai dit alors, s'étaient développés avant la mort des individus inoculés.

De nouvelles expériences m'ont permis de reconnaître que ces corpuscules se développent constamment pendant la vie des animaux et jamais après leur mort; elles m'ont permis de déterminer avec certitude, je crois, le rôle qu'ils jouent dans la production de la maladie du *sang de rate*.

Les animaux sur lesquels ont porté mes expériences sont aujourd'hui (décembre 1863) au nombre de 137. Je vais donner en résumé les résultats de ces expériences, me réservant de traiter plus tard, avec tous les détails qu'il comporte, ce sujet intéressant et encore neuf.

Les corpuscules qui existent dans le sang des animaux atteints du *sang de rate* sont des filaments droits, quelquefois infléchis à angle obtus en deux ou trois ou quatre points, jamais rameux, libres, sans mouvement spontané, longs le plus ordinairement de 4 à 12 millièmes de millimètre. Ces filaments, après avoir été desséchés, conservent leur forme et leur apparence; l'acide sulfurique, la potasse caustique ne leur font point éprouver de changement très-notable; ils disparaissent par la putréfaction. Ces derniers caractères, que l'on peut aussi constater chez des conferves très-simples, suffisent pour faire distinguer les filaments du *sang de rate* d'avec les cristaux qui se forment quelquefois dans le sang, et pour établir leur nature organique.

Dans une communication à l'Académie des sciences (27 juillet 1863) j'ai cru devoir classer ces corpuscules parmi les infusoires filiformes, *bacterium* ou *vibrions*, car ceux que j'avais observés jusqu'alors en différaient seulement par l'absence de mouvements. Or (c'est une proposition qu'il serait trop long de discuter dans cette simple note), l'existence ou l'absence de mouvements ne peut constituer chez ces êtres inférieurs un caractère générique ou spécifique. Par cette raison, tenant compte de la forme et de la longueur des filaments du *sang de rate*, de leur mode de développement, du milieu dans lequel ils s'engendrent, je les classai parmi les *bactéries*. Mais de nouvelles observations ont mis sous mes yeux plusieurs cas dans lesquels un grand nombre de ces corpuscules avaient une longueur bien supérieure à celle qui est assignée aux *bacterium* et même aux vibrions. Leur longueur eût suffi à les faire classer parmi les conferves.

Je ne puis ici encore, dans ce rapide résumé, examiner à quel genre de conferves ces corpuscules appartiendraient; je dirai tout de suite qu'on ne peut les classer convenablement dans aucun des genres décrits jusqu'aujourd'hui. Leur *habitat* spécial, les phénomènes particuliers déterminés par leur propagation doivent nous faire regarder ces filaments comme une espèce bien définie, qu'on pourrait rapprocher des protozoaires filiformes par la manière dont elle s'engendre et se propage, des conferves filamenteuses par la forme, l'apparence et les dimensions, de certains ferments par les phénomènes qu'elle détermine.

On voit, d'après les considérations qui précèdent, que le nom de *bactérie*, par lequel j'ai désigné primitivement ces corps, ne peut leur convenir. Lorsque l'étude des êtres microscopiques qui jouent un grand rôle dans la fermentation, dans la putréfaction, etc., est à peine commencée, il serait prématuré de vouloir classer d'une manière définitive les corpuscules du *sang de rate*, qui ont avec ces êtres une analogie évidente. Je me bornerai donc, pour désigner ces corpuscules, à modifier légèrement le nom que je leur ai primitivement donné, et je les appellerai désormais des *bactéridies*. Cette expression qui ne s'applique, je crois, à aucun autre corps organisé, aura ici l'avantage de n'être en quelque sorte point un nom nouveau; elle aura en outre celui d'indiquer des rapports entre les êtres qu'elle désigne et les *vibrions* ou les *bactéries*, infusoires avec lesquels les filaments du *sang de rate* ont évidemment une liaison étroite et dont ils ne seront sans doute pas séparés lorsque la science aura fait sur ces questions de nouveaux progrès.

J'ai dit que les filaments du *sang de rate* ont le plus ordinairement de 4 à 12 millièmes de millimètre de longueur; il est des cas dans lesquels un grand nombre de ces filaments atteignent une longueur bien supérieure et qui peut aller jusqu'à 5 centièmes de millimètre; sous tous les autres rapports, ces longs filaments ne diffèrent point des courts. Dans d'autres cas, mais beaucoup plus rares, presque tous les filaments ont des dimensions excessivement petites; les plus longs n'atteignent guère une longueur supérieure à 3 ou 4 millièmes de millimètre; alors ils sont agités de mouvements (probablement

---

siècle. Il suffira de quatre chroniqueurs pour une période séculaire.

C'est bien ainsi que les anciens entendaient un peu l'histoire. Il y avait les chronographes, qui notaient les faits et les dates, puis les chroniqueurs, qui s'abstenaient, comme les nôtres, de toute réflexion et même de jugement. Les annalistes venaient ensuite, qui distribuaient tous les matériaux par années, et finalement les historiens s'emparaient de tous ces travaux préparatoires et faisaient de l'histoire ou des histoires, comme on l'a dit d'Hérodote. Nous ne disons rien des auteurs de mémoires ou commentaires; il y en a eu chez les anciens qui, tout en préparant de la matière aux historiens, travaillaient de manière à les décourager, César par exemple.

Les simples chroniqueurs, avons-nous dit, se contentaient le plus souvent d'exposer ou de noter simplement les faits. Aussi la chronique proprement dite n'était-elle qu'une relation dépouillée d'ornements, ou une narration fidèle. Mais l'imagination et la crédulité, qui vont souvent de compagnie, eurent d'autant plus de facilités pour intervenir dans la chronique, que le jugement était absent. De là tant de fables qui envahirent le champ de l'histoire, et dont l'abondance n'effrayait point les historiens dont la devise nous est parvenue : *Scribitur ad narrandum*.

Cette devise est des plus commodes; elle n'oblige qu'à être agréable. Aussi les historiens qui l'ont adoptée se sont-ils donné libre carrière. Ils ont lâché la bride à leur imagination, sans trop se mettre en peine de l'exactitude, et le plaisir de narrer les a insensiblement conduits dans le domaine des romanciers. Il y a bien des histoires qui ne sont que des romans. Paul-Louis Courrier disait de Plutarque qu'il aurait fait perdre à César la bataille de Pharsale pour peu que ce démenti donné aux faits lui eût fourni l'occasion d'une belle période.

Nos chroniqueurs ne sont pas, à vrai dire, préoccupés à ce point de la narration et du style. Mais ils conviennent volontiers que leur plus vif désir est de plaire au public, et je crois que c'est le docteur Ely lui-même qui, à la fin de sa dernière chronique, ou à la dernière page de son volume, déclare qu'il sera satisfait s'il a rencontré une forme convenable, c'est-à-dire s'il a réussi à rendre sa chronique récréative et amusante. La forme de ce chroniqueur bien intentionné est parfaitement en harmonie avec la matière de son volume, et étant admise sa manière de comprendre et d'écrire la chronique médicale, on ne saurait mieux dire. Il n'y a rien de solide, rien de substantiel, ni nerf, ni saveur, ni couleur. C'est comme un potage maigre.

Cela peut se lire à la rigueur dans un journal. Mais le lecteur sérieux serait bien désappointé s'il ouvrait ce volume avec l'espoir d'y trouver l'histoire médicale d'une année. Avec leur préoccupation exclusive de se rendre agréables, les chroniqueurs perdent de vue le but de leur mission, et ils ne réussissent en définitive qu'à se rendre inutiles. On dirait à les lire qu'ils ont fait vœu de pauvreté d'esprit. Si ce vœu n'est pas bien difficile à observer pour ceux qui le font, d'un autre

browniens), et leur apparence est tout à fait celle des *bacterium termo*.

Dans mes expériences, aucune condition soit d'espèce de l'animal inoculé, soit de température extérieure, soit de nourriture, soit d'âge, n'a pu rendre raison de ces variations.

Le nombre des bactéridies est très-variable chez les divers individus; il en est chez qui ces corpuscules se trouvent par myriades; il en est d'autres chez lesquels ils sont assez rares, au moins dans les gros vaisseaux, car le sang des capillaires en est généralement bien pourvu. Ces différences dans le nombre des bactéridies n'a pu s'expliquer non plus par quelque circonstance appréciable; elles tiennent certainement a une condition individuelle.

Les globules du sang, dans la maladie qui nous occupe, ont acquis la propriété de s'agglutiner les uns aux autres, comme le feraient des globules de sarcode, de sorte qu'ils se présentent par îlots disséminés dans le sérum. C'est là certainement un état spécial à la maladie du *sang de rate* ou aux maladies charbonneuses, et qui peut probablement être regardé comme caractéristique. Cet état du sang est plus apparent dans certaines espèces d'animaux; il est surtout très-remarquable chez le cobaye. Rien de semblable ne s'observe chez les animaux qui ont succombé à l'inoculation de matières putréfiées. J'ai remarqué même plusieurs fois, et ce phénomène est peut-être constant, que les globules primitivement agglutinés les uns aux autres dans le sang frais, se séparent et deviennent libres, comme à l'ordinaire, lorsque le sang infecté de bactéridies commence à se putréfier.

Le sang des capillaires est beaucoup plus riche en bactéridies que celui des gros vaisseaux; aussi trouve-t-on ces filaments en abondance dans l'oreille, la langue et les organes parenchymateux chez des animaux qui en montrent très-peu dans le sang du cœur et de l'aorte. Serait-ce que ces filaments, comme des bâtons flottants, s'arrêtent et s'accumulent dans ces étroits canaux? Quoi qu'il en soit, ils ne passent pas de la mère au fœtus, bien qu'ils puissent se trouver en quantité prodigieuse dans le placenta. C'est ce que j'ai vu chez un cobaye qui portait deux fœtus à terme au moment où je l'inoculai. Son sang, après sa mort, me montra un nombre immense de bactéridies et les globules agglutinés entre eux d'une manière très-remarquable; il en fut de même du sang des placentas, mais celui des deux fœtus ne m'offrit aucune bactéridie; de plus, tous les globules roulaient libres et indépendants, formant avec ceux de la mère un contraste très-frappant.

La production des bactéridies peut être observée plusieurs heures avant la mort de l'animal inoculé. Il est possible alors, si l'on examine le sang à de courts intervalles, de suivre la multiplication de ces corpuscules et leur accroissement en longueur. Lorsque la mort arrive, on constate facilement que le nombre et la longueur des filaments n'augmente plus, et même, après un, deux ou trois jours, plus ou moins, suivant la chaleur atmosphérique, on peut voir que le sang renfermé dans les vaisseaux et à l'abri du contact de l'air, contient de moins en moins de ces corpuscules. Il arrive un moment où la production des vibrioniens, par suite de la putréfaction, pourrait rendre cette observation incertaine, mais on évitera facilement l'erreur si l'on met quelque suite dans cette recherche et si l'on tient compte des mouvements dont sont donés les filaments de nouvelle formation.

Lorsque le sang commence à se putréfier et que les bactéridies n'y sont plus reconnaissables, ce liquide perd la faculté d'inoculer le *sang de rate*. Si la quantité de sang putréfié qui est inoculée est assez considérable, l'animal peut, il est vrai, devenir malade et périr, mais c'est avec des symptômes tout autres que ceux de la maladie du *sang de rate*; en outre, il ne se produit point chez lui de bactéridies et les globules sanguins ne deviennent jamais *agglutinatifs*, comme ils le sont d'une manière si remarquable dans la maladie du *sang de rate*. Enfin, lorsqu'un animal a été inoculé avec du *sang de rate* putréfié (sang qui a contenu des bactéridies, mais qui n'en contient plus par suite de la putréfaction), le sang de cet animal, qu'il soit pris pendant la vie ou après la mort, ne donne jamais lieu chez un animal auquel on l'inocule, au développement de la maladie du *sang de rate* et des bactéridies.

Il résulte donc de tous ces faits que la maladie du *sang de rate* (maladie charbonneuse) n'est point de nature *putride*, comme on l'a conclu d'après des expériences faites sans examen microscopique. Plusieurs expérimentateurs, en effet, ont inoculé sous la peau, ou bien ont injecté dans les veines des matières animales putréfiées, et, d'après les phénomènes toxiques qui se sont montrés dans la plupart des cas, ils ont cru à l'identité de nature entre le virus charbonneux et *celui* de la putréfaction. Cette opinion règne encore aujourd'hui dans la science, comme on peut le lire dans un excellent *Traité des maladies charbonneuses* récemment couronné par l'Académie de médecine. Après avoir parlé des expériences dont il vient d'être question, l'auteur de ce traité, le docteur Raimbert, ajoute : « Les résultats de « l'expérimentation prouvent donc d'une manière incontestable la na« ture putride des affections charbonneuses, du principe qui leur « donne naissance et les constitue. » (Ouvrage cité, p. 15.) Or, en contradiction avec cette conclusion, mes expériences montrent que le sang vivant ou frais transmet les bactéridies et la maladie du *sang de rate*, tandis que la putréfaction détruit dans le sang la faculté de transmettre les bactéridies et donne aux phénomènes morbides, s'il s'en produit, un caractère tout différent de ceux de la maladie du *sang de rate*.

L'espace de temps pendant lequel le sang, après la mort, conserve la faculté de propager les bactéridies est plus ou moins long, suivant la température atmosphérique. Par les grandes chaleurs de l'été, cette faculté peut disparaître en moins de deux jours : dans la première quinzaine du mois d'août, la température étant de 28° à 32° C., je fis les expériences suivantes : Du sang de quatre animaux morts du *sang de rate*, et dans lequel on avait constaté la présence des bactéridies, fut conservé dans des bocaux. Ce sang, après quarante-trois, quarante-deux, cinquante, trente-cinq heures, étant déjà fétide, fut inoculé à quatre lapins forts et bien portants. Les trois premiers de ces lapins moururent avec des phénomènes divers, sans rapport avec ceux de la maladie du *sang de rate;* leur sang ne contenait aucune bactéridie, et les globules n'offraient aucune altération caractéristique de cette maladie. Le quatrième lapin survécut.

---

côté, la critique s'accommode peu de cette humilité qu'il ne faut point confondre avec la modestie.

La modération est une vertu pour les gens qui gagnent à contenir leurs forces: mais par cela même elle n'est que relative. On dit, par exemple, que la patience est la vertu des forts. Cela est juste. Mais la patience des lâches est-elle une vertu, et ne serait-ce pas plutôt une des formes de la lâcheté?

La chronique médicale, qu'il serait malaisé de définir, d'après les exemples qui sont sous nos yeux, ne serait-elle aussi qu'une des formes de l'impuissance et comme la négation de la critique? De quels éléments se compose celle-ci? N'est-ce pas de savoir et de jugement, ou, comme disait en son temps Guy-Patin, le vrai maître des chroniqueurs en médecine, d'éruditions et de bon sens? La critique ne saurait se passer de ces deux éléments de vie, pas plus qu'on ne peut se passer pour vivre de pain et de sel.

S'il faut le dire, le savoir de nos chroniqueurs est petit, et leur jugement n'est pas très ferme. La chronique, autant que nous pouvons en juger d'après les modèles qu'on nous propose, serait une espèce de critique bâtarde, un genre hybride et parfaitement inoffensif, aussi peu compromettant que possible.

Un chroniqueur qui sait son métier, assiste régulièrement aux séances de l'Académie de médecine, et il se borne à résumer tant bien que mal les débats et incidents, en glissant çà et là quelques mots aimables ou plaisants sur tel ou tel académicien. C'est à peu près tout ce qu'on lui demande ou tout ce qu'il peut donner. Point de réflexions, point de ces rapprochements lumineux qui font ressortir la vérité par les contrastes, aucun retour vers le passé, dont les enseignements sont toujours présents, aucune de ces observations qui, faites en passant, en disent plus que tous les comptes rendus, aucune de ces idées générales ou généreuses que la méditation suggère à l'observateur attentif.

Ainsi, pour ne parler que de cette discussion retentissante sur les vivisections, rien sur les méthodes d'investigation en médecine, rien sur la nullité de la plupart des dissertations et déclamations auxquelles cette discussion a donné lieu, rien sur l'état présent des esprits, rien sur l'enseignement de la physiologie. Le chroniqueur n'a trouvé qu'un mot d'approbation pour cet académicien qui ayant eu la malheureuse idée de prendre à parti la presse quotidienne, s'attira une verte correction dont il lui souviendra longtemps, et un mot de blâme pour quelqu'un qui, ayant l'habitude de nommer les choses par leur nom, appela un *tour d'escamotage* certain vote de l'Académie, en empruntant cette expression très-juste à l'un des membres du bureau.

Notez que cette maigre chronique ne traite guère que des choses qui se passent à l'Académie, comme si l'Académie représentait toute la médecine. Mais c'est là une déplorable manie, et aussi une des causes les plus efficaces de la décadence et de l'insignifiance de la critique scientifique en général et de la critique médicale en particulier. On se

C'est sans doute en s'opposant à la putréfaction que la dessiccation conserve au sang infecté de bactéridies la faculté de propager ces corpuscules; nous avons dit, en effet, qu'on retrouve dans le sang desséché les bactéridies intactes; toutefois, pour obtenir ce résultat, il faut que la dessiccation se fasse rapidement, car elle ne rend pas au sang pourri la faculté qu'il a perdue.

On ne pourra juger que dans l'avenir de la durée du pouvoir de propagation des bactéridies à l'état sec. Il y a quelques jours, j'ai inoculé un rat blanc avec du sang conservé sec depuis quatre mois et demi et un cobaye avec du sang conservé sec depuis cinq mois; le premier de ces animaux n'a rien éprouvé, mais le second est mort avec un grand nombre de bactéridies.

Le sang, parfaitement desséché, conserve sa faculté d'inoculation lorsqu'on le soumet à une température voisine de 100 degrés; il n'en est pas de même lorsqu'il est liquide, quoique j'eusse pu croire le contraire au début de mes recherches. De nouvelles expériences m'ont fait voir que le sang frais chauffé à 100 degrés environ perd la faculté de transmettre la maladie du *sang de rate*.

La dessiccation des bactéridies ne modifie nullement l'apparence des générations qui succèdent à celle qui a été desséchée; les successions dans ces générations, la diversité des espèces auxquelles elles sont transmises, les hautes ou basses températures des diverses saisons n'ont aucune influence appréciable sur l'apparence des bactéridies. C'est ce que j'ai constaté dans une série de trente inoculations pratiquées successivement du mouton au lapin, au cobaye et au rat. Sept fois le sang inoculé avait été pris sur l'animal encore vivant; une fois il était desséché depuis cinq jours; dans les autres cas il avait été pris après la mort.

Les bactéridies se transmettent d'un animal à l'autre par l'inoculation du sang sous la peau. La quantité du sang inoculé ne m'a paru avoir aucune influence sur la durée de l'incubation ni sur le nombre des bactéridies qui surviennent chez l'animal inoculé. Une quantité de sang très-petite et bien inférieure à une goutte suffit à transmettre la maladie.

Le sang desséché inocule moins certainement que le sang frais; sur dix inoculations pratiquées avec du sang desséché, quatre fois la transmission n'a pas eu lieu.

Il est probable que des bactéridies sèches introduites dans les voies respiratoires transmettraient la maladie du *sang de rate*; c'est sans doute ainsi que se fait la contagion dans les troupeaux, mais une expérience que j'ai tentée sur un cobaye n'a donné aucun résultat.

La maladie du *sang de rate* et les bactéridies se transmettent par les voies digestives, avec moins de certitude toutefois que par le tissu cellulaire sous-cutané. Sur cinq animaux auxquels j'ai fait manger le foie et la rate tout frais d'animaux morts du *sang de rate*, trois moururent avec des bactéridies; ce sont: un rat, une souris et un cobaye. Les deux qui ont survécu sont: un lapin et un rat. Dans les trois cas de mort, la durée de l'incubation a été notablement plus longue que par l'inoculation sous-cutanée.

Chez tous les animaux qui ont mangé les viscères remplis de bactéridies, viscères tout frais et pris au moment de la mort, on n'a observé aucun dérangement dans les fonctions des voies digestives.

D'après mes expériences, toutes les espèces des animaux supérieurs ne sont pas susceptibles de contracter la maladie du *sang de rate*. Deux poulets ont été inoculés à plusieurs reprises avec du sang infecté de bactéridies; ils ont mangé pendant plusieurs semaines des chairs fraîches d'animaux morts de cette maladie, sans offrir aucun phénomène morbide; ils sont, au contraire, devenus gros et gras. Un moineau, un pinson et un verdier, traités de même, sont restés également bien portants. Huit grenouilles ont été inoculées vainement. Or si l'on a admis la transmission des maladies charbonneuses à ces divers animaux, c'est que sans doute les expérimentateurs confondent ces maladies avec celles que déterminent les substances animales putréfiées, auront inoculé des matières corrompues.

Quant aux mammifères, j'ai inoculé le *sang de rate* à des lapins, à des cobayes, des rats et des souris, et tous ces animaux ont contracté la maladie. Cependant tous les individus ne la contractent pas avec la même facilité; quelques-uns ont été inoculés plusieurs fois, quelques-uns même ont été tout à fait réfractaires: sur 65 lapins, 3 ont résisté à des inoculations pratiquées pendant trois mois avec des intervalles de une à deux ou trois semaines.

La durée de l'incubation, dans mes expériences d'inoculation pratiquée avec du *sang frais*, a été en rapport avec la taille des animaux: sur 62 individus, lapins, cobayes, rats, souris, la plus longue durée de la vie après l'inoculation a été 91 heures donnée par un lapin; la plus courte 17 heures donnée par un rat et une souris. Les moyennes ont été pour le lapin 43 heures, pour le cobaye 38 heures, pour le rat 28 heures, pour la souris 26 heures.

Dans une même espèce, la rapidité de la mort m'a paru n'avoir aucun rapport avec le nombre des bactéridies développées dans le sang: tel individu meurt rapidement avec un nombre ordinaire de ces corpuscules; tel autre met le double de temps à mourir qui n'en offre ni plus ni moins. Il y a là, comme sous d'autres rapports dont nous avons déjà parlé, quelque chose de spécial à l'individu, une susceptibilité particulière, une véritable idiosyncrasie.

Le nom de *sang de rate* donné à la maladie qui nous occupe, vient de l'opinion, déjà ancienne, que le foyer du mal est la rate; aussi, d'après cette opinion, toutes les inoculations primitivement pratiquées pour reconnaître la nature contagieuse de la maladie ont été faites avec le sang ou la substance de la rate. J'ai déjà donné les raisons qui me portaient à croire que le siége de la maladie est le sang; mais, afin d'élucider plus complétement cette question, je fis les expériences suivantes: sur deux rats engourdis par le chloroforme, j'enlevai la rate sans en laisser la moindre parcelle, puis j'inoculai ces animaux avec du sang infecté de bactéridies. Les deux rats se remirent promptement et reprirent leur agilité ordinaire. Le lendemain, ils n'offraient rien de particulier dans leur manière d'être, mais vers le soir l'un des deux devint languissant et tomba dans la torpeur particulière aux petits animaux qui vont succomber au *sang de rate*. Une heure ou deux après, 26 heures après l'inoculation, il mourut sans phénomènes particuliers; son sang, examiné aussitôt, contenait un nombre considérable de bactéridies. L'autre rat, qui était

---

traîne à la remorque des Académies et des associations savantes: on ne fait que répéter les discussions académiques; de sorte que le procès-verbal et le compte rendu tiennent lieu de ces appréciations sincères que ceux qui viendront après nous chercheront en vain dans nos principaux recueils.

Or ce qui est important pour l'historien, autant pour le moins que les faits et les dates, c'est l'opinion des contemporains; car c'est cette opinion qui vivifie en quelque sorte la science morte, en ressuscitant le milieu. Osez donc penser par vous-mêmes, vous qui tenez une plume, et ne vous bornez pas, comme les anciens gazetiers, à donner des nouvelles et à recueillir pieusement les paroles creuses qui tombent d'une tribune académique. Puisque vous ne pouvez vous détacher des Académies, dites-nous au moins ce que font les Académies, appréciez-les, jugez-les respectueusement, si vous y tenez, et avec déférence, mais sincèrement, avec indépendance. Autrement, les bulletins et mémoires d'une Académie en apprendront cent fois plus à nos neveux que toutes vos insignifiantes chroniques; et l'on dira plus tard, et avec raison: « En ce temps-là toute la science était concentrée dans les Sociétés savantes, et la critique scientifique n'existait point. »

Est-ce à dire que la chronique médicale soit inutile? Ce n'est point notre opinion. La chronique médicale serait utile si elle se transformait, si en ramassant le plus de nouvelles possible, elle fournissait au lecteur le moyen de juger les faits qu'on lui met sous les yeux; si non contente de narrer une historiette ou de raconter une anecdote, elle usait du privilége qu'ont les genres légers de dire quelques bonnes vérités en riant; de signaler des abus; de rappeler, par exemple aux discoureurs qui ont fait de la tribune de l'Académie une espèce de chaire de faculté que les longs discours sont très-déplacés dans les sociétés savantes, et que l'éloquence académique doit viser avant tout à la clarté et à la sobriété.

La chronique médicale enregistre aussi les élections pour le choix des nouveaux membres; mais elle se borne à nommer les candidats, sans se permettre la moindre réflexion sur leur mérite, sur leurs titres, n'approuvant ni ne blâmant l'élection, une fois faite. On sait pourtant qu'en matière d'élection les Académies ne sont point infaillibles. Mais nos journalistes sont tellement respectueux et timorés, qu'ils n'osent pas se prononcer. Et ils croient de bonne foi que c'est par eux que se fait l'opinion.

Ils ont tort, et leur rôle n'est point du tout ce qu'il devrait et pourrait être. Quand une Académie en corps se trompe, il ne faut point s'incliner devant ses arrêts: mais il peut être utile de l'avertir, car étant avertie, elle ne se trompera peut-être pas une seconde fois.

Nous voudrions aussi qu'avec le sentiment de ses devoirs, la chronique médicale eût celui des proportions. Il paraît ridicule qu'on accorde je ne sais combien de pages à cette sotte invention que son auteur a baptisée la dynamoscopie, et que l'on ne donne que trois lignes à l'éloge de M. de Blainville.

resté très-agile, tomba tout à coup, quelques heures plus tard que le précédent, dans cet état de langueur, puis de torpeur sans somnolence qui annonce l'invasion des bactéridies; en effet, il mourut bientôt (31 heures après l'inoculation), et l'examen microscopique fit constater la présence des bactéridies dans son sang.

Les recherches exposées ci-dessus suffisent à montrer le rôle des bactéridies dans la maladie du *sang de rate;* elles montrent, en effet, la présence constante des bactéridies dans cette maladie; la transmission par l'inoculation d'un état morbide particulier suivi de mort, état morbide qui est constamment accompagné des filaments que nous avons décrits; elles montrent la présence de ces filaments intacts dans le sang desséché qui a conservé le pouvoir d'inoculer la maladie, l'absence de ces filaments dans le sang putréfié qui a perdu le pouvoir d'inoculer cette même maladie. Je puis donc dire aujourd'hui avec plus de certitude encore, ce que j'ai dit il y a quatre mois dans une communication à l'Académie des sciences : « Personne, « sans doute, dans l'état actuel de la science, ne cherchera en de- « hors de ces corpuscules l'agent de la contagion, agent mystérieux, « insaisissable, qui se développerait et se détruirait dans les mêmes « conditions que les bactéridies, qui jouirait des mêmes propriétés « physiologiques qu'elles. Cet agent est visible et palpable; c'est un « être organisé, doué de vie, qui se développe et se propage à la ma- « nière des êtres vivants. Par sa présence et par sa multiplication « rapide dans le sang, il apporte dans la constitution de ce liquide, « sans doute à la manière des ferments, des modifications qui font « promptement périr l'animal infecté. »

Avant de terminer cette note, je répondrai à des réclamations de priorité faites en faveur d'un savant regrettable, le professeur Delafond, bien que le style de ces réclamations et la manière dont elles se sont produites eussent pu me dispenser de m'en occuper.

En 1860, Delafond a fait à la Société de médecine vétérinaire une communication sur la présence de corps particuliers dans le sang des animaux atteints du charbon; ce sont les bactéridies que j'avais observées dix ans auparavant chez des moutons atteints de *sang de rate.* Delafond a vu que ces corpuscules se transmettent par l'inoculation, mais il n'a pas été au delà de cette simple observation; voici, en effet, textuellement la conclusion de sa communication : « Je suis « loin de prétendre, dit ce savant, que ce soient ces productions qui « engendrent le charbon, et que la nature propre du virus qui trans- « met la maladie soit due à leur existence; mais je dois faire remar- « quer que le sang des animaux charbonneux me paraît avoir acquis « une constitution morbide favorisant essentiellement la multiplica- « tion de ces productions. »

On le voit, Delafond n'a nullement élucidé l'importante question du rôle des bactéridies dans les maladies charbonneuses, et c'est ce que je crois avoir fait d'une manière évidente. Enfin les recherches du savant vétérinaire datent de 1860, tandis que mes premières observations sont consignées dans nos mémoires pour l'année 1850.

OBSTÉTRIQUE.

De l'hydrocéphalie du fœtus considérée comme obstacle a l'accouchement; par le docteur R. Chassinat, médecin à Hyères (Var), lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Monthyon) et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Obs. VII. — Une femme forte et vigoureuse et d'un bon tempérament était arrivée à son terme, sans avoir souffert aucun des accidents qui accompagnent la grossesse. Delamotte fut appelé. Les membranes venaient de se rompre. Les douleurs étaient faibles. La malade disait sentir son enfant remuer. Trois jours se passèrent ainsi. Vers le milieu de la troisième nuit, les douleurs devinrent plus violentes; le toucher ayant été pratiqué, on trouva que la tête commençait d'occuper le passage, mais elle était molle, comme si c'eût été une seconde poche des eaux. Elle s'avança à toutes les douleurs, de sorte que l'on eut assez de peine pour lui aider beaucoup, avant qu'elle fût hors du passage. Les os s'aplatirent et s'ajustèrent à la figure du canal à parcourir, de manière que la tête reprit sa figure à peu près lorsqu'elle fut sortie; mais elle était d'une grosseur si monstrueuse qu'elle n'aurait jamais pu sortir si la mollesse n'eût suppléé à sa grosseur. Le cordon était très-court, et, quoiqu'il ne fît qu'un circulaire autour du cou, il fut nécessaire de le couper pour que le tronc pût sortir. Cette sortie n'eut lieu qu'au moyen de tractions exercées avec les doigts disposés en crochets sous les aisselles; on dégagea les bras et on tira sur le tronc avec force, jusqu'à ce que le siége eût franchi. L'enfant était très-gros. Il était mort, et la tête offrait des traces de putréfaction avancée, tandis que le reste du corps était sain (1).

Obs. VIII. — Élisá, couturière, âgée de 25 ans, brune, d'une bonne constitution, bien réglée et se portant bien habituellement, devient enceinte pour la première fois, à la fin de septembre 1834. La grossesse se passa sans aucun accident; il n'y eut jamais aucune trace d'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Six semaines avant d'accoucher, cette femme fit une chute violente, qui ne fut suivie d'aucun accident immédiat; mais depuis lors, elle ne sentit plus son enfant remuer.

Le lundi 22 juin 1835, les premières douleurs de parturition apparurent; les membranes se rompirent le même jour. Alors les douleurs, qui avaient été très-vives jusque-là, cessèrent. Les jours suivants, elles se réveillèrent, mais peu intenses: le travail ne faisait aucun progrès. La sage-femme ne put savoir à quoi tenait l'obstacle apporté à l'accouchement. Le jeudi 25, M. L. Colombe fut appelé. L'état général de la patiente n'était pas aussi grave qu'on aurait pu le craindre après un travail aussi long. Les contractions utérines avaient cessé, mais les forces n'étaient pas trop abattues; le pouls conservait une certaine résistance; il y avait un peu d'affaiblissement des facultés intellectuelles, et de temps en temps la malade avait quelques légères absences mentales. L'accoucheur pratiqua le toucher : il sentit engagée dans l'excavation du bassin une tête dont les os chevauchaient considérablement les uns sur les autres; elle paraissait fortement serrée par les parois du canal

(1) Delamotte, *Traité comp. des accouch.*, Paris, 1721, liv. IV, obs. 344.

Mais à quoi bon relever des imperfections dans un volume sans prétentions, sans portée et peut être aussi sans lecteurs? Nous nous demandons quel a pu être le but de l'auteur en le mettant au jour une seconde fois? Est-ce une illusion de l'amour-propre qui l'a conduit de nouveau devant le public? Ou bien estime-t-il assez peu ce dernier pour lui offrir sans révision ni correction d'aucune sorte, des articles qui sont remarquables surtout par une grande économie de jugement?

Et qui pourrait deviner la pensée d'un chroniqueur? Ces messieurs de la chronique savent tout, hormis ce vers de Despréaux :

Avant donc que d'écrire, apprenez à penser.

C'est pourtant là tout le secret de l'art d'écrire; mais il paraît que l'apprentissage n'est pas de rigueur, et qu'on s'en passe sans inconvénient pour faire la chronique médicale dans la plus belle des gazettes.

Toutes les fois que nous touchons à cette question délicate de la critique médicale dans le présent, nous ne pouvons qu'exprimer des vœux avec des regrets. Il nous sera permis, en finissant, de rappeler le conseil de Voltaire aux journalistes. Lisez et relisez Bayle, disait ce grand critique. Et pourquoi Bayle plutôt qu'un autre? Parce que Bayle était remarquable par l'étendue de son savoir et la rectitude de son jugement.

J. M. Guardia.

— Par décret en date du 2 juillet 1864, l'Empereur, sur la proposition de S. Exc. le maréchal ministre de la guerre, a confirmé la nomination faite à titre provisoire dans la Légion d'honneur par le général commandant en chef le corps expéditionnaire du Mexique.

Au grade de chevalier : M. Thomas (Edmond-Charles-René-Victor), médecin aide-major de 1re classe : 9 ans de services, 9 campagnes. Expérimenté et instruit; a sauvé, le 18 avril dernier, la vie à beaucoup de blessés en leur prodiguant les soins les plus dévoués sous un feu très-meurtrier.

— Le concours pour le prosectorat de la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Dubrueil et E. Cruveilhier.

— statistique. — L'hôtel de ville a publié l'état civil de Paris agrandi pour l'année 1862. Il en résulte qu'il est né en cette année 52,312 enfants, dont : garçons, 26,505; filles, 25,507. Le chiffre des décès a été de 42,185, et l'excédant des naissances sur les morts de 10,127 individus. Il a été célébré 15,916 mariages.

— La population des vingt arrondissements au dernier recensement était de 1,696,141 individus.

qui la contenait; elle était dans cette position depuis assez longtemps déjà. La sage-femme ne put fournir aucun renseignement sur l'état de conformation de la tête, alors qu'elle était encore au détroit supérieur; de sorte qu'il y avait incertitude si l'on avait affaire à une tête saine ou à une tête hydropique. Le chevauchement des os, à lui seul, ne pouvait que très-incomplétement éclairer le diagnostic; car on ne pouvait atteindre la fontanelle antérieure, le seul espace membraneux qui dût avoir conservé assez d'étendue pour fournir quelques lumières. L'accoucheur, sans diminuer préalablement le volume de la tête, appliqua le forceps; les tractions firent avancer la tête d'une manière notable, mais la patiente éprouva tout à coup de telles douleurs dans le trajet des nerfs sciatiques qu'elle perdit connaissance. Revenue à elle, elle donna manifestement des signes de délire; de sorte que l'accoucheur n'osa pas continuer d'agir. Il crut avoir assez fait et pouvoir abandonner l'accouchement à la nature; il pouvait être alors six ou sept heures du soir. La nuit et la journée du vendredi se passèrent sans que les choses fissent le moindre progrès. Enfin, le samedi 27 juin, à six heures du matin, les contractions utérines se réveillèrent, et à midi le travail se termina par les seuls efforts de la nature: il durait depuis cinq jours complets.

Le fœtus offrait des traces d'une putréfaction avancée dans toutes ses parties; il répandait une odeur des plus fétides. La tête, très-volumineuse, était extrêmement allongée; elle présentait une fluctuation évidente. Les os très-larges, minces et très-vacillants, étaient séparés par des espaces membraneux considérables. La tête ne fut pas ouverte, ni ses dimensions prises exactement.

L'accouchée continua d'éprouver, pendant plusieurs jours, de vives douleurs dans les membres inférieurs, sur le trajet des nerfs sciatiques; une escarre assez large existait à la cloison vésico-vaginale; elle se détacha au bout de huit jours, et il en résulta une fistule d'un diamètre assez étendu, qui livrait un passage continu aux urines. A part cet accident, les suites de couches furent assez heureuses, et quinze jours après son accouchement la malade, dans un état général assez satisfaisant, entra à l'hôpital des Cliniques pour se faire traiter de sa fistule. Elle conservait encore un peu de douleur dans les membres inférieurs; elle rendait involontairement toutes ses urines par le vagin; il n'en sortait pas une goutte par l'urètre.

Cette observation m'a été fournie par M. L. Colombe, alors chef de la Clinique d'accouchements de M. le professeur Paul Dubois, à la Faculté de médecine de Paris.

Obs. IX. — La mère avait 22 ans, mais elle était peu robuste, et quinze jours avant l'accouchement il était survenu un œdème considérable des membres inférieurs. Le 2 novembre au soir, premières douleurs; les membranes tendues permettent à peine de distinguer la tête du fœtus; douleurs faibles, dilatation de l'orifice. Le 3 novembre, rupture spontanée des membranes; l'orifice semble se resserrer; on administre un bain tiède. Suspension des contractions; la tête comprime tellement l'urètre que la miction et le cathétérisme sont impossibles. On reconnait une première position du sommet. Les progrès de la tête sont extrêmement lents; la femme est dans une anxiété extrême; elle vomit des matières verdâtres; la fièvre s'allume, et l'on se hâte de prévenir des accidents plus graves en terminant un travail qui durait depuis plus de trois jours. En effet, on applique le forceps. Par un mouvement de rotation horizontale, on place l'occiput sous l'arcade pubienne; mais alors, ayant lâché prise, il fallut réappliquer l'instrument. L'extraction de la tête demanda des efforts assez considérables, et celle même du tronc fut pénible, en raison du volume de l'enfant: il pesait dix livres, et la tête était distendue par de l'eau. Cette grosseur de la tête explique la lenteur du travail, les crampes douloureuses déterminées par la pression sur les nerfs cruraux quand elle s'engagea dans l'excavation du bassin, et l'eau qu'elle renfermait rend raison de la mollesse qui a facilité le glissement du forceps. Cette mollesse fut accrue sans doute par un commencement de putréfaction, car l'enfant était mort depuis longtemps, et des gaz putrides s'échappèrent après lui de l'utérus.

Quant à la mère, l'état d'épuisement et de fièvre dans lequel elle se trouvait continua à faire des progrès; sans doute elle y a succombé. Elle a été perdue de vue le soir même de son accouchement (1).

Obs. X. — Une femme se livrait vainement depuis deux jours aux efforts pour accoucher. La sage-femme, trouvant à l'orifice de la matrice une tumeur flasque et qui se durcissait pendant les douleurs, se persuada que les membranes étaient encore entières, que la femme en travail n'avait rendu que de fausses eaux et essaya, mais inutilement, d'ouvrir cette poche avec le doigt, après quoi elle y plongea la pointe de ses ciseaux et donna issue, par ce moyen, aux eaux qu'elle regardait comme celles de l'amnios. La tête de l'enfant commença dès lors à s'engager, mais sous une forme extraordinaire qui déconcerta la sage-femme et lui fit demander un accoucheur. Celui-ci assista à l'accouchement d'un fœtus hydrocéphale (2).

Obs. XI. — Une femme en travail avait eu, durant la nuit, de grandes douleurs sous l'influence desquelles les membranes s'étaient rompues; la tête se présentait, mais elle ne faisait aucun progrès, ce que la sage-femme attribuait à une position vicieuse. Smellie, appelé le lendemain matin, reconnut au toucher un écartement considérable entre les os du crâne. Il pensa que cela tenait à ce que la tête était distendue par des eaux; qu'elle ne passerait jamais, à moins qu'on ne la tirât de force avec les eaux qu'elle contenait, ou qu'on n'y fit une ouverture pour les faire écouler. La femme paraissait fort épuisée par la longueur du travail, elle était déjà tombée en faiblesse plusieurs fois. On attendit un peu; mais la tête n'avançant pas et les douleurs diminuant, on se décida à aider la nature. Smellie fit avec les ciseaux qui portent son nom une ouverture à la tête, et aussitôt les eaux sortirent de plein jet, à la quantité d'environ trois pintes. La tête étant désemplie fut tirée dans le vagin; quelques douleurs légères et des tractions avec les doigts suffirent pour achever l'accouchement, pendant lequel il sortit encore de la tête de l'enfant plus d'une pinte d'eau. Il y avait plusieurs jours que l'enfant était mort (1).

Obs. XII. — Un accoucheur fut appelé près d'une femme dont le bassin était étroit. Elle avait eu un premier accouchement pénible. Malgré des douleurs assez prononcées, la tête n'avançait point. A la fin, voyant que la malade tombait fréquemment en défaillance, que les douleurs s'affaiblissaient, il pensa à terminer l'accouchement. L'élévation de la tête empêchait d'employer le forceps; l'étroitesse du bassin, la faiblesse de la femme rendaient la version impossible. Il fit une grande ouverture au crâne; il en sortit une grande quantité de sérosité sanguinolente. Après cela, pendant de faibles douleurs, il termina l'accouchement à l'aide de ses doigts introduits dans l'ouverture. Il ne s'ensuivit aucun mauvais accident (2).

Obs. XIII. — Dufraigne (d'Autun) fut appelé auprès d'une femme âgée de 37 ans, d'un tempérament sanguin, ayant eu déjà trois enfants nés heureusement. Les eaux étaient écoulées depuis huit heures; les douleurs, depuis lors, ne discontinuaient pas. Il toucha et reconnut une hydrocéphalie par l'écartement des sutures. Quoique les douleurs fussent continues, la tête ne s'engageait pas. La mère disait avoir encore senti remuer son enfant il y avait deux heures. Il pensa qu'il n'y avait pas d'autre moyen de délivrer la mère que de donner issue au liquide contenu dans la tête du fœtus; mais il fallait tuer l'enfant. Il appela alors un confrère; celui-ci approuva. Dufraigne prit un scalpel dont la lame était entourée d'une bande de toile jusqu'à une ligne et demie de la pointe; il le conduisit avec son doigt jusqu'au crâne qu'il perfora; il glissa son doigt dans l'ouverture, et l'y laissa jusqu'à l'entière évacuation du liquide. Puis se servant de ce doigt comme d'un crochet, il opéra quelques tractions; la tête s'engagea, et l'accouchement se termina une heure et demie après. L'enfant, du sexe masculin, était à terme et gros. Il n'avait pas de bras, mais seulement deux espèces de mamelons terminés par un angle (3).

Obs. XIV. — Marie-Thérèse Perrin, âgée de 30 ans, mère de quatre enfants heureusement nés, fut prise des douleurs de l'enfantement le 16 février 1820 à midi. A cinq heures après minuit, la poche des eaux se rompit, et les douleurs cessèrent entièrement. Georget fut appelé. Quand il arriva, on lui annonça une présentation de l'abdomen. Il toucha; il sentit une partie presque plane, tendue, rénitente, sur laquelle il crut reconnaître des cheveux. Le col de l'utérus était mou, peu dilaté, mais très-dilatable. En explorant en divers sens, il reconnut plusieurs os très-mobiles et très-écartés les uns des autres: il comprit que c'était l'espace interpariétal que la sage-femme avait pris pour l'abdomen. L'occiput répondait à la cavité cotyloïdienne droite. Dans le doute où il était de la grosseur de la tête, et pour faire la version, si elle n'était pas trop volumineuse, il introduisit la main dans l'utérus. Alors il reconnut que le volume excessif de la tête rendait sa sortie impossible sans ponction préalable. On fit appeler trois autres médecins, MM. Bardin, Girardin et Gilbert; ils furent d'avis d'une évacuation préalable. Alors on pratiqua avec un fort trocart une ponction au milieu de l'espace interpariétal; il sortit environ 2 litres d'un liquide clair. Mais néanmoins, la femme se trouvant très faible, les douleurs étant très-rares, on termina l'accouchement par les pieds. Les suites de couches furent des plus heureuses.

Examen du fœtus. — Sexe féminin à terme, bien conformé d'ailleurs. Les os du crâne étaient ossifiés, mais plus larges qu'à l'ordinaire; les sutures étaient fort larges. Mesures du crâne: diamètre occipito-frontal, 6 pouces 6 lignes; hipariétal, 6 pouces. D'un trou auriculaire à l'autre, en passant par le vertex, 14 pouces 3 lignes; de la racine du nez au grand trou occipital, 16 pouces; circonférence, 19 pouces 7 lignes. La fontanelle antérieure avait 3 pouces 1/2 carrés, et la postérieure 2 pouces 9 lignes; la suture écailleuse du temporal avait 1 pouce 3 lignes; les deux pièces du frontal étaient séparées de 3 lignes. Le liquide était contenu dans les trois ventricules du cerveau, formant une

(1) Dugès, mém. cit., § 3, *De l'hydrocéphale*, obs. 3.
(2) Baudelocque, *Art des accouch.*, 3e édit.; Paris, 1796, t. II, ch. V, art. 2, n° 1913.

(1) Smellie, ouvr. cit., t. III, rec. XXXI, p. 1, obs. 1.
(2) Smellie, ouvr. cit., rec. XXXI, obs. 22.
(3) *Anc. journ. de méd. de Vandermonde*, t. LVIII, 1782, p. 517.

vaste cavité, par suite de la réduction du cerveau à une coque membraneuse peu épaisse. La base du cerveau était intacte. On pouvait distinguer les deux substances cérébrales.

D'après les réflexions ajoutées à cette observation, l'enfant avait remué jusqu'à la rupture de la poche des eaux; il était vivant quand on a fait la ponction; probablement il eût vécu quelque temps après sa naissance si l'on eût pu l'extraire sans déranger son organisation cérébrale. Cette observation fut insérée succinctement dans le *Journal de la Société de médecine*, t. LXXI, p. 404, et à ce sujet, Gaultier de Claubry demanda s'il était nécessaire de pratiquer la ponction, et si, en attendant, eu égard à la grande mobilité des os, la tête n'aurait pas pu se mouler sur le bassin et franchir; à cela on répondit que les douleurs étaient nulles (1).

Obs. XV. — Smellie fut appelé près d'une femme en travail depuis plusieurs semaines. Son enfant n'avait remué que faiblement, et il ne remuait plus depuis deux jours. Les membranes étaient rompues depuis la veille; les douleurs avaient été fréquentes et fortes, mais la tête n'avançait point. Le toucher fit reconnaître que les os du crâne étaient séparés les uns des autres par de larges intervalles membraneux; de plus ils étaient vacillants, très-mobiles sous le péricrâne dans l'intervalle des douleurs: ce qui était un signe certain de mort. Smellie perfora le crâne avec ses ciseaux, comme il avait fait dans une des observations citées précédemment; il sortit une très-grande quantité d'eau. Malgré la grande mobilité des os, et après quelques douleurs même un peu fortes, la tête n'était avancée que jusqu'à la moitié du bassin. On essaya d'aider la nature en tirant avec les doigts introduits dans l'ouverture; cet effort ne fut pas suffisant. Alors on introduisit le crochet mousse dans le crâne. A l'aide de cet instrument et des doigts, la tête fut tirée petit à petit, et comme le corps était peu volumineux, l'accouchement se termina sans peine. L'enfant, suivant les apparences, était mort depuis plusieurs jours, car l'épiderme s'enlevait au moindre contact. La mère avait eu à cinq mois une petite vérole confluente; l'enfant n'en offrait aucune trace (2).

Obs. XVI. — Une femme presque à terme de son second enfant fut saisie d'une hémorrhagie utérine qui continua pendant huit ou dix jours. Des malheurs l'avaient réduite dans un état fort bas. Elle avait allaité son premier enfant jusqu'au troisième mois de la présente grossesse. Cet enfant mourut. Son chagrin, joint à un coup violent que lui porta une surprise subite quelque temps après, fut peut-être ce qui lui occasionna cette hémorrhagie.

Quand Smellie fut appelé, le pouls de la malade était petit et faible, quoique non fréquent. Elle n'avait point de douleurs d'enfantement, mais elle éprouvait des vomissements fréquents; ce qui aidait à dilater l'orifice de l'utérus. L'ayant examinée, l'accoucheur s'aperçut que la tête se présentait avec les membranes et les eaux. L'orifice de la matrice était mou et assez dilaté. A cause de l'hémorrhagie précédente et de l'absence de douleurs, on jugea à propos de faire la version. Il y eut des difficultés pour introduire la main dans l'utérus; mais comme les membranes n'étaient pas rompues, on repoussa aisément la tête, et l'on amena les jambes et le corps. On introduisit un doigt dans la bouche et l'on opéra des tractions. On s'attendait à avoir peu de peine à tirer la tête; car le premier accouchement avait été naturel et facile. Mais quelque chose que l'on fit, toutes les tentatives furent inutiles. On augmenta les efforts jusqu'à ce que l'on sentit le cou et la mâchoire inférieure se déchirer. Alors on se décida à placer un crochet sur le front; on tira, les os s'affaissèrent, et il sortit alors une grande quantité d'eau. Après cette évacuation, la tête sortit facilement, et sans que les parties de la mère souffrissent le moindre dommage. La délivrance fut naturelle. L'écoulement cessa sur-le-champ et la malade se trouva assez bien.

La tête de l'enfant était plus grosse qu'à l'ordinaire d'environ un tiers, et il était à remarquer que la fontanelle et les sutures n'étaient pas autrement que dans un sujet sain: la première n'était pas plus grande, car tous les os se touchaient les uns les autres. La cavité de cette tête put contenir 2 pintes d'eau.

La malade semblait être en bon train; mais elle finit par succomber à une fièvre le dix-huitième ou vingtième jour (3).

Obs. XVII. — T..., d'une forte constitution, âgée de 24 ans, enceinte pour la quatrième fois, ayant accouché déjà d'un enfant hydrocéphale (cette femme est le sujet de l'observation 4), avait eu une grossesse assez pénible. Le 3 mars 1824, le travail commença, et les membranes se rompirent à cinq heures du soir. La tête était restée au-dessus du détroit supérieur, quoique la dilatation fût complète. Bientôt les douleurs cessèrent; elles ne s'étaient point réveillées le 4, à onze heures du matin. Cette longue inertie engagea à terminer l'accouchement: ce fut une élève sage-femme qui en fut chargée. Elle introduisit la main droite, sentit la face du fœtus à gauche et en arrière (deuxième position), pénétra jusqu'au fond de l'utérus, et saisit le pied gauche. Comme on éprouvait trop de difficultés dans la recherche de l'autre pied, on tira sur le membre amené au dehors, et l'on parvint sans beaucoup de peine à extraire, comme en première position des pieds, la totalité du tronc. Il n'en fut pas de même de la tête, qui se tourna dans la seconde position, et résista à tous les efforts. Le forceps fut appliqué, il glissait sur cette tête; le crochet mousse fut inutile. L'enfant était mort. Une heure après, M. P. Dubois fit en vain de nouvelles tentatives à l'aide du même instrument. Alors saisissant le crochet aigu, il le porta à droite et en avant du bassin, et l'enfonça dans le côté gauche de la tête, vers la fontanelle mastoïdienne. Aussitôt un liquide séreux s'écoula en abondance. La tête sortit, et l'on reconnut que le crâne avait été distendu par une hydropisie considérable. La fontanelle antérieure était fort large, les sutures peu écartées, mais les os étaient fort étendus en largeur et aussi fort épais. L'enfant, du sexe masculin, pesait 7 livres. La délivrance fut naturelle. La malade éprouva de la courbature, qui céda aux moyens appropriés (1).

(1) *Journal de Béclard*, etc., t. VII, p. 193.
(2) Smellie, ouvr. cit., rec. XXXI, obs. 2.
(3) Smellie, ouvr. cit., t. III, rec. XXXV, obs. 20, p. 376.

M. P. Dubois a observé le fait suivant, que je lui ai entendu raconter dans ses leçons orales à la Clinique d'accouchements de la Faculté de Paris.

Obs. XVIII. — Une femme était en travail depuis quelque temps, et malgré d'assez fortes douleurs, la tête n'avançait pas. La sage-femme, pensant que le cas était difficile, demanda un accoucheur. Celui-ci, sans bien savoir quel était l'obstacle qui s'opposait à l'accouchement, crut devoir faire la version. Il alla chercher les pieds, les amena au dehors, puis fit l'extraction du tronc avec assez de facilité. Mais il lui fut impossible d'extraire la tête. Il fit pour cela des tractions considérables; ce fut sans succès. Il crut devoir alors se faire aider par son domestique. Celui-ci tira si fort, qu'il opéra la séparation du tronc, et alla même tomber à quelques pas en arrière. Le médecin, pour se débarrasser de toute responsabilité, envoya la femme à l'hospice de la Maternité, sans donner d'abord aucun détail sur tout ce qui s'était passé.

M. P. Dubois fut appelé aussitôt. Il toucha, et sentit la tête séparée du tronc. Il pensa d'abord qu'elle pouvait être restée, par suite d'une mauvaise conformation du bassin. Mais cette idée se dissipa bientôt; elle fut remplacée par une série de suppositions qui prouvaient l'incertitude où l'on était sur le diagnostic; mais il ne vint pas un instant à l'esprit que l'on pût avoir affaire à une tête hydrocéphalique. L'orifice était très-contracté; on ne sentait que le moignon du cou. On pensa à faire la perforation du crâne; mais cela était très-difficile, eu égard au peu de dilatation de l'orifice et à la partie de la tête qui se présentait. On essaya alors de la déplacer afin de faire présenter le front à l'orifice. On y réussit incomplètement; néanmoins on se décida à agir. On plaça une main sur l'abdomen, on fixa l'utérus, et avec les ciseaux de Smellie, on perfora le crâne. On vit alors un liquide abondant s'écouler. Cet écoulement avait lieu d'une manière intermittente et par jets; on ne savait d'où il provenait, on crut avoir perforé la vessie. Mais cette crainte se dissipa par l'introduction du doigt dans l'ouverture. Le forceps fut ensuite appliqué sur la tête, et elle fut extraite facilement.

Zeller a été témoin d'un fait semblable au précédent (*Comment. de Leipsick*, t. XXX, p. 607); par suite d'une hydrocéphalie, la tête fut séparée du tronc, et elle ne fut extraite qu'avec la plus grande difficulté,

Obs. XIX. — Une femme était en travail depuis trois jours; elle était à terme. Elle était mourante de faiblesse, par suite de ce long travail. Depuis trois jours, selon le rapport de la sage-femme, elle n'avait senti aucune douleur; cependant au commencement du travail, elle en avait eu de très-vives. La dernière douleur avait été si intense que la malade eut des convulsions et perdit connaissance. Revenue à elle, elle dit avoir senti, dans le fort de la douleur, comme un déchirement dans le ventre; la sage-femme avait entendu un bruit semblable à celui d'un linge qu'on déchire. Ayant touché la femme alors, elle avait trouvé l'orifice dilaté comme la paume de la main; cette dilatation était restée la même depuis trois jours, et les eaux ne s'étaient point formées. La sage-femme se trompait: J. L. Petit ayant été appelé, toucha la malade à son tour. Il reconnut à l'orifice une tumeur pleine de liquide contenu dans un kyste plus épais que ne doit être celui qui contient les eaux ordinaires. En palpant le ventre, il reconnut une hernie ventrale étendue de l'ombilic au pubis, et une seconde étendue de l'ombilic à l'appendice xyphoïde; la première était si considérable que les muscles droits étaient séparés de 9 à 10 pouces, et de 2 pouces à la hernie supérieure. Il apprit que cette hernie avait commencé depuis longtemps, mais qu'elle n'avait acquis ce volume énorme que depuis trois jours; sans aucun doute à la suite de la violente douleur dont il a été parlé.

Plusieurs gens de l'art présents à cet accouchement pensèrent, l'un que

(1) Dugès, mém. cit., § III, *de l'Hydrocéphale*, obs. 4.

cette tumeur molle que l'on sentait était une môle. l'autre que c'était une hydropisie de matrice enkystée; d'autres, et la sage-femme surtout, pensaient que c'étaient les eaux qui, faute de douleurs suffisantes, n'avaient pas pu rompre les membranes trop épaisses. J. L. Petit toucha encore la malade, ayant porté le doigt aussi avant qu'il lui fut possible dans toute la circonférence du corps qui se présentait, il reconnut qu'il touchait la tête du fœtus énormément grossie par une hydrocéphale, parce qu'il sentait les pariétaux écartés l'un de l'autre de plus de 5 pouces, et portant son doigt dans la partie supérieure il sentit l'angle de l'occipital.

Pour délivrer la mère, les assistants proposèrent de faire la version; Petit s'y opposa fortement et préféra d'agir ainsi qu'il suit Il plaça sous les reins de la femme une nappe pliée dont il croisa les deux chefs sur le ventre préalablement recouvert d'un petit coussin. Il introduisit dans les parties un histouri dirigé sur l'indicateur de la main droite: puis dirigeant cet instrument sur l'indicateur de la main gauche, comme sur un conducteur, il l'enfonça dans le crâne jusqu'au séjour de l'eau. Il fit une ouverture assez grande pour y introduire le doigt; les eaux sortirent en abondance. Alors il fit tirer sur les chefs de la nappe pour comprimer le ventre par gradation; il modérait avec son doigt la sortie du liquide Après avoir retiré trois pintes d'eau, ce qui était toute la quantité que la tête renfermait, il se servit du doigt comme d'un crochet et tira sur la tête; l'ayant fait avancer un peu, il s'aida de l'autre main et tira ainsi l'enfant avec beaucoup de facilité, excepté cependant quand les os de la base du crâne voulurent franchir, la malade se ranima alors; un peu de vin acheva de lui rendre quelque force. La délivrance fut facile. Les suites de couches furent heureuses, et, à l'exomphale près, cette femme était comme celles qui accouchent naturellement.

La sage-femme avait pris la peau du crâne distendne par le liquide de l'hydrocéphale pour la poche des eaux; elle avait essayé plusieurs fois de la rompre, mais inutilement. J. L. Petit préféra le histouri au trocart, car, par l'ouverture faite, on peut introduire le doigt, favoriser la sortie du liquide, et s'en servir comme d'un crochet.

L'enfant était hien placé, en position occipito-antérieure (1).

Obs. XX. — Le Nicolais, médecin à Fougères, a vu une fille de 28 ans, accouchée secrètement trente-six heures auparavant d'un enfant mort qui était hydrocéphale. Le travail avait été long et laborieux. On avait opéré l'évacuation des eaux avant d'extraire la tête. Il y avait eu une déchirure du corps de l'utérus d'un pouce d'étendue. La femme mourut des suites d'une métro-péritonite (2).

Obs. XXI. — Une femme bossue, ayant cependant accouché déjà une fois, mais avec assez de peine, étant devenue enceinte une seconde fois, éprouva une douleur continue sur le côté droit de l'ombilic. Pendant le travail de l'accouchement l'utérus se rompit en ce point, et la femme mourut. La rupture avait 6 pouces de long, elle existait sur la partie droite du fond de l'utérus. Elle avait été produite par suite du volume énormé de la tête du fœtus. La maladie avait été reconnue par l'accoucheur. Il était sûr de la mort de l'enfant, il proposa à la mère, pour sauver sa vie, de perforer la tête du fœtus; elle ne voulut pas y consentir. A l'autopsie, on trouva dans l'intérieur du crâne de l'enfant deux pintes de liquide (3).

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

Appréciation des bains des Pyrénées et leur comparaison avec ceux des Alpes; par M. le docteur H. C. Lombard, chevalier de l'ordre impérial de Saint-Stanislas de Russie, ancien médecin en chef de l'hôpital général de Genève, etc. (4).

Nous allons comparer les stations thermales des Pyrénées avec celles des Alpes, du sud-est et du nord de l'Italie. Mais, avant de passer en revue les différents bains de ces dernières régions, je commencerai par un résumé général des caractères qui différencient chacune des stations thermales des Pyrénées. Il m'a semblé que cette appréciation serait mieux placée immédiatement avant la comparaison des différentes stations entre elles: Par cette méthode, le lecteur pourra saisir plus facilement les rapports ou les différences et se former ainsi une opinion éclairée sur la valeur respective de ces différentes stations.

Mais afin de donner plus de poids à mon opinion sur ce sujet, j'ai cru devoir ajouter aux notions recueillies sur place le résultat de la longue expérience de quelques autres praticiens. J'ai choisi dans ce but quatre confrères habitant les villes d'où partent ou que traversent les malades pour se rendre aux thermes des Pyrénées, MM. les professeurs Gintrac (de Bordeaux), Benoît (de Montpellier), Teissier (de Lyon) et Daran (de Pau). C'est le résultat de cette enquête, joint à celui de mon expérience personnelle, que je viens donner au lecteur.

1° Sources sulfureuses des Pyrénées.

1° *Bagnères-de-Luchon* vient naturellement en première ligne dans cette appréciation. La haute température de ses sources et leur forte sulfuration les rendent particulièrement propres à combattre les maladies diathésiques qui réclament un traitement altérant et perturbateur. On comprend dès lors les hons effets de la cure dans les dermatoses constitutionnelles, les prurigos, les eczémas, les psoriasis, les lichens et les urtiraires, qui cèdent sous cette médication après avoir résisté aux traitements les plus variés et, en particulier, aux bains d'Uriage, de Louesch ou de Schinznach. Les diathèses scrofuleuse, lymphatique et rhumatismale sont très-avantageusement combattues par les eaux de Luchon, qui conviennent aussi admirablement dans les catarrhes et les engorgements utérins, avec ou sans complication de névralgie ou de chloro-anémie. On les considère aussi comme très-utiles pour faire reconnaître les syphilides larvées; les comparant à une pierre de touche qui dévoile la nature des maladies.

Ajoutons, en terminant, que les maladies des os sont moins vite guéries qu'à Baréges, tandis que les affections chroniques des voies aériennes sont mieux combattues par les Eaux-Bonnes, Cauterets et la Bassère.

2° *Baréges* est une source très-active et très-fixe dans sa composition; c'est le plus puissant modificateur des tissus osseux. Son action sur les tissus fibreux et glanduleux est aussi très-efficace et, par conséquent, sur les caries, les nécroses et les suppurations consécutives à d'anciennes blessures; en sorte qu'on peut la désigner avec raison comme la meilleure *eau d'arquebusade*. Les syphilides y sont aussi traitées avec succès, ainsi que certaines formes de dermatoses rebelles à d'autres cures thermales.

Mais comme le traitement à Baréges est fort excitant, il ne faut pas y envoyer les malades disposés aux congestions, aux inflammations et aux refroidissements. Le climat y est âpre, la température souvent refroidie et les brouillards fréquents et presque quotidiens. C'est assez dire que Baréges est un lieu dangereux pour les maladies des organes de la respiration.

3° *Saint-Sauveur* est une source dont les propriétés sont essentiellement sédatives, formant un contraste parfait avec Baréges sa voisine. On doit diriger vers cette station thermale: les rhumatismes névralgiques, les gastralgies dyspeptiques, les catarrhes utérins et vésicaux, accompagnés d'éréthisme nerveux, les dermatoses avec grande irritabilité cutanée, et enfin toutes les névroses consécutives à de fortes émotions ou à des travaux excessifs. L'action émolliente et sédative de ces eaux, jointe aux effets salutaires d'un climat tempéré et d'un pays éminemment pittoresque, contribuent au succès de la cure qui convient admirablement aux maladies nerveuses du sexe féminin.

4° *Cauterets* convient aux rhumatisants, aux névralgiques, aux gastralgiques et à ceux qui sont atteints de dermatoses invétérées. Mais leur emploi spécial est le traitement de l'asthme humide, ainsi que celui des pharyngites et des laryngites chroniques, des phthisies commençantes avec tendance à l'hémoptysie. C'est dans ces cas-là que l'eau de la Raillère est employée avec succès en boisson et en gargarisme, ainsi qu'en demi-bain. Mais il faut ajouter que l'éloignement de la source et la nature du climat, qui est plus froid et plus variable que celui des Eaux-Bonnes, doivent faire préférer celles-ci, tandis que la Raillère doit être choisie lorsqu'il existe une tendance à l'hémoptysie, que les Eaux-Bonnes pourraient provoquer ou aggraver.

5° Les *Eaux-Bonnes* doivent être placées en toute première ligne pour les maladies chroniques ou subaiguës, du pharynx, du larynx et des bronches. La pharyngite simple ou granuleuse, la laryngite

(1) J. L. Petit, *Traité des maladies et des opérations*, etc., t. III, ch. xvi. p. 264.

(2) *Ancien journal de médecine de Vandermonde*, t. XIII, 1760, p. 26.

(3) *Comment. de Leipsick*, t. XXVI, p. 324.

(4) Cet article est extrait d'un ouvrage qui paraîtra prochainement sous le titre de : *les Stations médicales des Pyrénées et des Alpes comparées entre elles*; par le docteur H. C. Lombard. Dans cet ouvrage, rédigé sous l'inspiration d'une longue et judicieuse expérience, l'auteur a cherché à mettre d'accord les recherches les plus récentes de la chimie avec les observations les plus positives de la pratique.

avec ou sans expectoration; la bronchite chronique et les premiers degrés de la phthisie pulmonaire, la pleurésie chronique ou tuberculeuse, voilà les principales maladies qui peuvent y être envoyées sans crainte.

Mais il ne faut pas oublier que l'action stimulante de ces eaux provoque souvent de la fièvre, une augmentation de toux et des hémoptysies. Aussi doit-on recommander une grande prudence aux malades et les mettre en garde contre ces conséquences de l'emploi exagéré d'une eau minérale aussi active et aussi précieuse que celle des Eaux-Bonnes.

6° Les *Eaux-Chaudes* sont bien moins actives que les précédentes. Leurs qualités sédatives les font rechercher dans les mêmes maladies que Saint-Sauveur. Elles sont antiscrofuleuses et antirhumatismales et combattent efficacement les maladies utérines et celles des articulations.

7° *Olette* et *Molitg* sont souvent employées avec avantage dans les dermatoses très-irritables et à forme sèche, ainsi que dans les maladies des voies urinaires; sur lesquelles elles paraissent exercer une action toute spéciale.

8° *Amélie* convient très-bien aux rhumatisants et aux catarrheux chroniques. Les phthisies commençantes et les bronchites avec abondante expectoration sont bien souvent améliorées par ce traitement qui trouve un secours précieux dans la douceur de la température et le calme de l'atmosphère pendant la saison froide.

9° Le *Vernet* présente les mêmes avantages et les mêmes indications qu'Amélie, mais son altitude rend la température moins égale.

10° La *Bassère* est employée dans les mêmes circonstances que les Eaux-Bonnes et présente l'avantage d'un séjour à Bigorre où le climat est plus doux et la température moins variable que dans la haute vallée où se trouvent les Eaux-Bonnes. Il paraîtrait aussi qu'on a moins à craindre les hémoptysies avec l'eau de la Bassère.

11° *Ax*. Les maladies scrofuleuses et rhumatismales sont la spécialité thérapeutique de ces eaux qui devraient être mieux appréciées et plus fréquentées qu'elles ne le sont.

La suite au prochain numéro.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

DU MASSAGE COMME TRAITEMENT DE L'ENTORSE, par M. le docteur MILLET (de Tours).

Voici en quels termes l'auteur décrit le procédé de massage qu'il emploie :

Je fais coucher le malade atteint d'entorse sur un lit dur, aussi élevé que possible, afin de n'avoir pas besoin de trop me pencher ou me courber. Je me place du côté du membre malade. Je fais avec mes pouces de l'une ou de l'autre main des passes infiniment légères depuis la racine des orteils jusqu'au tiers inférieur de la jambe: ces passes ont lieu sur toute l'étendue de la face dorsale et des faces latérales du pied entorsé. Ces *passes* légères, que l'on peut encore décorer des noms d'*attouchements*, de *frôlements*, durent environ huit à dix minutes; puis je fais des frictions qui sont des attouchements plus sensibles, plus marqués; mes pouces appuient davantage sur les parties entorsées, et vont pour ainsi dire suivre le contour des tendons. Ces frictions durent, à peu près aussi longtemps que les passes légères, et sous leur influence on voit déjà les parties naguère très-gonflées diminuer de volume; *la tuméfaction fond sous les doigts*, si je puis m'exprimer ainsi. A ce moment du massage, on fait succéder des frictions ou des pressions très-accentuées, très vigoureuses, aux frictions douces dont je viens de parler. Je ne me contente plus de mes pouces, je me sers alors de mes deux mains, avec lesquelles j'embrasse alternativement tout le pied, toute l'articulation malade et le bas de la jambe, les soumettant à la malaxation, au pétrissage, et leur imprimant à la fois quelques légers mouvements de latéralité, d'élévation et d'abaissement. Cette dernière manœuvre est continuée pendant huit à dix minutes; puis, je fais faire quelques pas au malade dans la chambre, je mets ensuite une bande roulée sur l'articulation entorsée, et je laisse le patient ou sur un lit ou sur une chaise longue.

Le lendemain, même manœuvre. Je commence encore par des passes légères, j'arrive ensuite assez promptement aux frictions un peu plus énergiques, et enfin je termine par des pressions très-vigoureuses et en faisant exécuter des mouvements assez étendus au membre malade.

Le troisième jour, même séance de vingt-cinq à trente minutes de durée dans les cas graves, et de quinze à vingt minutes dans les cas légers, après laquelle vous pourrez dire au malade, sans crainte de vous tromper : *Surge et ambula.*

Les masseurs interposent généralement entre leurs doigts et le membre entorsé un corps gras quelconque. L'un préfère le baume Nerval; l'autre le baume Opodeldoch; celui-ci l'axonge; celui-là la pommade camphrée ou l'huile d'amandes douces, etc., etc. Tantôt j'emploie un corps gras, tantôt je masse à sec, c'est-à-dire sans interposition de corps gras. Chez les femmes, dont la peau est fine et délicate, il est nécessaire de se servir d'un corps gras pour faciliter le glissement des doigts, et surtout pour ne pas irriter la peau. Mais chez les individus dont la peau est rude, on peut facilement se passer de recourir à son emploi : mes doigts n'en souffrent pas trop.

M. Millet rapporte plusieurs observations à l'appui de l'utilité du massage dans le traitement de l'entorse. Il ajoute que dans l'entorse chronique datant de plusieurs mois ou même de plusieurs années, ce moyen fait encore du bien.

RECHERCHES SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. le docteur MAZADE (d'Anduze).

Le travail de M. Mazade repose principalement sur l'analyse de 26 cas de fièvre typhoïde à rémission ou à exacerbation régulières traités par le sulfate de quinine, et sur 21 cas de fièvre typhoïde à marche continue, soumis à la même médication. L'auteur résume en ces termes les résultats de cette enquête.

Dans les observations de la première catégorie, il existait des phénomènes morbides graves; on avait à noter : de la stupeur, de la prostration, de la somnolence, du coma, du délire, du dévoiement, du météorisme, des fuliginosités de la bouche, des taches rosées lenticulaires, etc. Ces symptômes sont à la fois l'expression la plus intense et j'ajouterai même la plus fidèle de la fièvre typhoïde; la seule différence qui les distinguerait de ceux qui traduisent ordinairement l'existence de cette affection, ne résiderait que dans la forme rémittente ou dans les exacerbations qu'ils offriront à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie.

En même temps que les observations qui nous ont présenté cette modification étaient recueillies, on rencontrait dans les mêmes localités et souvent dans les mêmes habitations, des exemples plus nombreux de fièvre typhoïde d'une physionomie aussi grave et assujettie à une marche continue. De tels exemples nous donnaient des termes précieux de comparaison et constituaient de véritables moyens de diagnostic.

Les faits qui m'ont fourni les éléments de ce travail ne surgirent qu'isolément ou qu'à des époques éloignées, ou en groupes trop peu nombreux; ils ne pourraient être considérés comme l'expression d'une condition épidémique.

Sur les vingt-six observations de fièvre typhoïde grave, objet principal de cette étude, huit présentèrent un caractère franchement rémittent, des paroxysmes réguliers, quotidiens, le plus souvent un frisson initial et de la sueur à leur déclin, et, dans leurs intervalles, un ralentissement notable dans l'intensité des symptômes. Les autres offrirent des exacerbations plus ou moins régulières, rapprochées dans leur retour, rarement des frissons et de la sueur. Hors de ces exacerbations, les phénomènes morbides conservaient toute leur intensité. Ces exacerbations ressemblaient à celles qu'on observe dans un grand nombre de maladies aiguës.

Ces rémissions et ces exacerbations n'apparurent que lorsque la maladie eut atteint un degré d'intensité notable. Déclarées antérieurement, elles auraient offert une expression bien peu saillante pour échapper à notre observation prévenue sur la possibilité de leur existence.

C'est principalement dans les observations où les paroxysmes furent précédés de frisson et suivis de sueur que l'exploration de la rate indiqua une augmentation de volume supérieure à celle que cet organe acquiert ordinairement dans la fièvre typhoïde.

Le sulfate de quinine ne fut administré qu'après avoir constaté un nombre suffisant de rémissions ou d'exacerbations. La dose quoti-

dienne fut d'un gramme, ordinairement en potion et à doses fractionnées; il fut donné pendant tout le temps que les phénomènes morbides persistèrent avec intensité, et plusieurs fois jusqu'à l'apparition de la convalescence; quatre fois seulement ce traitement se montra nuisible; dans ces cas il y avait des exacerbations irrégulières. Dans tous les autres cas, il ne survint jamais des accidents assez intenses pour obliger de le suspendre même momentanément.

Cette médication reposait sur des indications précises, lorsqu'il existait une forme franchement rémittente; et sur des indications moins bien déterminées, lorsqu'on n'avait à observer, dans le cours de la maladie, que des exacerbations plus ou moins régulières, mais nullement annoncées par des frissons et terminées par de la sueur. Cependant, les résultats thérapeutiques furent à peu près également heureux dans l'un et l'autre genre d'expression de la maladie.

Quoique les doses de sulfate de quinine que j'employais fussent peu élevées et bien inférieures à celles qu'on a proposées contre la fièvre typhoïde, le rhumatisme, etc., plusieurs fois, néanmoins, les effets physiologiques de cette médication furent bien notables. Ils se traduisirent par des nausées, des vomissements, par le ralentissement du pouls, par l'abaissement de la température de la peau, par des vertiges, par un état obtus de l'ouïe, par des sueurs plus ou moins abondantes, etc.

Les premiers effets thérapeutiques du sulfate de quinine se firent ordinairement reconnaître par la cessation des rémissions ou des exacerbations; bientôt après ils s'étendirent aux désordres de l'innervation et à ceux de la circulation. Ce ne fut qu'ultérieurement que les autres symptômes furent heureusement modifiés.

Les résultats que j'ai obtenus de l'emploi de la même médication dans vingt et un cas de fièvre typhoïde à marche continue, diffèrent beaucoup des précédents.

Chez dix-huit malades, les premières doses de sulfate de quinine provoquèrent de l'aggravation; elles furent suspendues dès le lendemain, au plus tard dès le surlendemain, et remplacées par d'autres modes de traitement.

Chez les trois autres malades, la même expérimentation thérapeutique fut suivie d'un plein succès. Il est vrai que, dans ces trois observations, la maladie se distinguait de toutes les autres par une prostration extrême des forces, par un état prononcé d'hébétude, par la lenteur du pouls, par l'encroûtement fuligineux de la bouche, par des déjections fréquentes et fétides, par des escarres, par une absence de symptômes ataxiques, etc. Est-ce à la physionomie éminemment adynamique de ces trois faits qu'il faut attribuer l'aptitude au succès? Est-ce là la proportion à laquelle devaient se borner les résultats heureux, dans le nombre des essais que je tentai dans les cas de fièvre typhoïde continue?

Les conclusions qui me paraissent résulter des recherches auxquelles je me suis livré sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde, seraient les suivantes :

1° Cette médication est incontestablement efficace dans les circonstances où la fièvre typhoïde se révèle sous une forme rémittente.

2° Elle est le plus souvent justifiée par le succès, lorsque des exacerbations plus ou moins régulières, mais rapprochées dans leur retour, se déclarent dans le cours de la maladie.

3° Elle est rarement utile et le plus souvent nuisible dans la fièvre typhoïde continue.

Note sur trois cas d'iléus ayant leur cause matérielle dans des hernies, et qui ont nécessité l'opération de la kélotomie, bien que, dans deux cas, il n'existât pas d'étranglement et qu'il n'existait qu'à un faible degré dans le troisième; par M. Goyrand.

La première observation de M. Goyrand est un exemple d'obstruction de l'appareil digestif par des matières stercorales solides accumulées dans une anse herniée. Cette observation, déjà ancienne, est connue; elle a été publiée autrefois dans la *Presse médicale*. Dans les deux autres cas, il s'agit d'engouements herniaires par des gaz intestinaux. Cette cause d'engouement étant rejetée aujourd'hui par la majorité des chirurgiens, nous reproduisons textuellement les deux observations de M. Goyrand, qui en mettent la possibilité hors de doute.

Homme de 80 ans; hernie volumineuse; ballonnement très-considérable de la hernie et de l'abdomen; accidents d'iléus; opération le quatrième jour des accidents; réduction difficile.

Obs. I. — Cet homme était atteint depuis trente ans d'une hernie scrotale du côté gauche, qu'il contenait au moyen d'un bandage défectueux; de temps en temps, la hernie s'échappait, passant à côté de la pelote. Le malade alors rentrait chez lui, prenait la position horizontale, réduisait lui-même la hernie, et replaçait son bandage.

Le 24 juin 1862, ce vieillard étant à la campagne, sa hernie sort le matin et ne peut plus rentrer. Le malade fait 2 kilomètres à pied pour revenir à la ville, et là, ne pouvant réduire sa hernie, appelle M. le docteur Savournin, mon ami, qui ne réussit pas non plus. Appelé en consultation le 26 au soir, je constate ce qui suit : hernie scrotale gauche volumineuse, tendue, très-sonore à la percussion, peu douloureuse, même à la pression, si ce n'est à son collet, qui est plus dur; abdomen tendu par des gaz et très-sonore dans toute son étendue. Depuis le début des accidents, complication très-complète; les premiers lavements ont entraîné quelques parcelles de matières fécales solides; mais il n'y a pas été rendu un seul gaz par l'anus; il y a eu chaque jour un ou deux vomissements. Comme la hernie est peu douloureuse, nous sommes d'avis, M. Savournin et moi, qu'on peut attendre encore, et nous donnons deux gouttes d'huile de croton en émulsion dans 100 grammes de véhicule, à prendre par cuillerée, d'heure en heure, pendant la nuit. Cette potion détermine des vomissements fréquents, et n'amène pas une selle. Le lendemain 27, la tension du ventre est encore augmentée, la hernie n'est pas plus douloureuse que la veille. Le taxis est encore sans résultat. A cause du grand âge du sujet, nous jugeons qu'il serait dangereux de laisser exister plus longtemps un état de choses qui rend toute alimentation impossible. L'opération est pratiquée par M. Savournin, à huit heures du matin, soixante-douze heures après le début des accidents.

A cause du grand volume de la hernie, nous désirions que l'étranglement pût être débridé en dehors du sac, et que la hernie fût réduite sans que cette poche fût ouverte. On incise la peau; arrivé sur le collet du sac, l'opérateur divise sur son doigt quelques faisceaux de l'anneau du muscle grand oblique. Des pressions exercées alors sur la hernie font rentrer quelques gaz; mais l'intestin ne rentre pas. Le sac a dû être incisé; la hernie est formée d'une anse de gros intestin, — c'est le côlon iliaque, et d'une portion de l'épiploon. Les organes herniés ne sont nullement altérés, pas même congestionnés passivement; l'intestin est fortement distendu par des gaz, mais ne contient aucune matière stercorale solide. La réduction est difficile, à cause de la tension du ventre. A mesure que l'un des bouts de l'anse herniée est réduite, une nouvelle portion de l'intestin sort par l'autre bout: cependant on parvient à réduire l'intestin d'abord, puis l'épiploon. Pendant la réduction du premier, un gaz sort avec bruit par l'anus. On tamponne la plaie sur le plein d'une compresse, et on soutient le tampon par le bandage en spica.

Pendant l'opération, le pouls, jusqu'alors normal, s'accélère, le faciès prend un aspect souffrant. Dans la journée il y a plusieurs selles, le soir le malade se trouve assez bien, il ne souffre pas; cependant le pouls est fébrile, et le ventre est encore météorisé.

J'assiste au pansement le 1er juillet, cinquième jour après l'opération; l'état général est bon, le ventre est bien libre, sans douleur; il est cependant encore un peu ballonné.

Le malade a guéri sans accidents.

Grande hernie scrotale du côté droit; ballonnement excessif du ventre et de la hernie; accidents d'iléus très-graves. La kélotomie fait cesser ces derniers accidents; mais le malade succombe aux suites de la lésion vitale de l'appareil digestif, qui a produit la tympanite; il est emporté par un dévoiement que rien ne peut modérer.

Obs. II. — J. I***, cultivateur de la commune de Rousset, âgé de 60 ans, est affecté d'une hernie scrotale. Celle du côté droit, très-volumineuse, était mal contenue; celle du côté gauche, bien moins grosse, avait toujours été négligée.

Le 10 juin 1843, cet homme se trouvait à plus d'une lieue de sa demeure quand la hernie du côté droit sortit; il se coucha sur le sol, et chercha à la réduire, mais ne put y parvenir; il se rendit alors chez lui, à pied et à grand'peine; le médecin ne fut mandé que le 12, et n'ayant pu parvenir à réduire, me fit appeler le 13.

Arrivé à la fin de la matinée, je trouve le scrotum du volume de la tête d'un enfant de trois mois, distendu à ce point par une hernie inguinale du côté droit; la verge a disparu dans la tumeur; on ne voit de cet organe que l'extrémité du prépuce, qui forme au côté antérieur interne de la tumeur une petite saillie cutanée; le testicule droit se distingue derrière la hernie; la tumeur n'est pas très-douloureuse à la pression; elle l'est cependant un peu vers le pénis, et dans ce point on sent, en pressant un peu fort avec le doigt, une crépitation qui fait naître l'idée d'un emphysème profond et circonscrit; le tissu cellulaire sous-cutané est sain, et n'est ni phlegmoneux ni emphysémateux; la tumeur scrotale est très-sonore à la percussion, si ce n'est à sa partie inférieure, où elle présente une ondulation manifeste.

A gauche existe une petite hernie qui n'a jamais été contenue, et qui entre et sort librement. Il n'y a pas de douleurs péritonéales, mais de violentes coliques; le ventre est énormément ballonné dans toute son étendue. Il y a des vomissements presque continus d'une bouillie féca-

loïde d'un jaune verdâtre; une soif ardente; la constipation est complète depuis le premier jour de l'accident; il existe un peu de délire; le pouls est à 150, très-irrégulier, faible, intermittent; l'état général est, comme on voit, très-peu encourageant; cependant je ne vois de chance de salut que dans la kélotomie, et je la pratique, assisté de MM. Amalbert père et fils, médecins du malade.

Je fais sur le grand axe de la hernie une incision qui, commencée un peu au-dessus de l'anneau, ne s'étend pas au-dessous du tiers moyen de la tumeur. J'ouvre le sac dans un point où il est en contact avec l'intestin; je prolonge en bas l'incision de cette enveloppe, et il s'écoule de sa partie inférieure une grande quantité de sérosité. La hernie ne contient point d'épiploon, elle est formée par trois grandes anses intestinales, fortement distendues par des gaz, placées l'une à côté de l'autre. L'interne, celle qui touche au pénis, est d'un brun foncé, mais sans altération grave; la seconde, formée comme la première, par l'intestin grêle et grande comme elle, présente une teinte légèrement brune, et paraît être dans le sac depuis moins longtemps que la première; la troisième enfin, formée par le côlon iliaque, est un peu moins longue que les deux autres, très-tendue par des gaz, et ne présente aucune altération, pas la moindre coloration indiquant une gêne de la circulation veineuse. Le doigt pénètre sans difficulté dans l'ouverture abdominale, entre le pourtour de cette ouverture et les anses intestinales déplacées; cependant le volume des parties à réduire est si grand, qu'un débridement est indispensable; je le dirige en haut et en dehors. La résistance de l'anneau cède brusquement sous le bistouri, et l'ouverture est largement dilatée.

La réduction est difficile, à cause de la tension des anses intestinales herniées et du ballonnement excessif du ventre. Je réduis d'abord l'anse interne, puis la moyenne, enfin l'externe. Pendant le temps de l'opération. le malade a une syncope accompagnée de quelques mouvements convulsifs. Les intestins ont de la tendance à ressortir; je les contiens par un tamponnement que j'exerce au moyen d'une pyramide de compresses fixée par un bandage en spica.

Je quitte le malade une heure après l'opération; le pouls est alors moins fréquent, moins irrégulier et plus fort; il n'y a plus eu de vomissements.

Le lendemain de l'opération, le malade est pris d'une diarrhée excessive, il a jusqu'à quarante selles dans les vingt-quatre heures. Rien ne peut arrêter ce cours de ventre, et L*** succombe le 19, sixième jour après l'opération. On n'a pas pu faire l'autopsie.

La cause de l'iléus était complexe dans ce cas. Les deux anses d'intestin grêle avaient subi un premier degré d'étranglement. Leur teinte brune, la sérosité épanchée en grande quantité dans le sac, ne laissent pas de doute à cet égard. Quant à l'S du côlon, elle ne présentait aucun des caractères physiques de l'étranglement, sa circulation veineuse s'y faisait très-librement; mais il existait une autre cause d'iléus dans la compression excessive que les intestins déplacés subissaient dans le sac.

Je ne saurais dire si l'anse intestinale interne, celle qui présentait la coloration brune plus foncée, s'était échappée du ventre avant le développement de la tympanite; mais ce qu'on peut affirmer, c'est que les trois anses sont sorties successivement, et que c'est l'extrême tension du ventre qui a déterminé la sortie des deux dernières.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé étranger, en remplacement de feu M. Plana.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 47,

M. de la Rive obtient............	34	suffrages.
M. Hamilton.....................	8	—
M. Airy.........................	3	—
MM. de Baer et Matteucci chacun...	1	—

M. de la Rive, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Béchamp, un mémoire sur les générations dites spontanées et sur les ferments. A ce mémoire est joint un résumé manuscrit que l'auteur avait préparé dans l'espoir qu'il pourrait trouver place au *Compte rendu*.

Les usages de l'Académie, relativement aux travaux qui ont été rendus publics par la voie de l'impression, ne lui permettent pas d'accéder au désir manifesté par M. Béchamp.

Empoisonnement par les feuilles de tabac. Note de M. Namias, présentée par M. Bernard.

Dans la séance du 30 mai 1864, M. Em. Decaisne a présenté un mémoire sur les intermittences du cœur et du pouls par suite de l'abus du tabac à fumer, déduisant que cet abus peut produire sur certains sujets un état qu'il voudrait appeler *narcotisme du cœur*, et qui se traduit par des intermittences dans les battements de cet organe et dans les pulsations de l'artère radiale. On a dit justement qu'à ce propos, inconvénients, dangers, innocuité ou avantages, tout a été soutenu, et que, quoi qu'il en soit, notre devoir est d'enregistrer les résultats que peut fournir l'observation. Cette considération m'encourage à raconter à l'Académie qu'un contrebandier se couvrait, il y quelques mois, toute la peau nue de feuilles de tabac, qu'il voulait soustraire au payement de l'impôt. Le tabac, mouillé par la sueur, excita par la peau un véritable empoisonnement, qu'on a guéri moyennant les boissons alcooliques et le laudanum. La faiblesse extrême du pouls, sa petitesse, les sueurs froides, les défaillances produites par le tabac appliqué à toute la surface extérieure du corps présentent bien des analogies (sauf les dispositions individuelles) avec ce défaut, cette irrégularité de la circulation dont M. Decaisne parlait, l'appelant *narcotisme du cœur*, et qu'il voyait disparaître entièrement ou diminuer quand on suspendait, ou, du moins, quand on réduisait l'usage du tabac à fumer.

Il n'y a pas, que je sache, un exemple pareil d'empoisonnement par les feuilles de tabac appliquées sur la peau. Le traitement, cependant, ne peut pas conduire à des conséquences générales. Dans les empoisonnements, il faut, avant tout, éliminer ou neutraliser le poison. Il faut après soigner la maladie qui en dérive; et par sa production influent, non-seulement la nature et la quantité du poison, mais aussi les dispositions maladives du corps avant l'empoisonnement. On ne peut donc pas soigner les mêmes empoisonnements de la même manière dans les divers individus, parce que les mêmes causes morbifiques ne produisent pas toujours la même maladie consécutive. Les courants électriques qui, dans d'autres cas, excitent les hyperémies et les inflammations, ne font qu'épuiser et tarir directement les forces vitales agissant avec trop de violence. J'ai fait une observation semblable, quant aux effets des boissons alcooliques, lesquels il faut combattre selon les différents symptômes présentés par les malades, c'est-à-dire selon les maladies différentes qui sont la funeste conséquence de cet abus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Secrétaire perpétuel donne communication de la correspondance officielle qui comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Cassan sur les épidémies qui ont régné en 1863 dans l'arrondissement d'Alby (Tarn). (Commission des épidémies.)

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département de Lot-et-Garonne. (Commission des épidémies.)

3° Des rapports sur les services des eaux minérales de Moltig (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Picou; de Saint-Jean-de-Ceyrargue (Gard), par M. le docteur Auphan; de Salies (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Nogaret, et de Challes (Savoie), par M. le docteur Audouix. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur la part de la continence dans la production de la rage et sur un moyen de prévenir les désirs vénériens chez les chiens, par M. Auginard, vétérinaire à la Chapelle. (Commission des remèdes secrets.)

2° Un pli cacheté, adressé par M. le docteur Corlieu. (Accepté.)

3° M. Robinet présente une brochure de M. Homolle, dans laquelle est exposé l'état actuel de la science sur les recherches chimiques concernant la digitaline, et annonce un travail ultérieur du même auteur où sera consigné le résultat de ses investigations personnelles.

LECTURES.

— M. Goubaux, candidat dans la section vétérinaire, lit un travail intitulé : *Des causes et de la nature des diverses déviations de la région cervicale chez le cheval*, dont voici les conclusions :

1° Jusqu'à présent, aucun fait ne démontre que la luxation de l'une quelconque des cinq dernières vertèbres cervicales soit possible et ait été observée chez le cheval.

2° Les déviations de la région cervicale peuvent avoir lieu en deux sens différents : 1° dans le sens latéral, et 2° dans le sens vertical ou de haut en bas.

Elles peuvent avoir lieu simultanément dans ces deux sens.

Elles sont toujours dues à des lésions diverses plus ou moins graves.

3° Dans les cas les plus simples, la déviation latérale est une paralysie locale qui est due à des lésions musculaires et à des lésions des nerfs cervicaux.

4° Dans des cas plus compliqués, outre les lésions susindiquées, on rencontre des fractures des apophyses articulaires de quelques vertèbres cervicales, mais c'est encore ici une paralysie limitée à la région cervicale.

5° Lorsque la déviation cervicale a eu lieu dans les deux sens à la fois, latéralement et de haut en bas, les lésions sont à la fois fonctionnelles (lésions des nerfs) et mécaniques (rupture des disques intervertébraux et du ligament vertébral commun supérieur).

On observe d'abord des symptômes de paralysie locale, et ensuite des symptômes de paralysie générale. Ces derniers sont dus d'abord aux tiraillements qu'éprouve la moelle épinière et ensuite au ramollissement de la substance grise du même organe.

6° Dans tous les cas, ces déviations sont, quant à leur nature, ainsi que l'avait dit Vegetius, une véritable paralysie du cou.

ÉLECTION.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre correspondant dans la section de physique, chimie et pharmacie.

L'Académie présente :

En première ligne : M. Favre, ancien agrégé à la Faculté de médecine de Paris, aujourd'hui professeur de chimie à la Faculté des sciences et à l'École de médecine de Marseille;

En deuxième ligne : M. Blondlot, professeur de chimie à l'École de médecine de Nancy;

En troisième ligne : M. Marchand, pharmacien à Fécamp.

Au premier tour de scrutin, sur 56 votants, ont obtenu :

MM. Favre.....	35 voix.
Blondlot....	12
Marchand..	9

En conséquence, M. Favre est nommé membre correspondant.

RAPPORT. — REMÈDES NOUVEAUX.

— M. Bouillaud lit un rapport officiel sur une brochure de M. le docteur Lamare-Picquot relative aux causes, aux prodromes et au traitement de l'apoplexie cérébrale.

M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre « que les opinions de M. Lamare-Picquot, soit sur la nature de l'apoplexie, sur la vertu préservative de l'acide arsénieux contre cette maladie, se trouvent en désaccord avec la saine observation. La saine théorie et la saine critique; qu'il appartient d'ailleurs désormais au public médical d'en connaître, puisque ces opinions ont été livrées à l'impression. » (Adopté.)

DISCUSSION SUR LA PUSTULE MALIGNE.

— M. J. Cloquet demande à M. Gosselin si parmi les observations citées de génération spontanée de la pustule maligne, il en est dans lesquelles le siége de la pustule se trouvait sur des parties non exposées à l'air.

M. Gosselin : Un des arguments de M. Gallard est précisément que dans plusieurs cas la pustule occupait une partie du corps ordinairement couverte; il a même cité des faits analogues tirés de Enaux et Chaussier.

M. J. Cloquet : Je crois qu'il faut un peu se défier de ces cas-là. Le premier exemple de pustule maligne que j'aie vu, c'était vers 1810, s'est rencontré sur un marchand de peaux de lapin. Cet homme se présente à l'Hôtel-Dieu avec une pustule à la région ombilicale; or il se trouvait qu'il avait un large trou à la chemise juste au même endroit. J'ai observé le deuxième cas à l'hôpital Saint-Antoine peu de temps après les événements de juillet 1830. C'était un individu qui avait une pustule maligne sur le flanc gauche. En interrogeant le malade, nous apprîmes qu'étant allé se baigner il s'était senti piqué par une mouche en cette région. J'ai vu environ neuf cas de pustule maligne, et deux fois seulement je n'ai pu m'assurer d'une manière évidente qu'il y avait eu contagion.

Du reste, la pustule maligne se montre presque toujours avec les mêmes caractères : au début c'est une élevure à laquelle succède une petite cloche entourée d'une auréole inflammatoire; puis on voit survenir de l'œdème et apparaître autour de la pustule principale une petite famille de pustules.

Pour ma part, je crois que la pustule maligne se produit toujours par piqûre ou par contact de peaux d'animaux, ou autres parties de leurs dépouilles. Ce qui a pu induire en erreur à ce sujet, c'est qu'on a probablement confondu souvent des affections gangréneuses et même charbonneuses, comme on en observe fréquemment en Algérie, avec la véritable pustule maligne.

M. Ricord, inscrit le deuxième pour prendre part à la discussion, se trouvant absent, la parole est donnée à M. Piorry.

M. Piorry : La seule chose que j'aie à dire, c'est que nous voyons souvent la pustule maligne se produire spontanément chez l'homme. Ainsi, à la suite des fièvres graves, on voit fréquemment survenir au siége des éruptions à forme gangréneuse, semblables à celles que M. Cloquet vient de décrire si nettement. Ce sont en effet de petites pustules, qui se multiplient et s'étendent si bien qu'au bout de cinq à six jours, la gangrène occupe la plus grande partie des fesses; elle envahit le tissu cellulaire profond et même les muscles, et amène des symptômes typhoïdes d'une extrême gravité. Un point sépare cette éruption de la pustule maligne véritable, c'est un charbon et non point une pustule maligne, c'est un empoisonnement qui vient de l'intestin, et qui se produit même par contact direct, et non par infection générale; le malade se trouve en effet souillé par les matières pourries dans l'intestin qui viennent au contact de la peau de la région sacrée, et cela suffit pour amener ces accidents septicémiques si graves et plus fréquents qu'on ne le croit.

Est-ce là réellement de la pustule maligne? Le point de vue nosologique importe peu; ce qui nous intéresse davantage, c'est la pratique. Eh bien! considérée sous ce rapport, cette éruption gangréneuse doit être traitée comme la pustule maligne : cautérisation au fer rouge dès que l'éruption se montre. Quant au traitement préventif, il consiste à laver l'intestin plusieurs fois par jour de façon à empêcher qu'il s'y forme des produits septiques.

Une affection analogue est cette lésion qui m'a été montrée pour la première fois par une de nos sœurs d'hôpital, et qui consiste en une place taillée à pic, espèce de fissure étendue le long de la partie médiane de la région sacrée. Plus d'une fois il m'a été donné de constater la gravité de cette lésion, et d'y voir un pronostic fatal. Cette fente est produite ordinairement par les tiraillements qu'exercent les infirmiers sur la peau de cette région quand ils veulent changer les malades de position.

Ce n'est pas évidemment là de la pustule maligne, et pourtant ce sont des accidents septicémiques analogues. Ce n'est pas en effet avec de la poudre de quinquina qu'on arrête les progrès de cette lésion; le plus souvent on est obligé d'avoir recours à la cautérisation au fer rouge.

M. Raynal : Membre de la commission, c'est dire que je partage les conclusions émises par notre savant rapporteur. Cependant je dois faire une restriction concernant plusieurs faits cités par M. Gallard à l'appui de son opinion sur la production spontanée de la pustule maligne; il y aurait du reste, selon moi, un danger réel pour l'hygiène publique à admettre sans preuve suffisante la spontanéité de la pustule maligne. M. Gallard prétend que dans plusieurs départements, la Charente, la Charente-Inférieure et les Deux-Sèvres entre autres, il n'y a pas eu de cas de charbon sur les animaux pendant l'année 1860. Or j'ai des documents officiels qui constatent le contraire; par conséquent l'enquête ne me paraît pas avoir été faite avec assez d'exactitude. J'ai moi-même voyagé dans les pays où règne le charbon et où les cas de pustule maligne sont le plus fréquents, la Beauce et la Sologne; partout les faits que j'ai recueillis ont été en faveur de la contagion. Je tiens même d'un médecin de ces pays que depuis trente ans il n'a pas observé un seul cas de pustule maligne pour lequel il n'ait pu remonter à la cause. Aussi je doute un peu que tous les cas cités de pustule maligne produite spontanément soient réellement de la pustule maligne.

Je ne crois pas non plus suffisamment démontré que des animaux non malades et simplement surmenés puissent donner l'affection charbonneuse. Je pourrais citer des expériences que j'ai faites dans le temps avec notre regrettable collègue Renault, tendant à montrer que les matières provenant d'animaux morts du charbon ne donnent que parfois le charbon, et encore on opérait dans des lieux où cette maladie est endémique.

Du reste, si la discussion s'engage, je me propose de revenir sur tous ces points.

M. Gosselin : Je n'abuserai pas des moments de l'Académie. En résumé, il y a une opinion généralement admise, c'est que la pustule maligne est communiquée par des animaux charbonneux. La portée du travail de M. Gallard est de montrer que cette opinion était si unanimement adoptée, que l'on ne s'enquérait plus de savoir s'il y avait contact ou non. Alors MM. Devers et Gallard ont trouvé un certain nombre de cas où le contact a été impossible à démontrer. C'est pour cela que la commission a cru que dans tous les cas que l'on rencontrera, on devra toujours chercher la vraie origine du mal. Chemin faisant, la discussion a mis un point en doute, à savoir si les matières desséchées

d'animaux charbonneux étaient susceptibles de donner la pustule maligne. D'après les expériences de MM. Raynal et Renault, il y a lieu de croire que non. Cependant c'est une question à revoir; on ne peut donner actuellement aucune solution définitive; c'est une étude à recommencer.

M. Gibert : On vient toujours nous répéter à propos de chaque question qu'il y a des progrès à faire, des lacunes à combler. Et pourtant s'il y a une question sur laquelle l'expérience ait pu se prononcer, c'est celle-ci; or la règle générale est que la pustule maligne est produite par inoculation, et l'exception par génération spontanée.

M. Gosselin : C'est aussi l'avis de la commission.

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport :

Adresser des remerciments à MM. Devers et Gallard;

Renvoyer au comité de publication le travail de M. Gallard;

Déposer aux archives le mémoire de M. Devers. (Adopté.)

POLYPE NASO-PHARYNGIEN.

M. Huguier présente un jeune homme opéré d'un polype naso-pharyngien par un procédé nouveau dont il a déjà entretenu l'Académie. Il s'agissait d'un polype qui s'était prolongé en divers sens dans les cavités annexées aux fosses nasales et avait altéré la vue et l'audition. M. Huguier a fait une incision verticale, allant de l'angle interne de l'œil jusqu'à la partie moyenne de la lèvre supérieure; puis il a agrandi transversalement la commissure. Le lambeau a été relevé; le maxillaire supérieur a été mis à découvert, scié au niveau du cornet inférieur; puis cet os a été abaissé autour de la symphyse enharmonique des maxillaires sur la ligne médiane comme charnière. A travers l'ouverture ainsi pratiquée, le polype a été enlevé et détruit; ensuite la partie inférieure du maxillaire supérieur a été relevée et maintenue en place avec une gouttière en gutta-percha, soutenant toute l'arcade dentaire supérieure.

Toutes les fonctions qui avaient été gênées par la présence du polype ont reparu, la voûte palatine est intacte et le malade parle bien.

M. Huguier croit ce procédé plus avantageux que l'ablation du maxillaire supérieur, qui laisse un grand vide dans la bouche et nécessite un appareil prothétique.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. Des colorations de l'épiderme; par Georges Pouchet, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, aide-naturaliste au Muséum de Rouen, etc. — Paris, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, 1864.

II. Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivis d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés; par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, etc. — Douzième édition, augmentée de formules nouvelles. — Paris, Germer Baillière, libraire-éditeur, 1864.

I. Une histoire complète des colorations de l'épiderme, dit M. Georges Pouchet dans sa préface, suffirait an travail d'une existence entière, tant par la variété de sujets qu'elle devrait embrasser que par la difficulté qu'on aurait à s'en procurer les matériaux.

Voici, selon l'auteur, le programme complet d'un pareil livre qui devrait comprendre : l'histoire anatomique de l'épiderme; l'histoire du développement de ses colorations chez les différentes races, sous l'influence de l'âge, de la puberté, de la maladie; l'histoire des accidents de couleur que peut présenter l'épiderme, et en particulier celle de l'albinisme; l'histoire du hâle et en général des influences de l'atmosphère sur la peau. Il faudrait encore ajouter à cette longue étude de faits, pour qu'elle fût complète, l'histoire critique des travaux entrepris depuis l'antiquité sur ce sujet; examiner quelques questions d'art qui s'y rattachent, et terminer enfin par proposer de nouveaux moyens de comparaison qui puissent conduire à des résultats positifs, et ne plus laisser dans l'avenir, à chacun, le soin de reprendre par la base un pareil travail.

Tel est le programme tracé par notre savant confrère qui, depuis longtemps déjà, avait réuni de nombreux matériaux pour édifier cet immense travail. Obligé momentanément de se restreindre dans cette étude, M. Pouchet s'est plus particulièrement proposé aujourd'hui de passer en revue, d'une manière générale, les colorations diverses amenées par la maladie, le mode de vie, les habitudes, etc., dans l'épiderme de l'homme blanc.

Après quelques considérations générales sur l'anthropologie et sur la couleur des nègres, l'auteur indique les différents modes de coloration que présentent les corps organisés avant d'arriver à celles que peut offrir la peau de l'homme blanc. C'est ainsi que, d'après M. Georges Pouchet, la couleur d'un corps organisé dépend :

1° Dans certains cas, de ce qu'il appelle un *état de surface*; la lumière blanche incidente est décomposée et le corps revêt un éclat chatoyant.

2° De la couleur propre des éléments anatomiques eux-mêmes; cette coloration, caractère organoleptique de la substance même de l'élément anatomique, est inhérente à sa constitution moléculaire; et quand, à l'aide de certaines réactions, on peut détruire ou isoler de l'élément ce principe colorant, ce n'est qu'à la condition d'altérer la composition chimique de l'élément lui-même et de le décomposer pour toujours.

3° De l'imbibition des tissus et des éléments anatomiques incolores par eux-mêmes ou à peu près, par un liquide coloré qui vient leur donner des propriétés organoleptiques particulières.

4° De la présence au milieu des tissus et des éléments mêmes qui les composent, de granulations plus ou moins grosses, plus ou moins régulières, plus ou moins foncées, plus ou moins réfringentes. Celles-ci modifient profondément les qualités optiques des éléments où elles sont répandues; mais elles ne font pas, à proprement parler, partie intégrante ou essentielle de ces éléments, et elles ne s'y montrent souvent que comme un accident. Ces granulations sont constituées tantôt par des corps gras, tantôt par des sels terreux, tantôt par de l'hématosine séparée des hématies dans certaines conditions pathologiques. D'autres, les granulations pigmentaires, se présentent au microscope avec une teinte brunâtre, foncée, presque noire.

Faut-il, avec Heusinger, désigner sous le nom de pigment les diverses matières colorantes et les couleurs produites par elles? L'auteur ne le pense pas, et pour éviter cette confusion, il réserve cette dénomination aux matières colorantes plus ou moins roussâtres ou brunâtres qui imbibent les tissus de l'économie, surtout les cheveux, l'épiderme, etc., ou qui sont répandues dans ces tissus sous forme de granulations pigmentaires. Dans cette acception, le pigment serait toujours constitué par la mélanine.

M. Pouchet insiste ensuite et d'une manière particulière sur les difficultés que rencontre l'observateur, dans l'étude des colorations normales ou pathologiques de la peau, pour rendre exactement ses impressions. « Le véritable, le seul moyen, ajoute-t-il, de régulariser l'observation des colorations morbides de la peau serait de les rapporter à une base fixe et aussi immuable que possible. M. Chevreul a montré qu'en combinant les trois couleurs primitives, le bleu, le jaune et le rouge, tant entre elles qu'avec le noir, on arriverait à former une échelle de 14,420 nuances, désignées par autant de formules, présentant tous les effets de coloris imaginables, et se prêtant par conséquent très-bien à des comparaisons rigoureuses. Malheureusement il était impossible d'exécuter dans son ensemble une conception aussi vaste que la *construction chromatique-hémisphérique*. De plus, les couleurs ont dû être fixées sur la laine : c'est une condition qui les rend très-comparable à celles de la peau, puisque la matière colorante, là aussi, se trouve combinée à une substance diaphane; mais, d'autre part, de tels échantillons sont trop altérables, et ce sera là sans doute longtemps un obstacle à ces comparaisons rigoureuses que demande aujourd'hui la science. »

Ces préliminaires largement et savamment exposés, notre distingué confrère range dans une classe à part toutes les colorations de l'épiderme qui s'accompagnent d'une altération histologique du tissu lui même, soit que ses éléments subissent l'hypertrophie, soit qu'il y ait hyperplasie cellulaire. Cette classe comprend : 1° certaines éruptions syphilitiques; 2° l'ichthyose, dont les squammes en se desséchant prennent parfois une teinte brune très-prononcée; 3° quelques nœvi et certaines mélanoses de la peau; 4° certaines colorations avec altération des éléments de l'épiderme, occasionnées par la présence de végétaux parasites, comme le micro-sporon furfur pour le pityriasis versicolor.

Dans la *chromhidrose*, les lamelles microscopiques anguleuses noirâtres que recueille la spatule ou le pinceau imbibé de glycérine, sont au-dessus de la cuticule cornée et n'ont pas encore été trouvées au milieu des éléments qui la constituent. De même, le charbon des

grains de poudre lancés par l'explosion d'une arme à feu, les parcelles d'ocre ou de vermillon qui sont enfoncées sous la peau dans le tatouage, etc., toutes ces colorations cutanées sont étrangères à l'épiderme et siégent au-dessous de lui.

D'autres fois, les particules colorantes enfermées dans les papilles du derme peuvent être amenées du dedans et déposées par le courant sanguin, comme il arrive chez les sujets soumis longtemps à l'usage des sels d'argent.

Dans d'autres circonstances, la coloration de l'individu reconnaît pour cause unique la nature et la quantité relative des liquides qui imprègnent le tégument. Telles sont les colorations *cachectiques* qui constituent quelquefois à elles seules un élément suffisant de diagnostic, et que l'on constate dans les cachexies saturnine, paludéenne, dans la chlorose, la cyanose, etc.

Dans un autre ordre de faits, se placent les colorations siégeant dans l'épiderme même. Seulement les matières colorantes liquides qui les produisent sont indépendantes, par leur nature, du tissu épidermique et n'ont rien à faire par conséquent avec le pigment. Elles proviennent soit du dehors, soit des profondeurs de l'organisme lui-même; elles ne font, dans certaines circonstances, qu'imbiber les éléments de l'épiderme, ou elles les altèrent profondément, et les tuent en même temps qu'ils changent de couleur. Dans ce cas, les cellules épidermiques deviennent de véritables corps étrangers, que le travail incessant de reproduction, si actif dans l'épiderme, élimine bientôt. L'iode appliqué en lotions, les huiles empyreumatiques résultant de la combustion des cigarettes au bout des doigts des fumeurs, sont des exemples très-nets de ces colorations de l'épiderme par imbibition.

Il est quelques maladies qui sont uniquement dues à un développement plus ou moins considérable de pigment : telles sont les décolorations de l'épiderme causant l'albinisme général ou partiel. Dans la maladie d'Addison, au contraire, la production du pigment se trouve en excès.

Relativement à ces colorations de la peau toujours morbides, nullement accidentelles, qui sont dues à un dépôt anormal de pigment dans le réseau même de Malpighi, M. Pouchet a relevé un certain nombre d'observations éparses dans les recueils anatomiques et dans les divers ouvrages sur les maladies cutanées. De ces recherches ainsi que des nombreux cas pathologiques qu'il lui a été donné d'observer notamment à l'Hôtel-Dieu de Rouen, l'auteur croit pouvoir établir une distinction complète entre la maladie d'Addison et la *peau bronzée*.

Sans vouloir entrer dans la symptomatologie complète des deux affections, dit-il, il nous a semblé qu'on pouvait arriver assez facilement à les distinguer chez le vivant. D'abord la maladie d'Addison paraît plus fréquente chez l'homme; la peau bronzée de beaucoup chez la femme; l'une met immédiatement en danger la vie du malade, l'autre semble sans influence sur la santé générale, elle peut rester des années stationnaire ou même diminuer et disparaître. Mais il faut surtout remarquer ce point : dans la maladie d'Addison, la coloration occupe la face et les mains, qui sont même particulièrement atteintes. C'est l'inverse dans la *peau bronzée*, où le tronc et la partie attenante des membres est ordinairement seule prise, avec maximum de la coloration au-dessous des seins et à la ceinture. L'extrémité des jambes et des bras, ainsi que la face, ne participent que rarement à la coloration du reste du corps.

Mais ce ne sont pas les seules maladies de pigment qu'il y ait à signaler. En dehors même du masque et de l'aréole au sein des femmes enceintes, rappelons que Landouzy a indiqué, surtout chez les pellagreux des Landes, une teinte noire, arrivant presque à la couleur de l'encre, étendue autour de l'érythème des extrémités, et coïncidant souvent avec d'autres plaques bronzées sur le reste du corps, surtout à l'épigastre, au ventre et aux lombes.

Enfin, les *éphélides* et le *hâle* complètent le tableau des colorations de l'épiderme envisagées par M. Georges Pouchet.

Dans cette esquisse rapide, nous n'avons fait qu'effleurer les points capitaux de cet intéressant travail, qui se recommande d'une manière spéciale et par la richesse des documents bibliographiques cités dans cette brochure et par l'importance des questions soulevées et discutées avec talent par notre érudit confrère.

II. La douzième édition du *nouveau formulaire magistral* de M. le professeur Bouchardat nous fournit l'occasion de signaler le succès toujours croissant de cet ouvrage, qui s'enrichit chaque fois des progrès les plus récents de la thérapeutique et de la pharmacologie.

SISTACH.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — Par décret en date du 2 juillet 1864, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés présidents :

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département, à Nancy (Meurthe), M. Grandjean (Charles-Eugène), vice-président actuel de la Société, professeur à l'École de médecine, en remplacement de M. Simonin père, démissionnaire;

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département, à Vannes (Morbihan), M. Carel (Victor), docteur en médecine, maire de Napoléonville, en remplacement de M. Jean de la Gillardaie, décédé.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a décidé, dans sa séance du 13 juillet, que les questions qui ont été adressées à chaque médecin des hôpitaux par M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, relativement à l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses ou infectieuses, spécialement des malades affectés de variole, seraient renvoyées à la commission que, dans la séance précédente, elle avait chargée d'étudier ces mêmes questions, et qu'au lieu de réponses individuelles, les médecins des hôpitaux adresseraient à M. le directeur une réponse collective, expression de l'opinion de la majorité des membres de la Société.

— Par arrêté du 8 juillet, M. le ministre de l'instruction publique a institué une commission chargée de l'examen des questions relatives à l'exercice de la médecine et de la pharmacie, soulevées par les pétitions dont le Sénat a prononcé le renvoi au ministre de l'instruction publique.

Sont nommés membres de cette commission :

MM. Dumas inspecteur général de l'enseignement supérieur;

Duvergier, conseiller d'État;

Lestiboudois, conseiller d'État;

Giraud, inspecteur général de l'enseignement supérieur;

Brongniart, inspecteur général de l'enseignement supérieur;

Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur;

Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris;

Regnault, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris;

Bussy, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris;

Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg;

Planchon, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier;

Gintrac, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux;

Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

— Par décret en date du 11 juillet 1864, M. Brault (François-René), médecin-major de 1re classe aux hôpitaux du corps expéditionnaire du Mexique, a été nommé médecin principal de 1re classe.

— M. le docteur Dumas-Aubergier est nommé médecin-inspecteur de l'établissement thermal de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).

M. le docteur Treuille est nommé médecin-inspecteur de l'établissement thermal d'Euzet (Gard).

— NÉCROLOGIE. M. François-Joseph Cazin, docteur en médecine à Boulogne-sur-Mer, chevalier de la Légion d'honneur, est mort à l'âge de 76 ans et 4 mois.

— Le corps médical d'Agen vient de perdre un de ses plus anciens représentants. M. Lalanne père, docteur de la Faculté de Paris, est décédé samedi dernier, 9 juillet, dans la 87e année de son âge. M. Lalanne était membre de l'Académie impériale de médecine de Bordeaux.

— Nous avons reçu le premier demi-volume du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publié par la librairie J. B. Baillière et fils, sous la direction de M. le docteur Jaccoud. Nous n'avons pu encore que le parcourir, nous y avons remarqué les articles suivants :

Introduction, par M. Jaccoud.
Abcès, par M. Laugier.
Abdomen, par MM. Denucé et Bernutz.
Absorption, par M. Bert.
Acclimatement, par M. Jules Rochard (de Lorient).
Accommodation, par M. Liebreich.
Accouchement, par MM. Stoltz et Lorain.
Acné, par M. Hardy.
Adhérence, par M. Alfred Fournier.
Ages, par M. Lorain.

Les soins apportés à la partie iconographique nous ont frappé, et les noms des auteurs nous donnent l'assurance que le mérite du fonds répond à la forme.

Nous reparlerons prochainement de cette importante publication.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES : DESTRUCTION DES TUMEURS PAR L'ACTION ÉLECTROLYTIQUE : M. NELATON.

Les heureux de la profession qui sont en possession de la faveur publique éprouvent bientôt le besoin d'obtenir des suffrages plus éclairés ; ce qu'ils ont ne leur paraît pas valoir ce qui leur manque, et ils cherchent, dans des régions plus élevées, la consécration d'une renommée qui n'est parfois que l'œuvre de la fantaisie. On pourrait croire que c'est ce qui a inspiré les tentatives académiques récentes de M. le professeur Nélaton. Le monde l'a placé sur son pavois ; il tiendrait à justifier, aux yeux de la science, une position qui ne doit appartenir qu'à ceux qui la méritent. Dominé sans doute par ce louable scrupule, il vient de faire son début devant l'Académie des sciences : il a lu, dans la dernière séance, une note sur la destruction des tumeurs par l'action *électrolytique*. On ne saurait trop applaudir à l'intention qui a dirigé l'habile chirurgien, et l'on oubliera volontiers son début à l'Académie de médecine sur le traitement de la pustule maligne par les feuilles de noyer, ses tentatives malheureuses d'ovariotomie et ses sondes Garibaldi, pour le suivre dans des entreprises plus sérieuses.

La communication de M. Nélaton à l'Institut a trait à un polype naso-pharyngien détruit par l'action chimique de l'électricité. De ce fait particulier, l'auteur a déduit une méthode générale, qu'il a décorée du nom de *méthode électrolytique*. Ce titre promet et mérite qu'on s'y arrête.

Nous n'avons aucun motif de révoquer en doute le cas particulier de guérison obtenue par M. Nélaton. La GAZETTE MÉDICALE le reproduit fidèlement dans son numéro de ce jour, tel que l'auteur l'a résumé lui-même pour le compte rendu de l'Académie. Il s'agit d'un polype naso-pharyngien détruit en six séances sans effusion de sang et presque sans douleur. Jusque-là tout est bien, et le chirurgien a droit aux remerciments de tout le monde et de son malade en particulier. Mais M. Nélaton, comme nous l'avons dit, a pris ce cas comme point de départ d'une méthode qu'il a présentée comme *nouvelle* et comme *sienne*, et à l'établissement de laquelle il annonce avoir employé beaucoup d'efforts, notamment de nombreuses expériences sur les animaux.

« Depuis longtemps, dit-il, les médecins avaient remarqué que « lorsqu'ils cherchaient à produire la contraction musculaire par un « courant électrique, en plaçant sur un membre deux aiguilles cor- « respondant à chacun des pôles d'une pile, il se produisait autour « des aiguilles une destruction de tissu très-limitée et *considérée* « *jusqu'ici comme sans importance*. N'était-il pas *possible d'étendre* « cette destruction en *augmentant* la force qui la produit? Ne pou- « vait-on point détruire une tumeur par la simple implantation de « deux aiguilles dans sa masse? *L'étude expérimentale et clinique* « de cette question est *l'objet de la présente note*. »

Telle est l'origine assignée par M. Nélaton à *sa* méthode. Ainsi, on connaissait la destruction de tissu *sans importance* qu'on observe autour des électrodes, mais on n'en savait pas davantage ; et, par une savante induction, il s'est demandé s'il n'était pas possible d'étendre la destruction en augmentant la force qui la produit, afin de *l'appliquer* à la destruction des tumeurs. Cette question, posée dans ces termes par l'habile chirurgien et la réponse qu'il y a faite, a dû édifier l'illustre assemblée, et la persuader, comme il en était sans doute persuadé lui-même, qu'il avait eu l'heureuse idée d'utiliser, en l'agrandissant, une action méconnue, délaissée, perdue : comme une de ces remarques vulgaires qui, au dire de Bacon, reprises par le génie, peuvent parfois devenir le point de départ des plus rares inventions. M. Nélaton aurait-il eu cette bonne fortune? C'est ce qu'on croirait d'après sa communication et ce qu'il n'est pas inutile de rechercher, pour nos lecteurs d'abord, puis pour la commission chargée d'apprécier sa découverte.

On sait que la chirurgie utilise depuis longtemps l'action de la chaleur électrique. L'incandescence du fil de platine a souvent servi à opérer la destruction des tumeurs de mauvaise nature, et il est certains auteurs qui lui attribuent la propriété de prévenir la récidive. Mais ce n'est pas de ce mode d'action qu'il s'agit ici. Il s'agit, dans l'application faite par M. Nélaton, de *l'action chimique* de l'électricité. Or cette action avait-elle été méconnue jusqu'alors? La note du professeur de la Faculté paraîtrait le faire supposer. Il parle des expériences qu'il a entreprises dans ce but avec le petit-fils de Thenard : « Nous avons « *commencé* à étudier, dit-il, au moyen de *nombreuses* expériences « sur les animaux vivants, la nature de ces destructions partielles de « tissu que l'on observe autour des aiguilles de l'électropuncture. » Or cette étude avait été commencée et achevée depuis longtemps par un médecin italien, que M. Nélaton connaît bien, puisqu'il le cite, lequel n'avait rien laissé d'obscur ni sur le mode d'action ni sur les applications possibles de la cautérisation chimique des électrodes. Voici comment M. le docteur Ciniselli s'exprime dans un mémoire adressé dès l'année 1860 à la Société de chirurgie : « Les escarres qui se forment « sous cette action du courant électrique, je les ai distinguées par le « nom de cautérisation par action chimique de l'électricité. En effet, « elles diffèrent des cautérisations par action calorifique non-seule- « ment par les conditions susdites, mais aussi par la manière non in- « stantanée de leur formation, et par les caractères spéciaux qui ré- « poudent aux deux pôles de l'appareil. L'escarre du pôle positif a de « tels caractères, qu'on peut la comparer à celles par les acides ; cel- « les du pôle négatif, au contraire, ressemblent au produit des caus- « tiques fondants ou alcalins. Ces cautérisations, que je regarde « comme produites par l'action chimique de l'électricité, et sur les- « quelles j'appelle votre attention, honorables académiciens, on les « obtient sur le vivant comme sur le cadavre, et mes expériences « m'ont confirmé dans l'opinion qu'elles sont produites par les acides « qui se dégagent des tissus organiques du côté du pôle positif, et « par les alcalis au pôle contraire. Ainsi je distingue la galvano-caus- « tique en *thermique* et *chimique*, celle-ci en *acide* et *alcaline*.

« Je me suis servi de cette cautérisation, dans ma pratique, une fois « pour détruire un névrome sur le tibia ; la tumeur, traversée par « une aiguille de platine communiquant avec le pôle positif, le réo- « phore négatif lié à la jambe à peu de distance, j'ai obtenu la cauté- « risation complète de la tumeur en peu de minutes, ayant employé

FEUILLETON.

LA MÉDECINE DANS L'HISTOIRE : — LE MARIAGE DE LOUIS XIII.

(Suite. — Voir les n°s 28 et 29.)

Revenons à Louis XIII, qui lisait peu ces auteurs, et à qui ce vers ne saurait s'appliquer tout entier ; car il n'aima jamais une femme, non pas même la sienne, bien que, marié jeune et mis en demeure de faire acte de virilité avant l'âge d'homme, il eût été, comme, conduit par la main à cueillir les fruits précoces de l'amour. Nous avons le récit de la première nuit de ses noces, sous ce titre très-expressif et plein de promesses : « *Ce qui s'est passé lors de la consommation du mariage du Roi.* » Donnons ce récit, tel qu'il a été reproduit d'après le manuscrit, par M. Armand Baschet :

« Après la cérémonie achevée, environ les sept heures du soir, et que Leurs Majestés eurent un peu devisé ensemble, le Roy et la petite Reyne s'en retournèrent avec autant d'ordre que l'heure le peut permettre, et prirent le plus court chemin de l'archevêché pendant que la Reyne mère y retourna aussi par la petite porte, et estant là, donna ordre à faire faire la bénédiction du lict nuptial sans aucune cérémonie que par un des aumôniers ou chappelains.

« Incontinent après que le Roy eust souppé, il se coucha en sa chambre et en son lict ordinaire selon sa coutume où la Reyne sa mère, jusqu'alors estoit demeurée en la chambre de la petite Reyne et l'avoyt fait aussi coucher dans le lict de sa première chambre, le vint trouver environ vers les huit heures du soir, passant au travers de la salle dont elle avoit fait sortir tous les gardes et tout le monde, et trouvant le Roy dans son lict lui dit ces mesmes paroles :

« Mon fils, ce n'est pas tout que d'être marié, il faut que vous veniez voir la Reyne, votre femme, qui vous attend. »

« Le Roy répondit : « Madame, je n'attendois que votre commandement. Je m'en vas s'il vous plaît la trouver avec vous. »

« Au mesme temps l'on lui bailla sa robbe de chambre et ses bottines fourrées et ainsi s'en alla avec la Reyne sa mère par ladite salle en la chambre de la petite Reyne dans laquelle entrèrent avec leurs Majestés les deux nourrices, Messieurs de Souvray, gouverneur, et Érouard, premier médecin, le marquis de Rambouillet, maistre de la garde-robbe, portant l'éppé du Roy, Belinguant, premier valet de chambre, portant le bougeoir. Comme la Reyne approcha du lict, elle dit à la petite Reyne :

« Ma fille, voici votre mari que je vous amène, recevez-le auprès de vous et l'aimez bien je vous prie. »

« une pile de Volta de quarante couples de 1/2 centimètre carré de « surface. D'autres fois, j'ai fait agir sur les pôles du même appareil au « moyen de deux plaques de platine sur des tumeurs blanches, et au « moyen de deux aiguilles de platine traversant de petites tumeurs « érectiles veineuses, que j'ai détruites par ce moyen. D'autres fois « j'ai cautérisé de longs sinus fistuleux, en y introduisant un stylet « en argent et en agissant avec le pôle négatif. On me demandera « quel est le mérite que j'attache à ces cautérisations dans la prati- « que. Jusqu'à présent aucun mérite exclusif, si ce n'est celui de « pouvoir faire une cautérisation très-limitée dans des tissus pro- « fonds et délicats. Il suffit pour le moment d'établir cette vérité, que « les cautérisations par l'électricité ne se forment pas exclusivement « par l'action calorifique. » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 1860, p. 436.)

M. Nélaton n'avait donc pas absolument besoin de *commencer* à étudier l'action chimique des électrodes, puisqu'elle était si bien achevée, si parfaitement décrite par le médecin italien. Mais ce pauvre inventeur de la méthode a eu du malheur. Sa découverte avait déjà affriandé un prédécesseur de M. Nélaton. M. le docteur Tripier, pourquoi ne le nommerions-nous pas, avait cherché à réinventer, lui aussi, la méthode de M. Ciniselli, et il en avait adressé la description, presque dans les mêmes termes, à l'Académie des sciences. Mais l'inventeur original ne s'est pas laissé dévaliser sans réclamer; par l'organe de M. Velpeau il a rétabli ses droits, et il a profité de cette circonstance pour adresser à la Société de chirurgie deux nouveaux mémoires plus explicites encore sur la cautérisation électro-chimique, que M. Nélaton appelle *électrolytique*, ce qui est sans doute bien différent. Or dans ses deux mémoires, l'auteur italien insiste sur les caractères de la destruction produite par les électrodes, qui résulte, dit-il, de ses expériences sur les animaux, sur le cadavre, et de ses observations cliniques sur l'homme. Rien ne nous empêche de citer les paroles mêmes du docteur Ciniselli.

« Des trois effets, physiologiques, calorifiques, chimiques que le « courant électrique manifeste sur les animaux vivants, il n'y a que « ces derniers qui ne soient pas précisément distingués dans leur « cause productrice, de sorte que l'action chimique n'a pu être l'objet « jusqu'ici d'aucune application méthodique. Distinguer des autres « les effets de l'action chimique et en tirer des déductions utiles pour « la pratique, tel est le but que je me suis proposé.

« Le courant électrique traversant les tissus organiques, dans des « circonstances données, produit aux points de contact avec les élec- « trodes appliqués séparément des altérations qui peuvent varier de « la rubéfaction simple au détachement de l'épiderme, à la mortifica- « tion, réduisant les tissus en escarres semblables aux escarres pro- « duites par les caustiques potentiels. De ces effets on a cherché la « cause dans l'une ou dans l'autre des trois manières d'agir de l'élec- « tricité dynamique, sans en déterminer une précise.....

« Depuis l'invention de la pile jusqu'à nos jours, l'action chimique « de l'électricité a été mise en usage dans la thérapeutique; ses effets « se présentèrent aussi maintes fois comme accident d'applications « différentes. Les observations relatives éparses dans les traités de « physique des applications de l'électricité à la thérapeutique, sont « données sans explication, ou les effets obtenus sont attribués à « l'exaltation vitale ou à l'action de la chaleur électrique. L'action « chimique n'a été regardée que comme moyen de coagulation des « humeurs animales. L'électricité, comme moyen cautérisant, n'a été « considérée que dans l'action calorifique. Ces considérations nous « autorisent à distinguer la galvanocaustique selon ses effets calori- « fiques et chimiques, ainsi que je l'ai annoncé dès 1860 à la Société « de chirurgie.

« La connaissance de l'action chimique de l'électricité sur les tissus « vivants n'est pas limitée à l'application méthodique de la galvano- « caustique chimique; elle nous apprend à perfectionner les applica- « tions qui sont le plus en usage, en épargnant des accidents redou- « tables, qui ont fait oublier beaucoup des avantages déjà obtenus « dans la pratique. » (*De l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants et de ses applications à la thérapeutique*. GAZETTE DES HÔPITAUX du samedi 18 octobre 1862, p. 486.)

Il ne saurait donc rester aucun doute sur l'existence bien connue et bien déterminée de la méthode dont M. Nélaton et avant lui M. Tripier ont voulu doter la chirurgie française. *Suum cuique*. Cependant, nous l'avons dit, M. Nélaton devait connaître les mémoires et l'invention du chirurgien italien, puisqu'il le cite: mais pourquoi et comment le cite-t-il? C'est chose intéressante à voir: « Nous avons cru ne « devoir envisager, dit-il, ce sujet qu'au point de vue exclusivement « chirurgical. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire « remarquer que le mode de destruction qui fait l'objet de cette note « *est essentiellement* différent de celui qui est emprunté à la galvano- « caustique. Il s'agit ici d'une action électro-chimique. Dans un mé- « moire très-savant, M. le docteur Ciniselli (de Crémone) a développé « avec talent la théorie physico-chimique de ce moyen nouveau. *Mais « il ne nous paraît pas en avoir saisi les applications véritablement « utiles.* »

Nous avons vraiment le regret de ne pas partager l'opinion de M. Nélaton, et le passage suivant de l'auteur italien permettra à chacun d'en juger. Nous ne pensons pas, d'ailleurs, que M. Ciniselli trouve dans ce compliment que lui adresse le chirurgien français une compensation à l'emprunt forcé qu'il lui fait. Voici, pour la dernière édification du lecteur, les propres paroles de l'inventeur italien: « En « comparant la galvano-caustique chimique avec les autres moyens de « cautérisation, on doit conclure que celle-ci, d'un emploi plus facile, « plus étendu et plus sûr, peut être substituée à la galvano-caus- « tique thermique, ainsi que les caustiques chimiques sont générale- « ment substitués au caustique actuel; qu'aidée de l'acupuncture « elle donne des cautérisations *profondes* et *limitées* plus que *tout « autre* moyen de cautérisation; que ses effets, plus prompts que les « effets des caustiques chimiques, permettent l'usage des anesthé- « siques et préviennent les dangers qui peuvent arriver par l'usage « des caustiques chimiques. » (Mémoire cité, GAZETTE DES HÔPITAUX du 18 octobre 1862, p. 487.)

Que manque-t-il à ces paroles? Ce serait faire injure à la sagacité de M. Nélaton que de supposer qu'il ne les a pas comprises. Nous regrettons de le répéter, la manière d'inventer et d'imiter dont notre collègue a fait usage dans cette circonstance, rappelle involontairement celle dont il s'est servi naguère pour inventer ses fameuses sondes Garibaldi. Alors comme aujourd'hui, et aujourd'hui comme alors, il s'est donné la peine *d'illustrer* ce que d'autres avaient fait plus mo-

---

« A quoy elle respondit en espagnol qu'elle n'avoit autre intention que de lui obéir et complaire à l'ung et à l'autre.

« Et ce disant, le Roy se mit dans le lit par le costé de la porte de la chambre, la petite Reyne estant du costé de la ruelle où avoit passé la Reyne mere, laquelle les voyant couchés leur dit à tous deux ensemble quelque chose si bas que personne du monde ne le put entendre qu'eux, et puis sortant de la ruelle dit: « Allons, sortons tous d'icy, » et commande aux deux nourrices du Roy et de la Reyne de demeurer seulement en la dicte chambre, et de les laisser ensemble une heure et demie ou deux heures au plus.

« Aussy se retira ladicte dame Reyne et tous ceux qui estoient encore avec elle en ladicte chambre pour laisser consommer ledit mariage, ce que le Roy fit et par deux fois, ainsy que lui-mesme l'a advoué, et lesdictes nourrices l'ont véritablement rapporté, et après sestant un peu endormy et demeuré un peu davantage à cause dudict sommeil, il se réveilla de lui-même et appella sa nourrice qui luy rechaussa ses bottines et sa robbe, et puis le reconduisit à la porte de la chambre du dehors de laquelle, dans la salle, l'attendoient lesdicts de Souvray, Érouard, Belinguant et autres, pour le reconduire en sa chambre, et après avoir demandé à boire et avoir bu tesmoignant un grand contentement de la perfection de son mariage, il se remit en son lit ordinaire et reposa fort bien tout le reste de la nuit, estant pour lors environ onze heures et demie. La petite Reyne de son costé se releva au mesme temps que le Roy fust party d'auprès elle et rentra dans la petite chambre, et se remit dans son petit lict ordinaire qu'elle avoit apporté d'Espagne. C'est véritablement ce qui se passa pour la consommation dudict mariage (1). »

La consommation était purement illusoire, et le roi avoua plus tard qu'il n'avait conservé que de douloureux souvenirs de cette nuit de noces dont la politique de la Régente avait fait dresser le procès-verbal. Ce mariage d'enfants n'était qu'un simulacre d'union matrimoniale, une cérémonie innocente et dérisoire. Louis XIII savait-il ce qu'on exigeait de lui? et ces mots prononcés à voix basse par sa mère, en savait-il la signification? La nature, pour emprunter la métaphore reçue, avait-elle parlé chez lui? Comprenait-il seulement les *contes gras* que lui firent, pour le préparer à l'amoureux déduit, MM. de Grammont et de Guise et quelques autres seigneurs de sa cour mentionnés par Hérouard?

A cet âge, le jeune prince était peut être tout à fait ignorant de l'œuvre de la chair. Peut-être aussi que les deux tentatives constatées par la relation officielle, ne produisirent que douleur et fatigue, et que ce premier essai de virilité qui avait étonné et effraya l'adolescent, découragea ou dégoûta par la suite le jeune homme. Il se pourrait aussi que la leçon du procès-verbal ne fût point la véritable.

Mais sans accumuler les conjectures qui ne feraient qu'augmenter l'incertitude, considérons les suites de ce premier congrès, et nous se-

(1) *Le roi chez la reine*, chap. VIII, p. 197-199.

destement avant lui; et aujourd'hui comme alors il obtiendra, sans doute, les admirations du monde, et il recevra les félicitations des feuilles politiques, où ses découvertes sont si pompeusement célébrées. Nous qui écrivons pour les médecins, qui ne voulons pas qu'on se costume de la dépouille d'autrui, nous rendons à chacun ce qui lui appartient, et nous répétons avec Boileau :

J'appelle un chat un chat, et. . .

Mais il restera à l'habile chirurgien français l'honneur d'avoir changé le nom de la méthode du chirurgien italien, de l'avoir appelée méthode *électrolytique*, au lieu de méthode *électrochimique*. M. Nélaton est, sans aucun doute, aussi fort en grec qu'en chirurgie; pourtant si par aventure quelque helléniste voulait dans la postérité commenter les œuvres de M. Nélaton, il s'expliquerait peut-être difficilement la qualification d'*électrolytique* donnée à la méthode. Cette qualification appartient *au corps qui subit* la décomposition électro-chimique et non à l'action qui la réalise. Mais

..... Ubi plura nitent.... non ego paucis
Offendar maculis...

JULES GUÉRIN.

STATISTIQUE MÉDICALE.

DE LA STATISTIQUE DU MEXIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ACCLIMATEMENT DES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES QUI L'HABITENT; par le docteur JOURDANET. (Mémoire lu à la Société d'Anthropologie. Juin 1864.)

(Suite. — Voir le n° 29.)

Si nous portons l'attention sur ce que nous avons déjà dit de l'accroissement de la population du Mexique dans des temps de calme sous l'aile d'une administration protégeant toutes les classes, nous aurons quelque raison de considérer l'époque qui s'est écoulée de 1793 à 1810 comme pouvant offrir des garanties au développement libre de l'espèce humaine. Nous avons vu qu'au milieu de ces circonstances favorables la population générale s'est accrue annuellement d'environ 1 pour 100.

De 1810 à 1838, le progrès est représenté par la moitié de ce chiffre. Or il est à remarquer que les guerres de l'indépendance réduisent à dix-sept années le temps de calme et de protection administrative, qui appartient à cette époque mémorable. En admettant comme juste que le soulèvement contre la métropole et l'expulsion qui fut décrétée contre les Espagnols arrêtèrent absolument l'accroissement des hommes et laissèrent la population stationnaire jusqu'à 1821; en admettant encore que la dépopulation de cette période critique portait en majorité sur les hommes qui par leur âge étaient plus aptes à procréer, et qu'ainsi il fallût trois ans de paix pour ramener les choses à leur marche normale; en admettant tout cela, les 28 années dont nous nous occupons ne devraient plus compter que pour moitié comme élément de population. Or, nous avons constaté pour toute cette période un accroissement moyen annuel de 5 pour 1,000; ce serait donc un progrès de 1 pour 100 annuel pour la moitié réellement productive, comme dans les 17 années de paix antérieures à 1810.

Enfin, si nous donnons notre attention au temps qui s'est écoulé depuis la statistique de 1838 (7,044.130 habitants) jusqu'à celle qui, en 1857, a fixé la population au chiffre de 8,287,413, nous constatons en 19 ans un accroissement de 1,243,273 habitants qui, avec l'addition des 113,000 correspondant aux provinces cédées aux États-Unis, forment un total de 1,356,273 pour désigner le progrès effectué en 19 ans sur une population moyenne de 7,722,276. C'est une augmentation annuelle de 9.20 pour 1,000.

Il est vrai que pendant cette dernière période les guerres civiles ont cruellement tourmenté le pays; mais elles n'ont acquis que dans les années les plus près de nous le caractère sanguinaire et destructeur que nous leur connaissons aujourd'hui. En faisant cependant la part de leur influence et sans oublier la guerre soutenue contre les États-Unis, nous pouvons constater que le chiffre de 9,20 pour 1,000, par lequel nous avons signalé l'accroissement annuel de la population dans cette période de 19 ans, devient très-approximativement le même que celui des périodes précédentes.

On peut donc s'appuyer sur l'expérience acquise pour assurer que, dans des temps à peu près normaux, le Mexique tel qu'il est depuis le début du siècle, avec les coutumes établies parmi ses habitants, avec les éléments dont il a disposé, avec son hygiène habituelle, présente un accroissement annuel de 1 pour 100 dans sa population.

Il serait hasardeux de dire quelle pourra être l'influence d'une administration plus sensée et des soins d une hygiène mieux comprise. Ce serait certainement aventurer une opinion sujette à erreur que de se prononcer pour une augmentation dépassant de plus d'un quart celle que nous venons de faire connaître. Puisque dans les 10 premières années du siècle la population ne s'est pas accrue de plus de 10 pour 1,000, je ne tiendrais pas pour prudent le calcul qui prétendrait assigner à l'avenir un progrès de plus de 13 ou 14 pour 1,000 au moyen d'un gouvernement intelligent et protecteur. Il est certain, en effet, que les administrations sages, en augmentant le bien-être général, contribuent beaucoup plus à accroître le terme moyen de durée de la vie qu'ils n'assurent un accroissement rapide dans l'espèce. Nous en voyons en France une preuve bien évidente.

En somme, s'il faut tenir compte de l'expérience acquise et abstraction faite de l'immigration, il n'est guère permis de croire que la population du Mexique puisse doubler en moins de 75 ans, quels que soient d'ailleurs les efforts pour augmenter la prospérité de cet intéressant pays.

Ce chiffre est déjà satisfaisant. Il pourrait l'être plus encore si l'on en voulait chercher les bases dans quelques localités exceptionnelles; mais le pays doit se juger par l'ensemble, sauf à nous rendre compte des conditions du sol qui paraissent plus favorables à l'habitation par les hommes.

On est dans l'habitude de lancer les accusations les plus malveillantes contre les effets pernicieux des localités les plus inférieures,

---

rons forcés de conclure que le sens génésique était mort ou paralysé chez le jeune roi, ou bien encore qu'il ne sentait aucun appétit vénérien, ou qu'il y avait perversion de la fonction génitale. L'impuissance de Louis XIII se pourrait aisément soutenir, si, comme on d t en droit, la recherche de la paternité n'était point interdite; d'autant mieux que si l'on admet, par une interprétation bienveillante, la continence et la chasteté de ce prince, on ne saurait admettre également la sagesse d'Anne d'Autriche, femme d'un tempérament ardent, veuve de son mari dès le lendemain de son mariage, et invitée pour ainsi dire à l'adultère par la froideur persévérante de cet époux de glace.

Le roi marié voulut devenir son maître; il oubliait la jeune reine, mais non la régente ni ce vaniteux maréchal d'Ancre, qui devait payer de sa vie l'insolence de ses prétentions. La journée du 24 avril 1616, l'assassinat du favori de la reine mère fut le signal d'une révolution de palais, qui eut pour résultat de porter au faîte la fortune de Luynes. Plus que jamais le roi se livra à son goût pour la chasse, assistant fort assidûment au conseil, traitant les affaires de l'État, recevant les ambassadeurs, et faisant preuve en toute circonstance d'une grande modération d'esprit : il écoutait beaucoup, répondait brièvement.

Le prélat Guido Bentivoglio, nonce du pape à la cour de France, remarque finement que ce pauvre prince, si médiocre, avait deux qualités excellentes pour le gouvernement, à savoir la dissimulation et le silence. Ces deux qualités étaient aussi celles de Tibère et de Philippe II; et assurément Louis XIII n'était point de la force de ces profonds politiques. Cependant ce roi majeur et en apparence émancipé ne songeait pas le moins du monde à se donner un successeur. En revanche, la cour d'Espagne s'indignait de cette froideur et de ce dédain conjugal; l'orgueil castillan était blessé de cet abandon incroyable de l'Infante d'Espagne, devenue reine de France. La cour de Rome s'en inquiétait.

Les ambassadeurs de ces deux puissances combinèrent leurs efforts pour amener définitivement la consommation du mariage, et ils firent si bien que Luynes, pourvu de toutes sortes d'honneurs et d'une riche héritière, agit de concert avec eux. On fit danser le roi, qui, aimant fort la musique, prit plaisir aux ballets que lui offrait la reine et qu'il était obligé de lui rendre. Les poëtes et les musiciens concoururent au rapprochement de ces époux platoniques; on invoqua les plus tendres souvenirs de la mythologie. Malherbe lui-même s'en mêla et sonna emphatiquement la charge amoureuse.

Mais tant d'efforts combinés ne laissaient entrevoir qu'un résultat éloigné. On sentait bien que la glace pourrait fondre à la longue; mais on était encore loin de la tiède saison des zéphyrs. On s'évertuait en vain à compromettre les jolies personnes de la cour, les demoiselles de la reine, jusqu'à faire courir le bruit que le roi ne passait pas toujours ses nuits dans le célibat. Le roi, déclare le nonce Bentivoglio, si bien informé et si désireux de voir le mariage consommé, le roi, écrit le nonce du pape, le 5 juillet 1617, ne s'est point encore manifesté à l'égard des femmes, *in materia di donne*.

vers le pied de la Cordillère, tandis que l'on concentre les éloges les plus enthousiastes sur les plateaux les plus élevés. Les statisticiens n'ont pas le droit d'en agir ainsi. Examinons, en effet, de nouveau les statistiques publiées en 1810 et en 1857. Nous placerons en regard les résultats qu'elles ont proclamés, en ayant soin de comparer entre elles les localités de la première époque et celles qui leur correspondent aujourd'hui sous des dénominations nouvelles. Mais avant de faire ce parallèle, voici le tableau de la population du pays à trois époques distinctes : 1810-1857-1858 :

Population du Mexique en 1810 (Navarro).		Population du Mexique en 1857.		En 1858.
Mexico........	1,591,844	Aguascalientes	86.329	90,000
Guadalaxara....	517,674	Coahuila.....	67,590	70,000
Puebla.........	811.285	Chiapas......	167,472	180,000
Vera Cruz......	185,935	Chihuahua ...	164,073	160,000
Merida.........	528,700	Durango	144.331	140.000
Oajaca.........	596,325	Guanajuato...	729.103	80.000
Guanajuato.....	576,600	Guerrero.....	270,000	270.000
Valladolid.....	394,689	Jalisco.......	804,058	220.000
San Luis.......	173,651	Mexico	1,029,629	1,200,000
Zacatecas......	140,723	Michoacan ...	554.585	600.000
Tlaxcala.......	85.845	Nuevo Leon..	145.779	150,000
Nuevo Leon....	43,739	Oajaca.......	525,938	550,000
Nuevo Santander	56,715	Puebla.......	558,609	680,000
Coahuila.......	42,937	Queretaro....	165.155	170,000
Tejas..........	3.338	San Luis.....	397,189	400,000
Durango.......	177,400	Sinalea......	160,000	160,000
Arispe.........	135,385	Sonora.......	139,374	140,000
Nuevo Mexico..	34,205	Tabasco......	70.628	70,000
Baja California..	4,496	Tamaulipas...	109,673	100,000
Alta California..	20,871	Vera-Cruz....	349,125	380,000
Total....	6,123,354	Yucatan......	668,623	450,000
		Zacatecas....	296,789	320.000
		Distrito	269,534	320,000
		California....	12,000	12,000
		Colima.......	62,109	70.000
		Carmen	11,807	12,000
		Sierra Gorda.	55,358	50,000
		Tehuantepec..	82,395	90.000
		Tlaxcala......	90,158	100,000
		Fractions omises		50.000
		Total....	8,287,413	8,604,000

Cette population est fort inégalement disséminée sur ce vaste pays. La partie intertropicale, qui est de beaucoup la moins étendue, en renferme une majorité si imposante qu'elle approche de la totalité. Ce n'est pas là certainement une circonstance favorable au développement de l'espèce humaine au Mexique. Indubitablement l'émigration européenne eût trouvé des garanties d'une plus grande prospérité dans les localités qui s'étendent au nord du tropique. Mais nous n'avons pas à nous occuper ici de cette face intéressante de la question. Pour les appréciations qui vont suivre, nous nous limiterons à considérer la population du Mexique dans la partie du pays où son agglomération a permis de constater ses progrès ou sa décadence, c'est-à-dire dans la région intertropicale.

Portons d'abord notre attention, dans le tableau de M. Navarro, sur les provinces qui, en 1810, occupaient les plus hauts plateaux, celles dont les habitants vivaient en grande majorité au delà de 2,000 mètres. Nous y trouvons une population s'élevant à 3,206,297 habitants ainsi partagés :

Zacatecas	140,723
Guanajuato...................	576,600
Mexico......................	1,591,844
Puebla......................	811,285
Tlaxcala.....................	85,845
Total.........	3,206,297

De ce total nous avons à déduire une somme de 255,150 sujets pour la partie des deux États de Puebla et de Mexico, qui forment aujourd'hui l'État de Guerrero avec une population de 270,000 âmes, et que nous supposons avoir été moindre de 14,850 habitants en 1810.

Nous avons ainsi, pour le haut plateau et pour l'année susdite, 2,951,147 habitants.

Mettons en regard de ce nombre la population qui, d'après le relevé de M. Garcia Cubas en 1857, appartient aux États remplaçant aujourd'hui ces provinces de la vice-royauté, dont nous venons de déterminer le nombre d'habitants pour 1810. Nous y voyons un total de 3,548,317 habitants ainsi répartis :

Aguascalientes.............	83,243
Guanajuato..................	874,073
Mexico......................	1,012,554
Puebla......................	665,622
Zacatecas...................	302,141
District	230.000
Tlaxcala....................	80,171
Sierra Gorda................	55,358
Queretaro...................	165,155
Total.........	3,548,317

D'où :

Population des hauts plateaux au sud du tropique :

En 1857.....................	3,548,317
En 1810.....................	2,951,147
Progrès.........	597,170

Nous constatons une différence de 597,170, ce qui revient à dire un accroissement de 183 pour 1,000 en 47 ans, équivalant à un progrès annuel de 3,89 pour 1,000.

Prenons maintenant dans la statistique de 1810 les provinces dont les habitants occupent les niveaux intermédiaires bien au-dessous de 2,000 mètres; prenons aussi les localités plus inférieures et même celles du niveau des mers. Nous y trouvons 2,482,473 habitants ainsi répartis :

Luynes, qui voulait être le maître et chez le roi et chez la reine, et qui finit par obtenir l'expulsion de l'entourage espagnol, Luynes s'employait de son mieux pour amener la complete union conjugale. Mais le roi restait indécis et déclarait froidement n'éprouver aucun désir à cet égard. En rendant justice aux bons conseils du favori, tout en discernant très-bien les vrais motifs de sa conduite, le nonce constate le mauvais effet produit par l'hésitation du roi, et s'étonne d'une froideur insolite dans un âge qui est celui des passions bouillantes : *Il re nondimeno porta innanzi a dormire colla moglie, e dà occasione a varii discorsi, perchè finirà presto i sedici anni, e par molto strano, che si mostri tuttavia alieno da questa azione.*

Le nonce comptait beaucoup sur les bons secours d'un auxiliaire de grande influence, le confesseur du roi. Il se nommait le Père Jean Arnoux, jésuite, né en Auvergne, et il était la créature du favori. Arnoux, successeur du Père Coton, disgracié lors de la révolution contre la reine mère, suivait docilement les ordres de son protecteur, et obéissait d'ailleurs aux désirs du nonce. Ce dernier, bien entendu, allant au-devant des scrupules du bon Père, lui avait tout permis pour le bon motif, et même quelques petites confidences que nous retrouvons aujourd'hui dans les dépêches du nonce, et qui ne sont autre chose que la chronique du confessionnal : *Il padre Arnoldo mi ha detto in gran confidenza ch' egli ha fatto col re in quest' ultima confessione ogni buono officio per la regina sua moglie, acciocche il re se le inclini che l' ami, e pensi d' essere suo buon marito.*

Le jésuite fit de son mieux pour donner contentement à son bienfaiteur, au nonce et à l'ambassadeur d'Espagne. Pour la plus grande gloire de Dieu, il travailla de tout son pouvoir à la consommation tant désirée du mariage. Il y travailla plus d'une année. M. Armand Baschet a consacré un long chapitre à ces négociations intimes. Mais je ne sais s'il a déployé toute sa sagacité à démêler les fils ténus de cette conspiration contre la continence du roi.

Il y a là quatre acteurs en scène, dont deux très-actifs, à savoir : le favori Luynes et le jésuite, sa créature. Je doute très fort que ces deux compères aient joué aussi franc jeu que le duc de Monteleone et le prélat Bentivoglio. Je serais très-enclin à croire que ces deux agents ne recevaient que des confidences tronquées, et qu'ils ne savaient, malgré leur indiscrétion et leur curiosité empressées, qu'une faible partie de la vérité. Le confesseur était entièrement à la dévotion du favori, et celui-ci, maître absolu de la situation, réglait à son gré les inclinations du roi. Luynes devait désirer le rapprochement des deux époux, non par crainte de se voir supplanté, si le roi venait à donner dans la galanterie; — selon nous, nul mieux que Luynes ne savait que le roi était invulnérable de ce côté; — mais pour dominer à la fois le roi et la reine, car il était tout-puissant. Quelque chose toutefois manquait à son ambition : le gouvernement intérieur de la maison de la reine, qu'il fallait soustraire à tout prix à l'influence espagnole.

Luynes commença par introduire sa propre femme auprès d'Anne

Guadalaxara	517,674
Valladolid	398,689
Oajaca	596,325
Vera-Cruz	185,935
Merida	528,700
La partie qui forme Guerrero	255,150
Total	2,482,473

D'après la statistique de 1857, les départements correspondant à ces provinces donnent une population de 3,210,258 habitants ainsi répartis :

Jalisco	804,058
Michoacan	491,679
Oajaca	499,567
Vera-Cruz	338,859
Tabasco	63,596
Yucatan	668,623
Guerrero	270,000
Colima	62,009
Carmen	11,807
Tebuantepec	82,395
Total	3,292,653

D'où

Population des niveaux intermédiaires et du niveau de la mer au sud du tropique :

En 1857	3,292,653
En 1810	2,482,473
Progrès	810,180

Nous constatons un progrès de 810,180 habitants pour une population moyenne de 2,844,365 en 47 ans. C'est une moyenne annuelle de 6,15 pour 1,000.

Il résulterait de cet examen, si l'on veut en croire la statistique, que la population des hauts plateaux au delà de 2,000 mètres a augmenté d'une moyenne annuelle de 3,89 pour 1,000 de 1810 à 1857, tandis que l'accroissement a été de 6 pour 1,000 dans les localités situées sur les hauteurs intermédiaires et au niveau de la mer.

Ces conclusions de la statistique ne sont pas d'accord avec les croyances générales. Elles donnent pleinement raison aux assertions qu'on peut lire dans mes précédents écrits, et je les crois dignes de toute l'attention de mes lecteurs.

D'autant que si la comparaison des deux époques que nous venons de choisir et de soumettre au calcul s'établissait au moyen de la table statistique de 1858, qui élève la population du pays à 8,604,000 habitants, le résultat en serait toujours favorable aux niveaux intermédiaires et inférieurs, quoique la somme d'habitants du Yucatan se trouve, dans cette table, fort justement diminuée de 168,000 âmes au préjudice du total de population des niveaux qui se rapprochent de la mer. Le calcul nous signalerait en ce cas pour le haut plateau une augmentation de 778,853 habitants en 48 ans pour une population moyenne de 3,340,573 sujets, ce qui équivaut à un progrès annuel de 4,85 pour 1,000; tandis que pour les localités intermédiaires et pour le niveau de la mer le même calcul nous donnerait un accroissement de 829,627 en 48 ans pour une population moyenne de 2,397,186 habitants, ce qui équivaut à un progrès annuel de 7,20 pour 1,000.

Enfin, pour qu'il ne manque à ce sujet aucune lumière, si nous portons notre attention sur les 19 ans qui se sont écoulés entre 1838 et la statistique faite en 1857 au moyen des données fournies par le ministère de *fomento*, nous nous trouvons en présence d'une époque qui n'a été traversée que par la guerre avec les États-Unis et par quelques troubles civils encore peu meurtriers. Le progrès pour les hauts plateaux a été de 562,177 habitants pour une population moyenne de 3,376,784 sujets, ce qui indique un accroissement annuel de 8,73 pour 1,000.

Dans ce même intervalle, ces deux tables statistiques signalent, pour les localités intermédiaires et pour le niveau des mers un progrès de 577,632 sujets pour une population moyenne de 3,220,125 habitants, ce qui équivaut à dire 9,42 pour 1,000 et par an. On en aura la preuve dans le tableau suivant :

Haut plateau (1838).

Mexico	1,389,520
Puebla	661,902
Guanajuato	513,606
San Luis	321,840
Zacatecas	273,575
Queretaro	120,560
Aguascalientes	69,693
Total	3,350,696
Déduction de Guerrero	255,000
	3,095,696

En 1857.

Aguascalientes	86,329
Guanajuato	729,103
Mexico	1,029,629
Puebla	558,609
Queretaro	165,155
San Luis	397,189
Zacatecas	296,789
District	269,534
Sierra Gorda	55,358
Tlaxcala	90,158
Total	3,657,873
Résultat antérieur	3,095,696
Progrès	562,177

---

d'Autriche, la fit plus tard surintendante, et il ne fut content que lorsqu'il eut fait maison nette. Nous avons vu que Louis XIII ne sentait aucun désir de jouir de ses droits d'époux, et qu'il résistait à toutes les séductions qui tendaient à le faire tomber dans le piége. Il céde cependant, bien doucement, au fur et à mesure que l'entourage espagnol de sa femme se dissout en quelque sorte, et ne se décide à épouser véritablement qu'après le départ de cette cour étrangère. N'était-ce pas le favori qui réglait ainsi les velléités du maître qu'il menait docilement et comme à la lisière?

Le duc de Monteleone se doutait peut-être de ces manéges. Quant au nonce Bentivoglio, tout fin politique qu'il fût, il ne paraît pas les avoir devinés. Luynes, qui gouvernait à son gré l'esprit indécis du roi, tirait habilement parti de ses hésitations et de son entêtement, non sans piquer son amour-propre en lui faisant sentir que l'Espagne, ne le roi son beau-père, avaient le pied, l'œil et la main dans sa cour, ce qui d'ailleurs était vrai. Il faut donc considérer dans l'étude de ces négociations intimes deux éléments principaux : le caractère et le tempérament du roi, la conduite et les intérêts de son favori.

(La fin à un prochain numéro.)

J. M. Guardia.

M. Pagès, docteur en médecine, reçu en 1853, honorable praticien de Paris, dans la rue Descartes, vient de mourir d'une angine couenneuse, contractée en donnant ses soins à un de ses clients affecté de la même maladie.

— On nous fait part de la mort de M. le docteur Henri Van Oordt.

Ce très-honoré confrère, ancien élève de M. Ricord, médecin de l'ambassade des Pays-Bas, a succombé à l'âge de 37 ans, le 25 juin dernier, à la suite d'un érysipèle de la face contracté, dit-on, en donnant ses soins à une cliente atteinte de cette affection.

La thèse de M. Van Oordt, *des Tumeurs gommeuses*, était une excellente monographie inspirée par les leçons de M. Ricord. Dans ces derniers temps, il avait rédigé pour l'ouvrage de Parent-Duchâtelet un chapitre important sur la prostitution en Hollande.

— M. le docteur Warrem (de Boston), s'il faut en croire l'*American journal of medical sciences*, aurait pratiqué avec succès, chez une femme de 66 ans, la resection d'un col utérin ayant une longueur de 3 à 4 pouces et faisant saillie entre les lèvres.

— Nous sommes heureux d'annoncer que M. le docteur Antoine Cros vient de recevoir de S. M. dom Pedro II, empereur du Brésil, la décoration de chevalier de l'Ordre de la Rose.

Niveaux intermédiaires et inférieurs

en 1838.		en 1857.	
Jalisco..........	679,111	....	804,058
Yucatan.........	580,984	....	668,623
Oajaca..........	500,278	....	525,938
Michoacan.......	497,906	....	554,585
Vera-Cruz.......	254,380	....	349.125
Tamaulipas......	100,068	....	109,673
Tabasco.........	65,180	....	70,628
Total.......	2,676,307	Colima..........	62,109
Pour Guerrero....	255,000	Carmen..........	11,807
Total.......	2,931,307	Tehuantepec.....	82,395
		Guerrero........	270,000
		Total......	3,508,941
		Résultat de 1838..	2,931,307
		Progrès.....	577,644

Cela est donc évident : de quelque manière que nous soumettions ce point de notre sujet aux calculs de la statistique, en prenant pour base les chiffres mêmes que les travaux administratifs et les corporations savantes nous ont fournis, il n'y a pas de raison qui puisse donner un appui aux croyances généralement acceptées sur la supériorité des plus hauts plateaux au point de vue des progrès de la population. Sans blâmer ces croyances, j'ai le droit de dire qu'elles ne reposent sur aucune preuve et que les statistiques leur sont contraires.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

APPRÉCIATION DES BAINS DES PYRÉNÉES ET LEUR COMPARAISON AVEC CEUX DES ALPES; par M. le docteur H. C. LOMBARD, chevalier de l'ordre impérial de Saint-Stanislas de Russie, ancien médecin en chef de l'hôpital général de Genève, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

2° SOURCES SULFUREUSES DES ALPES ET DU JURA.

L'élément sulfureux est représenté dans les Alpes par plusieurs stations importantes et qui peuvent rivaliser avec leurs congénères des Pyrénées; nommer Acqui en Piémont, Aix-les-Bains et Schinznach, c'est assez dire qu'il existe dans ces régions des ressources aussi précieuses pour les malades que celles de Luchon, Baréges, Saint-Sauveur ou les Eaux-Bonnes. Et si, à ces bains de premier ordre, nous ajoutons ceux d'Uriage, Allevard, Brides, Saint-Gervais, Challes, Marlioz, Cournigel et Stackelberg, on peut voir que les Alpes n'ont rien à envier aux Pyrénées.

Étudions sommairement ces diverses stations thermales, en nous attachant surtout à leur spécialité thérapeutique.

1° *Acqui* en Piémont est fort recherché des malades atteints de rhumatismes chroniques, d'engorgements articulaires, de paralysies et de dermatoses chroniques. On y trouve un grand nombre de sources sulfureuses, ferrugineuses et salines, froides ou thermales. Les sources sulfureuses varient de 38° à 75° et contiennent du sulfure de calcium à la dose minime de $0^{gr},0012$ et, en outre, de l'hydrogène sulfuré libre; on y trouve aussi des chlorures de sodium ($0^{gr},0016$), de magnésium ($0^{gr},0020$) et de calcium ($0^{gr},0024$). Ces eaux sont fort excitantes et surtout employées à l'extérieur. Mais le traitement le plus général et auquel Acqui doit sa grande réputation, ce sont les boues thermales sulfuréo-salines dans lesquelles on plonge le corps ou le membre malade, et l'on obtient par ce moyen des guérisons fort remarquables dans les arthrites chroniques et dans les anciennes paralysies.

2° *Aix-les-Bains* (1). Cette station occupe un rang distingué dans la hiérarchie thermale, non pas, il est vrai, par l'abondance des principes sulfureux, puisque l'on y trouve de l'acide sulfhydrique sans sulfure de calcium ou de sodium; mais ce qui fait la richesse d'Aix, c'est l'abondance et la haute température de ses sources. Elles fournissent, en effet, dans les 24 heures, l'énorme quantité de 3 millions de litres d'eau minérale à 44° ou 45°, ce qui permet l'emploi de douches générales pendant lesquelles plusieurs hectolitres passent sur la surface du corps. C'est encore à cette grande abondance qu'est due la possibilité de remplir de nombreuses et vastes piscines où des centaines de baigneurs peuvent se livrer à l'exercice de la natation ou séjourner dans l'eau minérale.

Rien n'égale l'élégance et la diversité des douches et des différentes ressources balnéaires que l'on trouve dans l'établissement d'Aix; il n'y a pas, dans les Pyrénées, même à Luchon ou à Bigorre, des appareils qui puissent être comparés au luxe déployé dans les salles de bains, de douches, de piscines et d'inhalation qui ont été construites dernièrement.

Ainsi donc, c'est avec la certitude de trouver tout ce qu'ils peuvent désirer en ce genre, que les baigneurs peuvent se rendre à Aix, où ils jouiront en outre, malgré l'altitude de 258 mètres, d'un climat chaud et humide qui favorise singulièrement le succès de la cure. Les ressources matérielles ne laissent rien à désirer dans un bain de premier ordre, fréquenté par les classes les plus aisées de la société. Nourriture, logements, moyens de transport, excursions pittoresques, tout est réuni pour rendre la vie facile et agréable.

Et maintenant, si nous cherchons à apprécier les effets thérapeutiques des bains d'Aix, comparés à ceux amenés par la cure de Luchon, Baréges, Cauterets ou Saint-Sauveur, nous verrons que, pour les maladies diathésiques qui nécessitent une profonde modification de toute l'économie, les sources pyrénéennes l'emportent, sans contredit, sur celles d'Aix; mais lorsqu'il s'agit de rétablir les fonctions de la peau au moyen de douches moins sulfureuses, mais plus abondantes et plus variées, Aix a, sans contredit, la supériorité. Aussi les maladies des articulations et celles si variées qui se développent sous l'influence du protée rhumatismal, sont-elles plus promptement et plus complétement améliorées à Aix : tellement que, pour les praticiens de Paris, Lyon, Genève, Turin ou Milan, une cure aux thermes savoisiens est aussi bien indiquée pour combattre le rhumatisme que la quinine pour la fièvre intermittente.

Au reste, ce ne sont pas seulement les rhumatisants que l'on voit à Aix, ce sont aussi les malades atteints d'engorgements articulaires, d'ankyloses incomplètes, de dermatoses, de syphilides et de paralysies qui, pour la plupart, se trouvent bien du traitement thermal et hydrothérapique que l'on fait à Aix (1).

Il est encore une autre catégorie de malades qui s'y rendent depuis quelques années pour faire usage de l'eau de *Marlioz*, située à 2 kilomètres d'Aix, où il existe une source froide (12°) qui contient du sulfure de sodium à la dose de $0^{gr},0670$, c'est-à-dire presque autant que les sources les plus fortes de Luchon ($0^{gr},777$ et $0^{gr},0721$) et deux fois plus que celles des Eaux-Bonnes, de Cauterets, d'Amélie ou du Vernet. On a construit, pour l'utiliser, une salle d'inhalation et disposé des appareils très-ingénieux pour des douches oculaires, nasales et pharyngiennes. Elle est également employée en boisson à la dose de deux à quatre verres. Les indications thérapeutiques de Marlioz sont les mêmes que celles de la Raillère et des Eaux-Bonnes. Moins actives que ces dernières, elles le sont davantage que les premières. Les pharyngites, laryngites et bronchites chroniques sont très-avantageusement traitées à Marlioz, ainsi que j'ai pu m'en assurer par mon expérience personnelle et que cela résulte également des recherches très-spéciales anxquelles s'est livré M. le docteur Vidal, inspecteur actuel des eaux d'Aix.

Non loin de cette dernière station et à 3 kilomètres de Chambéry se trouve l'une des sources les plus remarquables de l'Europe, celle de *Challes*, qui contient du sulfure de sodium à la dose de $0^{gr}.2950$, c'est-à-dire trois ou quatre fois plus que les sources les plus chargées des Pyrénées, et, en outre, du bromure de potassium ($0^{gr},0100$), de l'iodure de sodium ($0^{gr},0099$) et du carbonate de soude ($0^{gr},1377$), ainsi que des sulfates de soude et de chaux, des silicates et du sulfure de fer et de manganèse, constituant l'une des eaux sulfureuses les plus chargées en principe salins ou organiques ($0^{gr},8461$), c'est-à-dire près d'un gramme par litre.

On comprend dès lors quelles précieuses ressources présente une eau sulfureuse, iodurée et bromurée; aussi l'emploie-t-on comme altérante et résolutive pour combattre les maladies scrofuleuses et les dermatoses chroniques, ainsi que les chloro-anémies et les tumeurs glandulaires ou viscérales. J'en ai très-fréquemment fait usage et n'ai eu qu'à me louer de leur action désobstruante et antidiathésique. On emploie les eaux de Challes en boisson et en bains, non-seulement

(1) Lombard, *Une cure aux bains d'Aix*; in-8. Genève, 1853.

(1) Voir les nombreuses publications du docteur baron d'Espine sur les eaux d'Aix.

dans l'établissement qui a été construit tout dernièrement près de la source, mais également à distance; car elles se conservent très-bien, pourvu qu'on ait la précaution de partager les doses journalières en autant de fioles séparées et bien préservées du contact de l'air.

Non loin d'Aix se trouvent les bains d'*Allevard*, situés dans le département de l'Isère, à 475 mètres sur un plateau entouré de hautes sommités. Cette eau minérale est sulfureuse et contient une forte proportion d'acides sulfhydrique (0gr,02475) et carbonique (0gr,09700), ainsi que d'assez notables quantités de chlorure de sodium (0gr,503), de sulfates de chaux (0gr,298), de soude (0gr,525) et de magnésie (0gr,523); constituant une eau très-chargée en principes salins qui lui donnent une aussi grande activité thérapeutique que plusieurs des sources pyrénéennes. La température est de 24°,3 et l'on doit, par conséquent, la chauffer pour les bains; mais cela se fait avec les précautions nécessaires pour éviter la décomposition. Il résulte souvent une véritable poussée de leur emploi extérieur. Mais cet exanthème thermal est loin d'atteindre les proportions de celui que l'on observe à Baden, Louesch ou Schinznach.

L'une des applications les plus ordinaires dans ces dernières années, c'est l'inhalation de l'eau pulvérisée qui combat avec beaucoup d'efficacité les pharyngites, les laryngites et les bronchites chroniques.

L'usage intérieur et extérieur des eaux d'Allevard est une précieuse ressource dans les maladies lymphatiques et scrofuleuses, qui se trouvent également fort bien d'un séjour dans cette localité alpestre.

Les personnes nerveuses trouvent un aide précieux dans l'usage des bains de petit-lait qui ralentissent la circulation, tout en exerçant une action sédative sur toute l'économie. M. le docteur Niepce, inspecteur des eaux d'Allevard, se loue beaucoup de cette médication, qu'il emploie isolément ou concurremment avec la cure de l'eau minérale.

On trouve encore dans le massif des Alpes du Dauphiné les bains sulfureux d'*Uriage*, qui contiennent, outre l'acide sulfhydrique libre, une quantité considérable de chlorure de sodium, c'est-à-dire plus de 7 grammes (7gr,236) par litre, ainsi que des sulfates de chaux, de soude et de magnésie en quantité assez notable. Ces eaux sont très-excitantes et pourraient être rapprochées des eaux chlorurées sodiques des Pyrénées, si ce n'était la présence de l'acide sulfhydrique qui leur donne un caractère spécial.

On prend les eaux d'Uriage en boisson, en bains et en douches. Leur action purgative est très-prononcée et leur contact avec la peau détermine une forte stimulation qui combat, avec avantage, les dermatoses atoniques, les scrofules et les rhumatismes à forme torpide; enfin, les dyspepsies et engorgements hémorrhoïdaires sont avantageusement traités à Uriage, dont le climat fortifiant aide beaucoup au succès de la cure.

Les bains de *Brides-la-Perrière* sont situés à environ 500 mètres dans une vallée très-pittoresque, occupée naguère par le lac de Champagny qui s'écoula en 1818, et laissa dans son lit desséché la source sulfuro-saline qui sert maintenant aux bains de Brides. La température est de 36°; elle contient de l'acide sulfhydrique libre en proportion minime et de l'acide carbonique en plus grande quantité. Le résidu salin est fort considérable, puisqu'il dépasse 6gr,63 par litre; il se compose de sulfate de chaux (2gr,2513), de sulfate de soude (1gr,3299), de chlorure de sodium (1gr,8420), de carbonate de fer (0gr,0307) et de quelques traces de sels magnésiens. D'où l'on voit que ces eaux doivent exercer une action stimulante et laxative très-prononcée, en même temps qu'elles modifient la surface cutanée, lorsqu'elles sont employées en bains. Les piscines et les appareils de douches laissaient assez à désirer lorsque je les visitai il y a quelques années; mais j'ai tout lieu de croire qu'ils ont été dès lors perfectionnés.

La composition sulfuro-saline et ferrugineuse conduit naturellement aux applications thérapeutiques, c'est-à-dire que ces eaux, administrées en boisson, à la dose d'un ou deux verres, exercent une action tonique qui devient purgative lorsqu'on porte la dose à trois et quatre verres.

Les embarras de l'estomac et des intestins, les engorgements hépatiques et hémorrhoïdaux sont très-avantageusement traités par les eaux de Brides, qui exercent en même temps une action stimulante sur la peau par l'emploi des bains et des douches. En résumé, cette source minérale est douée d'une grande activité thérapeutique et mérite bien sa réputation.

L'établissement est bien construit et contient des piscines, des cabinets de bains et des douches nécessaires au traitement interne et externe qui y est administré depuis un grand nombre d'années par le docteur Laissus.

Si l'on remonte la vallée de l'Arve de Genève jusqu'à Sallenche et que, laissant à gauche la route qui conduit à Chamounix, l'on s'élève sur la droite jusqu'au village de *Saint-Gervais* (815), on verra dans une gorge profonde l'établissement thermal qui occupe tout le fond de cet étroit vallon. C'est là que sortent des sources sulfuro-salines, dont la température est à 42° et dont la composition annonce une activité thérapeutique assez prononcée. On y trouve, en effet, du sulfate de soude à la dose de 2gr,0349, du chlorure de sodium à la dose de 1gr,6033 et quelques sels de chaux, de potasse et de magnésie en quantité minime.

Ces eaux sont moins actives que celles de Brides lorsqu'on désire obtenir un effet purgatif, mais leur haute thermalité et la proportion plus considérable d'acide sulfhydrique leur communiquent des propriétés altérantes plus prononcées. Aussi doivent-elles être préférées lorsqu'il s'agit de combattre les dermatoses, le lymphatisme et les maladies abdominales, accompagnées de tendance à l'inflammation, tandis que les formes abdominales torpides sont plus avantageusement combattues par les eaux de Brides, qui sont décidément plus désobstruantes que celles de Saint-Gervais. La position enfoncée dans une étroite gorge de cette dernière est une raison additionnelle pour lui préférer le beau vallon alpestre où sont situés les bains de Brides.

On trouve encore dans les environs de Genève une station thermale, celle de *la Caille*, qui a pris depuis quelques années une grande extension. Cette eau a une température de 30°; elle est assez chargée en acide sulfhydrique et contient quelques sels calcaires sodiques et magnésiens, mais en faible proportion. On l'emploie en bains et en boisson pour combattre les dermatoses et le lymphatisme. Mais leur principale application est le traitement des laryngites et bronchites chroniques, on les administre alors non-seulement en boisson, mais aussi et surtout en inhalations, les vapeurs aqueuse et sulfureuse étant conduites dans les chambres à coucher, de manière à entourer jour et nuit le malade d'une atmosphère humide et sulfureuse.

Si nous gagnons la Suisse, nous trouverons quelques stations thermales sulfureuses qui peuvent soutenir la comparaison avec celles des Pyrénées. La première et la plus renommée est celle de *Schinznach*, située dans les environs d'Arau, non loin de la terminaison orientale du Jura et à l'altitude de 343 mètres. Ces sources contiennent une quantité considérable d'acide sulfhydrique (63cc,000) qui dépose en abondance du soufre sublimé sur les parois de leurs appareils. Il existe aussi une proportion notable d'acide carbonique (94cc,000).

Les eaux de Schinznach constituent l'une des stations thermales les plus importantes de l'Europe. Leur action stimulante sur les anciennes dermatoses, leurs propriétés altérantes et désobstruantes les recommandent très-particulièrement dans les scrofules, les engorgements lymphatiques et articulaires, ainsi que dans les caries osseuses. Les enfants rachitiques et dont la croissance est inégale ou ralentie, se trouvent fort bien d'une ou deux cures à Schinznach. On voit alors les os se redresser et s'allonger de manière à augmenter la taille des jeunes malades, à leur grande satisfaction et à celle de leurs parents.

Ainsi donc, Schinznach peut être rapproché de Luchon et de Baréges, qu'il est appelé à remplacer pour beaucoup de maladies osseuses et articulaires. Et quant à la scrofule, l'action bienfaisante de ces eaux est aussi fort bien établie sur l'expérience, ainsi que les résultats thérapeutiques obtenus sur les eczémas, les psoriasis et les prurigos qui sont très-avantageusement traités à Schinznach.

En outre, on trouve un précieux adjuvant du traitement dans l'eau de *Wildegg* qui contient 10 grammes de chlorure de sodium, ainsi que des iodures et des bromures de sodium à la dose de 0gr,028 pour les premiers et de 0gr,013 pour les seconds.

Cette source chlorurée et iodurée sodique a des qualités désobstruantes et altérantes qui viennent ajouter leur action favorable à celle de Schinznach pour combattre la scrofule et le lymphatisme.

Les sources sulfureuses des Alpes sont encore représentées en Suisse dans quatre localités assez importantes.

Lavey (433), situé sur les bords du Rhône et au pied d'un rocher escarpé. Cette eau a une température variable entre 34° et 45°, suivant que la source est plus ou moins mélangée d'eau du Rhône, dans le lit duquel se trouve le griffon. Sa composition dénote 3cc,51 d'acide sulfhydrique, 4cc,34 d'acide carbonique et 23cc,80 d'azote; les prin-

cipaux sels que l'on y trouve, sont : le chlorhydrate et le sulfate de soude. Il existe un bon établissement où l'on peut faire la cure avec deux additions précieuses : celle de l'hydrothérapie avec l'eau très-froide du Rhône, et un traitement salin avec les eaux mères du Bex, qui contiennent des chlorures de magnésium, de calcium, de potassium et de sodium, principalement le premier qui est à la dose de 142gr dans un litre, ainsi que des bromures et des iodures de magnésium; constituant ainsi une médication anti-lymphatique et anti-scrofuleuse qui se combine admirablement avec la cure sulfureuse.

On trouve aussi dans le canton de Berne, et à l'altitude de 1155 mètres, une eau sulfureuse froide qui jouit d'une très-grande réputation, celle du *Gournigel*.

Cette station médicale est située sur la lisière des grandes forêts de sapins où l'on peut respirer un air chargé de principes résineux ; en même temps que l'altitude lui communique des qualités toniques et vivifiantes qui contribuent au succès de la cure.

L'eau du Gournigel est très-gazeuse, contenant 185 cent. cub. d'acide carbonique par litre et seulement un centilitre cube d'acide sulfhydrique. Les principes fixes sont des sulfates de chaux (1gr,5833), de strontiane (0gr,0138) et de soude (0gr,1035). C'est donc une eau séléniteuse et hydrosulfureuse faible que celle du Gournigel; mais les soins donnés à la cure, la bonne disposition des établissements et aussi leclimat alpestre contribuent à faire de cette station un lieu fort recherché par les malades atteints de chloro-anémies, de scrofules, de lymphatisme et de dermatoses chroniques. On s'y rend en trois à quatre heures depuis les bords du lac de Thoune.

La troisième station sulfureuse que nous devons mentionner en raison de son importance est celle de *Stachelberg* (664), située au fond d'une des vallées les plus pittoresques du canton de Glaris, non loin des glaciers du Biferten qui descendent du Kammersrock et du Bifertenstock.

Cette eau est froide et ne contient qu'une faible proportion d'acide sulfhydrique, ainsi que des carbonates et des sulfates de chaux, de potasse, de soude et de magnésie en dose assez forte.

On comprend dès lors que les engorgements abdominaux, les scrofules et les chloro-anémies soient avantageusement combattues par les eaux de Stachelberg, que l'on emploie en boisson, bains et douches variés. L'établissement est fort bien construit et contient tout ce que peuvent désirer les malades habitués à une grande aisance.

On a découvert dans ces dernières années une source sulfureuse à *Tarasp* (1407) dans la haute vallée de l'Engadine. Cette eau est très-chargée en sulfure sodique et potassique, contenant 0gr,0528 du premier et 0gr,0247 du second, formant entre ces deux sels la proportion de 0gr,0775, c'est-à-dire autant de sulfures que dans les sources les plus chargées du Luchon. On y trouve également des sels de magnésie et de chaux, ainsi que de la silice, formant ainsi une eau fortement minéralisée et pouvant, par conséquent, rivaliser avec les stations pyrénéennes les plus renommées. Et si l'on ajoute à cet avantage celui, non moins important pour la cure, d'un séjour de montagne, à la hauteur de 1,400 mètres, on comprend tout le parti que l'on pourra tirer des sources sulfureuses de Tarasp pour combattre les maladies lymphatiques, scrofuleuses, rhumatiques et chloro-anémiques.

Les grands établissements thermaux sont désormais ouverts aux baigneurs qui se hâteront sans doute d'en profiter. Ils y trouveront tout le confort et toutes les ressources matérielles qu'ils peuvent désirer.

En résumé, nous voyons que les Alpes fournissent aussi un nombreux contingent de sources sulfureuses et que, si les Pyrénées comptent Baréges, Saint-Sauveur, Luchon, Cauterets et les Eaux-Bonnes comme stations thermales de premier ordre, ainsi qu'un grand nombre d'autres moins connues, mais souvent très-efficaces, les Alpes ne sont pas moins riches en stations sulfureuses, puisqu'on peut nommer Acqui, Aix, Marlioz, Challes, Uriage, Allevard, Brides, Saint-Gervais, Schinznach, Gournigel, Lavey, Stachelberg et Tarasp, et dans le nombre il en est deux : Aix et Schinznach, qui occupent, sans contredit, le premier rang dans la hiérarchie thermale.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de septembre 1863 à mars 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'acide arsénieux dans le traitement des congestions qui accompagnent certaines affections nerveuses*, par M. Cahen. 2° *Recherches expérimentales sur les embolies*, par M. Panum. 3° *Recherches expérimentales sur l'absorption par le tégument externe de l'eau et des substances solubles*, par M. Willemin. 4° *Etude sur la médication substitutive*, par M. Luton. 5° *Considérations sur l'influence de l'air marin et de la navigation dans le traitement de la phthisie*, par M. le Roy de Méricourt. 6° *Des névroses vaso-motrices*, par M. Cahen. 7° *De l'épididyme syphilitique*, par M. Dron. 8° *De l'albuminurie saturnine*, par M. Ollivier. 9° *Considérations sur l'asphyxie*, par M. Beau. 10° *Du permanganate de potasse et de son emploi comme désinfectant*, par M. Reveil. 11° *Anatomie et physiologie comparée du bassin des mammifères*, par M. Joulin. 12° *De l'amaurose liée à la dégénération des nerfs optiques dans les cas d'altération des hémisphères cérébraux*, par M. Lancereaux. 13° *Recherches expérimentales sur les caillots fibrineux et sur les produits de l'inflammation du cœur*, par M. Faure. 14° *Etude clinique des troubles nerveux périphériques vaso-moteurs survenant dans le cours des maladies chroniques*, par M. Leudet. 15° *Coup d'œil sur les divers traitements de la pustule maligne, et exposé d'une nouvelle méthode de traitement de cette affection*, par MM. Maurezin. 16° *Du goître et du crétinisme*, par M. Morel.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ABSORPTION PAR LE TÉGUMENT EXTERNE DE L'EAU ET DES SUBSTANCES SOLUBLES; par le docteur WILLEMIN, inspecteur adjoint des eaux de Vichy.

Voici les conclusions de ce travail :

Dans un bain tiède, à la température de 32 à 34°, la peau paraît absorber de l'eau.

On retrouve dans l'urine, en petite quantité, les substances solubles introduites dans le bain, telles que l'iodure et le cyanure de potassium.

La densité de l'urine diminue après un bain tiède sans que la quantité de ce liquide paraisse augmentée.

Généralement, après un bain simple pris en état de santé, la réaction de l'urine change d'acide, elle devient neutre ou alcaline.

Après un bain alcalin, elle reste le plus souvent acide; après un bain acide elle devient alcaline.

La proportion de l'urée, dans les conditions normales, diminue constamment à la suite d'un bain simple ou minéralisé.

Les matières solides, notamment le chlorure de sodium, diminuent également dans le plus grand nombre de cas.

L'absorption est sujette à varier beaucoup, soit chez le même sujet, soit chez des sujets placés dans les mêmes conditions physiques.

Toutes choses égales d'ailleurs, le bain d'eau simple semble favoriser moins l'absorption que le bain minéralisé.

L'activité de cette fonction paraît augmenter avec la pression barométrique et la sécheresse de l'atmosphère.

Un état de fatigue et d'agitation semble également la rendre plus active.

Immédiatement après une transpiration forcée, l'absorption ne paraît point se faire, si donc elle est en rapport avec le phénomène inverse de l'exhalation, si elle augmente proportionnellement à celle-ci, les deux phénomènes, dans ce cas, ne se succèdent pas sans intervalle.

En faisant l'application de ces résultats de nos expériences à la pratique de la médecine hydro-minérale, on doit conclure qu'il ne faut pas se présenter au bain aussitôt après un exercice violent qui a activé la transpiration; il faut auparavant un temps de repos suffisant pour que le mouvement imprimé à l'exhalation ait complétement cessé.

Il serait préférable aussi, pour favoriser l'absorption conformément aux règles établies par l'usage, de se baigner par un temps sec.

Les variations continuelles et souvent inattendues de l'absorption autorisent à conclure qu'elle n'est pas seulement sous la dépendance

des conditions physiques, étant une fonction éminemment vitale, et qui varie avec les différents états de l'organisme.

Puisqu'on a retrouvé dans l'urine des substances solubles introduites dans les bains, il est légitime d'inférer qu'ils agissent par le passage de ces substances dans l'organisme.

Nous ne nions pas toutefois que ces bains ne puissent exercer sur l'économie une autre action, bien moins démontrée, qui dépendrait de leurs conditions physiques, et dont le système nerveux serait l'intermédiaire.

De l'albuminurie saturnine; par M. Aug. Ollivier.

Le travail de M. Ollivier repose à la fois sur l'expérimentation et sur l'observation clinique. Dans la première partie, l'auteur rapporte huit expériences dans lesquelles il a provoqué artificiellement l'albuminurie chez des animaux en les soumettant à l'intoxication saturnine. Chez quatre de ces animaux les reins ont été examinés au microscope, et l'on y a constaté, dans la substance corticale, des altérations qui se rapportent plus ou moins à la néphrite parenchymateuse. Chez la plupart des animaux mis en expérience, on a constaté, en outre, la présence du plomb dans les reins.

Les observations que M. Ollivier a recueillies sont au nombre de 15. L'auteur les range en trois séries. La première comprend des cas d'albuminurie passagère; dans la seconde, l'albuminurie a été constatée pendant toute la durée des accidents saturnins, et il y en avait encore des traces à la sortie des malades; dans la troisième enfin, se placent des cas d'albuminurie persistante avec véritable maladie de Bright.

Les observations d'albuminurie saturnine ne sont d'ailleurs pas aussi rares qu'on pourrait le croire tout d'abord. Indépendamment des faits qui lui ont été communiqués, M. Ollivier a pu observer dans plusieurs services de la Charité 37 malades atteints de divers accidents saturnins. 9 d'entre eux étaient albuminuriques à divers degrés.

Des expériences faites par M. Ollivier et des observations qu'il a recueillies, il conclut que l'intoxication saturnine ne produit pas l'albuminurie par la voie indirecte de la cachexie, mais que c'est le plomb éliminé par les reins qui en altère plus ou moins la texture, et que l'albuminurie est l'expression de cette lésion plus ou moins profonde. Il pense que si le plomb, en s'éliminant par les reins, s'y dépose en tout ou en partie, en vertu d'une action toute mécanique, il irrite et finit par altérer profondément le tissu rénal. Si par contre le plomb, au lieu d'y séjourner, ne fait que traverser le rein, alors, au lieu d'une albuminurie persistante liée à une lésion persistante, il ne produit qu'une albuminurie passagère due à une lésion passagère elle-même.

Dans bien des cas, du reste, l'albuminurie passagère est de très-courte durée, et parfois on ne l'a pas constatée, alors cependant qu'elle avait existé.

De l'épididyme syphilitique ou tumeur syphilitique de l'épididyme; par le docteur A. Dron.

La plupart des syphilographes contemporains ne parlent pas de l'épididyme syphilitique, et mettent même en doute l'existence de cette manifestation de la vérole. Les observations que M. Dron a faites à l'Antiquaille de Lyon l'ont conduit à admettre, au contraire, qu'elle est loin d'être rare, et que si elle est souvent ignorée du médecin et du malade, c'est parce qu'on ne l'a pas recherchée.

Les observations sur lesquelles s'appuie l'opinion de M. Dron, et qu'il rapporte avec tous les détails nécessaires, sont au nombre de 16, et elles ont été recueillies en moins de six mois.

Dans 14 cas cette lésion existait sans affection du testicule; deux fois il y avait en même temps orchite syphilitique. « J'aurais pu, dit l'auteur, grossir le nombre des observations de cette dernière catégorie, mais la simultanéité des deux tumeurs a déjà été signalée, et c'est seulement l'existence de la lésion isolée de l'épididyme que je prétends démontrer. Si j'ai rapporté ces deux dernières observations, c'est que les malades n'ayant pas eu de blennorrhagie, elles prouvent, contre l'opinion de M. Ricord, que cette cause occasionelle n'est pas nécessaire pour que l'épididyme soit atteint dans le sarcocèle syphilitique. » .

Chez aucun des seize malades de M. Dron, on ne pouvait d'ailleurs rapporter l'affection de l'épididyme à une cause autre que la syphilis, manifestée par des accidents divers et non douteux, et l'efficacité d'un traitement spécifique est toujours venue confirmer le diagnostic.

La tumeur syphilitique de l'épididyme en occupe généralement la tête, ou bien, si l'engorgement s'étend à tout l'organe, ce qui est moins commun, la tête est toujours la partie la plus engorgée et celle où la tuméfaction persiste le plus longtemps. Une seule fois la tumeur siégeait sur la queue.

Les deux épididymes sont souvent affectés à la fois, mais ordinairement pas au même degré.

Le volume de la tumeur est peu considérable. La plus grosse égalait une petite noix. Le plus souvent, le volume ne dépassait pas celui d'une olive, d'une noisette, quelquefois même d'un pois.

La consistance en est toujours solide et résistante, mais à des degrés divers; elle acquiert une dureté cartilagineuse dans les engorgements anciens et indolents.

La surface est inégale et bosselée.

Quand la tumeur a un certain volume, elle est appliquée contre le testicule sans jamais l'emboîter, comme on le voit dans l'épididymite. On peut toujours la distinguer facilement de la glande séminale. Le plus souvent l'épididyme, avec ses tumeurs, est détaché du testicule.

L'engorgement syphilitique de l'épididyme peut être complétement indolent, même à la pression. Le malade ne s'aperçoit souvent de la tumeur qu'il porte que lorsqu'on attire son attention sur ce point.

D'autres fois, en comprimant l'organe tuméfié, on y éveille de la douleur. Enfin, dans quelques cas, la tumeur est douloureuse spontanément, surtout au début, et c'est alors qu'elle atteint le plus notable volume. Mais, même dans ces cas, les malades n'ont pas été forcés d'interrompre leurs occupations.

Les fonctions de l'organe n'ont pas paru entravées par le dépôt morbide. Du moins, la plupart des malades ont accusé des éjaculations normales, et chez un d'entre eux, qui avait une tumeur dans chaque épididyme, le sperme recueilli après une pollution présenta des spermatozoïdes.

La tumeur syphilitique de l'épididyme peut exister sans lésion des autres parties de l'appareil spermatique. C'est même le cas le plus fréquent. Sur les seize observations de M. Dron, deux fois seulement il y avait complication du testicule syphilitique. Quant aux canaux déférents, il ne les a jamais trouvés malades. La peau du scrotum n'a jamais présenté d'altération.

Autant qu'il est possible d'en juger, la tumeur syphilitique du testicule paraît se montrer en moyenne trois mois et demi après le chancre. Elle se produit probablement plus tard chez un certain nombre de malades; mais même lorsqu'elle paraît de bonne heure, elle ne se montre qu'avec les formes graves et tardives des accidents secondaires, avec des syphilides papuleuses sèches ou humides pustuleuses, squameuses.

Abandonnée à elle-même, la tumeur affecte une durée indéterminée. Soumise à un traitement convenable, M. Drou l'a toujours vue se terminer par résolution. En moyenne, il a fallu pour obtenir ce résultat deux mois de traitement, mais la résolution peut se faire beaucoup plus rapidement.

La résolution est donc la règle. Toutefois, une des observations de M. Dron semble indiquer qu'exceptionnellement on pourrait peut-être observer la suppuration.

M. Dron n'a pas eu l'occasion d'étudier anatomiquement la structure de la tumeur syphilitique de l'épididyme. Il faut observer que la perméabilité du conduit de l'épididyme, prouvée par la présence de spermatozoïdes dans le sperme d'un malade portant une tuméfaction de chaque côté, indique que, primitivement au moins, la lésion siége en dehors de ce conduit dans le tissu cellulaire interstitiel et sur la tunique fibreuse de l'organe.

La tumeur syphilitique de l'épididyme ne saurait évidemment être confondue avec l'épididymite blennorrhagique aigue; mais à l'état chronique, l'épididymite blennorrhagique, survenant chez un syphilitique, pourrait être prise pour une manifestation de la diathèse. Toutefois, les caractères différentiels ne manquent pas. L'existence antérieure d'un écoulement, qui peut persister encore, mettra d'abord sur la voie. Le malade se souviendra des symptômes phlegmasiques qui marquèrent l'état aigu; jamais la tumeur syphilitique n'éveille une réaction inflammatoire pareille. Abandonné à lui-même,

l'engorgement blennorrhagique tend à disparaître; le syphilitique reste stationnaire. Le premier, après avoir envahi tout l'organe, se limite dans la queue et y persiste longtemps: c'est presque toujours exclusivement dans la tête que se développe le second. Enfin, l'épididymite blennorrhagique est ordinairement simple, la tuméfaction syphilitique occupe le plus souvent les deux épididymes. En résumé, une tumeur indolente, de petit volume, dure, à surface inégale et bosselée, occupant la tête de l'épididyme, isolée du testicule, coïncidant avec des accidents secondaires tardifs ou tertiaires de syphilis, devrait être rapportée à cette dernière maladie, malgré la présence d'une blenorrhagie, surtout si celle-ci était à ce moment à la période d'acuité.

L'affection tuberculeuse de l'épididyme, coïncidant avec une syphilis, pourrait au début être confondue avec l'épididyme syphilitique. En effet, même siége de prédilection, la tête de l'organe, et, au commencement, même tumeur indolente, dure et bosselée. Mais, dans l'affection tuberculeuse, ces bosselures bientôt s'accroissent et proéminent en même temps qu'elles deviennent molles et douloureuses. La peau qui les recouvre contracte avec elles des adhérences, s'ulcère et livre passage à une masse molle et caséeuse, mélangée de pus. Le canal déférent est souvent alors moniliforme, par suite du dépôt de tubercule dans son intérieur, dépôt qui se fait aussi dans les vésicules séminales et dans la prostate, etc.

Ce qui a été dit plus haut suffit pour fixer le pronostic de la tumeur syphilitique de l'épididyme, considérée en tant que lésion locale. Mais il est un autre point sur lequel M. Dron insiste. Cette manifestation a presque toujours coïncidé avec des symptômes indiquant une infection profonde de l'économie. Dans plusieurs observations, la fréquence et le peu d'éloignement des récidives indiquaient l'intensité de l'affection. Elle est donc l'expression d'une *vérole* forte, et sa présence doit faire porter sur la maladie un pronostic sérieux. Toutefois, dans tous les cas où les malades ont été suivis, les accidents ont toujours cédé à la médication, et la maladie n'est jamais arrivée à la cachexie syphilitique.

Comme la lésion épididymaire existe rarement seule, ce sont le plus souvent les symptômes concomitants qui commandent le traitement. Aussi, selon qu'ils appartiennent à la période secondaire ou à la période tertiaire, on a employé tantôt le mercure, tantôt l'iodure de potassium, tantôt enfin un traitement mixte. La durée du traitement nécessaire pour obtenir la disparition de la tumeur a varié depuis quinze jours qu'à neuf mois.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

NOTE SUR LA DESTRUCTION DES TUMEURS PAR LA MÉTHODE ÉLECTROLYTIQUE; par M. NÉLATON. (Extrait par l'auteur.)

(Commissaires: MM. Becquerel, Andral, Velpeau, Bernard.)

Bien que la chirurgie possède un grand nombre de moyens destinés à détruire les tumeurs, il en est cependant quelques-unes dont le traitement présente des difficultés tellement sérieuses que les chirurgiens du plus grand mérite hésitent à les attaquer. Telles sont par exemple celles qui, profondément placées dans une cavité naturelle, intimement unies et adhérentes par une large base aux parois de cette cavité, difficilement accessibles à la main, aux instruments et même au regard, présentent en outre cette fâcheuse disposition d'être constituées par un tissu extrêmement vasculaire. Comme type de ces tumeurs, on peut citer les polypes naso-pharyngiens dont il va être exclusivement question dans cette note. Le tableau des difficultés opératoires présentées par ces tumeurs, l'histoire des méthodes et des procédés qui leur ont été opposés, sont présents à l'esprit de tous les chirurgiens. Chacun a vu trop souvent la tumeur, à peine touchée par l'instrument tranchant, verser du sang en abondance; celui-ci tombe dans le pharynx, s'introduit dans les voies aériennes, provoque la suffocation; il est rejeté par la toux, par les efforts du vomissement, et, au milieu de ces mouvements convulsifs, le chirurgien distingue à peine les parties sur lesquelles il doit agir. Que l'on y ajoute la syncope, si souvent observée en pareille circonstance, et l'on aura un tableau fidèle des conditions au milieu desquelles doit se débattre l'opérateur.

Après avoir reconnu l'impuissance de la ligature, de l'arrachement, de l'écrasement linéaire, de la cautérisation, soit avec le cautère actuel, la galvano-caustique, le cautère à gaz, soit avec les caustiques potentiels, chlorure de zinc, acide azotique monohydraté, etc., nous avons eu la pensée de recourir à un mode de destruction emprunté à l'électricité. Depuis longtemps les médecins avaient remarqué que lorsqu'ils cherchaient à produire la contraction musculaire par un courant électrique, en plaçant sur un membre deux aiguilles correspondant à chacun des pôles d'une pile, il se produisait autour des aiguilles une destruction de tissu très-limitée et considérée jusqu'ici comme sans importance. N'était-il pas possible d'étendre cette destruction en augmentant la force qui la produit? ne pouvait-on point détruire une tumeur par la simple implantation de deux aiguilles dans sa masse? L'étude expérimentale et clinique de cette question est l'objet de la présente note.

Avec l'aide d'un de nos jeunes élèves, qui porte un nom vénéré dans cette enceinte, M. Arnould Thenard, et qui a bien voulu nous prêter le concours de son zèle et de son expérience des manipulations physiques, nous avons commencé par étudier, au moyen de nombreuses expériences sur les animaux vivants, la nature de ces destructions partielles de tissu que l'on observe autour des aiguilles de l'électro-puncture.

Le résultat sommaire de ces expériences peut être formulé ainsi qu'il suit: deux aiguilles de platine, mises en rapport avec les pôles d'un appareil de Bunsen, de neuf éléments, de 16 centimètres de hauteur sur 8 de diamètre, monté en tension, étant implantées dans la chair d'un animal vivant, on observe, après 8 à 10 minutes d'action du courant, et autour du trajet des aiguilles, les modifications suivantes: autour de l'aiguille positive, un cylindre induré de 12 à 15 millimètres de diamètre bien circonscrit; autour de l'aiguille négative, au contraire, le tissu a éprouvé une sorte de ramollissement de même forme. Pendant la durée de l'expérience, l'élévation de la température est pour ainsi dire insensible, et le seul phénomène qui s'observe est l'apparition, autour du point d'implantation des électrodes, d'une mousse blanchâtre, formée par des bulles de gaz d'une extrême finesse. Dans la masse du tissu modifié, on n'aperçoit plus ni vaisseaux ni signes d'organisation. Toute la partie comprise dans la sphère d'action des deux électrodes se trouve complétement modifiée, et cette modification peut se résumer ainsi: coagulation vers le pôle positif, tendance à la liquéfaction vers le pôle négatif.

Si on laisse vivre l'animal, cette modification offre bientôt le caractère physiologique que l'on pouvait prévoir: on voit se produire autour des points atteints par le courant tous les phénomènes qui accompagnent l'élimination d'une escarre. L'exemple le plus saillant et le plus concluant qu'on puisse fournir est celui de la langue d'un chien soumise à l'action dudit courant, par implantation de deux électrodes à 4 centimètres de son extrémité; il y eut d'abord production d'une escarre qui traversait la langue d'un bord à l'autre; bientôt la partie de la langue située au delà de cette escarre se flétrit et tomba en gangrène. Il y eut donc, dans ce cas, deux modes de destruction différents: l'action électrolytique, puis une gangrène par interruption de la circulation.

Au point de vue doctrinal, cet exemple fournit l'histoire même du procédé que nous avons appliqué tout récemment à un cas de polype naso-pharyngien qui avait résisté à tous les modes de destruction tentés contre lui, et dont l'observation complète est reproduite dans notre note.

Cette tumeur, volumineuse, très-vasculaire, donnant lieu à des hémorrhagies au moindre contact, située profondément dans le pharynx et les fosses nasales, attaquée avec une vaine persévérance par les agents les plus énergiques, a été détruite, en six séances, par l'implantation de deux électrodes dans sa masse. Cette opération a été faite sans effusion de sang et n'a provoqué chez le sujet qu'une douleur facilement supportée.

Nous avons cru ne devoir envisager ce sujet qu'au point de vue exclusivement chirurgical. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer que le mode de destruction qui fait l'objet de cette note est essentiellement différent de celui qui est emprunté à la galvano-caustique. Il s'agit ici d'une action électro-chimique. Dans un mémoire très-savant, M. le docteur Ciniselli (de Crémone) a développé avec talent la théorie physico-chimique de ce moyen nouveau. Mais il ne nous paraît pas en avoir saisi les applications véritablement utiles.

On trouvera dans le mémoire, dont je donne ici l'extrait, les règles et préceptes de l'application chirurgicale; les limites dans lesquelles je dois me renfermer m'obligent à me borner à cette simple indication.

DEUXIÈME NOTE SUR LA SUTURE DU NERF MÉDIAN; par M. LAUGIER.

(Commissaires précédemment nommés: MM. Flourens, Andral, Velpeau, Bernard.)

L'attention bienveillante que l'Académie des sciences a bien voulu prêter à la lecture que j'ai eu l'honneur de lui faire sur la suture du nerf médian, et l'assentiment flatteur que j'ai reçu de la part de deux de ses membres les plus éminents, me font une loi de lui faire connaître les suites de cette opération.

L'expérience physiologique dont j'ai donné les résultats immédiats est entrée, si je puis le dire, dans une nouvelle phase un peu moins favorable que la première, mais non moins féconde en faits nouveaux et même inattendus.

Le fil qui réunissait les deux bonts du nerf coupé s'est détaché dans la soirée du samedi 25 juin, douzième jour depuis l'opération, après avoir coupé les parties comprises. La section du nerf par le fil était prévue : il n'y avait aucun moyen de s'y opposer, son moment seul était incertain.

Qu'arriverait-il après la chute de ce fil? Il n'y avait qu'à attendre et à observer. Jusque-là tout s'était maintenu dans les conditions premières. La sensibilité et les mouvements des doigts avaient persisté sans perte aucune. En serait-il de même quand le fil aurait cessé de prêter aux extrémités du nerf le même point d'appui? La section du nerf donnerait-elle lieu à quelque accident traumatique?

Tous les physiologistes et les chirurgiens savent bien que leurs recherches sont sujettes aux lois de l'organisme, et qu'il faut subir ces lois sans pouvoir s'y soustraire. L'intervention de ces lois n'est pas toujours défavorable, mais elle peut troubler les phénomènes au moins d'une manière temporaire. Sous ce rapport, les effets immédiats de l'opération peuvent être distingués des effets consécutifs. Ces derniers sont en partie du domaine de la pathologie. Au reste, ce trouble apporté dans l'expérience a aussi son côté important; il est lui-même une nouvelle expérience instituée par l'organisme, et dont celui-ci a seul la clef jusqu'à ce que l'observation en ait tiré la conclusion.

Voici ce qui s'est produit ici :

A dater de la chute du fil de suture, une inflammation manifeste s'est montrée dans le nerf au niveau de la plaie; elle a été signalée par des douleurs lancinantes le long des doigts d'abord paralysés, sur le trajet des branches nerveuses collatérales qui naissent du médian; mais ce phénomène a eu lieu d'une manière inégale. Le pouce, le médius, l'index en étaient le siége, l'annulaire en a été exempt. En même temps s'est produit dans les doigts douloureux de l'engourdissement et peu à peu une perte notable de la sensibilité tactile à leur face palmaire, mais cela encore d'une manière inégale. Ainsi l'anesthésie cutanée était à peu près complète au niveau des deux dernières phalanges de l'index, à toute l'étendue de la face palmaire du pouce et du médius, mais le sentiment a persisté à la face antérieure de la première phalange de l'index, à toute la moitié externe de la paume de la main, enfin au côté externe du doigt annulaire, où il n'avait pas subi la moindre altération. Mais peut-être, pour sa persistance en ce dernier point, voudra-t-on arguer d'un rameau anastomoique constant envoyé par le nerf cubital, bien qu'il soit peu probable qu'à lui seul il puisse supléer à la sixième branche collatérale du nerf médian. Encore faudrait-il qu'il eût conservé la sensibilité de la face interne du doigt médius, à moins qu'on ne suppose que ses filets sont exclusivement destinés au doigt annulaire, circonstance tout à fait inconnue et que le fait que j'étudie est peut-être destiné à mettre en relief.

Quoi qu'il en soit, après cinq ou six jours, les vives douleurs dues à la névrite se sont calmées, et depuis ne se sont fait sentir que par intervalle et en quelques points de la longueur des doigts; mais à dater de leur apparition, comme je l'ai dit, la sensibilité est devenue très-altérée; parfois elle était nulle à l'attouchement du doigt ou des barbes d'une plume, parfois seulement incertaine. Le blessé rapportait la sensation perçue à une autre partie du doigt touché ou même à un doigt voisin.

La sensibilité reviendra-t-elle à mesure que l'inflammation s'éteindra? Telle était la question que je me posais il y a quelques jours. Déjà il y avait des apparences manifestes de retour; ainsi les sensations tactiles avaient reparu à la face antérieure de la première phalange du pouce, en devant de la seconde et même de la troisième phalange de l'index; à la pulpe de ce même doigt le blessé reconnaissait l'état d'un corps lisse ou rugueux; il distinguait les aspérités d'une lime douce et même les sensations du froid et du chaud; mais il y avait une singulière mobilité dans son appréciation du contact, et c'était une étude curieuse que ces variations comparées aux sensations nettes et précises des douze premiers jours à partir de la suture du nerf jusqu'à la chute du fil.

Mais aujourd'hui la question du retour complet de la sensibilité tactile n'est plus douteuse. A la visite de vendredi dernier 15 juillet, les sensations ont été beaucoup plus précises, à la grande satisfaction du blessé; on observait encore parfois l'hésitation dans la désignation du point touché des doigts anesthésiques; mais au médius même, qui avait le plus perdu de sa sensibilité, les sensations tactiles étaient le plus souvent perçues avec précision.

Quant aux mouvements du pouce, les seuls qui aient trait au rétablissement des fonctions par la suture, au point où elle a été pratiquée, ils sont restés intacts, ils ont pris même plus de développement qu'ils n'en avaient les premiers jours après l'opération. Le malade, depuis plus de trois semaines, ne fait pas seulement le mouvement d'opposition, mais la circumduction, dans laquelle le muscle petit abducteur animé par le médian joue nécessairement son rôle. Au dixième jour, la contractilité électrique, qui, après les lésions traumatiques des nerfs moteurs, s'éteint vers le septième ou huitième jour, a été constatée publiquement par M. Duchenne (de Boulogne), dont les travaux et l'expérience de ce genre de recherches sont bien connus de l'Académie. Comment ne pas admettre que cette persistance est due à la continuité d'action du nerf rétablie par sa suture?

Que de faits singuliers deviennent évidents dans cette expérience physiologique de la suture d'un nerf mixte! Le médian, à peine de la grosseur d'une plume de corbeau, dans le point où il a été coupé et réuni, a donc pu être partiellement enflammé de telle sorte qu'un certain nombre de ses tubes sensitifs soient restés exempts d'inflammation, comme ici ceux qui se rendent à la face externe de l'annulaire. D'autre part, sur le trajet d'autres tubes sensitifs, nous avons constaté des paralysies partielles de la sensibilité tactile bornées à la face antérieure de deux phalanges d'un même doigt, fait favorable à cette opinion de quelques anatomistes, que la sensibilité tactile d'un doigt, par exemple, peut résulter de houppes nerveuses indépendantes, ayant chacune une fibre tige particulière, et, comme on le verrait ici, susceptible d'être affectée isolément.

Comment se fait-il aussi qu'à la suite de la suture du médian nerf mixte, les tubes sensitifs aient subi l'atteinte de l'inflammation, tandis que les tubes moteurs, ainsi que les mouvements auxquels ils président, sont restés entiers? Leur isolement non contesté permet-il de croire qu'un nombre quelconque de ces derniers tubes, les moteurs, ait été enflammé quand les mouvements n'ont fait aucune perte?

l'Académie m'excusera de donner sur ces divers points plutôt des aperçus que des solutions.

J'ai eu pour but, dans cette seconde note, de faire connaître plus à fond les suites de l'opération pratiquée, d'appeler l'attention sur une complication sérieuse et peut-être inévitable de la suture, l'inflammation du nerf; enfin de faire remarquer que les pertes partielles de la sensibilité déjà recouvrée par l'opération n'infirment pas, au point de vue physiologique, les premiers résultats, c'est-à-dire la possibilité du rétablissement presque immédiat des fonctions d'un nerf coupé, pourvu que les bouts soient ramenés et maintenus au contact suivant la tranche de section, et qu'au point de vue chirurgical, si la sensibilité n'avait pas été entièrement rétablie, les mouvements de la main qui dépendent du nerf médian, retrouvés après l'opération, n'en ont pas moins persisté et sont restés acquis au blessé,

Ce fait, même avec les modifications qu'il a subies, diffère donc des faits connus jusqu'ici, et n'a d'analogue que celui de M. Nélaton. Beaucoup de médecins très-compétents l'ont vu et trouvé incontestable. Toutefois, l'étonnement qu'il a causé lui a valu des contradicteurs, comme il était naturel de s'y attendre; mais ils sont loin d'être d'accord. Les uns, je ne crois pas qu'ils soient nombreux, frappés des altérations de la sensibilité produite par l'inflammation du nerf, et sans tenir compte du retour des mouvements, se sont montrés peu disposés à reconnaître ce qui leur aurait paru tenir du miracle; mais dans les sciences d'observation, les faits ne semblent miraculeux que lorsqu'ils se présentent pour la première fois, et la seule réponse à faire, je crois, c'est la présentation du malade devant la commission nommée par l'Académie. D'autres, après avoir bien observé le blessé, n'ont pas contesté le retour de la sensibilité et du mouvement après la suture, mais ils en voudraient, sans l'avoir trouvée cependant, une autre explication. Ils ne font pas attention que le rétablissement si rapide des fonctions du nerf prouve, d'une manière péremptoire, l'intervention efficace de l'opération; que l'altération même de la sensibilité par la névrite est encore une démonstration du rôle joué par la suture, et que pour admettre ici une autre origine du retour du sentiment et du mouvement, il faudrait renoncer à ce qu'on sait de positif sur l'usage et la destination pour ainsi dire individuelle de chaque nerf. Je ne fais allusion à ces doutes sur l'authenticité ou la véritable explication de mon observation, que par ce qu'ils se sont fait jour dans des actes publics ou dans la presse. Au reste, c'est à l'Académie qu'il appartient d'apprécier et de juger.

Découverte des spores de l'achorion dans l'air qui entoure les malades atteints de favus. Extrait d'une Note de M. J. Lemaire.

M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a prouvé dans ces dernières années que l'*achorion Schœnleinii* est la cause du *favus* et qu'il suffit de détruire ce champignon pour guérir rapidement la maladie. M. Bazin admet pour le *favus*, comme pour les autres teignes, quatre modes de transmission, savoir : le contact immédiat et médiat, l'inoculation et la propagation par l'air. Les trois premiers modes de transmission ont été démontrés par la clinique et par des expériences; mais le quatrième mode n'était pas démontré, ce n'était qu'une hypothèse...

Connaissant les expériences qui m'ont permis de constater l'existence de spores dans les gaz qui se dégagent des matières en putréfaction, M. Bazin demanda si je ne pourrais pas, à l'aide des mêmes moyens, démontrer dans l'air la présence de spores de l'*achorion*. Je répondis affirmativement et je fis mes recherches de la manière suivante :

Un malade âgé de 16 ans, atteint de *favus* depuis sept ans, avait tout le cuir chevelu envahi par le mal. Il n'avait suivi aucun traitement. Je plaçai ce malade à l'extrémité du casier d'un bureau, de manière que

sa tête dépassât la planche qui termine supérieurement ce casier. Je plaçai à 50 centimètres de la tête deux vases allongés remplis de glace et reposant sur une petite cuvette. Alors un courant d'air fut établi de manière à transporter la poussière favique vers les vases. Je fis agiter les cheveux et les croûtes en les faisant gratter par le malade, et l'air emporta à une assez grande distance des parcelles de matière favique, visibles à l'œil nu, dans lesquelles le microscope me permit de constater l'existence de l'*achorion*. Ce premier résultat avait déjà son intérêt, mais celui que j'attendais des vases remplis de glace devait en avoir un autre plus important, et mon attente ne fut pas trompée. En effet, le courant d'air qui passait sur la tête du malade venait de frapper ces réfrigérants, y déposait l'eau qu'il tenait en suspension, et cette eau découlant le long des parois se réunissait dans la cuvette. C'est dans ce liquide que j'ai trouvé un grand nombre de spores isolées. Il est difficile de préciser la distance à laquelle ces spores peuvent être transportées, mais on ne saurait douter qu'elles ne pussent l'être fort loin.

L'expérience a été répétée une fois devant M. le docteur Deffis, et une autre fois en présence de M. Bazin, de son interne et d'une douzaine d'élèves. Tous ont constaté dans une seule goutte de liquide l'existence d'une trentaine de spores isolées. Une autre expérience, faite dans des conditions beaucoup moins favorables, a été aussi couronnée de succès.

Ainsi, nul doute, les spores de l'*achorion* sont charriées par l'air atmosphérique. L'hypothèse de M. Bazin est aujourd'hui un fait démontré.

Je prie l'Académie de vouloir bien remarquer que c'est la première fois que l'on démontre dans l'air la présence d'êtres vivants capables de reproduire la maladie contagieuse qui leur a donné naissance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique adresse trois mémoires sur la fièvre jaune, par M. le docteur Henri Dumont, en mission au Mexique, et demande un rapport d'urgence. (Renvoyé à la commission de la fièvre jaune, M. Beau rapporteur.)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département de Tarn-et-Garonne. (Commission des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Quatre nouvelles observations de M. le docteur Collin sur l'inoculation de l'oïdium de la vigne à l'homme. (Commissaires : MM. Reynal, Bouchardat et Robin.)

2° Un mémoire de M. le docteur Jules Lecocq, chirurgien principal de la marine sur les observations ozonoscopiques qu'il a faites pendant la campagne du Mexique. (Commissaires : MM. Vernois et Bouchardat.)

— M. John Gant fait hommage à l'Académie du livre qu'il vient de publier : *The principles of surgery*, ou *Pathologie chirurgicale générale*.

PRÉSENTATIONS.

1° M. VELPEAU offre à l'Académie, au nom de M. Ollier, une brochure contenant la relation de nouvelles expériences tendant à prouver que le périoste reproduit non-seulement la diaphyse des os, mais encore les épiphyses.

2° M. VELPEAU présente de la part de M. le docteur Giliforti, chirurgien-interne à l'asile royal des aliénés de Palerme, une histoire et la statistique de cet établissement depuis 1824.

3° BOUCHARDAT fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Calcedonio Tropœ, d'un ouvrage intitulé : *Pathologie médicale et spéciale de l'inflammation des organes du système gastro-pulmonaire* (en italien).

4° M. BEAU présente, au nom de M. le docteur Cohen (d'Hombourg), un travail en allemand sur les mouvements du cœur. L'auteur, a dit le présentateur, admet que le choc du cœur a lieu pendant la diastole ventriculaire.

DISCUSSION SUR LA PUSTULE MALIGNE.

M. LE PRÉSIDENT : Un tour de faveur est accordé à M. Ricord pour exposer ce qu'il avait à dire dans la dernière séance, à laquelle il n'a pu assister.

M. RICORD : Messieurs, je ne voudrais pas recommencer la discussion, je vote comme vous les conclusions, cependant je désire présenter quelques réflexions. Tout d'abord, je suis de ceux qui croient à l'identité du charbon et de la pustule maligne ; il y a entre ces deux affections un rapport de paternité, l'un est l'origine de l'autre. Enaux et Chaussier ont admis la génération spontanée du charbon ; de là, il n'y avait pas loin, par conséquent, pour admettre la spontanéité de la pustule maligne, et à l'appui de cette idée, on a fait valoir qu'il était des cas nombreux dans lesquels on ne pouvait pas remonter à l'origine de la contagion, et, de plus, que la pustule maligne se montrait parfois sur des parties habituellement couvertes. Mais, on le sait, l'inoculation se fait de façons si diverses, qu'il n'est pas étonnant qu'elle ait pu maintes fois être méconnue. Si toutes les fois qu'on n'a pu remonter aux sources on niait l'inoculation, on s'exposerait souvent à se tromper ; dans la syphilis, par exemple, si l'on niait la contagion quand on ne peut en constater rigoureusement la source, on serait naturellement porté à admettre la génération spontanée de la syphilis : cela sauvegarderait bien des vertus. Nous savons pourtant bien aujourd'hui qu'elle ne tombe pas du ciel ; mais, assez là-dessus. J'insisterai un peu plus sur ce point que la contagion peut se produire parfaitement sur des parties habituellement couvertes. Il est de ces parties ordinairement couvertes que l'on découvre quelquefois, souvent même, et où, par conséquent, la contagion peut se faire. M. Jules Cloquet a cité dans la dernière séance deux cas intéressants de ce genre ; pour ma part, voici ce que j'ai vu à l'hôpital du Midi. Un malade était entré pour une blennorrhagie, et ce genre de maladie étant des plus communs et des plus bénins, je n'y accordais qu'une attention minime. Un matin cependant, le malade me prie de l'examiner de plus près : il se plaignait de la région scrotale : il avait, en effet, le scrotum rouge et enflé. Je crus à une orchite ou à une épididymite par propagation ; je regarde de plus près pour établir le diagnostic différentiel de ces deux lésions, et je vis alors que l'enveloppe scrotale seule était affectée : je crus alors à un érysipèle, dont rien cependant ne pouvait justifier la production. Le lendemain, le malade se plaignait davantage, il y avait un état fébrile général ; le scrotum était plus rouge, dur, et présentait une escarre circulaire. Je n'eus plus de doute, j'avais affaire à une affection charbonneuse. En effet, j'appris du malade qu'il était tanneur ; or en travaillant, il avait fort bien pu mettre à découvert des parties habituellement couvertes, et s'exposer ainsi à la contagion, d'autant mieux que des auteurs affirment avoir trouvé dans le scrotum en quelque sorte un lieu d'élection pour les piqûres de mouches. C'était là un charbon érysipélateux plutôt qu'une pustule maligne ordinaire ; mais je n'hésitai pas à rapporter cela à l'affection pustuleuse maligne, aussi un traitement énergique fut-il institué. Mais voici le plus curieux. On dut faire le lit du malade, et pendant ce temps il fut placé dans le lit du voisin, lequel se trouvait en dehors de toute condition possible de génération spontanée de la pustule maligne. Quelques jours après, ce dernier malade se plaignait du scrotum, il y éprouvait des démangeaisons vives, puis la partie devint rouge, dure, et enfin on vit une escarre survenir ; en un mot il se produisit chez lui absolument la même affection que chez l'autre. Cependant j'eus le bonheur de les voir guérir tous les deux ; du reste, on a dit que dans les affections charbonneuses, la forme érysipélateuse était la moins grave.

Supposons maintenant que la scène, au lieu de se passer au Midi, se fût passée à l'auberge ; le second malade couche un soir dans un lit, et quelques jours après il a le charbon : certes, on n'aurait pas manqué de crier à la génération spontanée de la pustule maligne. On voit par là que cette production spontanée peut quelquefois être fort bien expliquée ; il est infiniment probable que d'autres cas à peu près analogues ont dû se montrer.

En résumé, je ne vois pas du tout de danger, au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, d'admettre la spontanéité de la pustule maligne, si l'on admet en même temps que le plus souvent elle se produit par la contagion, et que par conséquent il faut toujours avoir recours à la cautérisation.

M. GOSSELIN : Les paroles de M. Ricord me prouvent combien ce sujet mérite d'être éclairé. Je vois dans les deux cas de M. Ricord une série d'hypothèses très-discutables : le malade tanneur a dû toucher des peaux d'animaux charbonneux ; le virus charbonneux est censé se conserver sur des peaux lavées et desséchées ; enfin le malade, après avoir pris le virus, a-t-il porté ses mains au scrotum? Quant à l'autre malade, rien ne prouve qu'il a été couché dans les mêmes draps. Du reste, rien ne prouve non plus qu'il y a eu réellement une pustule maligne plutôt qu'un simple érysipèle gangréneux, qui lui aussi est contagieux, j'en ai vu plus d'un cas. Je crois donc que le diagnostic n'a pas été établi assez sévèrement. En effet, chez les deux malades l'affection gangréneuse a commencé par une surface rouge et enflammée ; or la pustule maligne débute toujours par une vésicule, l'inflammation ne vient qu'après. MM. Maunoury et Salmon ont fort insisté et avec raison sur ce point de diagnostic différentiel ; j'ai moi-même vu dans mon service des cas de ce genre : des individus qui arrivaient avec des plaques rouges plus ou moins étendues, affectant rapidement la forme gangréneuse, et j'étais

tellement convaincu de mon diagnostic que je ne cantérisais pas, et mes malades ont guéri. Je me fonde donc, pour récuser le diagnostic de M. Ricord, sur la forme de la maladie et le mode de production des symptômes généraux.

M. Ricord : M. Gosselin répond par des hypothèses à ce qu'il appelle mes hypothèses. M. Gosselin admet-il que la profession de tanneur expose à la pustule maligne?

M. Gosselin : Je l'admets pour les cas véritables de pustule maligne.

M. Ricord : Le contact ne suffit-il pas pour produire la contagion? Est-il nécessaire qu'il y ait inoculation? Je crois être d'accord avec l'opinion générale. Vous contestez maintenant qu'il y ait eu dans mes cas pustule maligne? J'ai dit et je reste convaincu que les faits que j'ai rapportés étaient des cas de charbon érysipélateux, parce qu'il y avait tous les caractères classiques, moins l'aréole, dont on a voulu faire un signe trop important. Tout existait : symptômes généraux développés à la suite de la lésion scrotale, origine professionnelle par contact, et puis ce fait si net de contagion secondaire. Je reste donc avec mon opinion, et je me résume en disant qu'on ne peut toujours saisir le mode précis de production de la pustule maligne, mais que la spontanéité de cette affection est tout à fait improbable.

M. Velpeau : Plus nous avançons et moins la question me paraît claire. Ainsi Enaux et Chaussier avaient fait une histoire excellente de la pustule maligne. Depuis une vingtaine d'années nous voyons des médecins distingués, MM. Bourgeois (d'Étampes). Raimbert (de Châteaudun), Maunoury et Salmon (de Chartres), Raphaël (de Provins), qui ont observé dans des pays où le charbon n'est pas rare, s'attacher à décrire cette maladie; et en somme ils n'ont vu que ce que Enaux et Chaussier avaient vu. Puis arrivent MM. Devers et Gallard, qui ne disent pas que Enaux et Chaussier se sont trompés, mais que la pustule maligne pourrait bien se produire spontanément. Là-dessus nous voilà en éveil, et plusieurs opinions se produisent à ce sujet. Cette divergence d'idées tient, je crois, à ce que l'on n'a pas assez sérieusement étudié le diagnostic de la maladie qui nous occupe. On ne manque pas de dire que le diagnostic est la base de la pathologie, mais quand on a bien établi ce fait, on semble l'oublier trop facilement. Voilà donc M. Ricord qui nous rapporte deux cas d'affection charbonneuse, selon lui; M. Gosselin émet des doutes sur ce diagnostic et croit plutôt à une affection simplement gangréneuse — et je puis dire, en passant, que j'ai vu moi aussi des cas d'érysipèle gangréneux qui simulaient parfois la pustule maligne. — Ainsi, deux hommes de grande valeur ne peuvent s'entendre sur cette question de diagnostic; comment veut-on maintenant que nous accueillions sans réserve les faits de MM. Devers et Gallard? M. Gallard même n'a pas vu par lui-même, il n'a fait que rassembler des cas, d'après des renseignements locaux dont on a au moins le droit de discuter l'authenticité, à cause des nombreuses sources d'erreurs dont ils peuvent être entachés. De sorte donc que lorsqu'on vient nous parler de la production spontanée de la pustule maligne, nous pouvons demander encore des preuves, car on ne nous en a pas donné. Dans l'ophthalmie blennorrhagique, est-ce que vous pourrez toujours remonter à la contagion, et cependant vous n'admettrez pas, pour un fait douteux, qu'elle soit spontanée? Il en est de même de la pustule maligne. Quant à moi, je ne crois pas plus qu'auparavant à la spontanéité de cette maladie, et il est même nécessaire, ce me semble, de bien établir qu'elle n'est nullement vraisemblable parce que les praticiens, s'il en était autrement, auraient trop de tendance à admettre légèrement le fait de la pustule maligne et à pratiquer des cautérisations pour les moindres pustules, des pustules très-bénignes. Il se peut que le fait de la transmission ne soit pas facile à établir, mais alors les signes de la maladie seront là pour éclairer le diagnostic : démangeaison et cuisson vives, suivies de la production d'une petite vésicule au-dessous de laquelle apparaît une plaque gangréneuse dure, jaunâtre, qui s'indure et s'étend, puis naissance d'autres petites vésicules semblables à la première disséminées sur une surface œdémateuse, et enfin symptômes généraux assez graves. Toutes les fois que ces signes se trouvent réunis, le cas réclame la cautérisation, parce que c'est là la pustule maligne telle qu'elle a été vue et décrite par les meilleurs observateurs, ou bien alors elle n'existe pas.

M. Briquet : Il y a en médecine un fait qui peut éclairer la question. La variole passe pour une maladie contagieuse. Cependant on a cru qu'elle pouvait se développer spontanément, car il nous est arrivé souvent chez des varioleux de ne pouvoir remonter à la source de la contagion. Mais si la variole était susceptible de naître spontanément, nous en trouverions des descriptions dans les auteurs les plus anciens. Or personne n'a jamais vu la variole se développer spontanément avant qu'elle fût venue d'Ethiopie.

M. Gosselin : Dans le rapport que j'ai présenté, mon intention était de faire remarquer que cette question de la spontanéité de la pustule maligne n'avait pas été soumise à une observation sévère; qu'on n'avait pas assez cherché à remonter aux sources de la contagion, à constater l'inoculation charbonneuse, et j'exprimais le désir de voir étudier plus sérieusement cette question d'étiologie. Les observations n'ont pas besoin d'être prises dans les pays à animaux charbonneux : là la contagion est évidente; là où je désire que les faits soient examinés avec soin, c'est dans les grandes villes, à Paris surtout où l'on n'a affaire qu'à des dépouilles sèches puissent conserver le virus; je ne le nie pas, je dis que c'est discutable.

M. Velpeau : On croirait, à entendre M. Gosselin, que les chirurgiens n'ont accepté les idées de Enaux et Chaussier comme des *verbu magistri*. Les chirurgiens actuels n'ont accepté les opinions de Enaux et Chaussier que parce qu'ils les ont trouvées d'accord avec les faits fournis par leur observation personnelle. Je n'ai pas vu de pustules malignes par centaines, mais enfin celles que j'ai vues, je les ai trouvées parfaitement semblables à celles décrites par ces auteurs, ainsi que par MM. Bourgeois, Raimbert et autres. Par conséquent, je ne vois pas que cette histoire soit à refaire : elle a été très-bien faite.

M. Cloquet reprend en quelques mots sa précédente argumentation; il rappelle les faits qu'il a vus et conclut à la production de la pustule maligne par contagion directe ou par piqûre de mouche.

M. Velpeau croit que tout le monde est d'accord : il y a cependant bien des nuances. Pour sa part, il ne peut concevoir la pustule maligne autrement que comme une maladie gagnée par contact.

M. Guibourt croit que la pustule maligne provient du virus charbonneux contenu dans des débris d'animaux malades; mais il croit aussi que les matières animales putréfiées peuvent donner la pustule maligne.

M. Bouillaud : Nous devons d'abord remercier M. Ricord d'avoir réveillé la question qui avait avorté. La question soulevée aujourd'hui se rattache à une grande question, celle de l'origine des maladies spécifiques. Pour la pustule maligne comme pour la variole, comme pour la syphilis, comme pour la morve, quoi qu'en ait dit notre collègue M. Bouley, on a invoqué en vain la spontanéité, on n'a pas plus donné de preuves en faveur de la première proposition que l'on n'en a trouvé pour les dernières : toutes les fois qu'une maladie spécifique se produit, il y a derrière elle une cause spécifique. Je m'étonne que M. Guérin, qui a porté la parole avec tant de compétence dans la question de la morve, n'ait encore rien dit sur la pustule maligne.

M. Guérin : Je suis édifié sur la question, et je ne vois pas pour moi l'opportunité de prendre la parole.

M. Gosselin : L'objection principale que dans le rapport nous avions faite à la proposition de MM. Devers et Gallard, était qu'il pouvait y avoir une cause contagieuse aux pustules malignes dites spontanées par ces auteurs. Dans notre esprit, il était possible qu'il y eût une cause autre que le virus charbonneux, mais peut être analogue, et c'est pour cela que, sans accepter la proposition de la spontanéité, nous disions qu'il fallait observer strictement désormais et savoir avec précision quelle était l'origine des pustules malignes vraies. J'ai vu des faits où il était évident que la pustule maligne ne pouvait être provenue du contact avec des maladies charbonneuses. Ainsi, j'ai vu une pustule maligne chez un boulanger, une autre chez la domestique d'un marchand de vin; dans ces cas il m'aurait fallu beaucoup d'hypothèses pour pouvoir remonter nettement à la contagion.

M. Ricord : Si l'on reconnaît des caractères uniformes à la pustule maligne lorsqu'on l'a vue souvent provenir du contact des maladies charbonneuses, on est conduit à dire que lorsqu'on la rencontre avec les mêmes caractères, elle est due au virus charbonneux. M. Gosselin s'est demandé si mes observations étaient de vraies pustules malignes ou des cas d'érysipèle gangréneux? M. Gosselin admettra bien que j'ai vu maintes fois des cas d'érysipèle; or si j'ai dit que j'avais un charbon par surprise, comme dit Fournier, c'est que réellement j'ai bien étudié le fait; les descriptions que j'en ai données ne me semblent pas laisser de doute, et je maintiens mon premier dire.

M. Bouley : Je viens d'être mis en cause par M. Bouillaud : il m'a dit que j'avais l'air d'avoir émis une hérésie. Eh bien! quoiqu'il la taxe d'hérésie, je n'abandonne pas l'idée de l'agglomération des animaux et de leur mauvaise hygiène comme cause de morve spontanée; il en est de cette maladie comme du typhus dans les camps. La morve est spontanée dans les mauvaises écuries comme le typhus est spontané dans les camps, et ces deux maladies deviennent ensuite contagieuses. M. Guibourt a commis, à mon sens, une hérésie en disant que les matières putrides pouvaient donner la pustule maligne. Des inoculations ont été faites à Alfort. Ces matières putrides, injectées en grande quantité, produisent une gangrène septique; mais une petite plaie et l'inoculation simple ne produisent pas d'infection virulente. Le charbon et le sang de rate s'inoculent au mouton par de petites piqûres. Par des injections sous-cutanées de matières putrides, on ne produit pas d'infection.

Dans le débat actuel, mon opinion est que la pustule maligne vient du charbon, et qu'il n'y a pas d'analogie entre la gangrène et la pustule maligne. On a beau inoculer de la gangrène, on ne produit pas de la pustule maligne.

M. Bouillaud affirme que la morve vraie ne peut pas être produite par la pluie, le froid et la mauvaise hygiène des chevaux; il faut une cause spécifique à la morve. La théorie de M. Bouley sur la production de la pustule maligne est en contradiction avec la théorie de la morve. Quant au rapport entre la morve et le typhus, il est très-attaquable. Le typhus n'existe que dans le cas où un grand nombre d'individus sont entassés, mal vêtus et mal nourris, dans un milieu où ils sont pour eux-mêmes une cause d'infection; dispersez les individus, le mal cesse. La morve est loin de se présenter avec ces caractères de septicité exclusivement locale. On guérit les malades en les disséminant, et ils ne por-

tent pas le typhus ailleurs. La morve infecte d'autres individus et elle s'inocule.

M. Bouley : Ce n'est pas seulement la morve qui se produit spontanément; le charbon aussi naît spontanément, puis il se transmet par contagion.

M. Ricord : Les observations que m'a opposées M. Gosselin ne sont pas concluantes. J'ai vu aussi un cas singulier où il était impossible, en apparence, de remonter au contact d'une pustule maligne. Un cordonnier en chambre, demeurant à un cinquième étage, sortant rarement, a été atteint de pustule maligne; en cherchant bien, nous avons fini par trouver qu'il avait un ami vétérinaire avec lequel il allait de temps en temps.

M. Larrey : Je désirerais qu'on limitât la question : elle est assez difficile par elle-même sans qu'on ait besoin de se lancer dans des questions générales d'où l'on ne sortirait jamais.

M. le Président : La question me paraît parfaitement limitée; on ne parlait de la morve que comme terme de comparaison.

Lecture. — Action thérapeutique de sulfites.

M. le docteur Mariano Semmola, professeur de médecine clinique à l'hôpital des Incurables de Naples, lit un travail intitulé : *Nouvelles recherches sur l'action thérapeutique des sulfites.* Voici les conclusions de l'auteur :

1° Les sulfites sont des substances capables d'arrêter les fermentations dans le sens chimique du mot.

2° Les sulfites n'ont aucune action physiologique sensible, et pour cela ils ne peuvent avoir aucune indication thérapeutique rationnelle.

3° Les phénomènes physiologiques d'oxydation continuent sans altération sensible sous l'influence des sulfites. La quantité d'urée, d'acide carbonique et de vapeur d'eau expulsée dans les vingt-quatre heures reste sans aucune variation.

4° Les maladies que l'on a cru devoir attribuer à une fermentation morbide, comme le typhus, la scarlatine, la rougeole, les fièvres paludéennes, etc., ne sont nullement influencées par l'action des sulfites, et leurs formes graves restent également fatales.

5° La syphilis, la pustule maligne, l'infection purulente, etc., considérées aussi comme des fermentations morbides provoquées par des ferments fixes qui seraient inoculés, restent de même indifférentes à l'action des sulfites.

6° La fermentation appliquée à l'explication de toutes les maladies susmentionnées, est une hypothèse déjà en opposition avec les données de la médecine clinique, et désormais condamnées complétement par les résultats négatifs de l'action des sulfites.

7° Les maladies contre lesquelles l'action des sulfites est incontestablement remarquable sont les infections putrides ne provenant pas de cause spécifique. Ainsi le pus en putréfaction, les cacochylies intestinales, les urines altérées, etc., produisent des intoxications contre lesquelles les sulfites sont presque spécifiques ou virulentes. Ils paralysent l'action de la substance putride absorbée, et suppriment complétement les émanations putrides locales quand on a soin d'ajouter des applications locales.

8° Les injections sulfitiques sont principalement très-actives et très-utiles dans les catarrhes purulents de la vessie et dans les cancers de la matrice à une certaine période, soit comme désinfectants, soit comme préventifs ou curatifs des intoxications nerveuses dues à la fermentation putride.

9° Les sulfites, en général, sont très-mal tolérés par les phthisiques à la période de ramollissement; il est donc préférable de ne s'en servir, dans le but de combattre les symptômes d'infection putride, que dans des cas exceptionnels. Le sulfite de chaux considéré comme remède capable de favoriser la transformation crétacée du tubercule est une des mille et une illusions thérapeutiques contre cette fatale maladie. (Commissaires : MM. Joly et Pidoux.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De la responsabilité légale des aliénés : 1° générale; 2° partielle; par A. Brierre de Boismont.

Nul ne peut mettre en doute l'irresponsabilité des aliénés atteints de délires généraux, des maniaques, des mélancoliques, des déments, ou même des individus frappés d'un de ces délires partiels dont la prompte diffusion imprime à tous les actes, à toutes les pensées un cachet morbide spécial. Sur ce point, médecins et magistrats sont d'accord pour nier toute liberté morale.

Mais il n'en est plus de même pour les cas de monomanie très-limitée dans lesquels les sujets, tout en étant dominés par un petit nombre d'idées délirantes, conservent sur une foule de points les notions les plus exactes et soutiennent pendant des heures entières des conversations pleines de convenance et de sagesse.

Pour ceux-là, disent les uns, la responsabilité morale existe lorsque l'acte incriminé a été commis sous l'impulsion des motifs qui déterminent la grande majorité des hommes et lorsqu'il ne se rattache pas directement aux conceptions délirantes habituelles : il existe dans le cerveau une portion malade et une portion saine qui conserve son libre arbitre, et, ajoutent-ils, on le sent si bien dans les asiles d'aliénés, que l'on ne craint pas de réprimer à l'aide de punitions les malades qui injurient, frappent ou menacent.

Les autres, mettant en avant l'unité de l'âme pensante et l'étroite solidarité des facultés, n'admettent pas que l'intelligence puisse à la fois être saine et malade; une idée fausse implantée dans l'espèce doit réagir sur toutes ses opérations, et qui oserait dire qu'entre l'acte incriminé et l'idée délirante primitive il n'existe pas un de ces enchaînements complexes, mais logique, qu'on rencontre chez les aliénés entre les pensées les plus disparates en apparence? Tout délire, quelque limité qu'il soit, enlève d'une manière absolue la responsabilité, et c'est à peine si une réserve doit être faite pour certains individus atteints d'idées fixes ou pour quelques faibles d'esprits auxquels on ne saurait enlever une certaine conscience de leurs actes.

C'est évidemment vers cette dernière opinion que penche, malgré quelques réticences, M. Brierre de Boismont; il cherche avant tout à prouver combien il faut se défier de ces délires qui, au premier coup d'œil, semblent si limités : à l'aide d'observations intéressantes, rapportées avec une minutieuse sagacité, il nous fait assister aux actes délirants de toute nature commis par ces aliénés qui se maintiennent admirablement devant les étrangers, écrivent de longues lettres raisonnables, et ont recours aux ruses les plus habiles pour tromper leur entourage. Il insiste avec raison sur un cas de folie à double forme dans lesquels la période d'excitation, n'offrant ni illusion, ni hallucination, ni conceptions délirantes, se traduit, uniquement par une activité inaccoutumée, des actes de méchanceté, des plaintes mensongères, un esprit infatigable de dispute et de contradiction, et contraste d'une manière frappante avec sa période de dépression qui la suit tôt ou tard. Une étude approfondie de ces malades montre bientôt toute l'étendue de leur délire et établit leur irresponsabilité.

Pour nous, nous n'hésitons pas à partager la doctrine émise par l'auteur, et même à l'affirmer d'une manière encore plus absolue. Sans doute parmi les monomaniaques, il en est beaucoup qui raisonnent, discutent et même apprécient le bien et le mal, mais il existe dans leur fonctionnement intellectuel un élément morbide dont il est impossible de préciser les limites, et qui, par ses irradiations subites, exerce sur les actes et les déterminations une influence capable d'anéantir tout libre arbitre. Si dans les asiles on inflige certaines punitions aux monomaniaques qui ont commis un acte contraire à la discipline, c'est à titre de traitement, de direction morale et non d'expiation; la limite de la peine doit être la sécurité de l'aliéné et de ceux qui l'entourent, et ne doit jamais revêtir un caractère de vengeance.

Contrairement à l'opinion émise par M. Brierre de Boismont, il semble que la magistrature, dans les affaires civiles, n'admette pas d'une manière absolue l'irresponsabilité des monomaniaques; elle envisage, dans les cas de ce genre, moins l'état mental de l'individu que l'acte en lui-même, et elle le valide volontiers s'il semble raisonnable, contradiction étrange qui laisse une place considérable aux appréciations purement individuelles.

Le débat qui s'est engagé à propos de la responsabilité partielle des aliénés, et auquel M. Brierre de Boismont a apporté des documents importants, porte aussi bien sur des points de l'ordre moral que sur des faits pratiques. Sans remonter bien loin, on trouverait dans les fastes des tribunaux plus d'un cas où la peine de mort a été appliquée à des individus que la science déclare aliénés. Mais n'oublions pas, d'un autre côté, que les médecins qui défendent de la manière la plus énergique l'irresponsabilité absolue des monomaniaques, n'hésitent pas à demander pour eux la séquestration lorsqu'ils sont devenus dangereux. Or lorsqu'un aliéné après avoir commis ou tenté un meurtre a été placé dans un asile, alors même que son état semble avoir éprouvé une grande amélioration, la crainte d'une récidive, le soin de la sûreté publique, le sentiment de sa propre responsabilité font hésiter indéfiniment le médecin devant la mise en liberté, et créent alors pour l'aliéné une position beaucoup plus grave et plus pénible que celle d'un condamné devant la loi qui fixe un terme à sa peine.

L. V. Marcé.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE; DISCUSSION SUR LA PUSTULE MALIGNE. — DISCOURS DE M. J. GUÉRIN.

Je ne comptais pas prendre la parole dans cette discussion. Mais les questions incidentes soulevées dans la dernière séance, et en particulier celle de la spécificité de la pustule maligne, question si bien formulée par mon savant collègue M. Bouillaud, me font un devoir de joindre mes efforts aux siens pour défendre des principes que, dans plusieurs circonstances, j'ai cherché à faire prévaloir devant l'Académie. Dans des discussions de la nature de celle qui nous occupe, il est difficile de scinder les questions: toutes se touchent et sont en quelque façon solidaires. La question d'origine contient la question de nature, celle-ci implique la question de forme, et la question de forme est intimement liée à celle de la spécificité. Enfin, de la spécificité de la pustule maligne à la question générale de la spécificité des maladies virulentes il n'y a qu'un pas, et ce pas a été franchi dans la dernière séance par notre éminent collègue M. Bouillaud avec l'autorité qui lui appartient. Bien que je vienne prendre part à la discussion en vue surtout des principes qui dominent la question générale des maladies virulentes et contagieuses, l'Académie ne sera donc pas surprise que je m'arrête quelques instants sur les questions spéciales agitées dans cette discussion; d'autant plus que, ainsi que l'a fait remarquer M. Velpeau, plus les questions ont été approfondies, plus les dissidences ont éclaté: dissidences sur la question d'origine, dissidences sur la question de nature de la maladie, sur la question de ses caractères ou de ses formes, et enfin sur la spécificité; les uns soutenant presque le contre-pied des autres, ou au moins montrant les uns et les autres qu'il n'existe aucune solution assez complète et assez précise pour réunir la généralité des opinions. Je vais donc m'occuper successivement, mais rapidement, de l'origine, de la nature, des formes et de la spécificité de la pustule maligne, me réservant de m'étendre plus particulièrement sur la question plus générale de la spécificité des maladies virulentes dans ses rapports avec les causes qui les produisent.

§ I.

La question d'origine est précisément celle qui a fait l'objet du rapport si approfondi que l'Académie a entendu. La pustule maligne, généralement considérée jusqu'ici comme d'origine extérieure, comme le produit de la transmission, est-elle quelquefois spontanée? Cette doctrine, introduite par M. Gallard, ne repose que sur cette considération, à savoir que, dans un assez grand nombre de cas, il aurait été impossible de constater, dans les lieux où l'on a observé cette maladie, la coïncidence d'affections charbonneuses propres à en expliquer l'origine ou à en démontrer l'existence par voie de transmission. Ce n'est là qu'une sorte de démonstration négative, où l'on ne conclut à l'origine spontanée que par l'absence, alléguée pour certains cas, de preuves directes de l'origine communiquée. Ce mode d'argumentation n'était pas fait pour entraîner les convictions; et, malgré les réserves par trop prudentes de M. le rapporteur, qui paraissait disposé à concilier les deux origines, le sentiment général de l'Académie a été parfaitement rendu par la formule si nette et si précise de M. Gibert. Notre savant collègue a réduit la valeur de la nouvelle doctrine au rôle de simple hypothèse, dénuée de toute preuve, pour maintenir dans toute sa généralité la doctrine de la transmission universellement admise et parfaitement prouvée. Cependant, l'Académie voudra bien le remarquer, cette fin de non-recevoir, qui réduit la doctrine de la spontanéité à la valeur d'une hypothèse, lui laisse la possibilité d'une démonstration, et réduit l'opinion qui la repousse à la valeur d'une négation, soutenue seulement par le sentiment plutôt que par la démonstration de la vérité. Or il m'a paru qu'il était possible d'aller plus loin, de prouver que la pustule maligne, telle qu'elle est connue, telle que nous l'observons, est toujours d'origine extérieure et jamais spontanée; et que, par conséquent, la doctrine de la spontanéité n'est pas seulement une hypothèse, mais une erreur. Cette démonstration peut être fournie directement par les caractères mêmes de la maladie et par l'appréciation des circonstances qui président à son développement; circonstances et caractères qui attestent son origine communiquée et démontrent l'impossibilité de son origine spontanée.

Et d'abord on sait que la pustule maligne s'observe surtout sur des sujets exposés par état à la contagion: ce sont les équarisseurs, les bouchers, les vachers, les bergers, les cultivateurs, les tanneurs, les peauciers, qui tous ont occasion de manier des animaux, ou des débris d'animaux portant le germe de la pustule maligne. Je ferai observer à cet égard que M. Gosselin ne me paraît pas fondé dans sa critique lorsqu'il qualifie d'hypothèse la présomption de contagion tirée par M. Ricord de l'état de tanneur d'un de ses malades. La probabilité étiologique de cet ordre de circonstances repose sur un assez grand nombre d'observations pour qu'on leur accorde au moins la valeur de présomptions, si ce n'est celle de preuves. Eh bien! s'il est démontré que, dans le plus grand nombre des cas, la pustule maligne s'observe sur des sujets exposés par état à la contracter par contagion, toutes les présomptions sont en faveur de ce genre d'origine.

Mais les caractères directs de la maladie sont bien plus significatifs. Elle se développe sur les parties habituellement découvertes; son mode de développement est celui de toutes les affections extérieures; elle est toujours locale, sans accidents généraux préalables, sans période d'incubation ni prodromes; sa marche est régulière, celle de toutes les maladies inoculées, de la syphilis, par exemple. Comme dans la syphilis, on la voit s'étendre de proche en proche, du point inoculé aux points environnants, et l'on peut en suivre les développements comme on suit les développements de la syphilis, depuis son point d'insertion, si bien fixé et si sagacement suivi par notre habile collègue M. Ricord, jusqu'à son installation générale dans l'économie. Ainsi, si l'on voit se développer des phlyctènes secondaires, telles que les a décrites M. Raimbert dans son excellent ouvrage, sous le nom d'*Aréole érythémateuse*, ou d'*Aréole vésiculaire à phlyctènes nombreuses;* ou bien encore si l'on rencontre des phlyctènes plus éloignées sur les confins de la zone agraodie et irrégulièrement circonscrite de l'induration cellulaire, comme en a constaté M. le doc-

FEUILLETON.

LA MÉDECINE DANS L'HISTOIRE. — LE MARIAGE DE LOUIS XIII.

(Suite et fin. — Voir les n°s 28, 29 et 31.)

Comme nous faisons ici de la physiologie seulement, laissons ces considérations et revenons au tempérament de Louis XIII. Ce pauvre prince entrait dans sa dix-huitième année, et il était plus que jamais embarrassé de sa femme. L'idée d'un rapprochement intime lui paralysait le courage. Il n'osait affronter ce combat, pour lequel il ne se sentait point les forces nécessaires; et il fuyait toutes les occasions que lui ménageaient habilement ses courtisans les plus dévoués. La reine étalait en vain tous ses charmes. Son mari ajournait indéfiniment la reddition des comptes, comme un débiteur insolvable. Le nonce lui-même s'impatientait de ces retards extraordinaires. Voici en quels termes il s'exprimait bonnement, à la romaine, dans une dépêche que M. Armand Bachet n'a osé traduire:

«On croyait très fort que cette fois, à Saint-Germain, le roi se déciderait à coucher avec la reine et à jouer jusqu'au bout son rôle d'époux; mais il n'a soufflé mot à ce sujet, soit que la honte le retienne ou que son énergie ne soit pas encore suffisante. Il en est qui lui conseillent de s'essayer préalablement avec une femme mariée ou ayant déjà quelque expérience, et de ne point faire ses premières preuves avec une pucelle. Mais son confesseur le détourne de commettre un tel péché, et jusqu'ici ce bon avis l'emporte et l'emportera, on l'espère, jusqu'au moment attendu, lequel finalement ne pourra longtemps se faire attendre. Ces Espagnoles, si ardentes, se désespèrent, et disent que le roi n'est bon à rien. Son père aussi commença tard. *Queste Spagnuole che son calde si disperano, e dicono che il re non val niente. Suo padre ancora comincio tarde.* »(Dépêche du 17 janvier 1618.)

La dernière réflexion de Bentivoglio ne manque point d'à-propos. Mais j'avoue que je partage entièrement l'opinion des dames de la reine. Henri IV n'était pas tout à fait un jouvenceau quand il entra dans la carrière amoureuse; cela est vrai, mais une fois lancé, il ne s'arrêta plus, et le poignard de Ravaillac trancha du même coup le fil de sa politique et celui de ses intrigues amoureuses.

Quant à Louis XIII, à peine est-il permis de dire qu'il ait commencé bien tard. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il ne prit point goût à ce jeu, et qu'il n'y jouait que contraint et forcé en quelque sorte. Les dames de la reine devaient savoir quelque chose de cette première nuit des noces royales, dont le jeune prince avait gardé un souvenir peu agréable. Les confidences du nonce plaisaient fort en cour de Rome. Il y a grande apparence que le pape s'amusait des puérilités qu'on lui racontait du fils aîné de l'Église. Cependant les négociations intimes se pour-

teur Pichot (de la Loupe), on ne doit y voir que des manifestations successives du principe virulent, comme les bubons de l'aine. postérieurs à l'inoculation du chancre; si ce n'est pour quelques cas exceptionnels d'une vésiculation multiple, qui seraient les indices d'une contamination primitive multiple. De même que dans la syphilis, les accidents généraux de la pustule maligne n'arrivent que quelque temps après la contamination locale, et ils se développent assez tardivement pour laisser aux malades une sécurité trompeuse sur la gravité de la maladie. Or dans toutes les maladies virulentes spontanées, ou d'origine infectieuse, se faisant jour du dedans au debors, une certaine période d'incubation précède l'éruption locale, et celle-ci, plus ou moins irrégulière, plus ou moins multiple, plus ou moins tardive, plus ou moins incomplète, ne se montre que comme le dernier terme d'une série de faits procédant d'une manière inverse à celle qu'affecte la marche de la pustule maligne laquelle, d'abord locale, inoffensive, se termine par des symptômes d'intoxication générale de la plus haute gravité.

Il n'y a pas jusqu'au mode de traitement employé pour guérir la pustule maligne qui ne témoigne de son origine primitivement locale et communiquée. La cautérisation, qui arrête si sûrement son développement, a-t-elle une autre signification que la cautérisation immédiate prévenant l'infection syphilitique générale et l'explosion de la rage? Dans tous les cas, c'est la destruction locale d'un principe morbide inoculé, transmis, et la preuve même de cette transmission.

L'analyse des circonstances étiologiques et des caractères, de la marche et du traitement de la pustule maligne déposent donc en faveur de son origine communiquée, et témoignent réciproquement contre la possibilité de son origine spontanée; car si l'on m'objectait que la démonstration que je viens de donner ne fait que prouver l'origine extérieure de la pustule maligne et n'infirme pas absolument l'existence, dans quelques cas exceptionnels, de la spontanéité de la maladie, je répondrais que ces cas exceptionnels, s'ils existaient, devraient se montrer sous d'autres apparences, avec d'autres caractères, une autre marche, tout un ensemble différent de celui qui appartient à la maladie inoculée. Les caractères de l'une ne sauraient être les caractères de l'autre, et ceux qui prouvent l'origine extérieure de la pustule maligne ne sauraient être employés à prouver la possibilité ou la réalité de l'autre origine. Est-il besoin d'ajouter, en terminant, que toutes ces inductions, tirées des circonstances étiologiques, des caractères, de la marche et du traitement de la pustule maligne, sont confirmées tous les jours par l'expérience directe? Tous les médecins ont vu, en effet, l'inoculation de la pustule maligne: celui-ci sur un berger qui a dépouillé un mouton mort du *sang de rate;* celui-là sur un boucher qui a dépecé un bœuf atteint de la maladie du *sang;* un autre sur un palefrenier qui a pansé un cheval atteint du *charbon*, etc., etc. Or si les cas dans lesquels l'inoculation a été directement constatée dans les points mêmes mis en contact avec l'élément virulent offrent les mêmes caractères que ceux où cette inoculation n'a pu être qu'induite, il est permis de conclure à l'identité d'origine des uns et des autres.

§ II.

L'Académie a pu remarquer que, dans la discussion de la première question, de la question d'origine, je me suis complétement abstenu de parler de la nature de la maladie. C'est qu'en effet la première question pouvait être dégagée de la seconde, afin de ne pas laisser peser sur l'une les incertitudes ou les obscurités qui pouvaient encore entourer l'autre. Mais ces incertitudes et ces obscurités n'existent réellement pas. Tous les auteurs, tout le monde est aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la pustule maligne procède du charbon des animaux, que c'est le charbon des animaux inoculé. La seule difficulté qui restait encore à résoudre, c'était de démontrer l'identité des formes diverses de l'affection charbonneuse qu'on observe sur les espèces ovine, bovine et chevaline, sous les noms de *sang de rate* du mouton, *maladie du sang* des vaches, *charbon* du cheval, et la filiation de la pustule maligne de l'homme avec ces différentes formes de l'affection charbonneuse. Cette double difficulté a été résolue par la commission d'Eure-et-Loir, dont l'Académie connaît et apprécie les nombreuses expériences, et en particulier par nos excellents confrères et collaborateurs MM. Maunoury et Salmon, et par M. Raimbert (de Châteaudun). Les uns et les autres ont déployé dans cette grave et difficile question autant de sagacité que de dévouement. Ces savants et laborieux expérimentateurs, qui ont fréquemment le privilége d'observer, dans le département d'Eure-et-Loir, où elles règnent presque endémiquement, l'affection charbonneuse et la pustule maligne, ont reproduit sur les animaux, la vache, le mouton et le lapin, en leur inoculant la pustule maligne de l'homme, l'affection charbonneuse dont elle procédait; et ils ont continué à prouver l'identité de la maladie inoculée en la transportant par des inoculations successives sur d'autres animaux. Ce critérium expérimental leur a servi à n'admettre comme véritable pustule maligne et comme véritable affection charbonneuse, que celles qui pouvaient se transmettre et prouver ainsi leur communauté d'origine des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux. C'est là une œuvre véritablement méritoire. Mais lève-t-elle absolument toute difficulté? Ne laisse-t-elle plus aucun doute sur l'identité de ces diverses formes de la maladie, sur leur origine commune et sur le même degré de parenté de la pustule maligne avec chacune d'elles? On comprend que, pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'on eût pu les inoculer, successivement pour chaque forme, de chaque espèce animale à l'homme; il faudrait qu'on eût pu réaliser la pustule maligne avec le sang de rate du mouton, la maladie du sang de la vache et le charbon du cheval; l'expérience n'était pas possible, et l'observation seule a pu suppléer jusqu'à un certain point à l'impossibilité de l'expérimentation. Mais ce que celle-ci pouvait faire, elle l'a fait, c'est-à-dire qu'avec la pustule maligne de l'homme on a reproduit, sur le mouton, la vache, le lapin ou le cheval, une affection générale virulente pouvant se transmettre et offrant, suivant ces habiles et savants expérimentateurs, les caractères de l'affection charbonneuse. Cependant il me reste quelques scrupules, et ces scrupules, je veux les soumettre à l'Académie.

En examinant de très-près les procédés d'inoculation employés, les symptômes et les résultats de la maladie provoquée chez les animaux par l'inoculation de la pustule maligne de l'homme, il ne m'a pas paru

---

suivaient sans relâche. Le Père Arnoux, c'est Guido Bentivoglio qui lui rend ce témoignage, chapitrait le roi en confession et le poussait au nom de la religion à passer la nuit avec la reine.

C'était là le terme tant désiré des négociations, et les politiques avaient hâte de savoir le mariage consommé. « *Poichè*, ajoute le nonce, *finchè non si viene a questo non si potrà mai impedire che non si parli non solo in Spagna ma in tutte le altre corti, parendo strano, per dire il vero, che il re, il quale si accosta ormai alli 18 anni, tardi tanto a risolversi a far le azioni di marito.* » (14 avril 1618.) Malherbe avait dit la même chose aussi poétiquement que possible dans ses stances sur le mariage du roi et de la reine:

> Les fleurs de votre amour, dignes de leur racine,
> Montrent un grand commencement;
> Mais il faut passer outre, et des fruits de Lucine
> Faire voir à nos yeux leur accomplissement.
> Réservez le repos à ces vieilles années
> Par qui le sang est refroidi;
> Tout le plaisir des jours est en leurs matinées;
> La nuit est déjà proche à qui passe midi.

Mais, contre le vœu du poëte, le roi très-chrétien ne pouvait se décider à passer outre. Le Père Arnoux, invité à l'indiscrétion par le nonce, répétait les aveux que le pauvre prince lui faisait en confession, et qui se résumaient ainsi: Point de passion amoureuse, aucune inclination pour les femmes, *e che non sente stimolo alcuno di carne che li faccia perder la vergogna.* Mais cette pudeur, quelle en était l'origine? Était-ce la crainte d'échouer dans une seconde expérience, ou bien le sentiment d'une impuissance radicale, d'une agénésie bien constatée?

Un fait certain, c'est la froideur et l'insensibilité du roi, qui ne sentait point les piqûres de l'aiguillon de la chair. Notez bien que le malade, imaginaire ou non, raisonnait fort bien sur son état, et qu'il faisait preuve en ces matières délicates d'une prudence excessive pour son âge. Il assurait le Père Arnoux de toute sa bonne volonté et de son désir sincère de remplir ses devoirs d'époux; mais en même temps il faisait valoir des motifs de santé, et disait qu'il ne voulait point commencer trop tôt, afin de se ménager des forces pour l'avenir. *Il re l'assicuro che voleva bene alla regina e che non mancherebbe del suo dovere, e che ne aveva avuto qualche volta gran voglia; ma accennava che gli veniva posto in considerazion di non guastarsi, cominciando si presto* (25 avril 1618).

Louis XIII mettait dès lors en pratique, sans le savoir, la fameuse théorie physiologique de Barthez sur les forces actives et les forces radicales, théorie brillante et qui, bien comprise, peut éclairer d'une vive lumière les plus ardus problèmes de l'hygiène et de la pathologie.

La reine faisait tout ce qu'il était possible de faire décemment sans outrepasser les limites de la pudeur, pour charmer et séduire son royal époux; *si vede*, dit le nonce, *che qualche volta vorrebbe far di van-*

démontré que cette maladie fût bien l'affection charbonneuse; c'était bien une maladie virulente, produisant une intoxication et une altération du sang, intoxication et altération révélées par la mort des animaux et les différentes altérations cadavériques consécutives à toutes les maladies virulentes : congestions passives, épanchements, fluidité, altérations de couleur et de consistance communes à toutes les maladies septiques. Mais sont-ce bien là les symptomes et les seuls symptomes de l'affection charbonneuse, de la maladie du sang et du sang de rate; c'est ce que je laisse à nos savants collègues de la section de médecine vétérinaire de nous dire, et de nous dire aussi jusqu'à quel point ils sont convaincus de l'identité du sang de rate du mouton, de la maladie du sang de la vache et du charbon du cheval, et de cette identité comme gangue commune de la pustule maligne; pour moi, je vois dans ces expériences des preuves de la propriété toxique des débris de la pustule maligne inoculés aux animaux, des preuves mêmes de cette propriété dans les inoculations successivement répétées, avec un même degré ou à peu près de virulence, des parties inoculées, mais non absolument avec un caractère de spécificité commun et identique de la provenance humaine avec la maladie provoquée chez les animaux. L'incertitude est encore accrue de cette circonstance, à savoir, que dans les expériences de la commission d'Eure-et-Loir, et de MM. Salmon, Maunoury et Raimber, on a toujours inoculé sans succès le liquide contenu dans les vésicules, et qu'il a fallu, pour réaliser l'intoxication, inoculer, introduire sous la peau des animaux la pustule elle-même excisée. Or on sait que dans les maladies véritablement inoculables, telles que la vaccine, la variole, la syphilis, c'est le liquide sécrété lui-même qui transmet et reproduit la maladie, tandis que dans la pustule maligne, c'est du tissu malade, altéré, décomposé, qu'il faut introduire sous la peau. On pourrait se demander si les accidents produits par cette inoculation sont bien ceux qui procèdent du principe de la maladie, ou ceux que peuvent déterminer, au même titre que tous les éléments septiques, putrides, les débris altérés composant l'entourage matériel de la pustule.

Quelle que soit la valeur de ces réserves et des observations qui précèdent, il faudrait donc, pour que la démonstration fût complète, qu'on eût pu reproduire la pustule maligne en inoculant chez l'homme les produits de la maladie provoquée chez les animaux, ou qu'on eût observé le développement par contagion ou infection de ladite pustule maligne chez des hommes qui auraient en des rapports ou des contacts plus ou moins immédiats avec les animaux expérimentalement inoculés. Or la première de ces preuves est impossible, et la seconde, que je sache, n'a pas été obtenu jusqu'ici. Cependant, je le répète, je ne veux en aucune façon méconnaître l'importance et la portée des observations et des expériences de nos habiles confrères d'Eure-et-Loir, et je laisse au temps de dissiper les obscurités qui peuvent encore en entourer les résultats.

S'il est aujourd'hui généralement admis que la pustule maligne de l'homme soit le charbon inoculé des animaux, on s'est demandé si l'homme lui-même ne serait pas susceptible d'avoir le charbon d'emblée, et d'offrir ainsi les deux formes de l'affection charbonneuse, spontanée et inoculée. Cette question, résolue affirmativement il y a près d'un siécle, par Fournier (de Montpellier), dans un mémoire couronné par l'Académie de Dijon avant le concours qui a produit le travail d'Enaux et de Chaussier, a été reproduite avec un signe d'interrogation par tous les auteurs qui se sont occupés depuis de la matière. Personne n'a revu cette maladie, ce charbon spontané de l'homme que Fournier dit avoir observé, dont il a donné la description la plus minutieuse, la plus détaillée, comme d'une maladie très-commune et très-répandue. Cela tiendrait aux climats, au temps où Fournier a observé. Cependant aucun des auteurs qui ont pratiqué dans le Languedoc, dans le Dauphiné, dans la Bourgogne, théâtre des observations de Fournier, n'a revu le charbon humain, du moins le charbon spontané. Il ne reste donc, ainsi que l'a judicieusement fait remarquer M. le docteur Moutet (de Montpellier), auteur d'un très-excellent travail sur la pustule maligne, que la ressource d'une affection charbonneuse épidémique, qui établirait la possibilité de cette maladie primitive et spontanée chez l'homme, comme elle l'est sporadiquement chez les animaux. Mais il resterait toujours à prouver que cette affection pourrait, comme le charbon des animaux, donner naissance à la pustule maligne. C'est ce que personne, pas même M. Fournier, n'a entrepris de montrer jusqu'ici. Il est même à craindre que le médecin de Montpellier et de Dijon n'ait pris la pustule maligne, qu'il ne connaissait pas bien, pour le charbon, qu'il ne connaissait pas mieux, d'autant plus qu'Enaux et Chaussier, qui avaient observé dans les mêmes lieux, se sont bornés à décrire la véritable pustule maligne. On peut donc maintenir, jusqu'à un certain point, que le charbon, pas plus que la pustule maligne, n'ont jamais été observés comme affections primitives et spontanées chez l'homme, et que la pustule maligne n'est que le charbon des animaux communiqué à l'homme.

§ III.

La question des formes de la pustule maligne n'est pas d'un moins grand intérêt. L'Académie a entendu les dissidences qui ont existé à cet égard entre MM. Velpeau, Gosselin et Ricord. Pour les deux premiers, il n'y a de pustules malignes que celles qui se présentent avec l'appareil symptomatique complet décrit par Enaux et Chaussier; il leur faut la pustule centrale, avec sa vésicule, sous la vésicule l'escarre, autour de l'escarre l'auréole sur une élevure de la peau, et un gonflement du tissu cellulaire sous-jacent, etc., etc.; ils ne voudraient aucun accident, aucun manque, dans cet ensemble schématique de la maladie. Mais ce groupement artificiel des éléments morbides de la pustule maligne est l'idéal de sa représentation scientifique. L'expérience, qui est comme la clinique de la science, révèle à l'observateur toutes les défaillances, toutes les insuffisances, toutes les complications de la maladie réelle. Aussi n'est-ce pas sans surprise que j'ai entendu reprocher à M. Ricord par MM. Velpeau et Gosselin, une méprise de diagnostic fondée sur l'absence de la vésicule dans un cas où l'origine étiologique et les autres circonstances matérielles de la maladie pouvaient suppléer à l'apparence objective principale de l'affection. Cependant on est averti par les auteurs les plus profondément versés dans l'étude de cette maladie, par ceux qui se sont le plus exercé à la reconnaître, qu'il y a bien des épreuves effacées, incomplètes, lesquelles, suivant eux, n'ont d'autre caractère de certitude à offrir que la reproduction de la maladie par la voie

---

taggio, ma il pudor combatte il suo desiderio. Combien ce désir était vif, on le devine aisément. Anne d'Autriche, née en Espagne et d'un tempérament très-chaud, était alors en pleine fleur de beauté et dans tout l'éclat de ses dix-huit ans. Tout en faisant semblant de faire l'amour, Louis XIII, entêté comme un enfant, ne poursuivait qu'un projet: le renvoi en Espagne des dames de la reine. Telle était son idée fixe.

L'ambassadeur d'Espagne, duc de Monteleone, se trouvait ainsi engagé dans des négociations fort délicates, et il voyait approcher la fin de son ambassade sans l'espoir d'apprendre avant son départ la nouvelle de la consommation du mariage. Le Père Arnoux déployait tous ses talents de persuasion auprès de son royal pénitent; mais il n'obtenait rien. Après tout, remarque le nonce, on ne peut violenter la nature de Sa Majesté, *ma non si può finalmente violentar la natura del re.* Bentivoglio ne désespérait point et ne partageait guère l'opinion du comte de Gondomar, qui était convaincu de l'impuissance du roi : *Quanto all' accompagnarsi il re colla regina, il conte di Gondomar va in Spagna con opinione che il re sia impotente, ma è certissimo che egli si inganna.* Il serait curieux de savoir sur quelles preuves le nonce fondait une affirmation si positive.

Le duc de Monteleone fut obligé de partir sans que ses vœux les plus chers fussent remplis. Il prit congé le 7 novembre 1618 pour retourner en Espagne, et fut remplacé par don Fernando de Giron. Le roi profita du changement d'ambassadeur pour hâter l'exécution de ce projet, qui l'occupait exclusivement: le renvoi des dames espagnoles, *non si può dire quanto sua maestà sia intestata in questo.* Finalement, la maison de la reine fut congédiée et recommandée au roi d'Espagne. Les bons procédés de la cour de France prévinrent les fâcheuses conséquences qu'aurait pu avoir cette mesure, si l'orgueil et la susceptibilité castillane n'eussent été habilement ménagés.

La jeune reine se consola d'ailleurs du départ de ses dames par l'espoir d'avoir enfin un mari en chair et en os. « Elle est, dit le nonce, toujours dans l'attente de cette bienheureuse nuit que le roi devra passer avec elle et qui ne finit point d'arriver : *aspettando questa benedetta notte che il re abbia a dormire con lei, che mai non finisce di giungere* (19 décembre 1618). Cette nuit si longuement attendue devait arriver pourtant.

L'année 1618 touchait à sa fin, et Louis XIII, grâce aux loisirs que lui laissaient les affaires politiques, se lançait dans le tourbillon des plaisirs : il dansait, allait à la chasse, et s'occupait du mariage prochain de sa sœur Christine de France avec le prince de Piémont. Le nonce, qui attendait impatiemment la *perfection* du mariage royal, tira habilement parti de cette circonstance, et dans une audience qu'il eut du roi, le 15 janvier 1619, il osa dire : « Sire, je ne crois pas que vous voudriez recevoir cette honte que votre sœur ait un fils avant que Votre Majesté n'ait un dauphin. » *Sire, io non credo già che voi vorrete ricever questa vergogna che vostra sorella abbia prima un figliuolo che vostra maestà un Delfino.*

expérimentale, par l'inoculation. Toutefois, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, l'inoculation n'a pas la valeur absolue qu'on lui suppose. Outre qu'il n'est pas souvent possible de s'aider de son concours diagnostique en présence du malade, il est bien des cas, aussi caractérisés que possible d'ailleurs, dans lesquels l'inoculation est restée sans effet. Il convient donc d'avoir recours à quelque chose de plus absolument vrai, de plus absolument certain, à la notion étiologique, qui établit d'avance la possibilité et la réalité de ces variations de formes des maladies qui m'ont occupé dès longtemps et dont j'ai soumis, à plusieurs reprises, le mécanisme à l'Académie : je veux parler des formes ébauchées de toutes les maladies virulentes qui constituent une loi de leur évolution. Pour comprendre cette loi, il suffit de rappeler que le substratum virulent, la cause morbide, est susceptible de se présenter à différents degrés d'action, résultant de sa quantité, de son âge, de sa pureté; comme aussi il peut être semé sur un terrain plus ou moins apte à le recevoir. La semence et le terrain peuvent donc, par leurs différentes qualités et conditions, réaliser autant de conditions différentes de la manifestation morbide; de là des formes et des degrés de la maladie variant en proportion de ses deux facteurs principaux, sans compter une foule d'autres éléments d'action accessoires qui peuvent intervenir comme autant d'éléments de diversité secondaire. Ces principes, que j'ai plus largement développés à l'occasion de la discussion sur la morve et la fièvre jaune, sont-ils applicables au cas présent? La pustule maligne est-elle soumise à cette loi? Cette question a déjà été posée dans cette enceinte. On se rappelle que notre savant collègue M. Bouley, à propos de la morve, déclarait qu'il y avait à la règle des formes ébauchées trois exceptions : la morve, la rage et la pustule maligne. L'Académie sait à peu près maintenant à quoi s'en tenir à l'égard de la morve et de la rage; elle va voir jusqu'où la dernière exception, celle de la pustule maligne, peut être maintenue.

Et d'abord il est de fait qu'aucun auteur n'a jusqu'ici ni établi ni admis, en principe, l'existence des pustules malignes ébauchées. Cependant pour qui lira leurs ouvrages avec attention, il sera constant que tous se sont trouvés en présence des faits, qu'ils les ont même mentionnés, mais comme des faits étrangers à la maladie et sans se rendre compte du lien qui pouvait les y rattacher. Pour M. Raimbert, ce sont des pseudo-pustules; pour M. Moutet, de fausses pustules, pour MM. Maunoury et Salmon, des pustules non inoculables; pour un autre auteur, moins connu, M. Massina, le *griole*. Il est curieux de voir à quel point les auteurs sont embarrassés en présence de faits qu'ils ne peuvent rapporter à aucune maladie connue, mais que le préjugé des évolutions parfaites et idéales ne leur permet pas de ramener à un type variable. L'Académie me permettra de lui en citer un exemple, emprunté au mémoire de M. Moutet : « J'ai eu assez souvent occasion « de voir dans mon pays (Pyrénées-Orientales), dit M. Massina, une « maladie ayant beaucoup de rapport avec la pustule maligne, on « l'appelle *griole*. Je crois qu'il serait mieux de l'appeler *fausse pustule maligne*, car elle se présente avec certains caractères qui semblent la rapprocher de la vraie pustule maligne, sans pouvoir la « rattacher à aucune lésion connue. Je pense qu'elle doit son évolution à un virus altéré, comme la fausse vaccine la doit à un virus « vaccin qui se trouve dans le même cas. Les malades que j'ai vus « m'ont dit que la maladie a commencé par une démangeaison modérée, siégeant sur un point plus ou moins rouge; qu'en se grattant, « ils en avait fait sortir un peu d'eau, provenant probablement d'une « petite vésicule qu'ils ont déchirée avec les ongles. J'ai pu constater « moi-même que la partie malade offrait certains caractères de la « vraie pustule maligne. Ainsi, au milieu d'une espèce de bourrelet « saillant, d'un rouge un peu vineux, tendu et luisant, j'ai remarqué un point d'un jaune obscur, sans autre engorgement de la peau « environnante, sans cercle vésiculeux, sans douleur ni sensation « particulière. Cette maladie a une marche très lente; il est rare « qu'elle guérisse avant quinze jours, et on ne peut y reconnaître de « changements notables quand on l'observe pendant quelques jours. « Elle siége ordinairement sur les membres et principalement sur les « membres abdominaux. En hiver elle est plus commune qu'en été, « circonstance qui me donnerait lieu de croire qu'elle pourrait bien « provenir des bas de laine, dont on fait usage dans la saison froide. « Or, dans ce pays, on emploie, pour fabriquer ces bas, la laine que « l'on retire de son propre troupeau, et à laquelle on fait subir très-« peu de préparations; c'est elle qui est, je pense, dans ce cas l'agent « de la contagion. Le défaut de propreté n'y est pour rien. Beaucoup « de médecins de mon pays la confondent avec la vraie pustule maligne, et la traitent en conséquence. Quelques-uns ont beaucoup de « succès avec les feuilles de noyer, et se sont crus autorisés à les employer dans tous les cas. Mon père emploie la menthe pilée, et obtient un succès facile contre la fausse pustule maligne (1). »

Ainsi, voilà un ordre de faits où le virus altéré et atténué peut-être dans ses effets par l'influence de l'hiver donnerait lieu à une maladie autre que la vraie pustule maligne, à une fausse pustule maligne. L'auteur préfère voir dans l'atténuation de la cause l'origine d'une maladie d'une nature différente plutôt qu'une atténuation d'une même maladie en rapport avec l'atténuation de sa cause. Ne dirait-on pas que cet exemple est choisi tout exprès aussi pour expliquer les merveilleuses propriétés, dont on a entretenu naguère l'Académie, des feuilles de noyer dans le traitement de la pustule maligne?

C'est, du reste, aujourd'hui une vérité admise par la plupart des médecins d'Eure-et-Loir que l'existence des pustules malignes ébauchées, soit pour l'insuffisance de leurs formes, soit pour l'atténuation de leur gravité, soit pour leur marche écourtée. Les rapports fréquents que j'ai depuis plusieurs années avec ce département m'ont prouvé que ces faits sont beaucoup plus fréquents qu'on ne pense, et que nos confrères de la Beauce et du Perche sont aujourd'hui aussi convaincus que moi de l'existence de ces faits.

L'Académie ne se méprendra pas sur l'insistance que je mets à faire prévaloir cet ordre d'idées. Il ne s'agit pas ici d'une substitution de mots, mais d'une plus parfaite connaissance des choses. Une notion plus complète de la vérité est toujours utile en soi. Mais ici elle a des résultats scientifiques et pratiques qu'il est à peine utile de faire ressortir. Au point de vue nosologique, c'est quelque chose que de faire voir le lien caché qui rattache des faits arbitrairement sé-

(1) Massina, *Dissertation sur la pustule maligne*. (Thèses de Montpellier, année 1862, n° 56, p. 31.)

Le mot du nonce fit impression. Le roi rougit légèrement, et promit bien de faire son devoir. Depuis si longtemps qu'il préludait à ses amours, il ne s'était jamais montré plus empressé auprès de la reine. Il est probable qu'à cette date, le nonce aidant, sa résolution était prise; et Luynes d'ailleurs le poussait vivement. Mais ce jeune homme inexpérimenté cherchait un exemple pour se mettre sur la voie. Il voulait une leçon de pratique, avant de se risquer.

La leçon lui fut donnée par le duc d'Elbœuf et sa sœur de la main gauche, mademoiselle de Vendôme, dont le contrat de mariage avait été signé le 19 janvier 1619. Le lendemain eut lieu la cérémonie des noces, et la nuit arrivée, le roi se fit introduire dans la chambre des nouveaux époux. Ici, il faut laisser la parole à l'ambassadeur de Venise, Anzolo Contarini, qui a raconté la scène en détail dans une de ses dépêches à la Sérénissime République : « Le mercredi auparavant, le duc d'Elbœuf ne fit qu'un lit avec sa femme mademoiselle de Vendôme, et le roi, une bonne partie de la nuit, voulut être présent sur le propre lit des deux époux, afin de voir se consommer le mariage; acte qui fut réitéré plus d'une fois, au grand applaudissement et au goût particulier de Sa Majesté. Aussi estime-t-on que cet exemple a vivement concouru à exciter le roi à faire la même chose. On affirme aussi que sa sœur, mademoiselle de Vendôme, l'y a engagé, en lui disant : « Sire, faites, vous aussi, la même chose avec la reine, et bien vous ferez. » *Sire, fate voi anco cosi con la regina, che farete bene*. Le propos est gaillard et bien digne d'une fille de Henri IV. Le roi se le tint pour dit et n'oublia point la recommandation. Hérouard a noté brièvement et plaisamment cette visite nocturne : « Va chez mademoiselle de Vendôme *pour lui faire la guerre*, revient à onze heures. »

D'après l'ambassadeur de Venise, le roi se serait engagé à donner satisfaction à la reine aussitôt après le départ de ses dames espagnoles, *che doppo la partenza delle Spagnuole, si sarebbe contentato di contentar la regina*. Il différa pourtant à tenir cet engagement deux mois environ après le départ de ces dames; et ce ne fut que cinq jours après avoir reçu les leçons et les encouragements de mademoiselle de Vendôme, qu'il s'exécuta. Encore y fit-il bien des façons. Le temps pressait. Le mariage de sa seconde sœur Christine de France et de l'héritier du Piémont était fixé au 6 février, et le roi avait engagé sa parole au nonce, de ne point se laisser devancer par son beau-frère le Piémontais.

Luynes, voyant l'irrésolution du roi et ses craintes puériles, intervint hardiment et lui fit en quelque sorte violence. Le 25, le roi, ayant soupé à huit heures et rendu visite à la reine, était rentré dans ses appartements et il s'était couché. A onze heures, dit M. Armand Baschet, M. de Luynes entre dans la chambre du roi, et il l'engage à se lever pour se rendre chez la reine. Le roi battait froid. Le favori le persuade, il le prie, il le supplie, le roi résiste, puis il cède, et Sa Majesté est ainsi conduite, presque portée, aux appartements de la reine, d'où Luynes revient aussitôt et où le roi reste. Ainsi fut introduit le roi chez

parés; et pour les maladies infectieuses, c'est souvent le secret dévoilé d'une contagion méconnue, et au point de vue de l'hygiène un avertissement propre à éveiller la vigilance des préposés au salut des hommes. Ajouterai-je que la pratique y déconvrira la raison de ces succès éphémères attribués à des traitements qui ne font du bien qu'à ceux qui les prescrivent?

Il y a donc des pustules malignes ébauchées.

§ IV.

La pustule maligne est-elle une maladie spécifique? En vertu de ce caractère, peut-elle être produite par des principes virulents autres que son propre virus? Est-il vrai que les maladies virulentes charbonneuses, charbon, pustule maligne, ne sont autres que toutes les maladies engendrées par les produits septiques de la putréfaction? Ces trois questions, d'une importance capitale, ont agrandi le débat; elles méritent donc qu'on s'y arrête avec quelque attention.

La spécificité de la pustule maligne est une de ces opinions traditionnelles qui reposent tout à la fois sur l'origine de la maladie, sur sa physionomie, sur sa marche et jusque sur son traitement. La vérification de cette spécificité par l'inoculation de l'affection charbonneuse serait aussi complète que possible sans les réserves que nous avons cru devoir faire à l'endroit de la signification des accidents produits. Mais si cette vérification n'emporte pas avec elle toute certitude, elle se complète du fait si évident, si patent, du caractère contagieux de la maladie. Qui dit maladie contagieuse dit maladie spécifique, et par conséquent la pustule maligne est démontrée spécifique par son origine et la manière dont elle se contracte. Mais, ce fait admis et reconnu, la discussion a montré qu'il pouvait y avoir encore de nombreuses et profondes dissidences dans ses applications et conséquences.

Il y a des personnes qui, tout en reconnaissant le caractère spécifique de la pustule maligne, croient qu'elle peut tour a tour être engendrée par des éléments autres que le virus propre de la maladie charbonneuse, par le contact de matières animales putréfiées. De ce nombre sont MM. Velpeau, Gosselin et Guibourt; d'autres, MM. Bouley et Reynal, pensent que la pustule maligne ne peut provenir que du charbon, et non de matières putréfiées en général; mais ils pensent que certaines affections virulentes, telles que la morve et le charbon, peuvent être spontanées et le produit de causes générales dépourvues de tout caractère de spécificité. Enfin M. Bouillaud n'admet la production de ces maladies que par le virus qui les constitue. Dans ce conflit d'opinions je crois pouvoir intervenir à titre de conciliateur, arriver à expliquer ces oppositions, si ce n'est à les mettre d'accord.

Il convient d'abord d'admettre la possibilité des générations spontanées des maladies. C'est, comme l'a fait judicieusement observer M. Bouley, la reproduction, sous une autre forme, de la fameuse question des générations spontanées qui s'agite dans d'autres lieux. Ici nous sommes plus à l'aise; nous ne sommes pas retenus par une orthodoxie qui nous oblige de croire que toutes les maladies ont été créées le même jour; rien ne s'oppose à ce que l'on admette l'évolution spontanée de certaines maladies, si elle existe, et à cet égard nous ne reconnaissons d'autre orthodoxie que celle de la logique et de l'expérience. Or que nous enseignent ces deux grands critériums des croyances scientifiques? Qu'il peut y avoir et qu'il y a des maladies, même spécifiques, qui se produisent d'emblée, spontanément, indépendamment de leur reproduction par voie de génération continue, par voie de transmission. Ici je suis obligé de me séparer quelque peu de mon collègue M. Bouillaud pour me rapprocher de mon adversaire et ami M. Bouley. Contrairement à ce que l'on pouvait supposer, je pense, comme M. Bouley, que la morve, quoique maladie spécifique virulente, contagieuse, peut naître spontanément, sous l'influence de causes en apparence générales, mais dont l'action ne déroge nullement à la loi si bien développée par M. Bouillaud des affections spécifiques reproduites par le principe spécifique qui les constitue. Quelques mots d'explication suffiront pour le faire comprendre.

On confond assez généralement, dans l'appréciation des causes des maladies, les causes éloignées avec les causes prochaines ou essentielles. Or quand on dit que des chevaux surmenés, épuisés, mal nourris, contractent fréquemment la morve, cela veut dire que ces chevaux ont été surpris par ces causes occasionnelles déterminantes, dans un état de prédisposition à l'affection morvense, lesquelles ont fait éclore la maladie, comme un refroidissement fait éclore des tubercules au sein des poumons, comme une chute sur le genou donne naissance à une tumeur blanche. Les éléments constitutifs de la morve, du tubercule et de la tumeur blanche préexistaient à la cause occasionnelle qui les a réalisés, de telle façon que l'affection spécifique, développée spontanément, éclose sous l'action de ces causes, a été mise en possession du principe spécifique qui en constitue le caractère, qui révèle sa loi et la condition de sa transmission. Cette théorie des affections spécifiques, naissant sous l'influence apparente des causes non spécifiques, n'est donc nullement en désaccord avec la logique et l'expérience : elle explique les faits qui existent. Mais dans ce travail d'évolution morbide, il faut se garder de considérer l'organisme comme un récipient inerte, qui reçoit passivement les éléments des maladies, il reste au contraire comme un facteur principal, qui élabore ces principes, comme il élabore les médicaments dans les maladies; et c'est à la faveur de cette action de l'organisme, de la puissance vitale, comme on dit à Montpellier, que le principe constitutif des affections spécifiques se réalise; mais, qu'on veuille bien le remarquer, avec des caractères propres à ce mode de génération, et différents de ceux qui trahissent la reproduction par voie de l'inoculation. C'est ainsi que nous avons pu caractériser l'origine extérieure de la pustule maligne.

Mais de ce travail mystérieux et complexe de la génération spontanée des maladies spécifiques à leur reproduction par des inoculations de principes étrangers à leur essence, il y a tout un abîme et une contradiction aux lois les mieux établies de la pathogénie. Les personnes qui, comme MM. Velpeau et Gosselin, admettent la spécificité de la pustule maligne, ne sauraient, sans tomber dans la plus étrange contradiction, admettre cette paternité apocryphe. Mais ce n'est là qu'une distraction doctrinale de peu d'importance, qu'il suffit de signaler. Nous nous arrêterons davantage à une dernière doctrine beaucoup plus grave, qui se donnerait la mission de détruire les ma-

---

la reine par M. de Luynes, prochain connétable. » (P. 315, ch. XIII)

L'intervention du favori est très-énergiquement décrite dans la dépêche du nonce : *La notte stessa che il re ando a dormire colla regina, stando tuttavia quasi in forse ed in gran contrasto fra sè medesimo, Luines lo prese a traverso e lo condusse quasi per forza al letto della regina* (30 janvier 1619). Le lendemain, grande joie. Le roi se hâta d'envoyer au nonce et à l'ambassadeur d'Espagne son maître des cérémonies et l'introducteur des ambassadeurs pour leur annoncer de sa part que le mariage était consommé. En annonçant au cardinal-ministre de la cour romaine que le roi de France s'était enfin décidé à *conjungersi colla regina*, Guido Bentivoglio ajoutait : « Après la première nuit, sauf l'intervalle d'une seule, Leurs Majestés ont continué à se trouver ensemble, et l'on croit que, pour le commencement, afin d'avoir égard à la santé du roi, on fera en sorte que Sa Majesté ne se rende chez la reine qu'à différents intervalles. » Et plus loin : « En somme, le retard ne provenait que de la froideur du roi. Il craignait aussi de rencontrer dans cet acte des difficultés au-dessus de ses forces, frappé surtout comme il était du souvenir de son *primo congresso* à Bordeaux, qui non-seulement était demeuré sans effet, mais même ne lui avait laissé qu'une impression désagréable. »

L'ambassadeur de Venise donnait des détails plus piquants : *S'intende che il rè (e cosi egli si vanta) sia stato valoroso campione in questo fatto; li medici pero gli hanno prohibito d'attacar la zuffa cosi spesso.* Il est très-possible que le roi se fît illusion sur ses amoureux exploits. Anzolo Contarini en parle avec un peu d'incrédulité. Le commencement de sa dépêche me semble empreint d'une légère ironie : *Venerdi notte passata, fù a' 25 del corrente, questo rè christianissimo ha dormito e consummato il matrimonio con la regina.*

Nous regrettons que le consciencieux et minutieux Hérouard n'ait pas dit son mot dans cette grave affaire. Mais point n'est besoin d'autres témoignages pour connaître à fond le tempérament de Louis XIII. Le lecteur a sous les yeux les pièces les plus importantes concernant ce mariage étrange et un peu ridicule : il appréciera lui-même la nature de ce tempérament, sur lequel nous avons fait des réflexions qui nous semblent suffisantes.

Remarquons, en finissant, que Louis XIV ne vint au monde qu'en 1638, vingt-trois ans (M. Baschet a écrit par erreur vingt-neuf) après le mariage et dix-neuf après sa consommation. L'auteur de cet ouvrage curieux que nous venons d'analyser et d'extraire pense, non sans raison, que la naissance tardive du dauphin de France pourrait donner lieu à une enquête curieuse; car il est avéré par les récits contemporains que Louis XIII, malgré les promesses qu'il avait faites à sa femme, de ne point se répandre en galanteries et son vif désir de faire des enfants, *con dirle che sarebbe stato tutto suo, nè mai avrebbe toccato altra donna, che lei; volendo egli in ogni maniera far* des enfants (dépêche de l'ambassadeur de Venise, 27 janvier 1619); il est avéré que, malgré ces promesses de fidélité, qu'il lui fut facile de tenir, et ces intentions de paternité, Louis XIII ne fit rien pour se donner un suc-

ladies spécifiques et les lois qui les régissent : nous voulons parler de cette prétention de considérer toutes les maladies virulentes et contagieuses comme identiques et comme un résultat uniforme de la contamination de l'organisme par les produits de la putréfaction. Dans cette doctrine, la spécificité disparaît avec ses agents et ses lois pour annuler du même coup les conquêtes les plus précises et les plus sûres de la science, et ne laisser à leur place qu'un chaos confus des causes les plus diverses et des effets les plus opposés.

Nier les maladies spécifiques c'est nier l'existence propre de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la syphilis, de la rage, de la peste, du choléra, de tout ce qui a un nom, des caractères, une cause, une individualité propre parmi toutes les individualités morbides; c'est fermer les yeux à ce qui frappe les yeux du vulgaire, à ce qui se voit dans la simple morsure d'un insecte, du cousin, de la vipère. Et sur quel fondement ou plutôt sur quelles ruines prétend-on édifier une semblable doctrine? Sur l'expérimentation, sur ce résultat commun qu'ont beaucoup de substances putréfiées d'empoisonner les sources de la vie, de l'arrêter plus ou moins brusquement dans son cours, en réalisant une certaine catégorie d'altérations communes et uniformes. Mais on n'y a pas réfléchi : est-ce que la plupart des principes immédiats des végétaux, si différents dans leur essence, si différents pour la chimie, ne se résolvent pas dans une action commune, la décomposition du sang et les altérations chimiques et physiques qu'elle entraîne? Dira-t-on pour cela que la strychnine, la morphine, la brucine, la digitaline sont identiques et exercent une action identique? Or ce que les progrès de la chimie ont réalisé à l'égard de ces substances, considérées comme agents de destruction, l'induction permet de le prévoir pour les produits de la décomposition organique. Les corps organisés conservent, même après que la vie les a abandonnés, quelque chose de la délicatesse et de la complexité de leur état primitif, qui influe sur les compositions et décompositions posthumes dont ils sont le théâtre. Ce serait donc tomber dans le plus grossier arbitraire que de vouloir englober dans un travail banal et uniforme toutes les modalités spécifiques qui peuvent résulter des *fermentations, putréfactions* et *catalyses*, liées à la décomposition des tissus. La chimie a déjà déterminé une partie de ces éléments; elle a montré que leur destruction se résout en une foule de combinaisons nouvelles, aussi nombreuses que délicates, plus ou moins antipathiques à la vie, et qui varient suivant les principes organiques qu'elle atteint et suivant les maladies qui la produisent. De là des caractères aussi différents pour les produits de ces décompositions que pour les intoxications qu'ils réalisent. Certes la médecine n'est pas encore arrivée à cette analyse approfondie, à cette observation délicate: mais ce serait tourner le dos à l'avenir que de vouloir lui fermer cette perspective, la parquer dans cette constatation des apparences grossières d'une fausse identité, et la faire conclure de ces apparences à l'identité des maladies où on les observe. Quand la médecine, par ses instruments et ses méthodes, sera entrée dans la voie ouverte par la chimie, elle réalisera sûrement et directement les progrès que l'induction nous permet dès aujourd'hui de lui promettre.

STATISTIQUE MÉDICALE.

De la statistique du Mexique dans ses rapports avec l'acclimatement des différentes races humaines qui l'habitent; par le docteur Jourdanet. (Mémoire lu à la Société d'Anthropologie. Juin 1864.)

(Suite et fin. — Voir les nos 29 et 31.)

Une autre question non moins digne d'intérêt et plus difficile peut-être à juger mérite d'exciter le zèle des statisticiens; c'est celle de savoir laquelle des races qui occupent le Mexique paraît être la plus propre à prospérer dans ce pays.

Lorsqu'on concentre ses regards vers les localités qui se trouvent au sud du tropique et qu'en dehors de tout calcul mathématique on examine attentivement ce qui frappe le plus un observateur, on arrive à se convaincre de trois choses que l'esprit s'habitue à considérer comme des vérités : ce sont la faiblesse physique de la race indienne des hauts plateaux, la décadence de la race espagnole pure dans ces mêmes localités, les progrès sensibles et les aspirations légitimes de la race métis.

Quant à la faiblesse des Indiens, il serait oiseux de la prouver. Personne parmi ceux qui ont vécu sur l'Anahuac ne saurait en douter, pourvu que l'on ne confonde pas la force physique avec la santé et le nombre d'années que l'individu peut atteindre. Tous les écrivains judicieux ont exprimé cette pensée. Personne ne l'a fait en meilleurs termes que l'historien distingué Mora dans son livre plein d'intérêt : *Mexico y sus revoluciones.*

En jetant les yeux sur l'histoire ancienne de ces peuples asservis, nous y voyons des conquérants et des vaincus. Longtemps avant la conquête du Mexique par Cortès, des hordes du nord avaient refoulé vers le sud les anciens habitants des régions centrales. Ces exilés de l'Anahuac, en nombreuses tribus restées encore distinctes, paraissent s'être resserrés avec le sol vers les parties méridionales, comme le prouvent les nombreux idiomes qui y sont encore parlés aujourd'hui. D'après M. Manuel Orozco, en effet, le petit état de Tabasco s'exprime de nos jours en quatre langues différentes et on n'en compte pas moins de douze dans l'état de Chiapas.

Ce mouvement n'est pas unique dans l'histoire ancienne de ce pays. Plus d'une fois sans doute, des hordes animées par une vigueur acquise dans des localités plus septentrionales, chassèrent des hauteurs du plateau central les peuplades affaiblies. Les possesseurs nouveaux cédaient bientôt aux influences énervantes du climat et fuyaient à leur tour devant l'énergie de conquérants plus vigoureux. Il en est ainsi de nos jours où nous voyons arriver invariablement au triomphe le plus complet les mouvements révolutionnaires qui prennent leur origine sur les hauteurs intermédiaires et vers les côtes du pays.

On dirait un vaste récipient d'eau en ébullition. Les molécules liquides échauffées vers le fond montent à la surface, s'y évaporent ou s'y refroidissent et regagnent les couches inférieures d'où la chaleur les chasse vers un refroidissement nouveau.

Le Yucatan paraît être resté tout à fait étranger à la confusion. Le *mayo* est la seule langue qu'on y entend. L'Indien y est vigoureux,

---

cesseur. Les circonstances qui concoururent à la naissance de Louis XIV sont tellement extraordinaires, sans parler des dissemblances profondes qui distinguaient le père et le fils, qu'on oserait soutenir raisonnablement l'opinion du comte de Gondomar et la manière de voir des dames de la reine. Ces ardentes Espagnoles disaient hautement que le roi n'était bon à rien, *dicono che il re non val niente*. Le comte de Gondomar était convaincu de son impuissance, *va in Spagna con opinione che il re sia impotente*. C'est aussi notre opinion. Les dynasties d'ailleurs ne périssent point par la faute d'un impuissant. Encore une fois, la recherche de la paternité étant interdite, les reines peuvent, sans déroger ou du moins sans trop se compromettre, sauver une dynastie sur le point de s'éteindre. « Le roi est mort, vive le roi ! »

J. M. Guardia.

— Par arrêté ministériel du 17 juillet, M. le docteur Lunier, directeur médecin en chef de l'asile des aliénés de Blois, a été nommé inspecteur général du service des aliénés, en remplacement de M. le docteur Anselme, décédé.

— Par arrêté ministériel du 17 juillet 1864 :

M. le docteur Vedic est nommé directeur médecin en chef de l'asile des aliénés de Blois;

M. le docteur Seraine est nommé médecin directeur de l'asile des aliénés de Lafond;

M. le docteur Binet est nommé médecin directeur de l'asile des aliénés de Napoléon-Vendée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Desbois, une des célébrités de la médecine rouennaise, décédé à Rouen le 14 juin dernier, à l'âge de soixante-cinq ans.

M. le docteur Liépard (de Fécamp), M. le docteur Moyse (de Saint-Benoît du Sault), et M. Guédras, officier de santé à Yerville, viennent également de succomber. Ce dernier était âgé de soixante-sept ans.

— M. le docteur Vingtrinier a été nommé vice-président du comité central de vaccine du département de la Seine-Inférieure, et président du bureau permanent de la correspondance dudit comité.

M. le docteur Merry-Delabort a été nommé membre et secrétaire adjoint du même comité central de vaccine. Cet honorable confrère est en outre, nommé médecin adjoint des prisons de Rouen.

— Nous sommes heureux d'annoncer que la maladie dont M. le docteur Morel-Lavallée a été atteint subitement n'a pas eu de suites graves, et qu'il est entré en convalescence.

— M. le docteur Bertolus a succombé à Lyon, le 22 juillet dernier. M. Perroud, président de la *Société des sciences médicales*, dont faisait partie M. Bertolus, a prononcé sur sa tombe un discours où, après les regrets donnés au savant helminthologue, il a su rappeler de la manière la plus délicate les qualités intimes de ce regretté confrère.

intelligent, et comme signe de son influence il n'y a qu'à dire qu'il a imposé sa langue à la race blanche; car, à l'exception de Campêche on parle partout le mayo dans le Yucatan. Cette variété de la race américaine et celles qu'on voit dans le sud du pays vers Tehuantepec et Oajaca paraissent être robustes et fort susceptibles d'un grand développement intellectuel par l'éducation. Quant aux conquérants indiens que la douceur de la température et l'aspect d'un ciel incomparable retinrent, en d'autres temps, sur les hauteurs de l'Anahuac, ils ont été châtiés de l'invasion injuste de leurs pères par le joug plus alourdi des conquérants de l'ancien monde, et par l'influence énervante du climat lui-même. Quoique généralement bien portants et susceptibles de longévité, ils sont faibles et ne peuvent fournir aux travaux champêtres qu'une somme fort modérée d'efforts.

C'est un avis donné par la providence aux races Européennes. Cet avis, du reste, commence à peser déjà sur les créoles de cette race, comme je l'ai déjà dit dans mes précédents écrits. Le gouvernement espagnol s'était bien convaincu de cette vérité et la laissait proclamer avec si peu de mesure que l'accusation en devenait injuste. L'illustre Feijoo témoigna son indignation par une apologie éloquente qui ne put détruire les convictions, mais les rendit plus mesurées.

La statistique, quoique fort imparfaite sur ce point, peut être interrogée avec fruit pour prouver cette double décadence de la race indienne et de la race blanche sur les hauts plateaux. Ne perdons pas de vue, en effet, que les Tlascaltèques fournirent à Cortès 150 mille combattants, et qu'on porte les yeux sur ce qui reste aujourd'hui d'habitants dans le pays qu'ils occupèrent autrefois! Je sais bien que la cruauté des premiers colons dépeupla les régions conquises. Mais, comme le fait justement observer l'historien Mora, ces cruautés ont été singulièrement exagérées par les chroniqueurs, et à l'exemple de M. Orozco, nous dirons qu'il resta encore beaucoup d'Indiens après ces traitements barbares.

Navarro, cependant, en 1810, n'en comptait plus que 3,676,000. Pourquoi si peu après bien des années de calme du gouvernement colonial qui les protégeait depuis longtemps au lieu de les persécuter? Et quelque affligeant que soit déjà ce chiffre, on a lieu de croire qu'il était au-dessus de la vérité. Le statisticien Navarro, en effet, s'occupait particulièrement de recherches sur cette race et il paraît avoir exagéré son importance afin de ne pas faire peser sur elle une appréciation défavorable à ses progrès. S'il fallait à la fois s'en rapporter à ce recensement et à celui de 1858, à quelle triste pensée nous serions forcés de nous livrer! puisque ce dernier ne fait figurer les Indiens que pour le total affligeant de 2,314,130. Ce serait une diminution de 1,362,151 en 48 ans. Espérons que les statisticiens de 1810 et de 1858 se sont également trompés, le premier en exagérant, les seconds en diminuant la somme d'Indiens habitant le Mexique à ces deux époques. Mais on ne saurait mettre en doute que cette race est en décadence. Peut-être faudrait-il en excepter les Indiens du Yucatan et d'Oajaca.

Pour ce qui regarde les hommes de race blanche établis au Mexique, la statistique est encore plus environnée de doutes. On comprend aisément qu'il en soit ainsi. Les hommes qui se sont occupés d'apprécier la population par classes ont obéi à des inspirations différentes selon qu'ils étaient plus ou moins portés à laisser passer pour blancs purs ceux que le temps avait déjà blanchis d'un mélange fort éloigné. Navarro, dans sa statistique de 1810, n'admet que 1,338,706 métis. Les siècles écoulés de domination espagnole avaient certainement produit plus de sujets de sang mêlé. Aussi croirai-je volontiers que les 1,097,928 blancs qu'il inscrit dans sa statistique comptaient bon nombre d'individus marqués de sang indien.

Quoi qu'il en soit, la division de la population en classes a été faite comme il suit :

En 1810.		En 1858.	
Espagnols........	1,097,928	Européens........	1,768,429
Indiens..........	3,676,281	Indiens..........	2,314,130
Métis............	1,338,706	Métis............	4,521,441
Religieux.........	9,439		
Total.........	6,122,354	Total.........	8,604,000

La comparaison entre ces deux statistiques est très-significative. Elle prouve qu'un examen plus impartial a fait retomber sur la race mêlée le progrès réel qui lui appartient. Un reste de tendance à prendre pour blancs purs ceux qu'une longue succession de générations a rapprochés réellement de notre type a laissé inscrire encore en 1858 un nombre trop considérable d'hommes de notre race. Mais aucune raison autre que la vérité n'a pu assigner aux Indiens dans cette statistique le chiffre qui indique leur décadence.

Quant au peu de progrès de la race européenne pure, nulle considération ne sert à le mieux faire ressortir que celle qui découle de la statistique de Revilla-Gigedo, rapportée par de Humbolt. (T. II, p. 155.)

« On comptait, dit-il, en 1793, dans l'intendance de Puebla, sans y « comprendre les quatre districts de Tlaxcala, de Cuautla, d'Ygualapa « et de Tlapa :

« Indiens............	187,531
« Indiennes..........	186,221
« Espagnols ou blancs.	
« Mâles............	25,617
« Femelles..........	29,393
« Somme....	55,010
« De race mixte.	
« Mâles............	37,318
« Femelles..........	40,590
« Somme....	77,908 »

C'est-à-dire que vers la fin du siècle dernier, il y avait 55,000 blancs dans le pays le plus beau, le plus pur, le plus productif et le plus élevé de l'Anahuac. Le recensement nous dit que les femmes y étaient plus nombreuses que les hommes. Or nous savons combien l'orgueil national rendait les Espagnols soucieux de la conservation de leur sang. Peut-on croire que si le climat leur eût été favorable, on verrait aujourd'hui si peu de blancs purs dans l'État de Puebla; car en dehors de tout recensement, il ne peut être douteux pour personne qu'on ne pourrait en compter 25,000 aujourd'hui sans mélange de sang indien. En faisant la part de l'inexactitude du recensement de Revilla-Gigedo, en tenant compte du nombre d'Espagnols de Puebla compris dans l'expulsion, on ne peut nier que le souvenir de ce que furent les blancs dans cette partie du pays à la fin du siècle ne soit la preuve actuelle d'un obstacle à leurs progrès.

A côté de cette double décadence des races pures, le métis augmente rapidement. C'était lui qui se battait en majorité dans les guerres de l'indépendance; c'est lui qui est encore recruté et se bat en majorité dans les troubles civils de notre temps. Et cependant c'est lui qui progresse. La statistique de 1858 le fait figurer pour les deux tiers dans le recensement général; mais pour quelqu'un qui s'étudie à voir sainement les choses, il est clair que ce recensement représente la population blanche par un chiffre exagéré. Il y a certainement un demi-million au moins à en soustraire en faveur de la race mêlée, ce qui ferait monter le type métis à plus des deux tiers de la population dans laquelle le blanc pur figurerait à peine pour un dixième.

S'il nous était maintenant permis d'ajouter nos appréciations personnelles à celles que nous venons de faire connaître sur la population réelle du pays, voici le raisonnement auquel nous nous livrerions en terminant :

La plus grande partie des localités les plus habitées du Mexique possèdent des climats dévorants dont les influences destructives ne trouvent que des éléments fort imparfaits de modération dans l'hygiène négligée des habitants. Pour des temps ordinaires, ces circonstances déplorables se trouvent largement compensées par le nombre considérable des naissances. Mais lorsque les calamités publiques altèrent ce puissant élément de compensation, la mortalité, qui ne fait que s'accroître, prend aisément le dessus et fait baisser rapidement le chiffre de la population existante. Nous ne devons pas, en effet, perdre de vue que dans le district fédéral où la statistique est moins imparfaitement faite, le rapport des décès annuels à la population est d'environ 5 pour 100. Il en a été du moins ainsi dans les quatre années, 1856 à 1860, qui ont été la base de nos calculs. On conçoit qu'un mouvement si rapide ait mis un sérieux obstacle au progrès à différentes époques qui ont ensanglanté d'une manière si déplorable l'histoire du Mexique. C'est en nous basant sur cette considération et en tenant compte du soin que les départements prennent d'augmenter le chiffre réel de leurs habitants que nous avons cru raisonnable de diminuer le résultat des dernières statistiques. Nous ne pensons pas qu'un nombre dépassant 8 millions soit l'expression de la réalité, et il nous semble que la vérité se trouve entre 7 et 8 millions d'habitants. Dans ce total, il serait juste de faire la division suivante :

Métis............	65	pour 100.
Indiens..........	26	—
Blancs purs.......	9	—
Somme.....	100	

Du reste, cette rectification, si elle était juste, ne porterait aucune atteinte aux raisonnements qui précèdent sur les progrès comparatifs au double point de vue des niveaux et des races. Dans notre travail sur *le Mexique et l'Amérique tropicale*, nous avons présenté comme l'expression simple d'un sentiment les vérités que nous croyons irrécusables sur les climats dont nous venons de nous entretenir. Sans prétendre juger aujourd'hui la valeur des travaux qui ont été faits sur la statistique du Mexique, nous avons cru intéressant de les faire connaître pour démontrer que, bien loin de combattre nos convictions, ces travaux les appuient de la manière la plus évidente. Ils nous paraissent d'ailleurs prouver une vérité que l'expérience et l'observation nous avaient depuis longtemps rendue familière : la décadence des races pures et les progrès des hommes de sang mêlé.

Nous n'avons pas prétendu dire que le type qui devra constituer un jour la population originale de ce vaste pays se trouve déjà définitivement arrêté dans le métis mexicain. Nous professons au contraire un grand respect pour l'opinion qui proclame la tendance des races mêlées à se modifier par la succession des générations jusqu'à se rapprocher de l'un des types originaires. Mais ce retour ne saurait jamais être absolu. Ce n'est d'ailleurs pas là le point que nous avons voulu mettre en question. Quelles que doivent être un jour les formes extérieures, les forces physiques et les aspirations morales du peuple mexicain, nous avons cru qu'il y avait quelque intérêt à faire remarquer les modifications qu'il a subies et celles qu'il éprouve de notre temps. Au milieu du mouvement qui s'opère dans les esprits vers le passé peut-être trop poétisé des peuples qui se sont éteints dans ce pays, en présence des soins qu'on veut prendre pour assurer son avenir prospère, il n'est pas sans intérêt d'éclairer le présent de toutes les lumières dont il est susceptible. Parmi les choses actuelles dignes d'attention, on ne saurait négliger de faire remarquer avant tout que l'élément dominant de la population du Mexique, l'élément qui sera bientôt le pays tout entier, c'est le métis. C'est lui qui se révèle par des aspirations inattendues; c'est lui évidemment qui forme la partie remuante de la nation, comme c'est à lui qu'est réservé tout l'avenir de ces riches contrées.

On a tort de parler aujourd'hui de *races latines* à propos de pays américains. C'est races *américo-latines* qu'il faut dire, et ce sont elles qui doivent attirer vers ces régions les regards et l'attention de l'Europe.

LITHOTRITIE.

Nouvelles observations sur le cathétérisme et le traitement des rétrécissements réputés infranchissables de l'urètre; lues à l'Académie de médecine le 18 août 1863; par le docteur L. Aug. Mercier.

Il y a bien longtemps déjà que j'ai publié sur les rétrécissements de l'urètre une série de recherches dont le résultat différait notablement de ce qui avait cours dans la science (*Thèse inaug.*, et *Gaz. méd.*, 1839. *Rech. sur les rétréciss.*, et *Gaz. méd.*, 1845). Mes idées, si j'en juge par les apparences, ne provoquèrent d'abord que de l'indifférence, sinon de la prévention. Cependant comme elles étaient l'expression de faits bien observés, elles devaient nécessairement se trouver confirmées plus tard par de nouvelles observations; aussi ont-elles fait silencieusement leur chemin, et je ne suis pas surpris de les voir professées et dans les sociétés savantes et dans des livres, par des personnes qui, quelques-unes du moins, seront peut-être surprises d'apprendre qu'elles ne font que répéter ce que j'ai dit bien avant elles de la manière la plus explicite (1).

Ce ne sont donc pas des changements, mais de simples additions que je viens apporter aujourd'hui après ces vingt nouvelles années de pratique, et même ces additions ne porteront que sur deux points :

1° Le cathétérisme dans les cas de rétrécissements réputés infranchissables;

2° Le traitement de ces rétrécissements.

Quant à ce que j'ai écrit sur la nécessité d'envisager autrement qu'on ne le faisait avant moi les rétrécissements dits inflammatoires et spasmodiques, sur la formation des rétrécissements organiques, sur leur structure constamment la même, constamment fibreuse, sur la variabilité de leurs symptômes et sur l'explication de cette variabilité par des troubles que ces rétrécissements provoquent dans les parties profondes de l'urètre, notamment au col de la vessie, sur tout cela je n'ai rien à retrancher, rien à ajouter, et je m'en réfère à ce que j'ai consigné dans mes premiers travaux.

Néanmoins, je serai obligé de revenir de temps en temps sur quelques-uns de ces points pour bien faire comprendre ceux que je me propose de développer.

§ I. — Sur le cathétérisme dans certains cas réputés infranchissables.

Un rétrécissement organique, à part quelques rares exceptions où il est le produit d'une dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse, est constamment fibreux, qu'il résulte d'une cicatrice consécutive à une plaie accidentelle ou chirurgicale, à une ulcération spontanée ou provoquée, à la cautérisation par exemple, ou bien qu'il l'effet de la condensation et de l'atrophie des aréoles du tissu spongieux et des capillaires de l'urètre, en vertu d'un travail analogue à celui par lequel l'inflammation transforme en cordons fibreux les artères ou les veines.

Les difficultés du cathétérisme proviennent soit de ce que les bougies ne s'engagent pas dans l'orifice du rétrécissement, soit de ce que, bien qu'engagées, elles ne peuvent le franchir dans toute son étendue.

La première provient ou de ce que le travail pathologique qui a produit la transformation organique a marché plus vite d'un côté que de l'autre ou n'existe que d'un côté, et a fait ainsi que l'orifice de la stricture n'est pas au centre du canal; ou bien de ce que cet orifice, quoique originairement central, a été déjeté de côté par une fausse route faite au devant de lui, fausse route dans laquelle les bougies viennent désormais presque inévitablement aboutir. Pour ces cas, j'ai conseillé des bougies qui, plus ou moins coudées à leur extrémité, peuvent par cela même être portées successivement sur tous les points de la circonférence de l'urètre, et finissent par trouver, par enfiler l'orifice du rétrécissement.

La seconde difficulté résulte de l'étroitesse de la coarctation, de la rigidité du tissu qui la forme, et quelquefois même de son trajet sinueux. J'ai conseillé de ne pas s'acharner alors à vouloir franchir l'obstacle d'emblée et avec la même bougie : une un peu forte éprouverait trop de résistance de la part du tissu induré; une fine en opposerait trop peu à la pression nécessaire pour l'enfoncer. « Lorsqu'une bougie est arrêtée *dans* un rétrécissement, ai-je dit, on n'a pas assez fait attention qu'elle ne l'est pas seulement par l'obstacle qui se trouve à son extrémité, mais par la somme des résistances éprouvées par toute la partie de son cône engagée dans le rétrécissement. Une conséquence importante, c'est que si l'on pouvait immédiatement anéantir toute autre résistance que celle qui s'exerce à l'extrémité de la bougie, celle-ci pourrait très-probablement pénétrer plus avant jusqu'à ce que la résistance des parties nouvellement traversées, jointe à celle des parties qui ne le sont pas encore, fasse, comme dans la première tentative, équilibre à la pression qu'il est possible d'opérer. Or c'est à quoi je parviens par un artifice bien simple. Je substitue à la première bougie une autre plus volumineuse et à cône moins allongé. Celle-ci, plus forte, supporte une pression plus énergique, elle agit uniquement sur les parties déjà dilatées par la première et les dilate encore davantage; de sorte que si l'on revient à la première, elle n'éprouve plus aucune résistance à sa périphérie dans les points où elle se trouvait auparavant fortement étreinte. Point de raison, par conséquent, pour qu'elle ne traverse pas une seconde partie du rétrécissement comme elle avait traversé la première. On alterne ainsi jusqu'à ce qu'on ait complètement franchi l'obstacle. C'est comme si l'on avait plusieurs rétrécissements, et qu'on se débarrassât de l'étreinte des premiers pour agir plus efficacement sur les autres. » (*Rech.* de 1845, p. 86. *Gaz. méd.*, même année, p. 358.)

Mais depuis que j'ai publié ces méthodes qui comptent aujourd'hui de nombreux succès dans des cas la plupart désespérés, d'autres se sont présentés à moi dans lesquels les deux genres de difficultés se trouvaient réunis : c'étaient surtout des rétrécissements traumatiques. Comme ceux-ci sont habituellement formés par une cicatrice, ils sont très-durs, très-rebelles, et comme la lésion qui en est l'origine a porté le plus souvent sur une partie de la circonférence du canal plus que sur le reste, ils sont très-fréquemment excentriques. Enfin, tandis que dans un rétrécissement d'origine purement inflammatoire, le travail qui le produit est rarement limité à un segment bien défini de la longueur du canal, qu'il se propage plus ou moins en avant et en arrière et ne s'éteint que par degrés, il s'ensuit que l'altération

(1) Mes revendications ont déjà été faites dans mes *Recherches* de 1856, et particulièrement dans le *Mémoire historique* qui les précède; dans la *Gazette hebdomadaire* de 1860, p. 527; et dernièrement encore dans la *Gazette médicale* de 1864, p. 357.

consécutive, que la transformation des tissus enflammés en tissu fibreux est graduelle, et que le rétrécissement présente en avant et en arrière la forme d'un entonnoir. Dans les rétrécissements traumatiques, au contraire, la cicatrice succédant le plus souvent à une déchirure transversale, se confond ordinairement sans transition avec les tissus sains, et le canal se trouve obstrué par une sorte de cloison fibreuse placée de champ, perpendiculairement à l'axe du canal.

Que, dans ces conditions, on essaye de franchir l'obstacle avec une bougie droite et flexible, son orifice étant excentrique, on ne s'engage pas, et même, plus actives et tenaces sont les tentatives, moins assurées sont les chances de succès, parce qu'on finit par faire un ou plusieurs pertuis dans lesquels les instruments vont buter presque infailliblement à l'avenir. Ou bien, si l'on enfile le rétrécissement, il est rare qu'on le traverse d'emblée à cause de son étroitesse et de la rigidité du tissu cicatriciel, et, si l'on veut mettre en usage la méthode que j'ai rappelée plus haut pour ce genre de difficulté, c'est, à chaque changement de bougie, le même embarras pour trouver l'orifice : l'opération devient pénible et pour ainsi dire sans fin.

Aussi, dans beaucoup de cas, les chirurgiens ont-ils fini par trancher le nœud gordien qu'ils ne pouvaient délier et par pratiquer un canal artificiel à côté de l'autre ; car on comprend que c'est presque nécessairement à cela qu'ont abouti les diverses tentatives qu'on a faites pour traverser avec un instrument piquant et tranchant un rétrécissement que les bougies ne pouvaient enfiler. Du reste, il y a peu d'années, on a érigé cette pratique en méthode, et même des rapports fort laudatifs et rémunérateurs ont été faits à l'Académie de médecine sur des observations de ce genre.

Malheureusement ces canaux artificiels n'ont rendu et ne peuvent rendre que des services très-peu satisfaisants, comme il eût été facile de le prévoir. Formés eux-mêmes d'un tissu cicatriciel, ils sont aussi rétractiles que celui qu'ils remplacent ; ils sont nécessairement plus longs, commençant au-devant du rétrécissement et ne rentrant qu'au delà dans la vraie route ; enfin leur déviation de l'axe normal rend difficile le passage des bougies nécessaires à l'entretien de leur diamètre. Inutile de rappeler les difficultés qui accompagnent habituellement leur exécution et les suites fâcheuses qui en sont fréquemment la conséquence.

En résumé, il est de la plus haute importance de trouver le vrai canal et de lui rendre son diamètre.

Mais comment remplir ces deux indications? Comment vaincre les difficultés qu'elles présentent?

Pour trouver l'orifice d'un rétrécissement excentrique, Béniqué a proposé d'introduire dans l'urètre un tube ouvert à ses deux extrémités, et rempli par un faisceau de bougies très-déliées de cordes de boyau qu'on pousse l'une après l'autre contre le point rétréci, supposant que l'une d'elles correspondrait infailliblement à l'orifice et s'y engagerait. Mais ce procédé est beaucoup plus ingénieux qu'utile : ces bougies en faisceau sont d'un maniement difficile, glissant mal les unes sur les autres, ne conservant pas toujours les mêmes rapports pendant qu'on les retire et qu'on les repousse ; leur extrémité s'imprègne de mucosités, se gonfle, se ramollit, et, lors même que l'une d'elles entrerait, il serait bien rare qu'on en fût averti assez à temps pour qu'on continuât de la pousser au delà de l'obstacle. Ajoutons que, ramollie, elle aurait trop peu de force et de poli pour vaincre un rétrécissement un peu résistant.

Cette dernière circonstance rend également insuffisant le procédé que j'ai décrit plus haut pour les rétrécissements excentriques. Il convient très-bien quand l'obstacle ne présente pas d'autre difficulté que la position latérale de son orifice ; mais lorsqu'il est très-dur et très-rebelle, la bougie, en raison de sa flexibilité accrue par sa courbure, n'avance pas, et c'est à chaque tentative le même embarras pour retrouver l'orifice, la même impuissance à traverser le trajet rétréci.

Je vais décrire immédiatement le procédé auquel j'ai été obligé de recourir dans les observations qui vont suivre.

J'ai fait fabriquer : 1° un tube métallique long de 16 centimètres ouvert à ses deux extrémités, ayant à l'une 9 et à l'autre 10 millimètres de diamètre ; 2° une tige en acier de 1 millimètre 1/2 de diamètre, longue de 25 centimètres, inflexible, cylindrique, simplement arrondie à l'une de ses extrémités et munie à l'autre d'un renflement olivaire de 2 millimètres 1/2.

Je me place à gauche du malade couché horizontalement.

J'introduis le tube par son extrémité la plus volumineuse si elle peut entrer, par l'autre dans le cas contraire, et, pour faciliter sa pénétration, je la remplis préalablement d'une sonde élastique dont l'extrémité arrondie ou conique dépasse un peu son ouverture urétrale. J'adoucis en outre avec du suif la saillie circulaire que son rebord forme sur la bougie. Arrivé près du rétrécissement, je retire celle-ci et je pousse le tube bien dans l'axe du canal de manière à ce qu'il aboutisse à l'obstacle perpendiculairement à sa face antérieure. Pendant ce temps de l'opération, il ne faut pas oublier, si cet obstacle existe au niveau ou au delà du ligament suspenseur, qu'à partir de ses attaches antérieures jusqu'au bulbe le canal suit une direction légèrement descendante, et il faut, en conséquence, donner au tube une inclinaison qui se rapproche beaucoup de celle que prend la verge dans les fortes érections.

Les choses étant en cet état, la main gauche, tenant la verge entre le médius et l'annulaire et l'extrémité externe du tube entre le pouce et l'index, maintient ce tube fortement pressé contre le rétrécissement qui se trouve ainsi tendu comme la peau d'un tambour.

Alors la main droite introduit dans le tube la tige métallique par son petit bout jusqu'au rétrécissement, et l'appuie sur les différents points de sa surface par une pression douce, mais soutenue, et sans le plus petit mouvement de vrille. Après chaque pression, il faut n'en ramener la tige à soi que très-lentement : on va voir pourquoi.

Si ces manœuvres sont bien exécutées, il arrive un moment où ce retrait donne la sensation d'une très-légère résistance. On doit alors bien se garder de persister à retirer la tige, car cette résistance indique que son extrémité a pénétré dans le rétrécissement et s'y trouve serrée. Il faut au contraire presser de nouveau toujours de la même manière et dans la même direction. L'extrémité parfaitement arrondie de la tige et la dureté du tissu qu'il s'agit de traverser sont des garanties contre une fausse route, et, de plus, si l'on en créait une, on en serait averti à la fois par la sensibilité du malade qui serait beaucoup plus vive et par la liberté de la tige qui ne serait pas étreinte comme elle est quand, ne déchirant rien, elle se borne à dilater une portion rétrécie et indurée du canal.

Lorsque j'ai pénétré à une certaine profondeur et que j'ai lieu de croire que je n'avance plus, je fais comme dans le second procédé que j'ai décrit plus haut : je retire la tige et je la réintroduis par son bout olivaire ; je dilate avec lui la portion déjà traversée pour revenir après au petit bout, et ainsi de suite jusqu'à ce que j'aie atteint la limite postérieure de la coarctation, ce que m'indique alors l'extrémité olivaire employée comme bougie exploratrice à boule.

Obs. I. — M. M..., (Eugène), âgé de 43 ans, marchand de chevaux à Courtrizyx (Aisne), vient à Paris, le 10 mai 1861, dans la Maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu, pour s'y faire traiter par moi d'un rétrécissement de l'urètre.

Il avait reçu, quelques années auparavant, sur le périnée, un coup de pied de cheval qui avait déterminé une tuméfaction considérable et une hémorrhagie par la verge. On essaya alors de le sonder ; mais toute tentative fut inutile, soit dans son pays, soit à Laon, et comme les accidents se calmèrent graduellement, il redevint tranquille sur son état jusqu'à ce que le jet de l'urine ayant diminué de plus en plus, de manière à ne plus se faire que goutte à goutte, il commença à concevoir des inquiétudes pour l'avenir. Il se rendit de nouveau à Laon, puis à Reims, où diverses tentatives de cathétérisme faites par des mains très-habiles furent de nouveau sans résultat.

C'est alors qu'il me fut adressé.

Je lui laissai d'abord quelques jours de repos, et c'est le 13 mai que j'essayai pour la première fois de le sonder. Je dois dire qu'on rencontrait au périnée, immédiatement derrière le scrotum, une induration du canal de 3 centimètres de longueur et séparée en deux par une espèce d'étranglement. Elle avait le volume et donnait la sensation de deux avelines placées bout à bout sur le trajet du canal. Nous en aurons bientôt l'explication.

Du 13 au 21 mai, je fis presque journellement des essais de cathétérisme qui durèrent la plupart une heure et plusieurs une heure et demie sans que je pusse parvenir seulement à trouver l'orifice, et, pour cela, j'employai des bougies en gomme élastique de toutes formes et plus ou moins fines, de cylindriques, de coniques, de molles, de roides, de droites, de courbes près de leur pointe ; j'en employai de corde de boyau, de baleine et même de métalliques ; je cherchai, soit au centre du point rétréci, soit sur les divers points de sa circonférence, tout fut inutile. Heureusement qu'aucune de ces recherches si longues, si multipliées, ne se compliqua de rétention complète, ce que je craignais beaucoup. Il est vrai que j'ai agi toujours avec une extrême précaution, et que, ne sentant nulle part la pointe de mes instruments s'engager, je me gardais bien d'appuyer. Aussi les premières gouttes d'urine étaient-elles à peine teintes de sang.

C'est le 21 mai, qu'ayant fait fabriquer l'appareil précédemment décrit, j'y eus recours pour la première fois.

Après avoir tendu la face antérieure du rétrécissement comme il a été dit, je ne tardai pas à m'apercevoir qu'en le parcourant en tous

sens avec le petit bout de la tige métallique, celle-ci était arrêtée et comme accrochée en un certain endroit. Cette inégalité me parut être l'orifice du rétrécissement. J'appuyai donc l'extrémité de la tige sur ce point avec les précautions susindiquées, et comme, sans que le patient en éprouvât une douleur vive, la tige pénétra assez pour donner la sensation de l'étreinte caractéristique, j'insistai de plus en plus et je dilatai ensuite avec l'extrémité olivaire. Immédiatement après le malade urina plutôt mieux que pis, et les premières gouttes seulement furent un peu rougeâtres.

En trois jours, je pénétrai ainsi à 12 millimètres environ de profondeur, et j'arrivai dans un endroit où l'olive manifesta plus de mobilité en même temps qu'elle faisait éprouver au malade une sensation plus vive, sans cependant pénétrer plus loin.

Bien que j'eusse pris toutes les précautions pour ne pas dévier de l'axe de la portion du canal sur laquelle j'agissais, bien qu'il n'y eût pas eu de véritable écoulement sanguin, ma foi se trouva ébranlée; j'eus peur d'avoir traversé la paroi fibreuse, par cela même peu vasculaire du rétrécissement et d'être arrivé dans le tissu cellulaire environnant, bien que le toucher extérieur ne m'en donnât aucun signe.

Pour lever ces doutes, j'appelai Robert en consultation.

Celui-ci, après avoir bien examiné l'état des choses et avoir vainement essayé d'aller plus loin, après avoir surtout insisté sur l'emploi de bougies tortillées que des raisons plus spécieuses que solides ont mises à la mode, me dit qu'il était néanmoins convaincu que je ne m'étais pas égaré, et il m'engagea à persister dans la même direction.

En effet, à partir de ce jour, je continuai plus résolument, mais toujours de la même manière et avec les mêmes précautions. Je sentis bientôt ma tige s'engager de nouveau dans un pertuis dense et peu douloureux, et, le 4 juin, j'arrivai de nouveau dans un endroit plus mou et plus sensible.

Pensant alors être arrivé dans la partie la plus reculée du bulbe, je dirigeai en haut, vers l'abdomen, l'extrémité engagée de la tige métallique, et je la sentis pénétrer graduellement jusqu'au col de la vessie qu'elle ne put cependant franchir à cause de sa propre rectitude. L'émission de l'urine fut bien plus facile à partir de ce moment.

Le 5, j'arrivai de la même manière jusqu'au col de la vessie sans pouvoir également aller plus loin. Une bougie n° 7 de la filière Charrière y pénétra aussi, mais sans parvenir au delà. Je la laissai quelques heures en place.

Enfin le 6, une sonde n° 6 munie d'un mandrin courbe arriva dans la vessie, donna issue à l'urine et fut laissée en place.

Le 7, je la remplaçai par un n° 8. Le 8, n° 12. Le 10, n° 14.

Le 11, j'explorai avec une bougie à boule et je reconnus qu'il existait deux rétrécissements. Ainsi, ce rétrécissement traumatique était double, ce que je m'explique difficilement. C'est dans l'intervalle sans doute que j'avais été arrêté au milieu du traitement, et probablement que l'étranglement qu'on sentait par le périnée et que j'avais considéré comme l'indice d'un travail de fibrification et d'atrophie plus avancé des parois, correspondait tout simplement à une portion de celles-ci qui avait conservé sa structure normale, sa souplesse et sa sensibilité.

Le 12, je remets à demeure le n° 14; le 13, le n° 15; le 14, le n° 17; le 16, le n° 18; le 19, le n° 20.

Les 21, 22, 24, 25, 26 et 27, je me contentai de passer momentanément les n°s 21 et 22.

Le 28, le malade partit urinant parfaitement; mais je ne lui conseillai pas, ainsi que je ne manque presque jamais de le faire, de se passer lui-même des bougies à des intervalles réguliers, parce que j'avais cru m'apercevoir que ma tige métallique, après avoir franchi le dernier rétrécissement, avait creusé au fond du bulbe une petite fausse route dans laquelle l'extrémité des bougies venait buter. Je résolus conséquemment d'attendre que ce pertuis fût cicatrisé avant de lui montrer à entretenir lui-même la dilatation de son rétrécissement, et je lui recommandai de revenir à Paris au bout de deux ou trois mois. Je ne l'ai pas revu : la dilatation s'est-elle maintenue jusqu'à présent? ou bien le malade a-t-il appris dans son pays à se passer les bougies propres à l'entretenir? Je ne sais; mais je lui avais rendu un tel service que bien certainement il ne se serait pas adressé à d'autres s'il eût éprouvé le moindre embarras.

Cette petite fausse route au fond du bulbe me conduit naturellement à dire quelques mots relatifs à une disposition anatomique particulière, qui ne me paraît pas avoir suffisamment fixé l'attention et qui ne manquerait pas d'importance en cas pareil.

L'urètre n'a pas toujours, beaucoup s'en faut, la même longueur entre le ligament suspenseur qui fixe la verge à la face antérieure du pubis et le fond du bulbe, soit que cela dépende de diversités de largeur ou d'inclinaison de l'arcade pubienne, soit qu'il résulte de ce que l'urètre traverse l'aponévrose moyenne à une distance plus ou moins éloignée de la face postérieure de la symphyse. Ce que l'expérience m'a démontré de la manière la plus évidente, c'est que lorsque le bec des sondes est arrivé dans l'angle que forme la paroi supérieure du canal au niveau du ligament en question, tantôt il faut encore parcourir un assez long trajet et plonger pour ainsi dire vers le rectum pour arriver à la portion ascendante du canal, tantôt on y parvient presque aussitôt. On comprend que, dans la pratique du cathétérisme que je viens de décrire, l'ignorance ou l'oubli de ces diversités pourraient avoir des dangers et occasionner des fausses routes.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

II. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Coup d'œil sur les divers traitements de la pustule maligne et exposé d'une méthode nouvelle de traitement de cette affection; par MM. les docteurs J. et C. Manvezin.

La méthode recommandée par MM. Manvezin est une méthode mixte. C'est le traitement par l'extirpation et la cautérisation combinées.

L'extirpation, disent ces médecins, est en général facile à pratiquer. Après avoir déterminé le volume de la pustule à enlever, nous circonscrivons par deux incisions semi-lunaires le noyau induré qui en forme la base; puis, saisissant la petite tumeur avec une pince à dents de souris ou même avec une simple pince à disséquer, nous coupons en dédolant les liens qui l'unissent au tissu cellulaire sous-cutané. L'excision terminée, nous portons le doigt au fond de la plaie, afin de nous assurer que la totalité du noyau induré a été enlevé; si par hasard, ce qui est très-rare, il en restait quelque petit fragment, il serait enlevé immédiatement. Lorsque la tumeur est extirpée, il s'écoule toujours une certaine quantité de sang plus ou moins séreuse, suivant que le pourtour de la tumeur est plus ou moins œdématié, mais nous n'avons jamais vu survenir une hémorrhagie sérieuse. Néanmoins, nous essuyons bien la plaie et la desséchons autant que possible; puis, saisissant un cautère *olivaire*, nous le portons au fond de la plaie, et le tenons appliqué pendant quelques instants sur les divers points de la surface saignante. Lorsque la plaie est grande, on est quelquefois obligé d'appliquer deux cautères à sa surface. Cette cautérisation arrête instantanément la petite hémorrhagie qui avait lieu par la plaie, et détruit quelques parties du tissu cellulaire sous-cutané que l'excision n'avait pas atteintes.

L'excision n'est pas très-douloureuse, la cautérisation l'est davantage, mais cette douleur est de courte durée; une irrigation d'eau froide faite sur le point cautérisé la fait cesser *immédiatement*.

La plaie est ensuite pansée avec un plumasseau de charpie recouvert de styrax ou de baume d'Arcæus.

Les suites de cette opération sont des plus simples, pourvu toutefois qu'elle soit faite *avant l'apparition des symptômes généraux*. Dès le lendemain le gonflement œdémateux a sensiblement diminué; une zone d'un rouge vif entoure l'escarre produite par le cautère. Dans un espace de temps variable de huit à quinze jours, selon la profondeur de la cautérisation, cette escarre se détache, et la plaie est bientôt comblée par des bourgeons charnus.

Lorsque cette méthode est pratiquée avant l'apparition des symptômes d'intoxication, nous obtenons des *succès constants*; la facilité avec laquelle nous pouvons enlever le noyau induré est cause que jamais nous n'avons été obligés de faire une seconde cautérisation.

Lorsque, au contraire, les accidents généraux se sont développés avant toute espèce de traitement, notre méthode n'a pas plus que les autres la prétention de les arrêter; ces accidents paraissent suivre leur cours avec presque autant de violence que si l'on avait abandonné la maladie à elle-même. Il ne s'ensuit pas cependant que l'on doive se borner à l'expectation : même dans ce cas, l'excision combinée à la cautérisation offre des avantages réels; elle limite les accidents locaux, excite la vitalité de la partie, peut-être aussi provoque-t-elle la réaction générale, et si, plus tard, le malade doit guérir, elle lui épargne de grandes pertes de substance en prévenant l'extension de la gangrène.

III. REVUE MÉDICALE.

Les numéros du 30 novembre 1863 au 31 mars 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Quelques considérations sur un cas de paralysie moins rare qu'on ne pense*, par M. Sales-Girons. 2° *Hygiène des ouvriers employés dans les filatures*, par M. Anquetin. 3° *Goître exophthalmique*, par M. Collard. 4° *Le positivisme*, par

M. Sales-Girons. 5° *Des faits et de la doctrine*, par M. Guillemot. 6° *De l'hypochondrie*, par le même. 7° *De l'inspection médicale des eaux minérales près des établissements thermaux*, par M. Sales-Girons. 8° *Angine couenneuse; paralysie consécutive*, par M. Billard. 9° *La vie est-elle une faculté de l'âme en physiologie?* par M. Murat. 10° *De la genèse de la vie dans les êtres organisés*, par M. Joire.

IV. REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros du 1er septembre 1863 au 15 mars 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Thérapeutique des syphilis faibles*, par M. Diday. 2° *Note sur l'ophthalmie produite par le soufrage des vignes*, par M. Bouisson. 3° *Du tamponnement du vagin et de ses indications dans les hémorrhagies utérines*, par M. Godefroy. 4° *Traitement de la cataracte sans opération*, par M. de Saint-Ildefond. 5° *Théorie générale de l'anesthésie*, par M. Ozanam. 6° *Entéro-épiplocèle étranglée, débridement multiple, guérison*, par M. Cabaret. 7° *Fracture de l'humérus par écrasement et perte de substance osseuse, guérison sans difformité*, par M. Binot de Villiers. 8° *Des moyens de corriger les présentations vicieuses du fœtus par les manœuvres externes*, par M. Nivert. 9° *Combien faut-il attendre de temps pour délivrer une femme*, par M. Mattéi. 10° *Cas de fractures multiples*, par M. Binot. 11° *De la folie*, par M. Turck. 12° *De l'hydrosotile asiatique*, par M. Cazenave. 13° *La névralgie lombo-abdominale considérée surtout au point de vue des causes et du diagnostic*, par M. Fort. 14° *Des eaux de Luxeuil*, par M. Martin-Lauzer. 15° *Névralgie congestive de la tête guérie par l'hydrothérapie*. 16° *De la paralysie diphthéritique et de son traitement*, par M. Bricheteau. 17° *De la trichine*, par M. Smith. 18° *De la ménorrhagie et de son traitement*, par M. Raciborski. 19° *Nouveau traitement de la surdité*, par M. Lefebvre-Duruflé. 20° *Moyen simple d'obtenir une délivrance rapide*, par M. de Conféron.

De l'hydrocotyle asiatique; par M. le docteur Alph. Cazenave.

L'hydrocotyle asiatique a été, on se le rappelle, donné comme un moyen presque héroïque de combattre les maladies les plus graves, et notamment la syphilis et l'éléphantiasis des Grecs. Les expériences qui ont été instituées à Paris ont fait partie de ces prétentions, et l'hydrocotyle est généralement regardé comme un agent inoffensif et à peu près inutile. Cet abandon complet est pourtant injuste, d'après M. Cazenave. Ce n'est pas qu'il ait trouvé l'hydrocotyle utile contre l'éléphantiasis des Grecs et dans la syphilis, il est disposé tout au plus à le considérer comme un auxiliaire utile, à titre de sudorifique. Mais, dit-il, dans plusieurs formes de maladies de la peau, et surtout dans celles qui sont caractérisées par une hyperesthésie pure, ou dans lesquelles l'hyperesthésie existe comme complication... dans plusieurs éruptions accompagnées d'un suintement, d'une exsudation plus ou moins considérable..., et enfin dans plusieurs autres affections qui semblent demander pour leur guérison une certaine excitation nouvelle comme directe de la peau..., l'hydrocotyle asiatique a été souvent un agent de traitement très-efficace, un moyen de guérison.

Les maladies dans le traitement desquelles l'expérience a le mieux constaté son action heureuse sont : le prurigo, le lichen, le psoriasis et l'eczéma.

La meilleure manière de l'administrer est en pilules de 5 centigrammes et sous la forme de sirop, dont une cuillerée représente 5 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique.

On commence par 2 pilules ou 2 cuillerées de sirop, qu'on peut porter jusqu'à 20 (10 matin et soir). Mais il vaut mieux s'en tenir à une dose moindre, 12 pilules par jour, par exemple, d'abord parce qu'au delà il survient souvent de la céphalalgie, de l'oppression, de la perte d'appétit, qui obligent d'interrompre le traitement, et ensuite parce qu'il faut souvent, pour obtenir un bon résultat, le continuer longtemps, plusieurs mois.

V. JOURNAL DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX.

Les numéros de janvier à juillet 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations sur la philosophie naturelle et application à la médecine d'une méthode employée à rechercher la cause des différences que présentent les eaux naturelles dont on fait usage en teinture*; par M. Chevreul. 2° *Mémoire sur les divers modes de naissance de la substance organisée en général, et des éléments anatomiques en particulier*, par M. Robin. 3° *De la saillie de l'œil consécutive à une lésion nerveuse chez la grenouille*, par M. Liégeois. 4° *Expériences et considérations sur la greffe anormale*, par M. Best. 5° *Note sur les éléments anatomiques appelés myéloplaxes*, par M. Robin. 6° *Action physiologique de l'aconitine sur l'homme, comparaison de ses propriétés avec celles de l'aconit*, par M. Hottot. 7° *Note sur l'action physiologique et thérapeutique de la fève de Calabar*, par M. Harley. 8° *Sur la production des tumeurs épithéliales dans les nerfs*, par M. Cornil. 9° *Mémoire sur la structure du cervelet et des appareils de l'innervation cérébelleuse*, par M. Luys. 10° *De la déviation latérale de la mâchoire supérieure et de ses conséquences chez les rongeurs*, par M. Gouhaux. 11° *Mémoire sur le développement des vertèbres atlas et axis*, par M. Robin. 12° *De la distribution des nerfs pneumogastriques dans les poumons des ophidiens*, par M. Jacquart. 13° *Expériences sur l'action physiologique des sels de potassium, de sodium et de rubidium injectés dans les veines*, par M. Grandeau. 14° *Recherches sur la structure de la muqueuse du col utérin à l'état normal*, par M. Cornil. 15° *Recherches expérimentales sur les causes de la coloration rouge des tissus enflammés*, par MM. Estor et Saint-Pierre. 16° *Sur le rapport de capacité de chaque oreillette sur celle du ventricule correspondant*, par MM. Robin et Hiffelsheim.

Sur la production des humeurs épithéliales dans les nerfs; par M. V. Cornil, interne des hôpitaux.

Il résulte des faits exposés dans ce travail que, consécutivement à des tumeurs épithéliales, les nerfs sont assez fréquemment le siége de névromes de même nature, développés soit par contiguïté du tissu morbide, soit loin du lieu primitivement affecté.

La structure de ces névromes présente à considérer : 1° les lésions du névrilème et du périmètre; 2° celles des tubes nerveux.

Les lésions de l'enveloppe cellulaire des tubes, que M. Cornil a observées jusqu'à présent, sont de deux espèces :

L'une constitue une tumeur dure, demi-transparente, donnant peu de suc à la pression, formée d'un tissu à alvéoles très-serrées, contenant elles-mêmes de petites cellules arrondies ou des noyaux.

L'autre consiste dans des névromes moins durs, donnant sur une coupe un liquide épais et abondant, qui sort d'alvéoles visibles à l'œil nu, possédant sur leur surface interne des papilles vasculaires. Les cellules épithéliales sont, dans cette espèce, volumineuses, aplaties, prismatiques ou polyédriques, à plusieurs prolongements.

Les tubes nerveux sont altérés partiellement; dans le petit nombre de ceux qui sont malades, la substance médullaire est granuleuse et se transforme en molécules graisseuses parfois réunies en amas granuleux.

Cette altération des tubes nerveux, qui se propage dans tout le bout périphérique, détermine la production de douleurs très-vives, continues, avec des exacerbations qui sont, dans certaines tumeurs utérines, le caractère symptomatique dominant.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 AOUT 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Un rapport de M. le docteur Jacquet, médecin sanitaire à Beyrouth, contenant des renseignements sur le bouton d'Alep. (Commissaire : M. Gibert.)

2° Un rapport de M. le docteur Lacaze (de Montauban) sur une épidémie de variole. (Commission de vaccine.)

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements de Tarn-et-Garonne et des Basses-Alpes. (Commission des épidémies.)

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Taillade, et de Pietrapola (Corse), par M. le docteur Perelli. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône), sur la question de savoir quel est le moment précis où le vaccin devient préservateur;

2° Un mémoire de M. le docteur Chilhaud (de Mesnil-Esnard), sur une expérience de vaccination. (Commission de vaccine.)

3° Un mémoire sur deux cas de hernie crurale, par M. le docteur Meugy (de Rethel). (Commissaires : MM. Malgaigne et Gosselin.)

4° Une note de M. le docteur Berthier, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Bourg, sur la guérison du ptyalisme des aliénés.

PRÉSENTATIONS.

M. Devilliers présente, au nom de M. Tuefferd fils (de Montbéliard), un mémoire sur la contagion générale, mémoire qui a été couronné par la Société de médecine de Lyon.

— M. Larrey présente :

1° Au nom de M. Kœberlé, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, une note sur les opérations d'ovariotomie qu'il a pratiquées dans ces dernières années;

2° Un mémoire de M. le docteur Coccnd, médecin militaire, sur l'issue de l'épiploon compliquant les plaies pénétrantes de l'abdomen;

3° Un mémoire de M. le docteur Cronilhois, médecin militaire, sur une épidémie de fièvre jaune à la Vera-Cruz;

4° Un travail de M. le docteur Marmy, médecin militaire, sur les blessures par armes à feu au point de vue chirurgical et médico-légal.

— M. Piorry fait hommage à l'Académie de son livre récent intitulé : *De la médecine du bon sens ou de l'emploi des petits moyens en thérapeutique*. Les moyens que je recommande, dit l'honorable professeur, sont des moyens simples, hygiéniques, préférables à la médecine des poisons. Ces moyens sont fondés sur l'étude de l'anatomie et de la physiologie.

— M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de la note suivante :

Photo-autographie ou autographie des figures photo-microscopiques du système nerveux. (Spécimen présenté à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, par M. le docteur Duchenne, de Boulogne).

L'Académie se rappelle que dans l'une de ses précédentes séances, je lui ai présenté une première série de figures photo-microscopiques du système nerveux, comparativement à l'état normal et à l'état pathologique, et que les figures étaient d'une parfaite exactitude.

Malheureusement, les clichés sur verre ne pouvant pas donner en général plus de 3 à 400 épreuves ou étant trop fragiles, et le tirage de ces petites figures coûtant pour chacune d'elles au moins de 15 à 20 centimes, la publication de mes recherches photo-microscopiques offrait de grandes difficultés.

Dans le désir de vulgariser la photo-microscopie du système nerveux, qui me paraît devoir porter la conviction dans tous les esprits sur la réalité de l'anatomie microscopique, et étendre peut-être les limites de cette science ; je me suis appliqué à reporter sur la pierre lithographique mes figures photo-microscopiques déjà photographiées.

Les spécimens dont j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie montrent, si on les compare aux préparations microscopiques originales, qu'elles sont rendues avec une exactitude et une finesse de détails que la main de l'homme ne saurait égaler.

Le prix du tirage de chaque planche, composée de six figures, ne montera pas à plus de 4 à 6 centimes ; et puis ces figures ne sont pas altérables comme celles qui sont produites par le tirage photographique.

Il serait inopportun d'exposer ici dans tous leurs détails les manipulations à l'aide desquelles j'ai reproduit les images photo-microscopiques du système nerveux. Mais je dois déclarer que j'ai employé d'abord un procédé photo-autographique qui a quelque analogie avec celui qui a été imaginé en Angleterre par M. le colonel James.

Ce procédé a été appliqué en France par M. le capitaine Ban à de magnifiques reproductions galvanoplastiques de la carte de France et aux plans stratégiques. Il a bien voulu m'en apprendre la manipulation, qu'il a modifiée et appropriée heureusement à une étude de l'anatomie microscopique, après bien des essais et des tâtonnements. Grâce à l'obligeance de cet officier distingué, il m'a été possible d'exécuter moi-même les planches que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie.

RAPPORT. — FIÈVRE JAUNE.

M. Beau, au nom de la commission de la fièvre jaune, lit un rapport officiel sur les travaux de M. le docteur Dumont, qui avait été envoyé en mission au Mexique pour étudier la fièvre jaune.

Ce travail, dit M. Beau, renferme trois mémoires : le premier contient 108 conclusions ayant trait à la topographie médicale, les constitutions médicales et les maladies régnantes du Mexique.

Le second consiste en une étude symptomatologique et étiologique de la fièvre jaune. Il renferme 75 conclusions.

Le troisième renferme 136 conclusions qui établissent les rapports entre les lésions anatomiques révélées par les caractères chimiques et microscopiques, et les symptômes de la fièvre jaune.

M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre que M. Henri Dumont a bien rempli sa mission.

LECTURE. — NOUVELLE CAUSE DE DYSTOCIE. — GROSSESSE UTÉRO-INTERSTITIELLE.

M. Parise, professeur de clinique externe à l'École de médecine de Lille, lit une observation non suivie d'autopsie, où il a été facile néanmoins d'établir que chez une femme qui accouchait d'un second enfant l'utérus était divisé par une cloison anormale. Cette disposition a été vérifiée par M. Depaul, appelé en consultation.

Voici les conclusions :

1° Un fœtus bien conformé peut se développer à la fois dans l'utérus et dans l'épaisseur de ses parois de manière à constituer une grossesse utéro-interstitielle.

2° Cette disposition peut s'opposer à l'accouchement naturel, et constitue une nouvelle cause de dystocie à ajouter à celles trop nombreuses que l'on connaît.

3° Elle peut retarder le développement des contractions utérines et prolonger au delà de son terme naturel la durée de la gestation.

4° Elle peut être diagnostiquée assez à temps pour que le chirurgien puisse y porter remède, et sauver non seulement la mère, mais aussi l'enfant.

5° On devra la soupçonner aux symptômes suivants : tumeur volumineuse, arrondie, occupant le fond du vagin, formée aux dépens d'une des lèvres du col, et dans l'intérieur de laquelle on sent des portions fœtales; orifice utérin situé très-haut sur un côté de la tumeur qu'il embrasse en manière de croissant.

6° Elle peut être prise par une tumeur pathologique, hypertrophique ou autre d'une des lèvres du col, laquelle présente les mêmes symptômes, moins la présence des parties dures fœtales dans son intérieur.

7° Mais il est plus facile de la confondre avec une grossesse interstitielle coïncidant avec une grossesse utérine, dans ces cas les symptômes devant être exactement les mêmes.

8° Le moyen le plus certain d'assurer le diagnostic consiste à introduire la main gauche, si la tumeur fœtale est à gauche, *et vice versa*, à glisser cette main entre la tumeur et le fœtus, et à la porter assez haut pour constater que le fœtus tout entier est contenu dans l'utérus et qu'aucune de ses parties n'est logée dans la tumeur.

9° La grossesse utéro-interstitielle étant reconnue, rien n'est plus simple que de faire disparaître l'obstacle qu'elle apporte à l'accouchement; il faut introduire la main, accrocher avec le bout des doigts le bord supérieur de la cloison qui sépare les deux cavités, porter sur ce bord un bistouri boutonné droit ou convexe fixé sur un long manche, et inciser la cloison de haut en bas et dans une étendue suffisante pour pouvoir dégager facilement la portion du fœtus logée dans la poche interstitielle.

10° Cette petite opération, véritable hystérotomie externe, pratiquée à temps, peut sauver la vie de la mère et celle de l'enfant. (Commissaires : MM. Depaul et Devilliers).

DISCUSSION SUR LA PUSTULE MALIGNE.

M. Jules Guérin prononce un discours que nous reproduisons plus haut.

M. Bouley est inscrit pour parler dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire médicale de la marine française pendant les expéditions de Chine et de Cochinchine de 1859 à 1862; par M. Lauré, médecin principal de la marine, chef des deux expéditions. — Un volume in-8°. — Paris, J. B. Baillière et fils.

On peut dire, sans craindre d'être contredit, que notre médecine militaire et maritime, surtout depuis quelques années, est un grand cours de géographie médicale ; elle nous promène sans trêve et sans repos de l'occident vers l'orient, du nord au midi, des contrées africaines et asiatiques aux régions du Nouveau-Monde. Renfermés jusqu'à ce jour dans un horizon beaucoup trop étroit, dans un cercle pour ainsi dire exclusivement occidental, nos traités classiques ne contenaient que des données, en général assez vagues, sur les maladies des pays chauds. Tout au plus, de loin en loin quelques hardis pionniers de la science se hasardaient dans de timides excursions, afin de chercher dans des contrées nouvelles de nouveaux enseignements et y lire d'autres pages de la pathologie. Aujourd'hui l'horizon s'agrandit, le monde entier se déroule, ce monde qui nous paraît beaucoup moins grand à mesure que nous le parcourons, et ce sont les guerres, les conflits de la politique, les nécessités du commerce et la facilité des communications, qui deviennent les grands maîtres de la géographie médicale. Il y a quelques années à peine c'étaient la Morée et l'Algérie, puis la Crimée et la Turquie ; hier c'était la Chine, aujourd'hui la Cochinchine et le Mexique. Notre cours de géographie se continue et se poursuit, et la vie universelle a pour ainsi dire remplacé la vie nationale. Ici ce sont les races, leurs mœurs, leur nature, leur organisation, leur hygiène, leur pathologie spéciale. Les documents les plus intéressants se multiplient et permettent de

résoudre quelques-unes des grandes questions de la médecine, d'éclairer les épais nuages qui couvrent à tous les yeux l'étiologie de certaines maladies, et pénétrer le sens caché, les mystères qui président à leur développement. Il n'est plus permis aujourd'hui de fermer les yeux sur ce mouvement. C'est à ce besoin intime et profond de notions plus étendues et plus sûres que répond le livre de M. Laure. La France, d'ailleurs, n'est-elle pas directement intéressée à la connaissance des maladies qui se développent dans ces contrées? La France qui entretient à grands frais des corps d'armée dans ces localités éloignées, a besoin d'être éclairée sur la mortalité due aux climats brûlants, sur celle qui tient à des conditions particulières d'insalubrité, sur les conditions bien différentes au milieu desquelles vont se trouver subitement transportées ses troupes.

Le livre de M. Laure, comme l'expédition elle-même, se divise en deux parties : la première, l'expédition de la Chine, 1859 et 1860, comprend l'itinéraire de l'expédition depuis le départ de la France jusqu'à la prise de Pékin. Médecin en chef de l'expédition, concentrant en ses mains tous les rapports des officiers de santé sous ses ordres, personne n'était plus à même que l'auteur de décrire l'histoire médicale de la campagne, de donner des aperçus sur l'ensemble des événements pathologiques dans leurs causes et dans leurs effets, de faire ressortir tout à la fois les faits de guerre accomplis et le rôle de la marine, la physionomie pathologique de la flotte en rapport avec la variété des climats, la marche des saisons et les inégalités successives de l'atmosphère.

Le sol de la province de Sang-haï, 32° lat. N., 120° long., formé de terrains d'alluvions d'une fertilité singulière, est couvert de rizières, de vastes plaines marécageuses qui se perdent à l'horizon, sillonné d'innombrables canaux et jonché partout de céréales qui en font un immense tapis de verdure.

Le ciel est gris, souvent obscurci par les brouillards; des brumes épaisses règnent d'une manière à peu près constante; l'air est saturé d'humidité; la pression barométrique varie de 0m,755 à 0m,762 pendant l'été, et de 0m,763 à 0m,770 pendant l'hiver. Basse en hiver, très-haute en été, la température est celle des climats excessifs. Le thermomètre marque, en effet, plus de 35 degrés d'oscillations de + 32° à — 5°. C'est à l'action combinée de ces conditions météorologiques qu'il faut attribuer l'insalubrité si connue de Sang-haï.

Depuis l'embouchure de Peï-ho jusqu'aux environs de Pékin le pays est plat et le sol marécageux dans le voisinage des rivières. Le climat de Pet-chy-li ressemble beaucoup à celui de Sang-haï avec cette différence que les variations de température y sont moins fréquentes et moins brusques.

La mousson S.-O., qui correspond à la saison d'été et qui s'étend du mois de mai au mois de septembre, est la période insalubre de la contrée; c'est la saison des fièvres et des affections du tube digestif. La diarrhée surtout y est endémique, et ce qui la caractérise c'est son opiniâtreté, sa tendance aux récidives et ses effets consécutifs qui sont ceux de la consomption. Après une analyse raisonnée des causes de cette diarrhée, M. Laure arrive à cette conclusion que c'est dans la constitution atmosphérique de la contrée jointe aux émanations du sol, qu'il faut chercher la cause de cette affection. Cependant il nous paraît faire jouer aux variations atmosphériques un rôle beaucoup trop étendu : ces variations, sans doute, agissent sur tous les corps de la nature, sur notre organisme notamment, cela est bien prouvé; elles produisent la diarrhée, voilà une assertion gratuite qui ne mérite pas une autre épithète, tant qu'on n'aura pas établi par des observations positives et comparatives que dans les pays à diarrhée et dysenterie endémo-épidémiques le régime météorologique affecte des caractères spéciaux qu'on ne rencontre pas ailleurs; or cette démonstration n'a pas encore été faite par personne, bien plus, elle est impossible : il est bien établi d'ailleurs que ces affections existent dans des conditions climatologiques et météorologiques fort différentes en Hollande comme sous l'équateur, sous un ciel clément on agité, constant ou troublé par de larges vicissitudes atmosphériques.

Le sulfate de soude à la dose de 20 grammes au début de la diarrhée et même dans les récidives, est incontestablement le moyen le plus efficace; puis viennent les opiacés, le sous-nitrate de bismuth, le cachou, le ratanhia, le tannin et toute la série des astringents.

La dyssenterie, ce fléau de nos colonies des Antilles, du Sénégal, de Cayenne, de Madagascar, de l'Algérie, est aussi le fléau du nord de la Chine et de nos possessions du royaume d'Annam. C'est en juin qu'on la voit se déclarer, puis prendre en août une extension et une gravité rapidement croissantes; elle n'offre rien de particulièrement propre à cette contrée.

Les fièvres intermittentes, les pernicieuses surtout, sont très-communes dans le nord de la Chine, elles revêtent surtout les formes algide, cholérique, comateuse, délirante, ataxique et syncopale.

Diarrhées, dyssenteries, fièvres paludéennes, telle est la trilogie endémique observée pendant l'expédition. La diarrhée l'a emporté par le nombre, et la dyssenterie par la gravité. L'auteur signale aussi quelques cas de colique sèche, des cas de fièvres typhoïdes, et avec le retour du froid des affections catarrhales.

Dans *la seconde partie* du livre, qui comprend la campagne de la Cochinchine, M. Laure se livre à des considérations d'autant plus intéressantes sur le pays, sa climatologie, sa pathologie spéciales que la France est appelée à coloniser cette contrée lointaine.

Aspect général du pays. Le sol formé de terrains d'alluvions est généralement plat, découvrant peu au-dessus des fortes marées; séparé de la surface par une couche très-épaisse d'humus, le sous-sol est constitué par une roche arénacée de l'espèce des *brèches*.

Les terres qui bordent la rivière sont couvertes de palétuviers; un peu plus loin s'étalent les rizières formées comme partout de petits carrés entourés de talus qui servent de chemins et retiennent les eaux pluviales. Dans son ensemble, l'aspect du terrain serait très-uniforme si des touffes de palmiers parmi lesquels domine l'*arec*, le cocotier et le chou palmiste; si le jaquier, le bananier et la graminée gigantesque de l'Inde, le bambou ne venaient rompre la monotonie du tableau. Dans les endroits où le terrain est élevé et où l'eau n'est pas stagnante comme dans les rizières, la culture est variée. On y trouve du maïs, du tabac, des cannes à sucre, du coton, de l'indigo, des arachides, des patates douces, des ignames, des concombres, des haricots, l'espèce de poivrier appelée *piper bétel*, etc.

Météorologie. Située par 11° de lat. N. et 104° de long. E. La province de Saïgon jouit d'une température uniforme. C'est peut-être de tous les pays chauds celui où les oscillations thermométriques ont le moins d'amplitude. La moyenne annuelle est, à quatre heures du matin, 24° à 26° centigrades; à une heure du soir, de 28° à 30°, ce qui donne une moyenne générale de 27° à 28° centigrades. La différence entre les maxima et les minima n'est que de 9°. C'est à la fois un climat *brûlant* et *constant*.

La pression barométrique varie de 0m,755 à 0m,759. L'hivernage, ou saison des pluies, commence au mois d'avril pour finir en novembre. Durant cette période en 1861, le maximum des jours de pluie, 26, a été observé en juin; le minimum, 14, en novembre. Pendant la même année, le nombre total des jours de pluie a été de 176. Dans de pareilles conditions, l'air est nécessairement très-humide, et l'atmosphère chargée d'électricité. Mesuré à l'aide du psychromètre, le degré d'humidité de l'air varie de 58 minimum de la saison sèche, à 89 maximum de l'hivernage. La tension électrique est indiquée non-seulement par les orages et les coups de tonnerre qui se répètent chaque jour pendant l'hivernage, mais encore par les éclairs dits de chaleur, qu'on voit se succéder le soir pendant la saison sèche alors que le ciel est serein.

Située vers le milieu de la longueur du fleuve sur un plateau peu élevé, à 45 milles de la mer, la ville de Saïgon ne ressent pas l'influence journalière et bienfaisante des brises de terre et de mer, qu'on n'observe, on le sait, qu'à de faibles distances des côtes. A moins de grandes perturbations dans l'atmosphère, les vents des deux moussons de N.-E. et de S.-O. n'y soufflent même pas d'une façon régulière. Le plus souvent il ne règne, en effet, que des brises folles, variables, sans direction bien déterminée.

Maladies endémiques. Plus nombreuses qu'en Chine, les maladies endémiques dans la basse Cochinchine peuvent se ranger ainsi par ordre de fréquence : fièvres paludéennes, rémittentes bilieuses, embarras gastriques, apyrétiques ou non, diarrhée, dysenterie, choléra, colique sèche, hépatite.

L'élément palustre domine la pathologie de la contrée, la nature du sol et la position topographique en donnent la raison. Mais ce qui est plus difficile à expliquer, c'est la bénignité relative des fièvres, c'est le petit nombre d'accès pernicieux qu'on observe au sein de cette atmosphère chargée d'effluves de marais. C'est précisément le contraire de ce qu'on observe en Chine. *L'uniformité de la température en Cochinchine et ses variations fréquentes, son instabilité si prononcée en Chine, ne seraient-elles pas la cause de cette différence?*

C'est surtout pendant l'hivernage que règnent les fièvres; nous les voyons apparaître en mars, atteindre en juin leur summum d'intensité, décroître en juillet, présenter une recrudescence à la fin d'octobre et au commencement de novembre, et faire place aux affections du tube digestif. Presque toutes ces fièvres affectent le type

quotidien, le type tierce est rare, et plus rare encore le quarte. Les récidives sont fréquentes; le sulfate de quinine est un puissant moyen; la liqueur arsenicale de M. Boudin et la solution minérale de Gb. Isnard ont échoné dans tous les cas, à l'exception d'un seul.

La Cochinchine est au nombre des contrées assiégées par le choléra. Quoiqu'on puisse l'observer en tout temps dans ce pays, l'endémie cholérique a cependant une époque de prédilection; c'est la saison sèche, celle qui succède à l'hivernage, c'est du reste l'époque des affections abdominales.

L'auteur donne une bonne description de cette épidémie qui sévit particulièrement sur l'ambulance maritime de Choquan et y fit de nombreuses victimes. Heureusement une prompte dissémination des malades contribua à arrêter les progrès de cette terrible maladie qui avait revêtu les caractères du choléra asiatique le plus grave.

En passant il signale la fréquence et l'opiniâtreté de la bronchite pendant la traversée des troupes et les 25 cas de phthisie consignés dans les rapports de campagne, faits bien propres à invalider la prétendue valeur de la curation de la navigation dans la phthisie.

Rare en Chine, la colique sèche est surtout endémique en Cochinchine, où le climat semble réunir toutes les conditions les plus favorables à son développement. Malgré sa rémission, ses recrudescences, ses oscillations, son règne de prédilection est la saison des pluies ou l'hivernage, ainsi que le démontre le relevé des cas observés, soit à bord des navires, soit à l'ambulance de Saïgon en 1862. M. Laure démontre par les faits que ce n'est pas à l'usage des boissons chargées de substances toxiques de plomb qu'il faut attribuer le développement de cette maladie: il a vu la colique sèche se produire avec tous les caractères qu'on sait appartenir à la colique de plomb indépendamment de toute intoxication saturnine contrairement à l'opinion émise par un des médecins les plus distingués de la marine, M. Lefèvre, et plus récemment par M. Linquette, médecin-major en Cochinchine. Il est évident pour M. Laure qu'il existe en basse Cochinchine comme en certaines contrées chaudes, Cayenne, Bourbon, etc., des coliques sèches d'une autre nature que la colique de plomb, quoique semblable à celle-ci par la forme symptomatique. Il est confirmé dans son opinion par les faits suivants:

1° Les deux sources d'intoxication signalées comme les plus actives, l'eau de la cuisine distillatoire et l'eau des charniers, ne pouvaient plus être incriminées, puisque, d'une part, l'eau qui servait de boisson était puisée à terre dans des puits de la localité, et, de l'autre, la plupart des navires de l'expédition, partis de France à la fin de 1859, avaient reçu les améliorations proposées par M. Lefèvre lui-même, c'est-à-dire étaient munis de siphons et de biberons en bois. Et cependant 53 cas se sont présentés, et sur ce nombre 36 étaient offerts par des sujets que leur profession tenait éloignés de la machine et qui ne se servaient jamais d'ustensiles plombifères.

2° Le liséré de Burton n'a pas une valeur pathognomonique propre à déceler constamment l'intoxication saturnine. M. Laure l'a constaté plusieurs fois sur des malades anémiques atteints de cachexie paludéenne, qui n'avaient jamais souffert de l'intestin. Quoique très-fréquent dans la colique saturnine, il n'y est cependant pas constant.

Cette opinion de M. Laure se recommande en outre de l'autorité non contestée de MM. Fonssagrives, Colas, Dutroulau, Chapuis, Marroin, Mauduyt, etc. Nous ajouterons à notre tour qu'il ne faut pas en rechercher la cause dans un élément nautique qui en ferait pour ainsi dire une maladie exclusive aux gens de mer, une colique du marin, ainsi qu'on l'a appelée quelquefois; ces cas de colique sèche ne se sont pas montrés rares dans l'armée de terre, ainsi que le constate M. Linquette (1).

Comment se fait-il d'ailleurs que les équipages anglais et américains qui, plus que nous, ont l'occasion de voyager sous les latitudes intertropicales, sont à peu près exempts de cette maladie. Comme on le voit, cette question demeure, malgré toutes ces recherches, encore bien obscure.

Le soin que M. Laure a donné à l'étude de l'étiologie de toutes ces maladies nous a frappé agréablement et comme un sujet qui flatterait notre tendance. Convenons que cette étude doit être le but des méditations et des recherches de tous les médecins.

Comparant entre elles les maladies de la Chine et de la Cochinchine, l'auteur arrive à cette conclusion que la diarrhée, la dysenterie, les fièvres paludéennes souvent pernicieuses, l'hépatite et la colique sèche forment la caractéristique pathologique de ces deux pays.

Mais si en basse Cochinchine la gravité des fièvres paludéennes est moins immédiate qu'en Chine, les rechutes fréquentes, les secousses réitérées de la maladie ne tardent pas à ruiner la constitution; les malades languissent dans le travail d'un mouvement fébrile qui ne se révèle ni par l'élévation et la dureté du pouls ni par l'intensité des accès, mais qui use la santé et consume lentement les forces de la vie.

Parmi le groupe des maladies chirurgicales, nous signalerons surtout une étude longue sur l'ulcère de la Cochinchine, dénomination que M. Laure propose de remplacer par celle d'ulcère phagédénique, expression qui sert à en faire connaître la nature en même temps qu'elle n'implique pas l'idée d'une entité morbide spéciale à une localité restreinte.

En parcourant cet intéressant travail, qui est écrit avec cette simplicité et cette modestie qui sont l'apanage du vrai mérite, on trouve à chaque page la vérité de l'épigraphe inscrite en tête de son livre, ainsi que les preuves d'une expérience solide et étendue des maladies des pays chauds, de la haute intelligence et du dévouement avec lesquels l'auteur s'est acquitté de ses pénibles fonctions.

Aug. Haspel.

(1) Linquette, médecin-major, *Une année en Cochinchine*, dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire*. Février 1864, p. 105.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 25 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, pour faits de guerre au Mexique:

Au grade d'officier: M. Le Coq, chirurgien principal de la marine.

Au grade de chevalier: MM. Comte et Juvénal, chirurgiens de première classe de la marine; M. Berville, chirurgien de deuxième classe de la marine.

— Par décrets des 25 et 26 juillet 1864, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade d'officier: MM. Ferraton et Navarre, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier: M. Bagnols, médecin-major de deuxième classe, et M. Blin, vétérinaire en deuxième.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Leudet fils est nommé directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen, en remplacement de M. Leudet père, démissionnaire.

— M. Ricord nous adresse la réclamation suivante:

« L'observation de mon cordonnier en chambre est arrivée à propos de l'excursion de la discussion sur le terrain de la morve et au point de vue de la difficulté que l'on a souvent de remonter à la source des maladies contagieuses: ce cordonnier était affecté de *farcin*. Or, il paraissait très-difficile qu'un cordonnier travaillant à l'étage le plus élevé d'une maison eût pu contracter une affection semblable. Mon diagnostic paraissait donc contestable jusqu'au moment où je pus arriver à savoir que ce malade allait souvent chez un vétérinaire du voisinage qui avait eu chez lui un cheval morveux. »

AU RÉDACTEUR.

Très-honoré et très-cher collègue,

Permettez-moi de vous demander l'insertion dans le prochain numéro de votre excellent journal de la rectification suivante:

On lit dans le compte rendu académique de la *Gazette Médicale* du 23 juillet (p. 463, 1re colonne):

« M. Gibert..... S'il y a une question sur laquelle l'expérience ait pu se prononcer, c'est celle-ci; la règle générale est que la pustule maligne est produite par inoculation, *et l'exception par génération spontanée.* »

Or, comme je n'admets pas du tout cette prétendue exception, j'ai réclamé dans la séance suivante et ajouté quelques développements à mon opinion. Cette fois le compte rendu de la *Gazette* (numéro du 30 juillet) m'ayant complétement passé sous silence, je tiens à voir reproduire au moins ce court passage de ma dernière improvisation:

« L'observation générale prouve que la *pustule maligne* chez l'homme ne naît pas spontanément, mais bien par inoculation ou contagion du virus charbonneux provenant des animaux. L'admission d'une prétendue pustule maligne *spontanée* est donc une pure hypothèse, et il est vraiment étrange de voir une hypothèse qui ne repose sur aucun fondement sérieux provoquer de la part des auteurs du mémoire et de la part du rapporteur un reproche d'inobservation et d'étiologie hypothétique aux observateurs qui ont rapporté des exemples de pustule maligne communiquée par voie médiate ou immédiate des animaux à l'homme. »

Agréez, etc.

Gibert.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

EXTROPHIE DE LA VESSIE : OPÉRATIONS AUTOPLASTIQUES. — BROMURE DE POTASSIUM. — COQUELUCHE : BROMURE D'AMMONIUM. — CÉPHALÉES NERVEUSES : AZOTATE D'ARGENT. — POURRITURE D'HÔPITAL : ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

OPÉRATIONS AUTOPLASTIQUES FAITES POUR REMÉDIER A L'EXSTROPHIE DE LA VESSIE.

Dans le numéro du 9 avril dernier, nous avons rendu compte sommairement d'une opération faite par M. Holmes, chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades à Londres, pour remédier aux principaux inconvénients de l'exstrophie congénitale de la vessie. Rappelons que, pour remplacer la paroi antérieure de la vessie, M. Holmes se servit de deux lambeaux pris sur les côtés de l'abdomen, jusqu'à l'aine, et ayant tous deux leur base sur les côtés de la division des parois abdominales. Le lambeau de gauche fut renversé de gauche à droite, de façon à présenter sa face épidermique à la paroi postérieure de la vessie. L'autre lambeau, par contre, fut simplement déplacé par glissement et vint recouvrir le premier; les deux surfaces sanglantes étaient ainsi apposées l'une contre l'autre. M. Holmes se proposait en même temps de fixer le bord supérieur des lambeaux contre la paroi abdominale. Il aviva à cet effet le bord supérieur de la fente et réunit les lambeaux avec la ligne d'avivement. Sur ce point, l'opération échoua; la réunion désirée ne se fit pas à ce niveau. Par contre, les deux lambeaux s'agglutinèrent rapidement et ne tardèrent pas à former un coussinet résistant au devant de l'hypogastre. La hernie de la muqueuse se trouvait ainsi parfaitement réduite. L'urine s'échappait très-peu au niveau du bord supérieur des lambeaux, et il était assez facile de la recueillir exactement dans un appareil approprié.

L'opéré de M. Holmes est mort depuis lors d'une tumeur fibroplastique du cervelet et de la protubérance, et M. Holmes a présenté à la Société pathologique de Londres les pièces qui montraient le résultat définitif de l'opération. Autant que nous pouvons en juger par le compte rendu abrégé que nous avons sous les yeux, M. Holmes avait fini par réunir le bord supérieur du double lambeau avec la paroi abdominale dans presque toute son étendue; il ne restait qu'une toute petite fistule, à peine visible à l'œil nu, et ne paraissant pas livrer passage à l'urine.

Inférieurement, l'orifice qui servait à l'écoulement du liquide était assez large pour laisser passer facilement le doigt. D'après M. Holmes, cette dimension du méat artificiel est la plus convenable. Elle permet de faire facilement des injections dans la vessie, et il est nécessaire de renouveler souvent ces injections, parce que l'urine a une tendance assez grande à former des dépôts phosphatiques. Il était, du reste, facile d'adapter à cet orifice un urinal, de manière à empêcher complétement que la peau ne fût mouillée par l'urine.

L'opéré avait joui pendant quinze mois des bénéfices de l'opération.

— Dans la même séance, M. Wood a montré à la Société pathologique les pièces provenant d'un jeune garçon chez lequel il avait fait des opérations analogues, à *King's College Hospital*. Il était âgé de 7 ans. L'exstrophie vésicale se présentait chez lui avec les caractères habituels : absence de la symphyse pubienne, écartement considérable des branches de l'arcade pubienne et des insertions des muscles droits, hernie de la paroi postérieure de la vessie, séparation des corps caverneux et absence de la paroi supérieure de l'urètre. Les testicules étaient renfermés dans le canal inguinal.

M. Wood avait procédé de la manière suivante : en premier lieu, deux lambeaux en forme de lancette furent empruntés à la peau de l'aine; ces lambeaux avaient leur base du côté du scrotum. Ils furent ramenés au devant de la paroi postérieure de la vessie et réunis l'un à l'autre « sur une large surface. »

La réunion de ces lambeaux étant opérée, un autre lambeau fut taillé au-dessus de l'hiatus, rabattu de haut en bas et réuni par la méthode de Pancoast au bord supérieur du pont formé par la réunion des lambeaux latéraux.

En troisième lieu, deux autres lambeaux latéraux furent empruntés au scrotum, ramenés au devant de la gouttière urétrale et réunis par leurs faces saignantes.

Toutes ces opérations réussirent parfaitement, sans aucun incident fâcheux, sans qu'il eût de mortification. L'opéré pouvait retenir dans la vessie environ 2 onces d'urine, qui s'échappait seulement involontairement quand il toussait ou lorsqu'il négligeait de vider sa vessie.

On retint malheureusement cet enfant à l'hôpital pendant un mois pour lui faire fabriquer un urinal approprié; il contracta un érysipèle de la face et du cuir chevelu, et succomba.

M. Wood attribue en grande partie son succès à ce qu'il avait conservé dans les lambeaux latéraux les branches ascendantes que l'artère fémoral fournit aux téguments de l'abdomen.

M. Wood ajoutait qu'il avait actuellement en traitement un cas analogue, dans lequel il avait obtenu un succès tout aussi complet. (*Medical Times.*)

De la puissance sédative du bromure de potassium; par M. Gubler.

Même sujet; par M. Williams, médecin de l'asile d'aliénés de Northampton.

Le travail de M. Gubler se termine par les conclusions suivantes :

Le brome, à l'état de combinaison saline, n'est pas seulement un anaphrodisiaque ou un agent d'anesthésie gutturale, c'est un sédatif puissant, dont l'action directe ou détournée se fait sentir sur l'économie entière.

La préférence accordée jusqu'ici au bromure de potassium, qui se trouve dans toutes les officines, semblerait devoir être mieux justifiée pour le bromure de sodium, en raison de la tolérance plus grande de la part de l'économie pour les sels sodiques, qui entrent en si forte proportion dans la composition de nos tissus et de nos liquides.

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE DE LOUIS.

I.

La gloire n'est le plus souvent qu'une récompense posthume. Il n'est pas rare de voir ceux qui l'ont le mieux méritée disparaître de la scène où se joue la comédie humaine sans avoir joui de cette satisfaction sans pareille que recherchent les âmes généreuses, et qui est la certitude de vivre à jamais dans la postérité.

Combien d'hommes de génie, combien d'inventeurs et de bienfaiteurs sont morts sans savoir si leur nom se perpétuerait après eux! La conscience d'une supériorité incontestable peut-elle soutenir jusqu'au dernier moment celui qui n'a éprouvé dans sa carrière que malveillance et contrariétés? Et quand la fin est proche, le doute qui vient se mêler à l'espérance d'une réparation tardive ne détruit-il pas toute illusion? Le croyant qui fonde l'espoir de son salut sur une justice éternelle tremble au sortir de la vie pour paraître devant un arbitre qu'il tient infaillible. Qu'on juge par là des sentiments intimes d'un homme qui, connaissant sa valeur et n'ayant pu de son vivant obtenir justice, livre son nom, ses actes et ses œuvres au jugement frivole de ses semblables, et quitte ce monde sans avoir joui de ce qu'il avait le plus ambitionné.

Combien n'y en a-t-il pas eu parmi les plus grands, qui ont à la dernière heure pensé de la gloire ce qu'on prétend que Brutus aurait dit de la vertu! Les mieux doués et les plus sages ne se passent point de l'approbation que le mérite recherche comme une légitime récompense. A moins d'être possédé d'un orgueil indomptable, nul ne peut se suffire à soi-même, et si fort qu'un homme se sente, il l'est bien plus lorsqu'il voit sa force reconnue.

L'opinion est un puissant ressort : favorable, elle entretient la confiance; contraire, elle abat le plus ferme courage.

Des Genettes, dans ses mémoires si curieux, nous a montré en quelque sorte cette vérité en action. Cet observateur, qui eut la bonne fortune de connaître dans sa jeunesse les hommes les plus distingués de son temps, parle de deux personnages illustres, auprès desquels il fut admis à quelques mois d'intervalle : Barthez et Louis. Barthez, dans tout l'éclat de sa réputation, jouissait d'une renommée justement acquise, et malgré son âge avancé, il avait conservé cette ardeur qui ne poussait sans cesse à accroître ses vastes connaissances. Des Genettes nous le montre au milieu des troubles de la révolution, se livrant avec

Quoi qu'il en soit, le bromure de potassium, à la dose moyenne de 2 grammes par jour en deux ou trois prises dans une potion gommeuse ou de l'eau sucrée, produit une sédation marquée du système sensitivo-moteur et de la circulation.

Comme anesthésiant, ce sel porte son action plutôt sur le tégument interne que sur l'externe, et s'adresse spécialement à la muqueuse de l'isthme du gosier, du pharynx, ainsi qu'à celles des voies génitales.

Mais l'influence du bromure est loin de s'arrêter à l'urètre ou bien au vestibule commun aux voies digestives et respiratoires, elle se répand dans la totalité des appareils dont ces régions dépendent, et notamment dans l'œsophage, le larynx et l'arbre aérien.

Ainsi se trouvent calmées et les dysphagies douloureuses et les contractures œsophagiennes, et les toux quinteuses, fiévreuses et spasmodiques.

Le bromure de potassium porte également son action contre-stimulante sur les centres nerveux : il apaise les céphalalgies congestives, prévient ou modère les crises convulsives, éclamptiques, diminue l'action excito-motrice de la moelle, et résout par là les contractures tétaniques, en même temps qu'il réfrène les actions réflexes.

Le système circulatoire ressent aussi l'influence du bromure alcaliné : le cœur tempère et ralentit les mouvements, la turgescence des capillaires s'amoindrit, la fièvre diminue.

D'autres effets secondaires dérivent des précédents. Si la diurèse n'est pas excitée directement, elle est accrue consécutivement à la cessation de l'éréthisme fébrile. La sudation, au contraire, s'arrête, la formation du mucus et du pus s'amoindrit.

Ces symptômes du *bromisme* étant la contre-partie presque exacte de ceux de l'iodisme, le brome doit être considéré comme le correctif et l'antidote de l'iode, et utilisé comme tel à l'occasion.

Les principales affections contre lesquelles j'ai employé jusqu'ici le bromure de potassium avec le plus d'avantages, sont :

1° La dysphagie douloureuse liée aux angines de toute sorte;

2° L'œsophagisme;

3° Les toux quinteuses et spasmodiques essentielles ou symptomatiques, soit de laryngo-bronchite, soit de tuberculisation pulmonaire;

4° Les phénomènes d'excitation du système sensitif et du système moteur en rapport avec les lésions fonctionnelles ou organiques des centres nerveux, tels que convulsions toniques et cloniques, chorée, etc.

5° Enfin, les affections du cœur. (*Bulletin de thérapeutique.*)

— M. Williams a employé le bromure de potassium d'une manière suivie chez 37 épileptiques de l'asile d'aliénés de Northampton. Chez tous ces malades, le traitement a été continué d'une manière non interrompue pendant les cinq premiers mois de l'année 1864. On a noté pour chaque malade le nombre des attaques pour ce laps de temps, de même qu'on l'avait noté pour les cinq derniers mois de 1863. De la comparaison de ces deux relevés, il résulte ce qui suit :

Pour les hommes, le chiffre total des attaques a été de 1,012 avant le traitement et de 706 pendant l'emploi du bromure; pour les femmes, 1,127 d'une part, 970 de l'autre.

Il y a donc eu une diminution de 306 attaques pour les hommes, et de 157 pour les femmes.

Le relevé comprend 19 hommes et 18 femmes. Sur ce chiffre, on compte 5 hommes et 6 femmes chez lesquels le traitement n'a pas eu de résultat avantageux.

Les hommes ont bénéficié plus que les femmes, en moyenne; au reste, dans aucun cas, on n'a obtenu une guérison définitive. Il convient d'ajouter que tous les sujets mis en expérience étaient aliénés, et que beaucoup d'entre eux avaient des exacerbations maniaques extrêmement violentes.

La dose généralement employée par M. Williams a été de 10 grains deux fois par jour, et chez plusieurs malades il a dû se contenter de doses beaucoup plus faibles. Chez la plupart des sujets d'ailleurs, la médication donnait lieu, au début, à quelques troubles gastriques et a une sensation de lassitude. Chez 7 malades les effets physiologiques de la médication furent beaucoup plus prononcés. Au bout de quelques jours, les contractions du cœur diminuaient d'énergie et devenaient irrégulières; les yeux perdaient leur éclat, la peau se refroidissait et se recouvrait de sueur. L'expression de leur face était languissante, anxieuse; ils se plaignaient de céphalalgie, de nausées, de frissons, d'une sensation de grande faiblesse aux genoux. On les voyait invariablement groupés tous les 7 autour de la cheminée du matin au soir, accroupis, évidemment privés de toute énergie et de toute initiative. Un fait important à noter, c'est que chez ces 7 malades la médication, loin d'éloigner les accès, les rendit, au contraire, bien plus fréquents. A cela ne se borna pas l'effet nuisible du bromure chez une de ces malades, une jeune fille, grasse, forte, rosée. Les accidents dont il vient d'être parlé apparurent chez elle peu de temps après le début de la médication. On s'empressa de cesser l'emploi du médicament, mais les accidents n'en persistèrent pas moins, des signes de tuberculisation pulmonaire leur succédèrent rapidement et la malade succomba en avril. M. Ritchie avoue que, dans son opinion, le bromure n'a peut-être pas été étranger à la terminaison fatale.

Il y a donc là un indice qui doit engager les médecins à surveiller toujours l'action du bromure de potassium.

M. Ritchie conclut, du reste, que ce sel est incontestablement utile chez un certain nombre d'épileptiques en calmant l'irritabilité nerveuse, en diminuant le nombre des attaques et en ramenant le sommeil. Quant à un effet quelconque du côté des fonctions génitales, M. Ritchie n'en a jamais constaté. (*Medical Times.*)

Emploi du bromure d'ammonium dans le traitement de la coqueluche; par M. le docteur Peel Ritchie, médecin de l'hôpital des Enfants malades d'Edinburgh.

L'action physiologique et thérapeutique du bromure d'ammonium a été surtout étudiée, en Angleterre, par M. le docteur Gibb, qui conclut, entre autres, de ses expériences, que cette préparation exerce sur l'arrière-gorge une action anesthésiante analogue à celle du bromure de potassium. Cette donnée expérimentale le conduisit à essayer le bromure d'ammonium contre la coqueluche, et il annonça que ce mode de traitement lui avait donné de beaux succès. Plusieurs prati-

une passion juvénile à la lecture d'un ouvrage d'anatomie et de physiologie qui était alors une nouveauté en France. Barthez jouissait de sa gloire, et il ne doutait point de l'immortalité que lui ont valu ses travaux.

Il en était tout autrement de Louis. Des Genettes eut occasion de voir ce grand chirurgien peu de temps avant sa mort, et il le trouva abattu, découragé, désespérant de tout, dégoûté de lui-même et des autres, en proie à une mélancolie sombre, seul et désolé, ne tenant plus à rien : triste spectacle pour un jeune homme qui entrait dans la carrière à ce moment critique où la société semblait renaître. Il voyait un maître dans son art, un savant de premier ordre, un écrivain d'un mérite rare, abandonné, aigri, indifférent aux événements, sceptique, et doutant ouvertement que la postérité lui tînt compte des sacrifices qu'il avait faits à la gloire d'une compagnie dont il était l'âme et dans laquelle il n'avait trouvé qu'inimitiés et déboires.

Nul ne comprit mieux que Louis la mission de l'Académie royale de chirurgie; nul ne fit plus que lui pour l'honneur de cette association savante. Il travailla constamment pour elle; il usa sa vie au service de cette compagnie; il ne se distingua, si l'on peut ainsi dire, dans sa jeunesse, qu'en vue de se rendre digne de la servir et de la représenter dignement. Mais son mérite s'imposa de force, et tout en profitant des lumières d'un homme aussi remarquable, l'Académie ne lui rendit jamais pleine et entière justice.

Louis fut traité par les chirurgiens ses confrères et ses collègues à peu près comme Borden l'était à la même époque par les médecins. Son mérite extraordinaire souleva contre lui des haines implacables qui se justifiaient en apparence par ces qualités d'esprit et de caractère que la confrérie ne pardonne guère à ceux qui les possèdent et qui se distinguent ainsi de la masse.

Louis était né avec tous les dons de l'intelligence : pénétration, jugement, netteté de conception, goût fin et sûr, curiosité insatiable; et son éducation avait encore ajouté à ces richesses intellectuelles. Son talent si remarquable était encore relevé par cette haute culture littéraire qui, tout en élargissant l'horizon de l'esprit, donne tant de facilités pour la coordination et l'expression des faits et des idées.

Louis, qui savait tout ce que l'on pouvait savoir dans son art, qui fortifiait ses connaissances de praticien consommé, d'une érudition spéciale très-étendue et très-solide, Louis fut le plus lettré des chirurgiens de son temps, et je ne pense pas qu'il soit inférieur comme écrivain aux plus renommés des secrétaires perpétuels. Dans l'ordre scientifique, je ne vois guère que Fontenelle à mettre au-dessus de lui. Encore faut-il remarquer que Fontenelle fut le premier, le créateur du genre, et qu'à ce titre il reste à part.

Louis fut aussi, à proprement parler, le créateur de l'éloge académique en chirurgie, et je ne crois pas qu'il ait jamais été surpassé ni même égalé par ses successeurs, médecins ou chirurgiens. Je ne mets

ciens anglais suivirent l'exemple de M. Gibb, entre autres M. Harley, professeur à l'Université de Londres, et ce fut bientôt un concert d'éloges en faveur du nouveau traitement.

M. Ritchie, sans partager cet enthousiasme, se prononce aussi assez favorablement au sujet de cette médication, qu'il a employée chez vingt enfants âgés de 3 mois à 4 ans. Elle lui a paru surtout utile chez les enfants âgés de 2 ans environ, ce qu'il est disposé d'expliquer par la fréquence plus grande des complications graves chez les enfants très-jeunes. Chez presque tous les malades du reste, même chez ceux, au nombre de trois, qui succombèrent à une complication, le bromure d'ammonium exerça dès les premières doses une action calmante très-manifeste sur les quintes. C'est également là le résultat sur lequel M. Harley a surtout insisté.

M. Ritchie a employé le sel ammoniacal à la dose de 3 à 12 grains par jour, en plusieurs prises. Ces doses sont un peu moins élevées que celles indiquées par MM. Gibb et Harley.

M. Ritchie ne recommande du reste le bromure d'ammonium que dans les cas non compliqués. Il a trouvé que l'amélioration est d'autant plus marquée et plus rapide à se produire, que les quintes sont plus rapprochées; la toux convulsive est d'ailleurs calmée plus efficacement dans les cas où elle existe déjà depuis quelque temps que dans ceux où elle est de date très-récente. Dans les cas où la bronchite a revêtu la forme chronique, il associe le bromure à une mixture de squille et d'ipécacuanha, et il interrompt le traitement de temps en temps pour administrer un vomitif. (*Edinburgh medical Journal.*)

TRAITEMENT DES CÉPHALÉES NERVEUSES PAR L'AZOTATE D'ARGENT.

Se fondant sur une expérience qui remonte à plusieurs années, M. Socquet tient l'azotate d'argent pour un médicament *presque infaillible* et rapidement efficace.

La formule qu'il a adoptée est la suivante :

Pr. Azotate d'argent..........	3 centigr.
Sel ammoniac..........	6 —
Extrait de gentiane..........	Q. S.

Pour une pilule.

On fait prendre deux ou trois de ces pilules dans les vingt-quatre heures : la première, le soir en se couchant; la deuxième, le matin à jeûn; la troisième dans le milieu du jour.

Trois à quatre jours de l'emploi de ces pilules ont, dit l'auteur, suffi la plupart du temps pour vaincre des céphalées qui existaient même depuis plusieurs années.

Il n'est pas rare, dit encore M. Socquet, de voir la céphalalgie, compagne habituelle de la fièvre de lait, se prolonger pendant onze et même vingt jours : il est à craindre alors qu'elle ne soit le point de départ des céphalées ultérieures plus ou moins opiniâtres; il est donc urgent de la supprimer. Eh bien! nous avons toujours réussi dans de telles circonstances ou à les faire disparaître du jour au lendemain avec *deux pilules* d'azotate d'argent, ou à les modifier à tel point que deux nouvelles pilules les emportaient sans retour. Jamais nous n'avons remarqué que le sel d'argent exerçât la moindre influence fâcheuse sur la marche ultérieure des couches. (*Gazette médicale de Lyon* et *Bulletin de thérapeutique*.)

TRAITEMENT DE LA POURRITURE D'HÔPITAL PAR L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE; par M. le docteur HACHENBERG, médecin de l'armée fédérale.

M. Hachenberg se loue beaucoup des services que lui a rendus l'essence de térébenthine dans le traitement des plaies affectées de pourriture d'hôpital. En même temps qu'il a administré à ses malades les toniques, tant médicamenteux qu'alimentaires, indiqués par leur état, il applique l'essence de térébenthine toutes les trois heures sur la surface entière de la plaie, après l'avoir convenablement nettoyée avec de l'eau tiède additionnée ou non d'agents détersifs; dans les cas de clapiers, de trajets fistuleux, il y pousse également une injection d'essence de térébenthine, en ayant soin d'exciser les lambeaux qui peuvent faire obstacle à un contact suffisant.

Ces applications, même lorsque la partie malade en a été parfaitement saturée, ne déterminé que peu ou même point de douleur dans la plupart des cas. La seule précaution à prendre consiste à ne pas dépasser les limites de la plaie, à ne pas toucher la peau adjacente; autrement, et surtout lorsque les parties ne sont pas à l'air, il peut survenir de la douleur, une inflammation de la peau ou même de la vésication.

Après que l'essence a été employée d'une manière régulière pendant quelques jours, le caractère de la plaie se modifie; les parties mortifiées s'éliminent; la suppuration devient louable, et il reste un fond net avec une tendance à un bourgeonnement actif. En même temps, l'état général s'améliore, la fièvre tombe, l'appétit reparaît, la douleur cède, le sommeil revient, et la physionomie, l'aspect général expriment un mieux être prononcé.

Tel est le tableau, fort encourageant en vérité, que M. Hachenberg trace des effets de l'essence de térébenthine, effets qui lui paraissent s'expliquer facilement par les propriétés suivantes de cette substance : son pouvoir dissolvant sur les tissus adipeux de la plaie, ses propriétés altérantes, stimulantes, sédatives, antizymotiques, antiseptiques et styptiques, énumération à laquelle nous ne reprocherons qu'une chose, c'est d'être un peu trop belle. (*British medical Journal.*)

E. FRITZ.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE CHEZ LES ENFANTS, par le docteur THORE, ancien interne des hôpitaux.

On a toujours été d'accord pour admettre que l'hémorrhagie cérébrale primitive est aussi rare dans l'enfance qu'elle devient fréquente à mesure que l'on s'approche de l'époque de la vieillesse.

pas hors de compte Vicq-d'Azyr lui-même, que j'admire néanmoins autant qu'il le faut, et qui était en médecine ce que doit être un secrétaire perpétuel d'une société médicale, c'est-à-dire un penseur, un écrivain et un encyclopédiste.

A dire vrai, Vicq-d'Azyr pensait avec plus de bon sens que d'originalité; il donnait comme écrivain dans la rhétorique déclamatoire, si répandue vers la fin du dix-huitième siècle, et il était plutôt naturaliste, anatomiste et physiologiste, que médecin. Nous le retrouverons d'ailleurs quand l'exhumation de ces documents inédits, que nous disputons aux vers et à l'humidité, nous amènera à retracer l'histoire de cette Société Royale de médecine dont Vicq-d'Azyr fut le digne organe et le plus illustre représentant.

Il n'est pas indispensable d'établir un parallèle en règle entre Vicq-d'Azyr et Louis. Mais il importe de remarquer que celui-ci avait à un haut degré ce qui manquait de tout point à celui-là, c'est à savoir : des convictions fermes et le courage scientifique, sans lequel la vérité périclite entre les mains des plus savants.

Louis ne déguisait point sa pensée, il ne savait point mentir, même académiquement; et ce qui me le fait surtout admirer et aimer, c'est qu'avec son art consommé d'orner la pensée de toutes les élégances du langage, il n'eut jamais de ces faiblesses de jugement ni de ces fausses complaisances qui sont de tradition dans le genre académique.

Vicq-d'Azyr avait en quelque sorte une même mesure pour tous les morts qui lui passaient entre les mains : presque tous ses éloges se ressemblent par le ton aussi bien que par l'étendue, comme ceux de Pariset. Il n'en est pas ainsi de Louis; il est juge et critique, c'est-à-dire historien consciencieux, et il ne donne jamais dans les banalités du panégyrique. Il proportionne le ton au sujet et l'étendue à la matière, et au risque d'indisposer contre lui les veuves, les fils et les gendres, il rend justice et répond aux injures par de bonnes raisons.

Ce qui me plaît surtout chez lui, c'est que tout en étant très-fort, il sait se contenir et que sa modération, qu'il ne faudrait pas prendre pour de la faiblesse, annonce toujours des forces en réserve.

En composant ses éloges, Louis avait souci de deux choses qui l'intéressaient par-dessus tout, les progrès de l'art auquel il s'était dévoué, et la gloire de la compagnie dont il retraçait l'histoire en résumant la vie et les travaux de ceux de ses membres qui méritaient un souvenir. Nul ne s'avisera jamais d'écrire l'histoire de la chirurgie au dix-huitième siècle, sans consulter ces éloges qui pour la plupart sont restés inédits jusqu'au moment où l'Académie de médecine comprit qu'il était temps de rendre hommage au mérite incomparable d'un homme que l'envie et la haine persécutèrent longtemps après sa mort.

Louis eut le tort impardonnable de dire beaucoup de vérités à ses contemporains, et de préférer la dignité de l'art et l'honneur de sa profession aux avantages que pouvaient lui procurer ces ménagements habiles qu'on n'estime guère, mais qu'on apprécie beaucoup dans la

Elle peut se manifester pendant la vie fœtale, comme le prouve une observation du docteur Gibb, insérée dans la *Gazette des hôpitaux* (17 février 1859) et citée par M. Bouchut. Il s'agissait d'un enfant mort-né, dont la mère avait reçu pendant sa grossesse un coup violent d'une planche. Il avait fallu extraire l'enfant par la version, pour cause de présentation du placenta. Les doigts et le coude, les orteils et le genou ganches de cet enfant étaient tellement roidis dans la flexion, qu'on ne put étendre les jointures sans rompre les tendons. M. Gibb trouva un caillot ancien dans l'hémisphère droit au-dessus du ventricule latéral. Le pariétal correspondant avait sa surface dénudée et était le siége d'une ecchymose étendue.

Bérard jeune a constaté la présence d'un caillot du volume d'une noix dans la substance cérébrale d'un fœtus de 8 mois 1/2 (Billard, p. 667).

Ollivier (d'Angers) a trouvé un long caillot dans l'un des ventricules du cerveau d'un fœtus de 6 mois.

Chez les enfants nouveau-nés, les observations se comptent en plus grand nombre.

Billard a vu un épanchement sanguin situé dans l'épaisseur de l'hémisphère gauche sur les parties latérales du corps strié ; l'enfant, mort trois jours après sa naissance, avait offert les *symptômes ordinaires* de l'apoplexie (p. 667).

M. Cazalis (*Bulletin de la Société anatomique*, 1832, p. 28) a observé, chez un nouveau-né affecté d'un endurcissement du tissu cellulaire, qui à la suite d'une hémorrhagie du cordon, avait succombé presque exsangue, un caillot du volume d'une noisette, siégeant à la surface de la partie postérieure et supérieure de l'un des hémisphères cérébraux et pénétrant dans la substance même de cette partie.

M. Sestié (*ibid.*) rapporte un fait analogue. Dans l'épaisseur de l'un des hémisphères cérébraux on voyait cinq ou six cavités de la grosseur d'une noisette et plusieurs autres de dimension beaucoup moindre, toutes très-régulièrement circonscrites et ellipsoïdes, tapissées d'une membrane très-fine, pellucide, contenant une serosité limpide et très-légèrement rosée. Aucun symptôme n'avait traduit à l'extérieur, pendant la vie, ces remarquables lésions.

M. Valleis rapporte dans sa clinique (p. 589) l'observation (n° XXV) recueillie par M. Lediberder d'un enfant d'un jour, incomplétement observé pendant sa vie, et à l'autopsie duquel on trouva un caillot sanguin dans l'épaisseur du corps strié.

Le même médecin a constaté l'existence d'une apoplexie capillaire dans le centre de l'hémisphère gauche chez un enfant du même âge atteint d'œdème, et dont l'état n'avait pu être convenablement déterminé avant sa mort.

M. Mignot (*Traité de quelques maladies pendant le premier âge*) a rapporté quatre faits d'hémorrhagie intra-cérébrale, deux sur des enfants âgés de moins de 8 jours, deux sur des enfants âgés de 25 jours.

Aucun d'eux n'avait sans doute été examiné pendant la vie, car on ne fait que l'exposé des résultats nécroscopiques.

Pendant notre internat à l'hospice des Enfants-Trouvés en 1842, nous avons recueilli l'observation suivante :

Obs. I. — P..., garçon, âgé de 9 jours, entre à l'infirmerie pour une diarrhée verte. La poitrine est sonore, la desquammation générale et très-prononcée, surtout à la région du thorax. Aucun symptôme particulier n'a été signalé jusqu'à sa mort, arrivée deux jours après son entrée. Dans l'épaisseur de l'hémisphère droit il y avait un caillot noirâtre du volume d'une grosse noix ; le cerveau était en grande partie ramolli, et à l'ouverture du crâne il s'échappa une grande quantité d'un liquide grisâtre et sale. Le foie, la rate et les reins sont également ramollis.

On voit que jusqu'ici l'anatomie pathologique fait seule tous les frais de la question. Les enfants ont été observés pendant la vie d'une manière très-insuffisante, ou ne l'ont point été du tout ; et Billard ne nous apprend rien en disant qu'un enfant de 3 jours a offert les symptômes ordinaires de l'apoplexie.

Il était réservé à M. Vernois de décrire d'une manière exacte et complète les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale chez l'enfant tout nouveau-né. Le soin infini et les détails minutieux apportés dans la rédaction de ce fait lui donnent un intérêt et une importance incontestables.

Obs. II. — Un enfant du sexe féminin, âgé d'un jour, atteint de céphalométome, a offert une hémiplégie des mieux caractérisées : abolition des mouvements, surtout à la face, intégrité de la sensibilité et des fonctions des organes des sens. La maladie est combattue par l'application de sangsues à l'apophyse mastoïde droite, les onctions avec l'onguent napolitain et un vésicatoire à la nuque.

Au bout de deux mois, la paralysie avait presque complétement disparu, et il ne restait d'appréciable dans la figure qu'un tiraillement en bas de la commissure droite des lèvres. Quinze jours plus tard, il succombe à une pneumonie.

L'autopsie fait voir les restes d'une cavité revenue sur elle-même, au centre de laquelle existe un petit caillot sans adhérence ; la substance cérébrale est molle et de couleur jaune dans l'étendue de quelques lignes autour du sillon.

A partir de la première semaine de l'existence, l'hémorrhagie cérébrale devient d'une extrême rareté.

On lit cependant, dans la *Clinique des hôpitaux des Enfants* (1842, p. 199), une observation d'hémorrhagie cérébrale, recueillie chez une petite fille de 2 ans, par le docteur Alher (de Marcigny). Elle présente un trop grand intérêt pour que nous puissions nous dispenser d'en faire un court extrait.

Obs. III. — Mademoiselle de ..., âgée de 2 ans, après avoir été exposée à l'action vive du soleil, éprouve une attaque de convulsions générales, surtout prononcées du côté droit, et qui se reproduisent avec une certaine violence ; à la suite, abolition de la motilité et du sentiment dans le côté droit ; deux jours après, déviation de la commissure gauche des lèvres.

Du côté paralysé, la sensibilité reparaît graduellement du cinquième au huitième jour. La paralysie du mouvement est plus lente à disparaître. Au bout de trois mois, les accidents paralytiques se sont dissipés. La marche est facile, quoique le membre inférieur conserve encore un peu de faiblesse. La déviation de la commissure de la bouche est encore sensible pendant le rire.

La science possède encore des faits relatifs à des enfants âgés de

---

société en général et dans les académies en particulier. Un membre de la Société royale de médecine, si médiocre qu'il fût, savait qu'il serait loué à sa mort par le secrétaire de la compagnie, longuement et en style fleuri. Un membre de l'Académie royale de chirurgie, et je parle des plus considérables et des plus justement considérés, ne devait pas songer sans inquiétude au jugement d'un homme qu'on savait incorruptible, incapable de fléchir sur les principes, et qui justifiait au besoin par de bonnes raisons appuyées de preuves irrécusables, l'équité de ses appréciations.

Louis était trop droit pour compter beaucoup d'amis parmi ses collègues ; mais il commandait l'estime par son intégrité, et lorsque l'Académie consentait à prêter l'oreille aux doléances des mécontents, il était assuré de n'être point désavoué. Lorsque la famille de Lecat, très-mal conseillée par une vanité ridicule, s'avisa de protester contre l'éloge de cet académicien par le secrétaire perpétuel, une commission fut nommée qui donna hautement raison à Louis, dans un rapport très-remarquable, qui fera toujours le plus grand honneur à l'honnête et savant Sabatier.

Louis, malgré tous les obstacles soulevés contre lui, persista jusqu'à la fin dans son rôle d'historien de l'Académie ; et ses derniers éloges ne diffèrent en rien des premiers pour ce qui est de l'esprit de justice et de discernement. Mais ces éloges restèrent dans les archives et ne voyaient pas le grand jour de la publicité, parce que les ennemis de Louis, par des tracasseries indignes, arrivèrent à suspendre la publication des Mémoires de l'Académie ; de sorte que, pour donner satisfaction à leurs rancunes, ils n'hésitèrent point à priver l'art et l'humanité des lumières d'une compagnie à laquelle on doit la renaissance ou la restauration de la grande chirurgie.

Nous avons été assez heureux pour retrouver dans les archives de l'Académie de médecine les documents qui attestent les menées des envieux et des jaloux, qui furent assez forts pour faire prévaloir leur haine sur les intérêts même de la science, et nous flétrirons sans miséricorde, pièces en main, ces lâches ennemis d'un homme qui a été en partie victime d'une haine posthume. On s'expliquera après avoir parcouru ce dossier, que nous ferons connaître par une analyse substantielle, l'amertume des derniers jours d'un grand maître, que le souvenir des services rendus et la conscience d'un mérite éclatant ne pouvaient préserver de ce désespoir qui s'empare de ces nobles âmes, que la haine et l'envie conjurées dépouillent autant qu'elles peuvent de la part de gloire que leur doit la postérité.

Mais avant d'aborder ce sujet, qui nous fournira un chapitre de l'histoire intime de l'Académie royale de chirurgie, nous montrerons comment Louis s'était préparé à ses fonctions de secrétaire perpétuel et de rédacteur principal des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, en présentant un résumé et des échantillons de sa correspondance scientifique. Ce nous sera une occasion d'exposer, d'après des exemples, les principes de cet homme supérieur en matière de critique.

J. M. Guardia.

7 ans (Sédillot, Becquerel);
9 ans (Richard Quain);
11 ans (Campbell, Berton);
12 ans (Andral, Payen).

Celui de M. Becquerel est simple et bien caractérisé; je le cite, parce qu'il me paraît peu connu; il a été publié dans la *Clinique des hôpitaux des Enfants* (1842, p. 7).

Obs. IV. — Un jeune garçon de 7 ans a une rougeole accompagnée de phénomènes de réaction assez violents, à la suite desquels il eut une hémiplégie du côté gauche. Il se rétablit assez bien; l'hémiplégie devenait incomplète. Mais cinq mois plus tard, il succombe par le fait d'une pneumonie lobulaire, qui vint elle-même compliquer une ophthalmie.

A l'autopsie, outre sa pneumonie, on trouve dans le lobe moyen de l'hémisphère droit un foyer aplati et revêtu d'une fausse membrane bien organisée et ne contenant qu'une petite quantité de liquide grisâtre. Cette fausse membrane était assez dure et de couleur grise. Le foyer, dont les parois étaient presque contiguës, ne communiquait pas avec les ventricules. Tout le reste du cerveau était sain.

Cet inventaire de la science, tout insuffisant qu'il soit, nous force à admettre que l'hémorrhagie cérébrale primitive est une maladie peu commune à toutes les époques de l'enfance. Beaucoup de médecins qui se sont exclusivement occupés des maladies infantiles ont pu à peine en réunir un ou plusieurs exemples dans le cours d'une longue pratique. Sur 400 autopsies, M. Becquerel n'a rencontré aucun exemple récent; MM. Rilliet et Barthez ne citent aucun fait qui leur appartienne en propre. Les documents disséminés dans les recueils ou dans les ouvrages spéciaux sont souvent incomplets ou inexacts et ne permettent ni de tracer l'historique de cette affection ni d'en établir la proportion relative aux différentes phases de la première et de la seconde enfance.

M. Valleix a cru pouvoir admettre que l'hémorrhagie cérébrale atteint beaucoup plus fréquemment les enfants naissants que ceux qui ont déjà vécu quelques années. A peine en effet, dit-il (p. 599), peut-on citer quelques cas de cette maladie à 3, 12 et 14 ans, tandis qu'en réunissant les faits que j'ai présentés à ceux recueillis par M. Billard, Sestié et M. Cazalis, on en a sept sur lesquels aucun doute ne peut s'élever.

Il est évident qu'il existe entre les premiers jours de la vie et l'époque de l'adolescence une lacune qui reste à combler. Sauf le cas observé par M. le docteur Allier, que nous avons déja mentionné, je n'en connais aucun autre que le suivant, recueilli par moi sur un enfant âgé de 3 ans :

Obs. V. — Mademoiselle M... est âgée de 3 ans et 4 mois; elle est fille de cultivateurs aisés. Le bâtiment qu'ils occupent dans leur petite ferme est insalubre, peu éclairé, mal aéré et dirigé au nord. Aussi est-elle sujette à de fréquentes indispositions, dont la convalescence se prolonge très-longtemps. Elle est d'un tempérament lymphatique pâle et d'une constitution délicate.

A la suite d'une bronchite assez grave, et dont la convalescence marchait avec une lenteur extrême, j'avais conseillé de la conduire chez ses grands parents, qui habitent un village voisin et chez qui elle était placée dans des conditions hygiéniques beaucoup plus favorables. En peu de temps, ses forces, la coloration du teint, l'embonpoint, étaient rapidement revenus; elle mangeait beaucoup, et sa constitution était devenue en quelque sorte pléthorique.

Le 12 septembre 1862, vers deux heures de l'après-midi, elle sort après son repas pour se promener avec sa grand'mère. Elle était tenue par la main droite, lorsqu'elle tombe tout à coup et se relève avec beaucoup de peine. On la ramène à la maison, et à plusieurs reprises elle se relève pour retomber encore.

Je la vois le lendemain matin chez ses parents, et je la trouve dans l'état suivant :

Pas de fièvre; pouls à 68. Déviation de la face à droite; la langue se porte du côté gauche, où elle est fortement entraînée; paralysie absolue du mouvement dans le membre supérieur gauche; le membre inférieur du même côté peut exécuter quelques mouvements, mais l'enfant ne peut se soutenir, comme elle paraissait pouvoir le faire encore la veille. Sa sensibilité est bien conservée. Agitation assez grande pendant la nuit. La langue est saburrale, la face colorée. Point de céphalalgie. L'intelligence est intacte.

Sinapisme; applications fraîches sur le front et les tempes; lavement purgatif.

14. L'expression de la face est très-caractéristique : à droite, sillon et relief prononcé de la joue; à gauche, effacement complet du trait naso-labial; la commissure droite des lèvres fortement entraînée en bas, surtout quand on décide la petite malade à rire ou à faire la grimace; la salive s'écoule de la bouche d'une manière incessante. Les paupières du côté gauche se ferment incomplétement; il y a une différence fort accusée dans les mouvements d'élévation et d'abaissement des sourcils. La nuit a été toujours agitée; la langue reste couverte d'un enduit jaunâtre, le lavement purgatif a produit un effet assez copieux.

Les jours suivants, état stationnaire, l'enfant a toujours un sommeil agité. Pendant le jour, impatience très-vive résultant de l'impossibilité de mouvoir le bras, qui retombe sans cesse et se trouve souvent engagé derrière le tronc; la main et l'avant-bras sont légèrement infiltrés. Mouvement toujours très-incomplet du membre inférieur gauche.

18. On a donné la veille 50 centigrammes de calomel, qui ont produit un certain nombre de selles.

21. Elle commence à prendre un peu d'appui sur sa jambe, et essaye de faire un ou deux pas, en se dirigeant vers une personne qui lui tend les bras, elle tomberait si on ne la soutenait point.

Les jours suivants, elle s'appuie avec plus de fermeté et fait quelques pas de plus. Le membre supérieur reste toujours immobile.

25. L'appétit, jusqu'alors assez faible, commence à se développer; le pouls, comme toujours depuis le début, reste à l'état normal. La langue sort plus à droite; la bouche se redresse, le sillon naso-labial ne se dessine que du côté droit; à gauche, il est remplacé par une saillie qui reste immobile dans les différents mouvements de la face. La salive a cessé de s'écouler à l'extérieur. L'agitation de la nuit a complétement disparu : sommeil profond et paisible; les fonctions de l'intestin se font avec régularité. La motilité reparaît d'une manière plus tranchée et plus rapide. La petite malade peut, sans trop d'efforts et de chances de chute, aller d'un côté de la chambre à l'autre. Le pied est fortement porté en dedans; la main commence à exécuter quelques mouvements, mais l'avant-bras et le bras sont encore immobiles.

29. Depuis quatre jours, le membre supérieur a fait beaucoup de progrès; la main peut être élevée jusqu'à la hauteur de la bouche, mais elle ne peut rester dans cette attitude et elle retombe lourdement. La marche devient plus facile, quoique le pied reste toujours dévié en dedans. Le pli de la commissure gauche des lèvres commence à s'accuser dans le rire; la face est un peu injectée et bouffie; légère constipation.

50 centigrammes de calomel.

5 octobre. Elle marche plus longtemps et avec plus de fermeté et d'aplomb; elle porte facilement la main jusqu'au front, et peut la maintenir assez longtemps dans cette position, et elle retombe avec une certaine lenteur. La langue présente encore une légère déviation.

10 octobre. Le pied gauche toujours entraîné en dedans, mais la marche est plus sûre et plus rapide; le progrès a été plus lent pour le membre supérieur, qui peut cependant être dirigé et rester quelque temps au sommet de la tête. La main fonctionne mieux; la malade peut saisir un couteau qu'on lui jette à terre; une épingle placée verticalement, mais point quand elle est couchée sur le carreau. La langue toujours un peu déviée; le pli de la commissure gauche plus nettement indiqué, et commence à se creuser plus profondément.

2 novembre. Après une absence assez prolongée chez ses grands parents, je retrouve mademoiselle M... dans l'état suivant :

L'expression de la physionomie est tout à fait régulière; les traits naso-labiaux aussi bien indiqués à gauche qu'à droite; la paupière gauche recouvre parfaitement le globe oculaire; les sourcils s'élèvent aussi rapidement et à la même hauteur l'un que l'autre. Les grimaces, le rire ne déterminent pas de différences appréciables dans la symétrie de la face; elle peut porter sa main dans toutes les directions et s'emparer d'objets délicats et difficiles à saisir; sa marche est facile; cependant quand elle est poussée au delà d'une certaine limite, on voit que l'enfant se fatigue, et la projection du pied en dedans devient plus accusée.

17 janvier 1863. Il ne reste plus aucune trace de la maladie. Les deux côtés de la face parfaitement symétriques. Ses parents font la remarque que, quand elle a marché pendant quelque temps, elle laisse un peu traîner la jambe qui a été paralysée; elle fait, malgré cela, des courses assez longues pour un enfant de son âge; elle joue et reste toute la journée sur ses jambes; l'état général est très-bon.

19 février. La jambe gauche ne traîne plus, mais la pointe du pied est légèrement portée en dedans; à peine peut-on trouver une différence dans la force de contraction de la main gauche et de la droite.

Au point de vue des symptômes et de la marche de l'hémorrhagie cérébrale chez les enfants, il faut reconnaître qu'il existe des variétés très-grandes. Il n'est point permis, quant à présent, par suite du petit nombre de faits bien constatés, d'établir même des groupes définis.

Tantôt un enfant succombe au bout d'un quart d'heure (Sédillot), après avoir éprouvé à la région occipitale des douleurs intolérables qui lui arrachent des cris perçants. L'insolation, un accès de colère, paraissent avoir déterminé chez lui une apoplexie du lobe droit du cervelet.

Un autre (Cuibert) succombe après une heure de maladie; il a éprouvé de violents frissons, on observe chez lui une abolition de facultés intellectuelles, fixité des yeux, dilatation des pupilles, respira-

tion stertoreuse, écume à la bouche, insensibilité générale; on trouve un épanchement à la partie supérieure du lobe droit du cerveau.

Chez le malade de M. Richard Quain, l'affection a duré sept heures; perte immédiate de connaissance, face pâle, pouls petit et un peu ralenti, convulsions du côté droit, paralysie de la jambe gauche, pupille droite dilatée, la gauche fortement contractée; à l'autopsie, caillot volumineux dans le centre ovale.

Dans un quatrième cas (Campbell), vomissements répétés, mouvements convulsifs à la tête et aux membres, contraction et, plus tard, dilatation des pupilles; durée : douze heures environ. A l'autopsie, foyer hémorrhagique dans le lobe moyen droit.

Dans des cas où la terminaison a été moins rapide on voit à la suite de convulsions générales et violentes, l'hémiplégie s'établir, diminuer, puis disparaître (Becquerel, Allier).

D'autres fois, des vomissements sans convulsions signalent le début de la maladie; ils sont accompagnés de vertige, de céphalalgie, l'enfant perd connaissance et tombe pour se relever hémiplégique (Berton).

La forme franche de l'hémorrhagie cérébrale chez les enfants est, on le voit, très-difficile à rencontrer; sa marche a été dans beaucoup de cas tellement rapide et foudroyante, que c'est à peine si le temps a permis d'apprécier les principaux symptômes et d'en déterminer la valeur. Dans des cas plus simples, les accidents paralytiques ont été précédés et masqués, au début, par des convulsions graves et d'autres phénomènes qui pouvaient laisser planer un certain doute sur le diagnostic.

Chez les enfants nouveau-nés, l'observation de M. Vernois est la seule dans laquelle l'hémiplégie s'est manifestée d'emblée, et l'on peut le dire, dans son état de pureté, suivie dans son développement, dans toutes ses phases de diminution et jusqu'à la guérison complète. Une maladie intercurrente, une pneumonie, a permis de déterminer le siége, l'étendue de l'épanchement sanguin et le travail de réparation du foyer situé à la base de la couche optique.

Le seul point resté douteux dans cette observation, sans analogue dans la science, comme l'a dit Valleix, c'est la date de l'hémorrhagie; s'est-elle manifestée après la naissance? était-elle congéniale? Les renseignements ont fait défaut sur ce point, qui n'a d'ailleurs qu'une médiocre importance.

Notre petite malade a guéri et se porte fort bien aujourd'hui. Nous n'avons donc point à nous occuper de la question d'anatomie pathologique. Il est d'ailleurs facile de conclure des symptômes à la lésion probable de l'encéphale : ces symptômes ont été exactement ceux que l'on observe dans l'hémorrhagie cérébrale chez les adultes; l'hémiplégie bien franchement accusée, début brusque, intégrité de l'intelligence et des sens, diminution lente et graduelle de la paralysie. C'est avec celui de M. Vernois le seul fait dans lequel l'hémiplégie se soit manifestée d'emblée, sans avoir été précédée ou accompagnée d'accidents convulsifs ou autres.

La nature a fait seule ou à peu près tous les frais du traitement; de légers dérivatifs intestinaux ont paru indiqués, il n'a point été nécessaire de recourir à des moyens thérapeutiques plus énergiques.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

Appréciation des bains des Pyrénées et leur comparaison avec ceux des Alpes; par M. le docteur H. C. Lombard, chevalier de l'ordre impérial de Saint-Stanislas de Russie, ancien médecin en chef de l'hôpital général de Genève, etc.

(Suite. — Voir les n°s 30 et 31.)

1° Sources chlorurées sodiques.

Nous avons vu quelle est la valeur thérapeutique de ce genre de sources, qui est caractérisé dans le sud-ouest par Balaruc, le Malou, Salz et Salies, et dont nous trouvons des correspondantes pour les Alpes dans les eaux de Salins en Tarentaise, celles de Salins dans le Jura, ainsi que dans les eaux mères de Bex.

Rappelons en quelques mots les indications thérapeutiques des sources pyrénéennes de *Balaruc*, *Salies* et *Salz* que nous avons reconnues convenir admirablement dans les anciennes paralysies, dans les maladies scrofuleuses et lymphatiques, ainsi que dans les anémies consécutives à de longues souffrances ou à des fièvres paludéennes persistantes.

Plaçons dans cette revue sommaire Balaruc et le Malon en première ligne pour les paralysies, et Salies en première ligne pour les scrofules et les maladies des articulations.

Étudions maintenant les sources de Salins en Tarentaise, de Salins dans le département du Jura, ainsi que les eaux mères de Bex, dont nous avons déjà parlé à l'occasion des bains sulfureux de Lavey. Non loin de Moutiers et de Brides, on trouve la source chlorurée sodique de *Salins* qui alimente l'établissement thermal et les salines de Moutier. Sa température est de 35°. Elle contient 10^gr,22 de chlorure de sodium et 0^gr,30 de chlorure de magnésium, ainsi qu'une forte proportion de carbonate de fer 0^gr,1500 et 2^gr,400 de sulfate de chaux. Cette eau minérale est fortement chargée en principes salins, puisqu'elle contient 17^gr,50 de résidu sec. La source de Balaruc n'en contenant que 9^gr,080.

L'établissement thermal est fort bien disposé et contient une vaste piscine à natation, des cabinets de bains et de douches, ainsi qu'une buvette, situés dans le même bâtiment qui sert de logement aux baigneurs.

Les maladies que nous avons vues être améliorées par les eaux de Balaruc, le sont à plus forte raison, par celles de Salins, dont les principes actifs sont deux fois plus considérables. Les scrofules, le lymphatisme et les arrêts de développement osseux sont améliorés ou guéris par la cure thermale à Salins, ainsi que les paralysies et les débilités anémiques. Je n'ai jamais regretté d'en avoir fait usage et en ai retiré de très-bons effets chez les malades que j'y ai envoyés à diverses reprises.

Les eaux de Salins, dans le département du Jura, sont artificielles, puisqu'elles sont produites par l'introduction de l'eau dans des puits qui la mettent en communication avec un banc de sel gemme, situé au-dessous de la ville de Salins. Elles contiennent, par conséquent, des quantités variables de chlorure de sodium; les unes en ont 40, d'autres 50, 60 et même 100 grammes par litre. Aussi doit-on les rendre moins actives en y ajoutant de l'eau.

L'installation d'un établissement thermal y est toute récente, en sorte que l'on a pu profiter des perfectionnements modernes et construire une vaste piscine destinée à la natation et pouvant contenir un grand nombre de baigneurs. Les cabinets de bains et de douches sont également très-bien disposés et tout concourt au succès de la cure.

Les maladies principales que l'on traite à Salins, sont les diverses formes de scrofules et surtout les engorgements glandulaires et articulaires. Les paralysies peuvent y être soignées aussi bien, si ce n'est mieux, qu'à Balaruc, puisque l'on peut donner des bains à divers degrés de salure et y ajouter les eaux mères qui résultent de la préparation du sel.

Nous avons déjà parlé d'un traitement analogue fait avec les eaux mères de Bex que l'on mêle avec les eaux de Lavey.

2° Sources bicarbonatées sodiques.

Nous devons rappeler ici les eaux du Boulou qui représentent dans le sud-ouest les eaux bicarbonatées sodiques; nous avons vu qu'elles contenaient environ 2 grammes et demi de bicarbonate de soude, c'est-à-dire la moitié de la dose que l'on trouve dans la plupart des sources de Vichy. Les Alpes nous présentent deux sources qui rentrent dans la même catégorie, l'une beaucoup plus faible que le Boulou et l'autre beaucoup plus forte que Vichy : je veux parler d'Évian et de Tarasp.

Évian est une jolie petite ville, située sur les bords du lac de Genève, où l'on trouve deux sources principales, celles de Cachat qui est très-anciennement connue, et celle de Bonnevie qui a été découverte récemment.

L'une et l'autre sont froides (12°) et très-peu minéralisées, ne contenant que 0^gr,137 de bicarbonate sodique, ainsi que 0^gr,101 de bicarbonate calcique avec quelques traces de chlorure de sodium et de glairine. Et cependant, malgré cette faible dose de principes salins, l'eau d'Évian n'est point dépourvue d'activité et jouit d'une réputation méritée pour combattre la gravelle, la cystite et les embarras des voies digestives. Le catarrhe vésical est une spécialité si bien établie, que les malades atteints de ce genre de mal se rendent en grand nombre à Évian et je puis dire qu'en général ils s'en trouvent bien. Certaines gastralgies ou entéralgies, accompagées d'éréthisme, sont également améliorées par le même traitement.

Au reste, tout concourt au succès de la cure, la douceur du climat, la situation pittoresque du nouvel hôtel des bains, l'excellente

nourriture qu'on y trouve, ainsi que les ressources médicales, font comprendre l'affluence croissante des baigneurs (1).

Les sources salines de *Tarasp* dans les Grisons forment un contraste complet avec celles d'Évian. Au lieu d'une très-faible minéralisation, nous avons au contraire, dans l'eau de Lucius, l'une des sources les plus chargées en principes salins puisqu'elles en contiennent 12 grammes par litre, c'est-à-dire un tiers de plus que la plupart des sources de Vichy et deux fois plus que celles de Carlsbad, en sorte qu'on peut considérer un litre d'eau de Tarasp comme représentant les mêmes doses de principes salins que celles contenues dans un litre d'eau de Vichy, de Carlsbad et de Selters réunies. C'est assez dire que cette nouvelle source doit être douée d'une grande activité thérapeutique, sur laquelle cependant l'expérience n'a pas encore prononcé.

Les principaux sels contenus dans l'eau de Tarasp sont les bicarbonates de soude (3gr,5455) et de chaux (1gr,6188), le chlorure de sodium (3gr,8283), le sulfate de soude (2gr,1546) et de magnésie (0gr,3903), du carbonate de fer (0gr,0198) et du iodure de sodium (0gr,0002). Ces principes salins constituent une eau fortement minéralisée, et à mesure qu'elle sera mieux connue, elle paraît destinée à rendre de grands services.

Le vaste établissement que l'on construisait à Tarasp est maintenant terminé. Des centaines de malades y seront bien reçus et bien logés, et pourront faire leur cure avec sécurité sous l'habile direction du docteur Killias (de Coire). Nous avons tout lieu de supposer que ceux qui se rendent à Tarasp s'en trouveront bien pour combattre leurs maux.

Les vertus thérapeutiques de ces eaux ne sont point encore définitivement établies par l'expérience, mais il est évident, d'après leur composition, qu'elles doivent agir comme altérantes et désobstruantes, facilitant les digestions, activant le mouvement péristaltique, accélérant la circulation hépatique et augmentant les sécrétions biliaires et intestinales; en un mot ramenant à l'état normal les fonctions digestives et intestinales. Tels seront probablement les résultats pratiques de la cure dont le succès sera facilité par le climat vivifiant de la haute et pittoresque vallée de l'Engadine.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Le docteur Rieu, qui a pratiqué pendant très-longtemps comme inspecteur, vient d'être remplacé par le docteur L. Humbert.

LITHOTRITIE.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE CATHÉTÉRISME ET LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS RÉPUTÉS INFRANCHISSABLES DE L'URÈTRE; lues à l'Académie de médecine le 18 août 1863; par le docteur L. AUG. MERCIER.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS RÉPUTÉS INFRANCHISSABLES.

On vient de voir un rétrécissement traumatique très-étendu, un de ceux qui passent pour être les plus rebelles à la dilatation, céder néanmoins à cette méthode avec la plus grande facilité. Est-ce à dire que cette opinion n'est qu'une erreur comme tant d'autres? Non, et je vais exposer une seconde observation dans laquelle un rétrécissement de même origine et plus simple en apparence, nécessita néanmoins une méthode plus active.

Ceci prouve ce que je ne cesse de répéter depuis vingt ans, c'est que les rétrécissements de l'urètre, quelle qu'en soit l'origine, présentent des différences qu'il nous est difficile de reconnaître *à priori*, qu'il faut toujours essayer d'abord les méthodes douces, et que, pour bien juger de la valeur des diverses méthodes comparées entre elles, il faudrait presque les expérimenter comparativement dans le même cas, sur le même rétrécissement.

OBS. II. — Sevestre (J. Nicolas), âgé de 56 ans, carrier, à Fontenay-aux-Roses, fut, dans une manœuvre pour soulever un bloc de pierre, frappé par une barre de fer au périnée. J'ai négligé de me faire rendre compte des accidents immédiats; mais, quels qu'ils aient été, il ne tarda pas à éprouver une dysurie telle qu'il n'urinait plus que goutte à goutte, avec les plus violents efforts, et qu'il fut obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu de Paris où, pendant quinze jours, un chirurgien très-distingué fit chaque jour des tentatives inutiles pour franchir un rétrécissement qui se trouvait au niveau de la racine postérieure du scrotum. Comme on se disposait à traverser l'obstacle à l'aide d'un instrument pointu, le malade effrayé demanda son *exeat* et rentra chez lui.

Ce fut environ six semaines après, vers le 15 août 1861, qu'il me fut présenté par M. Levesque, avoué qu'il avait chargé de poursuivre en dommages et intérêts son patron dont l'incurie avait causé l'accident.

Les tentatives que je fis chez moi à plusieurs reprises furent infructueuses comme celles du premier chirurgien : vainement j'essayai toute espèce de bougies. Comme cet homme venait chaque jour de Fontenay à pied et qu'il était obligé d'y retourner de même, je résolus, avant d'essayer le procédé qui m'avait réussi chez le malade précédent, de le placer dans des conditions meilleures, et je m'adressai pour cela au supérieur de la Maison de santé des frères Saint-Jean de Dieu dont l'inépuisable charité m'était connue.

Dès ma première tentative, qui eut lieu le 24, je trouvai le rétrécissement au fond du tube et le franchis. Il était unique et long de 6 ou 7 millimètres seulement. Mais quand je voulus dilater, je rencontrai une résistance tellement opiniâtre que je ne tardai pas à y renoncer.

Pour le diviser, nouvelles difficultés. Je voulus me servir d'un scarificateur antérograde se composant : 1° d'une gaîne aplatie, droite, terminée par une tige très-fine également droite; 2° d'une lame cachée dans cette gaîne et pouvant glisser jusque près de l'extrémité de la tige. Si j'eusse pu introduire celle-ci dans le rétrécissement, il m'aurait suffi d'y pousser la lame pour le diviser; mais, bien que cette tige terminale ne fût pas plus volumineuse que celle qui m'avait servi à franchir le rétrécissement, je ne pus parvenir à l'y engager. Je n'ai pas besoin de dire que je ne pouvais plus me servir du tube pour conduire le scarificateur; or sans tube il m'était absolument impossible d'engager quoique ce fût dans la coarctation. Je fis alors adapter un petit anneau à l'extrémité terminale du scarificateur, avec l'intention de pousser ma tige-bougie dans le rétrécissement à la faveur du tube, de retirer ensuite celui-ci en laissant la tige en place, et de glisser enfin le scarificateur sur cette tige préalablement introduite dans son anneau; mais le rétrécissement était tellement dur que cet anneau, nécessairement plus volumineux que la tige conductrice, ne put le franchir.

Il me fallut conséquemment imaginer un autre moyen, ne voulant jamais scarifier sans guide. Je résolus de me servir de la même tige comme conducteur, et je fis faire un instrument formé : 1° d'un tube à minces parois destiné à glisser sur cette tige; 2° d'une lame en demi-fer de lance soudée sur l'extrémité urétrale de ce tube; 3° d'une gaîne enveloppant ce tube porte-lame dont elle a la forme. Par le bout opposé à la lame le tube dépasse la gaîne de 1/2 centimètre.

Le 4 novembre, je fis l'opération. J'introduisis d'abord la tige-bougie par son bout olivaire, et l'engageai à l'aide du tube conducteur jusqu'au delà du rétrécissement. Cela fait, je retirai ce tube et glissai le tube porte-lame caché dans sa gaîne jusqu'au devant de la coarctation. Alors je fis saillir la lame au delà de la gaîne et poussai le tout sur la tige conductrice jusqu'à ce que j'eusse dépassé le tissu dur dont la division fut très-facile à sentir. Enfin, je retirai la lame et tout l'appareil fut extrait, tige conductrice et scarificateur.

On voit que, pendant cette opération, la lame ne peut dépasser l'olive de la tige conductrice, et que, par conséquent, elle ne peut faire fausse route.

Au moment même il ne s'écoula que très-peu de sang, et il n'y en eut point du tout le reste de la journée. Ce jour et le lendemain le malade urina à plein canal. Pas le moindre accident. Je passai des bougies coniques boutonnées flexibles, nos 24 et 25 de la filière Charrière.

Le 7, je passe le n° 25 et Sevestre retourne chez lui.

Le 28, il revient me voir, et je lui passe le 25 métallique.

J'en fais autant le 15 janvier.

Le 8 février, je lui passe d'emblée ce numéro métallique, tandis que jusque-là j'avais été obligé de le faire précéder d'une bougie élastique qui, bien qu'aussi volumineuse, s'engageait bien plus aisément.

Je noterai en terminant que, depuis longtemps, les bougies métalliques que j'emploie sont conoïdes dans leurs 3 derniers centimètres (1), et que ce n'est par conséquent pas à la conicité, mais à la flexibilité des bougies élastiques qu'on doit attribuer la facilité plus grande avec laquelle elles s'engageaient. L'urétrotomie, quand on ne la pratique que d'un seul côté (et c'est le vice de la plupart des procédés), a, lors même qu'on la fait peu profonde, l'inconvénient de rendre le canal tortueux, et, par cela même, de gêner assez souvent le passage des bougies nécessaires pour entretenir le résultat obtenu. Aussi ai-je résolu d'employer à l'avenir, en pareil cas, un instrument construit d'après le même principe, mais portant une lame sur chaque côté. Le canal conservera ainsi sa direction normale.

(1) Voir, pour leur description, *Gaz. Méd.* de 1853, p. 398.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

V. JOURNAL DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX.

MÉMOIRE SUR LA STRUCTURE DU CERVELET ET DES APPAREILS DE L'INNERVATION CÉRÉBELLEUSE ; par M. le docteur LUYS.

Le cervelet et ses dépendances forment un sous-système bien nettement isolé dans l'ensemble général des fibres du système nerveux. Isolé des appareils cérébro-spinaux proprement dits, ce n'est que par l'intermédiaire des fibres de ses pédoncules qu'il entre en combinaison avec eux, et qu'il propage son action jusqu'au sein de la substance grise du corps strié, etc., etc.

Les fibres de la substance blanche du cervelet émergent de la substance grise corticale, sous l'aspect de filaments bien nettement isolés, et paraissent constituées à leur origine (dans leurs éléments fondamentaux), par l'apport successif de prolongements des cellules nerveuses de nature dissemblable.

Toutes les fibres blanches cérébelleuses, quel que soit leur point d'émergence, se dirigent comme des rayons vers un amas de substance grise placé au centre de chaque hémisphère cérébelleux, pour se mettre en rapport avec les cellules nerveuses qui s'y trouvent.

Cet amas de substance grise (corps dentelé, corps rhomboïdal) joue, vis-à-vis des fibres cérébelleuses, un rôle analogue à celui de la couche optique vis-à-vis des fibres cérébrales.

De ce centre commun de convergence partent bientôt en avant et dans trois directions une série de fibres secondaires, véritables conducteurs efférents, qui vont elles-mêmes se disséminer au milieu des faisceaux de fibres spinales ascendantes, et devenir ainsi, en s'amincissant peu à peu, les origines de la substance grise *périphérique* du cervelet.

Tous ces producteurs efférents sont entre-croisés; ils se distribuent à la périphérie, dans la région du côté opposé à celle d'où ils émergent.

Les fibres efférentes les plus inférieures (pédoncules inférieurs), dirigées de haut en bas et d'arrière en avant, parcourent, à travers les fibres spinales, un trajet spiroïde, et vont se perdre au milieu des réseaux de cellules du corps olivaire du côté opposé. Les fibres qui émergent des corps olivaires paraissent se disséminer au milieu des interstices des fibres spinales ambiantes. Elles contribuent à la constitution des premiers réseaux de substance grise périphérique qui commencent à apparaître au niveau de la région bulbaire.

Les fibres efférentes moyennes (pédoncules moyens) se dirigent toutes plus ou moins directement en avant, sous forme de fascicules curvilignes, et vont se perdre, après s'être partagées en deux directions principales, l'une superficielle, l'autre profonde, en presque totalité dans les régions du côté opposé à celui d'où elles sont sorties. Elles contribuent à former, par leurs extrémités périphériques, la substance grise de la protubérance.

Les fibres efférentes supérieures (pédoncules supérieurs) émergent, comme leurs congénères, de la cavité des corps rhomboïdaux, sous l'aspect de fascicules bien nettement constitués; elles vont se perdre, après s'être entre-croisées, fibrilles à fibrilles, dans deux amas géminés de substance grise, situés de chaque côté de la ligne médiane, et qui sont pour elles ce que sont les corps olivaires pour les fibres pédonculaires inférieures.

Ces *corps olivaires supérieurs*, dont la texture et les éléments histologiques sont complétement comparables à ceux des olives inférieures, émettent à leur tour une série de fibres secondaires qui rayonnent dans toutes les directions.

Un premier groupe de filons efférents des olives supérieures va se disséminer au milieu des fibres spinales antérieures ambiantes.

Un deuxième, émergeant principalement des régions externes de l'olive supérieure, va contribuer, sous l'aspect de filaments extrêmement multipliés, à la constitution d'un amas de substance grise, placé comme un *centre d'irradiation fibrillaire* nouveau au milieu même du demi-cône formé par la juxtaposition des fibres spinales antérieures, épanouies en éventail; ce centre supplémentaire d'irradiation de fibrilles nerveuses paraît plus particulièrement destiné à entrer en rapport avec les fibres spinales les plus internes.

Un troisième groupe, sous forme d'un fascicule cylindroïde, dirigé d'abord directement en avant, puis réfléchi bientôt sur lui-même en dehors, émerge des portions les plus antérieures de la substance grise de l'olive supérieure, et se dissémine principalement au milieu des fibres spinales ascendantes appartenant aux régions bulbaires et probablement sous-bulbaires.

Il résulte des modifications successives que subissent les fibres pédonculaires, une fois qu'elles sont arrivées à la dernière période de leur parcours:

Quelles deviennent ainsi les origines d'un véritable lacis plexiforme de substance grise, continu de bas en haut, depuis la région bulbaire jusqu'à la région du corps strié;

Que ces lacis plexiformes sont constitués, inférieurement, par des anastomoses réciproques des fibres pédonculaires inférieures; à la protubérance, par les fibres pédonculaires moyennes; et de la région supérieure, par les fibres pédonculaires supérieures, médiates ou immédiates;

Que ces divers dépôts de substance grise paraissent solidairement associés dans le sens vertical; qu'ils sont composés de cellules en général douées de caractères homologues; que presque toutes ces cellules sont ovoïdes, d'un coloration jaunâtre tout à fait spéciale; qu'un certain nombre d'entre elles présentent des dépôts pigmentaires très-considérables qui donnent à leur ensemble un aspect particulier (la substance grise du *locus niger* de Sœmmering représente la série des expansions périphériques d'une portion des fibres pédonculaires supérieures, dont les cellules sont plus fortement chargées de granulations pigmentaires que celles de la région bulbaire);

Que ces agglomérations successives de substance grise répartie dans toute la hauteur des régions supérieures de l'axe spinal, représentent bien la sphère de l'activité propre du cervelet, au sein de laquelle est conduit, comme dans un appareil de dissémination périphérique, l'influx spécial auquel il donne naissance.

Les traînées de substance grise appartenant aux expansions terminales des fibres pédonculaires, affectent toutes, et *exclusivement*, avec le système des fibres spinales antérieures, des rapports excessivement intimes. Elles s'insinuent d'abord au milieu des interstices des fascicules spinaux ascendants, dissocient par leur interposition leurs fascicules les uns des autres, puis se fanfilent au milieu des groupes de fibres secondaires, qu'elles écartent ainsi successivement. Elles arrivent de cette sorte à se trouver par degré en contact avec la fibre spinale primitive elle-même. Alors la fibre cérébelleuse se dissocie dans ses éléments fondamentaux, son *cylindre axis* s'effile, sa gaîne s'allonge en filaments à l'extrémité desquels se trouvent de petites cellules caractéristiques, et ce faisceau d'éléments cérébelleux dissociés s'enroule sur la continuité de la fibre spinale antérieure (amincie elle-même et déjà préparée à recevoir cet appoint supplémentaire); il constitue avec elle un véritable *couple anatomique*, une seule et même *combinaison* de deux éléments nerveux, préalablement isolés.

Cette combinaison nouvelle que contracte la fibre cérébelleuse avec la fibre spinale antérieure, est la *caractéristique* de la manière d'être des fibres pédonculaires cérébelleuses avec les éléments spinaux antérieurs. La fibre cérébelleuse une fois fusionnée avec la fibre spinale, ne l'abandonne pas ainsi; elle s'attache à elle comme une tige volubile, et la poursuit jusqu'à son arrivée au contact des grosses cellules de la substance grise du corps strié. Là, en effet, on constate encore que ces grosses cellules, qui sont destinées à entrer en rapport avec les fibres spinales antérieures, sont recouvertes, sur leur paroi, d'une série de petites cellules jaunâtres, d'un aspect caractéristique, lesquelles ne sont autre chose qu'une expansion lointaine de fibres pédonculaires cérébelleuses. Elles apportent ainsi la preuve anatomique directe de la propagation de l'action du cervelet (dont elles représentent les appareils de dissémination périphériques), jusque sur les grosses cellules de la substance grise du corps strié, lesquelles se trouvent ainsi soit médiatement, soit immédiatement, ressentir l'influence de l'innervation cérébelleuse.

VI. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES PRATIQUES.

Les numéros du 10 septembre 1863 au 30 mars 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du travail dans l'air comprimé*, par M. Caffe. 2° *Des métrorrhagies à la ménopause*, par M. Cabours. 3° *Du goître exophthalmique*, par M. Corlieu. 4° *Chancre induré de la conjonctive oculo-palpébrale*, par M. Dardel. 5° *Les eaux de Paris étudiées au point de vue de la santé publique*, par M. Caffe. 6° *Observation de pyohémie*, par M. Dumont. 7° *De la purification des gommes résines et de leur emploi pharmaceutique*, par M. Mayet. 8° *Du mode d'essai du tapioca par l'iode*, par M. Marchant.

VII. JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE.

Les numéros de juillet 1863 à juin 1864 contiennent les travaux originaux suivants, relatifs aux sciences médicales : 1° *De l'épaisseur des écussons magistraux*, par M. Falières. 2° *De la purification des gommes-résines fournies par la famille des ombellifères, et de leur emploi en pharmacie*, par M. Mayet. 3° *Rapport sur les sels minéraux, en vue de la révision du Codex*, par M. Baudrimont. 4° *Sur le laudanum de Rousseau*, par M. Marchand. 5° *Sirop de quinquina dosé*, par M. Guilliermond. 6° *Sur l'eau minérale de Vittel*, par M. Nicklès. 7° *Rapport sur les intérêts généraux de la pharmacie*, par M. Boudet. 8° *Étude sur l'ivraie enivrante*, par MM. Baillet et Filbol. 9° *Analyse de l'eau minérale de Dinan*, par M. Malaguti. 10° *Sur la fabrication d'un vin particulier connu sous le nom de vin de Pelle*, par M. Nicklès. 11° *Note relative à la préparation de l'acide cyanhydrique*, par MM. Bussy et Buignet. 12° *Notice sur une nouvelle espèce de jalap*, par M. Guibourt. 13° *Note sur le cassia moschata*, par M. Hanbury. 14° *Sur la goutte noire*, par M. Mayehi. 15° *Expériences sur l'aération des eaux*, par M. Lefort. 16° *Rapport sur la question des pulpes, sucs, conserves, en vue de la révision du Codex*, par M. Louradour. 17° *Note sur une nouvelle espèce de faux jalap*, par M. Guibourt. 18° *Rapport sur les espèces, pilules et poudres, en vue de la révision du Codex*, par MM. Guibourt, Adrian et Martin. 19° *Recherches sur les gaz libres de l'urine*, par M. Morin. 20° *Sur une nouvelle falsification du safran*, par M. Guibourt. 21° *Sur le dosage par gouttes du laudanum de Sydenham et du laudanum de Rousseau*, par M. Guibourt. 22° *Expériences sur l'association du fer et du quinquina*, par M. Lefort.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

M. FLOURENS présente à l'Académie un livre qu'il vient de publier sous le titre de : PSYCHOLOGIE COMPARÉE.

CINQUIÈME NOTE SUR L'INFECTION PURULENTE ; par M. BATAILHÉ.

Dans la présente communication, dit l'auteur, nous nous sommes proposé : 1° d'étudier l'état des veines au voisinage de la plaie chez les sujets affectés d'infection putride aiguë ; 2° de présenter quelques remarques sur la question de l'insalubrité des hôpitaux.

Le mémoire de M. Batailbé, trop étendu pour être reproduit intégralement au compte rendu, et, par sa nature, peu susceptible d'analyse, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Velpeau et J. Cloquet.

ÉTUDE MÉDICALE SUR LES BUVEURS D'ABSINTHE, PRÉCÉDÉE DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ABUS DES ALCOOLIQUES ; par M. E. DECAISNE.

(Commissaires, MM. Serres, Andral, Cloquet.)

L'auteur, en terminant son mémoire, le résume dans les termes suivants :

« 1° L'absinthe à dose égale, et au même degré de concentration alcoolique que l'eau-de-vie, a des effets plus funestes et plus prononcés sur l'économie.

« 2° A dose égale, l'absinthe produit l'ivresse beaucoup plus rapidement que l'eau-de-vie. Les états qu'on a décrits sous le nom d'*alcoolisme aigu* et d'*alcoolisme chronique* se développent sous son influence beaucoup plus facilement. Il ne faut pas oublier cependant de faire entrer ici en ligne de compte le degré de concentration de l'alcool, en général assez élevé dans l'absinthe.

« 3° Les effets de l'absinthe sur le système nerveux sont plus marqués que ceux de l'eau-de-vie, et ressemblent assez bien à l'intoxication par un poison narcotico-âcre.

« 4° Un des plus grands dangers de l'absinthe consiste dans les sophistications qu'on lui fait subir, et il est urgent d'appeler sur ce point l'attention de l'autorité.

« 5° L'absinthe à dose modérée et de bonne qualité (soit un verre ou deux par jour) n'est jamais exempte de dangers, et produit toujours dans un espace de temps plus ou moins long, et selon les diverses aptitudes individuelles, des désordres plus ou moins sensibles dans l'économie, et particulièrement dans les fonctions digestives.

« 6° Enfin l'absinthe, même à dose très-modérée et de bonne qualité, doit être bannie de la consommation. »

DE L'ACTION DES BACTÉRIES SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE. Note de MM. LEPLAT et JAILLARD, présentée par M. PASTEUR.

Le mode de production et de propagation des maladies contagieuses, à la manière des êtres vivants, a depuis longtemps conduit les médecins à supposer que ces affections étaient dues à des animalcules invisibles, à des parasites ou des ferments insaisissables. Cette hypothèse était séduisante et elle servit de base à de nombreuses théories médicales ; mais il restait à la vérifier, et pour cela il fallait prouver qu'il existe des cryptogames et des infusoires susceptibles d'engendrer des maladies.

Des recherches engagées dans la voie de l'étiologie positive ont, dans ces derniers temps, été tentées dans le but de résoudre cette importante question ; et des observateurs d'un grand mérite, considérant les virus comme des ferments et les ferments comme des êtres animés, n'ont pas hésité, après avoir découvert des microzoaires dans le sang des sujets atteints du charbon, de la fièvre typhoïde et d'autres affections, à rapporter à ces petits êtres la cause du développement de ces maladies chez ceux dont elles avaient occasionné la mort.

C'est ainsi que dans plusieurs notes adressées successivement à l'Académie, M. Davaine a annoncé que l'affection charbonneuse était produite par la présence dans le sang de petits corps filiformes qu'il a désignés sous le nom de *Bactéries* (1), comparés au ferment butyrique de M. Pasteur et considérés comme l'agent mystérieux de cette terrible maladie. A cette opinion sont venus se rendre MM. Tigri et Signol, qui, tout en la confirmant, ont prétendu que ces corpuscules vivants n'étaient point particuliers à cette espèce morbide, mais qu'ils se montraient dans un grand nombre d'autres états pathologiques.

Nous croyons que ces assertions sont prématurées, et nous pensons qu'avant de les émettre il eût été prudent de les appuyer sur des preuves plus sévères qui les missent à l'abri de toute objection.

Ainsi, au lieu d'inoculer à des animaux, comme l'a fait M. Davaine, le sang charbonneux, liquide, complexe, dans lequel le microscope ne peut déceler qu'un petit nombre des éléments qui s'y trouvent renfermés, il eût été plus sage de n'opérer qu'avec des bactéries, dégagées de tout produit accessoire, pouvant à tort ou à raison être incriminé comme principe actif, en dehors de l'action des infusoires.

C'est ce que nous avons fait dans une série d'expériences dont nous avons l'honneur de soumettre aujourd'hui les résultats au jugement de l'Académie.

On sait que les bactéries appartiennent au genre vibrionien et qu'elles se développent dans tous les liquides contenant des matières animales ou végétales en voie d'altération. Rien dès lors n'est plus facile que de se procurer ces petits êtres microscopiques, qui ont entre eux la plus grande ressemblance et qui, sans nul doute, jouissent des mêmes propriétés.

A défaut de sang de sujets atteints du charbon, c'est dans des milieux tout à fait différents que nous avons pu trouver celles qui nous ont servi dans nos essais. Nous les avons extraites tantôt de certaines infusions végétales, tantôt de liquides chargés de matières animales en décomposition, d'urine putréfiée, de sérum du sang altéré, etc., et ce n'est qu'après avoir constaté leur identité et leur vitalité que nous les avons injectées soit dans le sang des animaux, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané.

EXP. I (13 juin). — Dans le tissu cellulaire de la cuisse d'un lapin nous injectons un liquide chargé de bactéries et provenant d'un macératum de viande en putréfaction. Après l'opération, l'animal n'a éprouvé aucune indisposition, et aujourd'hui, 29 juillet, il est vigoureux et bien portant.

EXP. II (19 juin). — Dans la jugulaire d'un autre lapin nous injectons environ 3 centimètres cubes d'un liquide contenant une infinité de bactéries provenant d'une urine en voie de décomposition. L'animal n'a présenté aucun symptôme morbide après l'opération ; aujourd'hui, 29 juillet, il est plein de santé.

EXP. III (19 juin). — Même opération sur un jeune chien ; même résultat.

EXP. IV (27 juin). — Même opération sur un chien vigoureux ; même résultat.

EXP. V (29 juin). — Nous introduisons dans la saphène d'un chien de moyenne taille des vibrioniens provenant d'une décoction d'orge préparée depuis trois jours. Le vingtième jour après l'opération, l'animal n'avait pas encore éprouvé d'accidents ; il était plein de santé et fut depuis mis en expérience.

EXP. VI (5 juillet). — Même opération sur un autre chien ; même résultat.

EXP. VII (14 juillet). — Dans la jugulaire d'une petite chienne épa-

(1) M. Davaine, dans un travail récent, est revenu sur la nature des corpuscules observés dans le sang de rate ; il leur a donné un nom nouveau, légitimé par des propriétés qui les rapprochent plus des cryptogames que des infusoires.

gneule et pleine depuis un mois environ, nous injectons des vibrioniens qui se sont développés dans une infusion de réglisse; l'animal avorte le jour même de l'opération. Quatre jours après, il était remis, et, le 24 juillet, il nous échappait sans avoir eu d'autres accidents.

Exp. VIII (19 juillet). — Dans la jugulaire d'un jeune chien noir nous injectons 3 centimètres cubes d'un liquide séreux, contenant un grand nombre de bactéries. L'animal rentre dans le chenil parfaitement gai et ne présente pendant les jours suivants aucun phénomène morbide.

Exp. IX (20 juillet). — Même opération sur un autre chien avec du sang de bœuf défibriné et altéré; le chien succombe cinq heures après avec des symptômes dyssentériques et convulsifs, comme les animaux de Gaspard et de Magendie. Nous trouvons des bactéries dans son sang.

Exp. X, XI et XII (21 juillet). — Nous injectons le sang de ce dernier animal dans la jugulaire d'un jeune chien bien portant, nous l'introduisons sous la peau de deux lapins, il ne se produit pas d'accidents.

Conclusions. — De ces expériences nous concluons :

1° Que les vibrions (bactéries ou vibrions), provenant d'un milieu quelconque, ne produisent aucun accident chez les animaux dans le sang desquels on les a introduits, à moins toutefois qu'ils ne soient accompagnées d'agents virulents qui, eux seuls, sont responsables des effets fâcheux qui peuvent survenir;

2° Que si le véhicule injecté qui les contient est putride et en trop grande quantité, il y a empoisonnement septicémique, mais qu'il ne se développe pas de maladies virulentes, puisque les mêmes phénomènes ne se reproduisent pas par l'injection du sang contaminé.

Empoisonnement par l'application des feuilles de tabac sur la peau. Note de M. Gallavardin, présentée par M. Bernard.

Dans la séance du 11 juillet 1864, M. le docteur Namias a communiqué à l'Académie des sciences une note dans laquelle il raconte que « un contrebandier se couvrait, il y a quelques mois, toute la peau nue « de feuilles de tabac, qu'il voulait soustraire au payment de l'impôt. « Le tabac, mouillé par la sueur, excita un véritable empoisonnement « qu'on a guéri moyennant les boissons alcooliques et le laudanum. » Après avoir dit que, dans ce cas, le tabac produisit la faiblesse extrême du pouls, sa petitesse, des sueurs froides, des défaillances, M. Namias ajoute : « Il n'y a pas, que je sache, un exemple pareil d'empoisonne- « ment par les feuilles de tabac appliquées sur la peau. »

J'ai recherché si la littérature médicale ne rapporterait pas des faits analogues, et j'en ai trouvé trois relatés dans les journaux de médecine en 1801, en 1844 et en 1854. Je vais les rappeler brièvement d'après leur ordre chronologique.

1° Tous les hussards d'un escadron s'étaient enveloppés le corps de feuilles de tabac, dans l'intention de frauder; et, quoique tous fussent de grands fumeurs, ils éprouvèrent néanmoins les symptômes suivants : maux de tête, vertiges, vomissements. (Von Hildenbrand, *Journal der praktischen Arzeneikunde und Wundarzneikunst von Hufeland*, 1801, Bd XIII, cah. I, p. 151.)

2° A la suite de l'application externe des feuilles de tabac, chez une femme de 50 ans, on observa les phénomènes d'intoxication suivants : nausées, vomissements spasmodiques, hoquet, oppression et accès de suffocation, prostration excessive, froid aux extrémités, sueur froide et visqueuse, membres froids et grande fatigue, pouls lent et intermittent. (De Meyern, *Medicinische Zeitung von Verein für Heilkunde in Preussen*, 1844, n° 8, p. 33.)

3° Des feuilles de tabac sèches enduites de miel ayant été appliquées sur les membres, chez un paysan de trente-sept ans, robuste mais sujet au rhumatisme chronique, on observa les symptômes d'intoxication suivants : mal de tête, visage injecté, vertiges, tremblement des membres, nausées, vomissements, pouls petit et un peu accéléré. (Polk. *Preussen Vereins Zeiteung*, 1854, 52.)

On a également observé des phénomènes d'intoxication :

1° Après l'application du jus de tabac sur un exanthème chronique du cou (*Landerer*);

2° Après l'application externe du tabac (*Truchsess*);

3° Par des frictions faites avec le résidu du tabac à fumer sur des parties dénudées de la peau (*Westrumb*);

4° Après l'application du suc de tabac sur un ulcère teigneux (*Walterhall*);

5° Après l'application du tabac en poudre sur une plaie de la cuisse (*Keskring*);

6° Après l'application d'un liniment de beurre et de tabac sur la tête de trois enfants teigneux(*Keskring*);

7° Après l'enveloppement des bras, des mains, des cuisses et des jarrets avec des linges trempés dans une forte décoction de tabac très-chaude(*Marrigues*).

D'après les observations précédentes, on doit conclure que le tabac, appliqué sur la peau dénudée ou non, peut produire des symptômes d'intoxication analogues à ceux qu'on observe chez les personnes qui l'absorbent par d'autres voies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 AOUT 1864. — PRESIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Beisson sur une épidémie de petite vérole qui a régné dans l'arrondissement d'Aix (Bouches-du-Rhône).

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans le département de l'Aisne. (Commission des épidémies.)

3° Des renseignements statistiques sur l'épidémie cholérique de 1849 dans le département de l'Yonne. (Commission du choléra.)

4° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Digne (Basses-Alpes), par M. le docteur Silve, et de Gréoulx (Basses-Alpes), par M. le docteur Jaubert. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur le nervosisme et l'utilité du bromure de potassium dans son traitement, par M. le docteur Romain-Vignuroux. (Commissaires : MM. Desportes et Delpech.)

2° Une note sur le traitement de la teigne par l'emploi de la chaux vive, de M. Chapoteau, pharmacien à Decize-sur-Loire. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

3° Note sur l'érorateur Kessler appliqué à la pharmacie, par M. André Pontier, pharmacien à Paris.

—M. le secrétaire de l'Académie des sciences de Madrid adresse en hommage à l'Académie un ouvrage splendidement édité, *les Œuvres astronomiques du roi Alphonse de Castille*, deux volumes in-folio sortant des presses de l'imprimerie royale de Madrid.

— M. le Secrétaire annuel donne lecture d'une lettre adressée à l'Académie par le comité chargé d'élever une statue de Larrey à Tarbes, pour inviter M. le président à assister à l'inauguration. M. le président s'excuse de ne pouvoir s'y rendre et annonce que MM. Gimelle et J. Cloquet voudront bien représenter l'Académie à cette solennité.

PRÉSENTATIONS.

M. Bouillaud présente à l'Académie une observation de M. Blachez et une dissolution de sulfure de plomb extrait par M. Fordos, pharmacien en chef de la Charité, du cerveau d'un individu atteint d'encéphalopathie saturnine après avoir travaillé à la fabrique de céruse de Clichy, et qui avait eu à l'hôpital environ vingt-cinq attaques d'épilepsie en douze jours.

Après cette observation, M. Bouillaud termine par quelques considérations hygiéniques et insiste sur la nécessité de substituer les machines au travail de l'homme dans la fabrication de la céruse et autres sels de plomb.

RAPPORTS.

M. Robin, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bernard et Briquet, lit un rapport sur un travail de M. Aug. Voisin intitulé : *Contributions à l'étude du siége de la parole*. M. le rapporteur rappelle l'observation présentée par M. Voisin et concernant un homme de 55 ans, chez qui la perte de la parole a été liée à la présence d'un kyste sanguin de l'arachnoïde pariétale, kyste qui a déterminé une empreinte sur les parties moyenne et antérieure des première et deuxième circonvolutions frontales du côté droit. Cette observation et des faits analogues recueillis par MM. Bouillaud, Rochoux, Reilhac, Broca, Trousseau, Charcot et d'autres, autorisent à penser que « dans la lésion des lobes antérieurs de l'encéphale il faut distinguer anatomiquement et symptomatologiquement celles qui siégent dans la substance grise de celles qui siégent dans la substance blanche. Ces dernières troublent plus particulièrement les actes présidant aux mouvements coordonnés de la langue; ce sont au contraire les premières qui gênent ou empêchent spécialement les actes intellectuels d'où dépendent la conception et l'association des mots dans le langage verbal.

La commission propose de remercier M. Aug. Voisin et de renvoyer son travail ainsi que les planches au comité de publication.

MATELAS D'EAU.

M. le docteur H. Boger lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports. Parmi ces rapports, dont le plus grand nombre concluent négativement, l'Académie a distingué celui qui a trait au matelas d'eau inventé par M. Demarquay et fabriqué par M. Galante. Ce matelas est destiné à remplacer le lit d'Arnolt qui coûte fort cher; en permettant au malade de prendre point d'appui quand il est couché sur toutes les parties de son corps, il facilite la cicatrisation des escarres qui surviennent si souvent au sacrum des phthisiques et des typhiques; employé à temps, il prévient ce grave accident. Sous ce

rapport, M. Demarquay a rendu un grand service, c'est du moins l'opinion de tous les praticiens qui l'emploient en ville et à l'hôpital (1).

Chez les vieillards, c'est le meilleur appareil pour traiter les fractures du col du fémur. Les malades cessent de souffrir dès qu'ils sont placés sur ce matelas.

Dans certaines maladies de la hanche, comme la coxalgie, quand il n'y a pas de tendance au déplacement, cet appareil peut rendre de très-grands services.

Chez les gâteux, il permet de les tenir propres à l'aide d'une petite modification imprimée à l'appareil.

DISCUSSION SUR LA PUSTULE MALIGNE ET LES MALADIES SPÉCIFIQUES.

M. Bouley : Si la question avait été limitée à la pustule maligne, je ne serais pas monté à la tribune ; mais on a fait de la pustule maligne une question générale ; sur ce terrain plus élargi de la spécificité des maladies et sollicité par M. Bouillaud, je prends la parole. M. Bouillaud a fait de la spécificité des maladies telle qu'il l'a posée, c'est-à-dire d'une maladie toujours d'origine virulente, une sorte de dogme, et, comme tous ceux qui embrassent un dogme, il a montré de l'intolérance : il disait qu'une maladie spécifique ne peut naître que d'une maladie spécifique. J'ai résisté, et il me reproche une ancienne discussion, en me montrant, comme une tête de Méduse, un autre M. Depaul devant me confondre... M. Depaul me pardonnera, ce n'est pas moi qui fais de lui un monstre...

Mais je ne crains pas de rencontrer un autre M. Depaul, et fussé-je en désaccord avec lui, je n'aurais pas plus qu'hier trouvé un ennemi dans mon contradicteur heureux.

Je me bornerai à dire que ce n'est peut-être pas généreux à M. Bouillaud de rappeler une faute à ses adversaires; que dis-je, une faute! ce n'en est pas une, puisque mes premieres opinions ont servi à l'établissement d'une vérité, et je souhaite à M. Bouillaud une faute semblable qui le ramène à une vraie doctrine.

M. Bouillaud s'étonne que des maladies spécifiques naissent en dehors d'une cause spécifique; mais est-ce qu'un animal, par un changement de ses humeurs, ne peut pas être dans un état spécial qui puisse être un état contagieux? Les physiciens et les physiologistes comprennent des changements moléculaires avec des changements de propriété. Est-ce que nous ne voyons pas dans l'œuf des générations spontanées de muscles, de tissus, qui sont bien autrement compliqués que des ferments? Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'économie fasse des maladies spécifiques sous l'influence de conditions pathologiques spéciales.

Un exemple :

Les vétérinaires ont la preuve qu'il existe des générations spontanées de maladies virulentes chez les animaux. En Beauce, les moutons sont dans les champs secs, par une grande chaleur, haletants, suants, au milieu d'un air pour ainsi dire surchauffé. Ils perdent l'eau de leur sang sous ces influences combinées avec la respiration des effluves des marais desséchés. Un fait saillant apparaît : le sang s'épaissit, se coagule, devient virulent, et les animaux meurent en peu d'heures ; si on les transporte dans un lieu plus humide, ils guérissent. Par contre, dans les pays humides, les moutons absorbent une quantité considérable d'eau, et sont atteints de cette autre maladie vulgairement appelée la *bouteille*, la *pourriture*, et qui n'est autre qu'une cachexie aqueuse.

Si la chaire de médecine comparée avait pu parler, il est probable que ces faits auraient trouvé leurs analogues chez l'homme.

Voyons la spécificité, et ce que M. Bouillaud me refuse. J'ai dit que l'homme faisait, créait la morve du cheval en plaçant cet animal dans des conditions contraires à l'état naturel, par les fatigues, l'épuisement et l'usure, qui produisent une oxydation incessante de l'économie du cheval. Par expérience, on reproduisait à volonté la morve chez le cheval en créant des conditions identiques à celles qui viennent d'être énumérées.

M. Bouley cite deux exemples, l'un pris sur un cheval sain provenant de l'établissement de la compagnie du gaz, où les maladies épidémiques épargnent l'homme et les animaux de l'avis de tout le monde, ce qui, dit l'orateur, vérifie la propriété attribuée à l'acide phénique et aux produits de distillation des houilles comme désinfectants et antiputrides; le cheval, amené à Alfort, a subi la ténotomie dans un lieu sain; une synovite est survenue, et a été suivie de tout le cortége de la morve et du farcin. L'autre sur un cheval qui avait reçu un coup à la joue, et à la suite duquel un abcès s'était déclaré; la morve est apparue, et elle n'a pas été, il est vrai, communiquée à un cheval voisin du premier.

Pour appuyer ses opinions sur le développement de la morve par suite de fatigue, M. Bouley lit un passage qu'il a écrit autrefois de l'article Farcin du *Dictionnaire de médecine vétérinaire*. Il ressort de ce passage que les expériences démontrent qu'après les fatigues le sang qui vient des muscles surcontractés contient une plus grande quantité de créatine, de créatinine et d'acide inosique qu'à l'état normal. Le sang est donc altéré. C'est une interprétation qu'il propose, et qui sera peut-être vérifiée quand les procédés d'exploration anatomique seront devenus aussi exacts que ceux de la chimie.

Si la morve après cela n'est pas une génération spontanée chez les animaux, il est une autre maladie que la tradition a consacrée, la gourme des chevaux, qui est une maladie à la fois spontanée et contagieuse.

La gourme est une fièvre avec altérations respiratoires, abcès, purulence générale, auxquels signes se joignent le *horse-pox*, ou la variole du cheval, si l'on veut. Le cheval y échappe dans les pâturages; arrivé dans les villes, quoique les écuries soient saines, il contracte cette maladie, et la transmet ensuite aux autres chevaux.

La péripneumonie de l'espèce bovine naît spontanément, et elle se transmet; elle naît spontanément et malgré les inoculations préventives, surtout sur les animaux nourris dans les distilleries avec la *drèche*, et parce que la nourriture et l'habitation sont une cause du développement spontané de la maladie, la péripneumonie est en permanence.

La clavelée du mouton n'est pas toujours contagieuse; si cela était, il y en aurait toute l'année; tandis que la clavelée règne épidémiquement. Au reste, on sait que la variole peut n'être pas toujours contagieuse.

Pour prendre des faits empruntés à la médecine, le typhus des camps se produit sur place par l'accumulation des individus, par de mauvaises conditions hygiéniques. Et le typhus, est-il contagieux? J'ai demandé à M. Bouillaud s'il voudrait faire entrer ici un individu atteint de typhus; il m'a répondu : Faites-en l'essai pour vous. Heureusement M. Ricord a dit qu'il ne le voudrait pas.

La fièvre typhoïde se développe spontanément, et beaucoup de gens admettent qu'elle est contagieuse. La phthisie même, qui se développe spontanément, peut passer dans quelques cas pour être contagieuse.

La pustule maligne, sur laquelle la discussion roulait encore à la dernière séance, est un mal de provenance animale, cela est incontestable dans beaucoup de cas; mais en relisant le remarquable rapport de notre collègue M. Gosselin, les observations de MM. Devers et Gallard, je comprends l'hésitation du rapporteur. Il y a à revoir dans la théorie d'Enaux et Chaussier. C'est une question doctrinale seulement que j'agite ici, car, comme l'ont dit les orateurs qui m'ont précédé, la cautérisation est le remède indispensable dans toutes les pustules malignes. Chez les animaux, le charbon spontané ne guérit pas autrement; chez un animal qui a la fièvre charbonneuse et qui a une pustule maligne, cette lésion est pour ainsi dire une éruption critique. Si l'on ne cautérise pas, et si les produits formés dans la pustule sont résorbés, l'animal est perdu; il y a infection générale, et sans remède. Par comparaison avec cet état, il serait possible que la pustule maligne fût une maladie d'éruption.

Enfin la foi ébranlée de M. Gosselin m'entraîne, je suis ébranlé, et la spontanéité de la pustule maligne ne me paraît pas déraisonnable.

Mais je m'élèverai de toutes mes forces contre les assertions de M. Guibourt. La gangrène, les matières septiques et les matières putréfiées ne peuvent donner la pustule maligne. Il y a à Paris des hommes qui manient des substances putrides, et on ne leur trouve pas de pustules malignes. Les équarrisseurs, qui vivent aussi salement que peuvent vivre des porcs et qui manient sans cesse des matières putréfiées, n'ont pas de pustules malignes. A Alfort, où nous trempons nos mains dans des foyers gangréneux, nous n'avons pas de pustules malignes. Les hommes qui manient des cadavres, où pourtant il se développe du virus, ne donnent pas la pustule maligne.

Le charbon est une maladie spécifique qui se donne par une inoculation en petite quantité, par opposition avec les lésions gangréneuses, dont il faut inoculer une grande quantité de produits putrides pour produire la gangrène.

On a trouvé dans la gangrène et dans les charbons des bactéries. M. Davaine a bien exposé ces faits, mais il a conclu à l'action des bactéries dans le fait de la contagion; il y a contradiction avec les faits cliniques, qui montrent que les maladies virulentes, comme la pustule maligne, ne naissent que du charbon, ou se produisent peut-être spontanément.

Maintenant je demande à M. Bouillaud s'il veut admettre qu'il y a des maladies virulentes nées spontanément; dira-t-il encore : Il n'y a qu'une cause spécifique qui donne une maladie spécifique?

M. Bouillaud : M. Bouley veut démontrer et m'opposer ce que j'ai sans cesse professé moi-même dans mon enseignement.

M. Bouley : Je demeure stupéfait. Quoi qu'il en soit, M. Bouillaud répondra, et il est probable qu'il se ralliera comme M. J. Guérin notre collègue s'est déjà rallié, ce qui prouve qu'il y a une vérité au fond des doctrines défendues par la médecine vétérinaire.

M. Bouillaud : J'ai le triste privilége d'être attaqué. Déjà M. Trousseau, en discutant les spécificités, m'a reproché de ne pas distinguer dans la spécificité la quantité et la qualité des virus; je comparerai M. Bouley à mon premier contradicteur, il est le Trousseau de la méde

(1) Pour notre compte particulier, nous considérons le matelas d'eau de M. Demarquay comme une des inventions les plus utiles, comme un véritable service rendu aux malades et aux chirurgiens. (Note du Rédacteur.)

cine vétérinaire, et il m'accuse encore de mal connaître la spécificité.

On m'accuse de fanatisme, d'enthousiasme, moi qui n'ai cessé de m'élever contre ces tendances quand j'ai tenté de faire de la science de la façon la plus exacte et la plus scrupuleuse. M. Bouley dit que je suis intolérant, je l'ai écouté cependant avec intérêt et pendant longtemps, quoiqu'il m'ait fait dire le contraire de ce que j'ai affirmé. M. Bouley a aussi l'air de reprocher aux médecins de n'être pas assez vétérinaires; on pourrait, je crois, reprocher aux vétérinaires de n'être pas assez médecins. Assez généralement on voit les vétérinaires prétendre que les médecins ne connaissent pas la rage, par exemple, et cependant la plupart des grandes questions qui intéressent la science vétérinaire ont été éclaircies par des médecins, avec le concours bien entendu des vétérinaires. A propos de cela, permettez-moi une anecdote : On demandait un jour à un dentiste ce qu'il comptait faire de son fils; en ferez-vous un dentiste? Non, répondit le père, il n'a pas assez d'esprit; j'en ferai un médecin. Un vétérinaire parlerait peut-être aujourd'hui comme le dentiste.

La médecine vétérinaire a confondu la morve avec des affections qui n'étaient pas la morve, et c'est sur ce point que M. Guérin nous a fait une concession lors de la dernière discussion. C'est à tort que l'on dit que nous ignorons les altérations du sang dans les maladies, nous les avons trouvées et montrées, et nous leur assignons leur juste part; nous savons qu'il se forme des ferments dans l'homme, le typhus, la fièvre typhoïde, le phlegmon diffus; nous connaissons les maladies septiques.

M. Bouillaud indique, en terminant, les points sur lesquels portera son argumentation.

M. Guérin retient la parole après M. Bouillaud pour montrer les points qui sont communs dans les idées des deux orateurs, entre lesquelles il n'y a que des nuances.

— La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. Qu'est-ce que l'albuminurie? ou de son analogie avec les sécrétions séreuses, séro-plastiques et les hémorrhagies qui se font, soit a la surface, soit dans l'épaisseur des organes; par le docteur Léon Germe, ancien interne des hôpitaux civil et militaire d'Arras.

II. Essai sur les albuminuries produites par l'élimination des substances toxiques; par M. le docteur Auguste Ollivier, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

I. La seconde partie du titre précédent indique d'une manière assez claire l'objet du travail que nous avons à analyser, et fait déjà préjuger des opinions qui y seront soutenues. L'auteur, dans des considérations préliminaires, donne un aperçu historique du sujet, et montre combien a varié, suivant les époques, l'interprétation des causes qui produisent l'hydropisie. Ce phénomène a été en effet attribué tantôt à des lésions du foie ou des autres viscères de l'abdomen, tantôt à des altérations du sang, à l'atonie des vaisseaux, à des obstacles à la circulation du sang, tantôt à l'obstruction des glandes, au relâchement des vaisseaux lymphatiques, etc. En 1770, Cotugno découvre la présence de l'albumine dans les urines; cette découverte, confirmée par d'autres observateurs, donne bientôt lieu à une nouvelle interprétation. Blackall établit la division des hydropisies en deux sortes, suivant que l'urine contient ou ne contient pas de l'albumine. Bright montre la coïncidence fréquente de l'hydropisie avec albuminurie et de l'altération granuleuse des reins, et il pose, sans la résoudre, la question de savoir si l'altération rénale est primitive ou consécutive à l'albuminurie. Christison résout cette question, et considère l'albuminurie comme la conséquence de la lésion rénale. En France, Sabatier, Martin-Solon, M. Rayer et ses élèves, Becquerel, admettent aussi que la lésion rénale est primitive; pour M. Rayer, cette lésion est due à une inflammation spéciale (néphrite albumineuse).

Cependant Elliotson, Graves, Bright, Anderson et d'autres auteurs protestent contre cette manière de voir, et regardent la lésion rénale comme consécutive à l'albuminurie; quant à celle-ci, elle est due à une altération cachectique, à un état anormal du sang. Vient enfin M. Jaccoud qui, dans sa thèse inaugurale, considère l'albuminurie comme la conséquence d'un trouble dans la nutrition, comme l'élimination d'une substance impropre à l'assimilation.

En résumé, deux camps parmi les médecins : pour les uns, la lésion rénale précède et amène l'albuminurie, et, par suite, l'hydropisie; pour les autres, l'altération des reins est consécutive à l'albuminurie, due elle-même à une affection générale, à l'élimination de matériaux impropres à l'assimilation, à une déviation du type normal des mouvements nutritifs, etc.

Laquelle des deux opinions est conforme à la vérité? Aucune, répond M. Germe, et c'est à le prouver qu'il va appliquer ses efforts. Pour lui l'albuminurie, c'est-à-dire « le passage, dans les tubes urinifères, d'une portion de l'albumine contenue dans le sang qui traverse les reins, soit par exosmose, soit par rupture vasculaire, » est un phénomène qui n'est pas spécial aux reins, mais qui a son analogue dans toute l'économie. Les causes qui font sortir l'albumine hors des vaisseaux des reins produisent les mêmes effets dans différents autres organes, et ont comme conséquence ou des évacuations séreuses, ou des sécrétions de lymphe plastique, ou des hémorrhagies. L'auteur consacre un chapitre spécial à l'étude des plus importantes de ces causes, et montre par quel mécanisme elles produisent l'albuminurie, l'hydropisie, ou les autres phénomènes que nous venons de mentionner.

Dans un premier chapitre, M. Germe étudie l'albuminurie et l'hydropisie déterminées par un obstacle à la circulation du sang. Il établit d'abord que toute lésion qui gêne le cours du sang et congestionne les reins, peut provoquer l'albuminurie. Il passe ensuite en revue les différents cas où l'obstacle a pour siége les veines rénales, la veine cave inférieure, les poumons et le cœur.

La circulation peut être interrompue dans les veines rénales et dans la veine cave inférieure, soit par la compression qu'exerce une tumeur quelconque, soit par l'oblitération du vaisseau due à la présence d'un caillot fibrineux. Pour la veine cave en particulier, l'hypertrophie du foie est quelquefois la cause de la compression qui gêne le cours du sang. L'auteur cherche à démontrer la réalité de ce fait, et entre à ce sujet dans des études et des expériences plessimétriques où il serait trop long de le suivre.

Toute gêne dans la circulation pulmonaire produit une congestion des poumons, par suite une congestion du système veineux en général, surtout du système sous-diaphragmatique. C'est cette congestion veineuse qui explique l'albuminurie et l'hydropisie dans une foule d'affections des voies respiratoires, telles que l'angine couenneuse, le croup, certaines bronchites, la phthisie, etc. La gêne dans la circulation cardiaque produit la même congestion, partout les mêmes effets.

Dans tous ces cas d'obstacles à la circulation, il y a congestion des reins, et c'est en vertu de la tension exagérée du sang dans les vaisseaux que le sérum et l'albumine qu'il contient, passent par exosmose à travers les parois vasculaires. Plus tard, dans les états cachectiques, à la tension s'ajoute une autre cause qui favorise cette transsudation, c'est l'hydrémie. Or ce fait d'exosmose n'est pas particulier aux reins; si on lie la veine jugulaire d'un animal, sa face enfle, les glandes se congestionnent, la sécrétion des larmes, de la salive devient plus abondante, et l'on y trouve de l'albumine.

Il est un second ordre de causes, propres à déterminer l'albuminurie et l'hydropisie, qui agissent sur les vaisseaux capillaires par l'intermédiaire du système nerveux. C'est ainsi qu'on produit l'albuminurie en détruisant les communications des nerfs vasculaires des reins avec le grand sympathique, c'est-à-dire en paralysant les vaisseaux. Dans ces cas il se produit une congestion consécutivement à la paralysie, ainsi qu'il résulte des nombreuses expériences faites pour étudier l'action du système nerveux ganglionnaire sur la circulation, et c'est cette congestion qui produit l'albuminurie. On observe pareillement des infiltrations séreuses dans certains cas de paralysie des membres.

C'est à ce genre de causes que M. Germe rattache l'action du froid sur la production de l'hydropisie et de l'albuminurie, soit chez des personnes en bonne santé, soit chez des convalescents à la suite de certaines maladies, en particulier des fièvres éruptives, et surtout de la scarlatine. Le froid resserre les capillaires et fait refluer le sang dans les gros vaisseaux; le chaud au contraire relâche les capillaires, comme le fait la section des filets nerveux venus du grand sympathique, et produit une congestion de la partie qui y est exposée. Lorsque le chaud succède au froid, au relâchement des parois vasculaires s'ajoutent deux autres causes qui augmentent la congestion, à savoir : la tension plus grande du sang qui, par l'action du froid, avait reflué dans les artères, et la vitesse avec laquelle il se précipite dans les vaisseaux relâchés, vitesse qui ajoute à la pression. La tension du sang dans les vaisseaux de la partie congestionnée explique les infiltrations séreuses, quelquefois les hémorrhagies, et enfin l'albuminurie qu'on observe parfois après un refroidissement. L'hydropisie et l'albuminurie peuvent apparaître en même temps : la congestion des

reins donne raison de celle-ci, comme la congestion des autres parties rend compte de l'hydropisie; plus souvent l'albuminurie vient après l'apparition de l'hydropisie, et alors elle est la conséquence de l'altération du sang, de l'hydrémie. Ces deux phénomènes, une fois établis, tendent à perpétuer le mal, et développent les lésions rénales, dont elles ne sauraient par conséquent être l'effet.

Tel est, d'après M. Germe, le mécanisme par lequel se produisent l'hydropisie et l'albuminurie après un refroidissement; ce n'est pas au froid, mais à la chaleur qui lui succède qu'il faut rapporter la cause de l'accident. Cette explication est ingénieuse; elle peut même être fondée, lorsqu'après un refroidissement considérable on s'expose sans transition à une température très-élevée, mais on ne saurait l'accepter pour tous les cas. Nous voyons, en effet, tous les jours, dans la pratique de l'hydrothérapie, des malades sortir de l'étuve, se soumettre à l'action de l'eau froide, et rentrer de suite dans des conditions de température qui favorisent promptement la réaction : or la réaction est due, en appliquant ici la théorie même de M. Germe, au relâchement des capillaires, à un phénomène congestif, et cette congestion n'amène jamais d'hydropisie. D'un autre côté, dans l'anasarque qui se développe pendant la convalescence de la scarlatine, il paraît difficile d'invoquer comme cause l'action de la chaleur succédant à celle du froid, parce que le malade n'a jamais subi un grand écart de température. D'ailleurs cette anasarque est-elle toujours la conséquence d'un refroidissement? Nous posons ici la question sans la résoudre, parce qu'elle nous entraînerait à de trop longs développements.

Dans le chapitre suivant, l'auteur étudie l'action de la pléthore et de l'hydrémie sur la production de l'hydropisie; la pléthore donne lieu à une tension vasculaire exagérée; dans l'hydrémie, à une tension généralement aussi plus grande s'ajoutent la fluidité du sang, et, dans certaines cachexies, le relâchement des capillaires résultant de l'affaiblissement général. L'albuminurie reconnaît dans tous ces cas les mêmes causes que l'hydropisie; l'exhalation séreuse se fait à travers les capillaires rénaux comme à travers les capillaires des autres organes; la tension vasculaire et la fluidité du sang rendent toujours compte de ce phénomène exosmotique. Quelle que soit la cause de l'hydrémie, qu'elle soit due à l'influence d'un état morbide, à une mauvaise hygiène ou à l'absorption d'une grande quantité de boissons, comme on l'a expérimenté chez les animaux, et comme M. Germe en cite plusieurs observations chez l'homme, quelle que soit la cause, dis-je, l'effet est le même, l'hydropisie se produit seule ou s'accompagne d'albuminurie; dans ces cas, ces deux phénomènes, ayant la même origine, suivent la même marche, augmentant, diminuant, et très-souvent disparaissant ensemble. Après avoir montré ainsi le mécanisme de l'albuminurie succédant à l'hydrémie, l'auteur combat les autres interprétations qu'on en a faites, et se livre à une appréciation critique des opinions de MM. Andral, Mialhe et Jaccoud.

L'albuminurie est quelquefois produite par l'action de certaines substances irritantes, telles que les cantharides, la térébenthine, le copahu, etc. Ces substances, éliminées par les urines, agissent directement sur les reins qu'elles irritent, qu'elles congestionnent, d'où l'albuminurie. C'est ainsi qu'agissent les boissons alcooliques, quand on en fait abus. Ce fait n'est point spécial aux reins; il se manifeste dans tout autre organe, siége d'une irritation; M. Germe a trouvé de l'albumine dans la salive d'un homme atteint de stomatite mercurielle; d'autres substances, agissant sur les intestins, produisent également des selles albumineuses, etc.

Dans les maladies graves qui s'accompagnent d'hémorrhagies diverses, l'albuminurie doit être assimilée aux écoulements sanguins; elle est en effet le plus souvent la conséquence de la néphrorrhagie. Celle qu'on a observée dans le choléra reconnaît la même cause que la présence de l'albumine dans les selles cholériques. L'albuminurie que l'on constate dans certaines altérations des reins, comme dans les contusions, le cancer, les graviers, les calculs, la néphrite, etc., résulte, soit d'une hémorrhagie rénale, soit de la congestion inflammatoire qui produit dans les reins, comme partout ailleurs, une sécrétion de lymphe plastique. Dans quelques cas, l'usage de certains aliments azotés, en particulier des œufs crus, produit l'albuminurie : l'expérience a été faite par plusieurs physiologistes; ce fait s'explique facilement : le sérum, trop riche en albumine, en laisse passer une partie avec les urines.

M. Germe consacre un chapitre à passer en revue et à discuter les lésions rénales considérées comme la cause de l'albuminurie, et constituant ainsi la maladie de Bright. Ces lésions ne sont autre chose, ainsi que l'a montré Frerichs, que le résultat de l'exsudation de lymphe plastique dans l'épaisseur des reins, surtout dans les tubes urinifères, par suite de la tension vasculaire; or des altérations semblables, variant seulement par la texture des organes, s'observent dans toutes les parties qui sont le siége d'une congestion prolongée : elles ne sauraient donc caractériser une affection spéciale aux reins.

L'auteur termine par quelques mots sur le traitement de l'albuminurie et de l'hydropisie. De larges inspirations dans les cas de gêne de la circulation veineuse, les vomitifs dans les affections pulmonaires, la privation absolue de boissons quand l'hydropisie succède à la pléthore, à l'hydrémie, à l'abus des liqueurs alcooliques, un régime nutritif : tels sont les différents moyens qu'il propose. Il proscrit les purgatifs et les diurétiques, dont en effet on est trop souvent porté à user et même à abuser.

Le travail de M. Germe témoigne d'un esprit généralisateur; à ce titre il a droit à une part d'éloges que nous sommes heureux de lui donner. Des efforts pareils à celui qu'il vient de tenter doivent être encouragés, car lors même qu'ils ne sont pas couronnés d'un plein succès, ils n'en constituent pas moins souvent un pas de plus vers la vérité. Il est certain que la tension vasculaire joue un rôle important dans les hémorrhagies et les épanchements séreux; il est certain aussi que le degré plus ou moins grand de fluidité du sang diminuera ou favorisera la production de ces épanchements; enfin l'hémorrhagie et les épanchements séro-plastiques des reins rendant les urines albumineuses, on voit que hémorrhagie, hydropisie et albuminurie sont trois phénomènes résultant de la même cause, et produits par le même mécanisme; dès lors il faut rayer l'albuminurie du cadre nosologique, en tant qu'affection spéciale des reins. Tel est en quelques mots le résumé du travail de M. Germe; si cette explication ne répond pas à tous ces cas, ainsi que nous l'avons vu dans le cours de cette analyse, il n'en est pas moins vrai qu'elle satisfait l'esprit autant que les autres théories, plus ou moins hypothétiques, imaginées par les divers auteurs qui ont écrit sur l'albuminurie.

II. Nous avons vu, dans l'analyse précédente, que M. Germe a consacré un article à l'albuminurie observée après l'absorption de certaines substances, et qu'il l'attribue à l'action exercée sur les reins par ces mêmes substances pendant leur élimination avec les urines. M. Ollivier a été conduit à étudier le même phénomène, et publie à ce sujet une thèse, qui n'est que la première partie d'un travail plus important sur les accidents dus à l'élimination des substances toxiques par toutes les voies d'excrétion.

Woehler le premier a fait des recherches expérimentales pour savoir par quelle voie s'élimine de préférence telle substance toxique ou médicamenteuse. Depuis lors ces recherches se sont considérablement multipliées, et grâce aux progrès de l'analyse chimique, on est arrivé aujourd'hui à des résultats très-précis.

Lorsqu'un empoisonnement agit lentement sur l'organisme, il se produit trois ordres d'accidents correspondant au mode d'absorption, à l'action et à l'élimination du poison. Les accidents qui se développent à la période d'élimination de la substance toxique ont été moins étudiés que les autres, et cependant il en est qui sont connus depuis longtemps : tels sont le ptyalisme qui suit l'emploi des mercuriaux, les éruptions cutanées observées après l'usage de certains médicaments, la coloration bronzée produite par le nitrate d'argent, etc. Dans tous ces cas, les accidents sont dus à l'action directe du poison sur l'organe excréteur par lequel il tend à s'éliminer. C'est ainsi qu'on doit expliquer l'albuminurie qui succède à l'élimination de certains poisons.

M. Ollivier ne passe pas en revue toutes les substances qui peuvent de la sorte donner lieu à l'albuminurie : de si longues recherches ne sont pas nécessaires, dit-il, à la démonstration de sa thèse. Il se borne à étudier les effets des cantharides, de l'alcool et du mercure, sur lesquels il passe assez rapidement, et ceux de l'arsenic, du plomb et du phosphore, en général moins bien connus.

A propos des cantharides, l'auteur rappelle le travail de M. Bouillaud en ajoutant que la partie absorbée des cantharides agit non-seulement sur la muqueuse du système excréteur de l'urine, mais aussi sur le parenchyme même du rein. Contrairement à l'opinion de M. Jaccoud, il pense que l'alcool s'élimine en partie par les reins, en plus ou moins grande proportion, suivant les individus, et que c'est en agissant ainsi directement sur le parenchyme rénal qu'il produit l'albuminurie. Tel est aussi le mode d'action du mercure, de l'iode, et, comme on l'a observé récemment, de l'ammoniaque.

M. Ollivier s'étend davantage sur les effets de l'arsenic, du plomb et du phosphore. Dans ces cas, comme dans tous les autres, c'est à l'élimination du poison par le rein qu'est due la lésion de cet organe, et par suite l'albuminurie. Il est possible, en effet, de démontrer la présence de la substance toxique dans les reins et dans l'urine, dont

l'état albumineux est toujours facile à constater L'auteur mentionne à ce sujet des expériences faites sur les animaux, et rapporte plusieurs observations qui paraissent concluantes.

En résumé, le poison, en s'éliminant par les reins, les irrite, et finit par y produire des altérations plus ou moins profondes, qui sont celles d'une véritable néphrite parenchymateuse avec albuminurie. La lésion rénale et l'albuminurie sont persistantes ou passagères, suivant que le poison séjourne dans les reins, ou ne fait que les traverser.

Reste une question de doctrine, toujours la même : l'albuminurie est-elle primitive ou consécutive à la lésion rénale? M. Ollivier pense que la présence du poison dans le rein explique la lésion de cet organe, et que celle-ci rend compte de l'albuminurie. Les recherches plus étendues que notre collègue a entreprises lui permettront sans doute, en généralisant la question, d'affirmer encore davantage sa manière de voir.

Dr F. de Ranse.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur et très-honoré confrère,

Permettez-moi de vous exprimer toute ma reconnaissance pour le bien que vous avez dit, à la tribune de l'Académie, de mon mémoire sur la *pustule maligne*; le suffrage d'un homme tel que vous est la meilleure récompense que je puisse envier, et les termes dans lesquels vous avez témoigné votre satisfaction sont le plus sûr garant que mon travail n'est pas tout à fait sans valeur. Cependant, l'intérêt de la vérité m'oblige à vous soumettre une petite rectification que votre esprit libéral comprendra sans peine En parlant du *griole* décrit par M Massina, et que je reproduis dans mon travail, vous m'attribuez la dénomination de *fausse pustule maligne* comme applicable à ces cas ainsi qu'à ceux du même ordre où les caractères de la vraie pustule maligne éprouvant une modification importante, on veut cependant indiquer leur parenté avec cette dernière par une qualification qui la rappelle suffisamment. J'ose vous faire remarquer que cette dénomination ne m'appartient pas, que je proteste même contre elle et que je fais observer, en passant, que ces faits représentent au contraire, pour la pustule maligne, ces ébauches pathologiques que vous avez déjà décrites à propos de la rage et de la morve. Au reste, l'observation que je vous soumets actuellement n'a aucune prétention à établir en ma faveur des droits de priorité que je ne réclame pas. Elle n'a pour but que de vous signaler un acquiescement, anticipé dans l'espèce, à des idées auxquelles j'avais antérieurement donné ma modeste approbation dans les chroniques du *Montpellier médical*, et de constater une adoption, complète de ma part, d'une doctrine que vous défendez avec autant d'énergie et de raison que de talent.

Agréez, etc.

F. Moutet.

Montpellier, le 10 août 1864.

AU MÊME.

Monsieur,

L'ovariotomie a fait son apparition en France il y a maintenant plus de deux ans, avec la bruyante mise en scène dont on sait faire usage à Paris. On a même annoncé un second acte à la pièce, puis on a tiré le rideau, et l'on a gardé depuis lors un silence absolu.

Si les insuccès réitérés des chirurgiens de la capitale justifient à leurs yeux l'oubli dans lequel ils ont laissé la question, la série remarquable de guérisons obtenues à Strasbourg par M. Kaberlé (1862-64), les succès obtenus à Lyon par M. Desgranges, à Alais par M. Serres, à Béziers par M. Lacroix, méritaient, ce semble, qu'on s'occupât de l'ovariotomie. Cependant la commission nommée par l'Académie de médecine le 1er juillet 1862, et composée de MM. Huguier, Malgaigne et Nélaton, n'a point encore donné signe de vie. Pourquoi ce silence depuis deux années? L'Académie a-t-elle peur de se déjuger en se rappelant son verdict de 1856-1857? Ou bien, les lauriers de Thémistocle empêchent-ils Alcibiade de dormir?

L'art de guérir a-t-il à attendre de discussions sur *les mouvements du cœur*, etc., des résultats plus importants que ceux que lui procurerait l'étude à l'Académie de médecine de cette grande question chirurgicale?

Vous êtes sans doute, monsieur le rédacteur en chef, plus à même de répondre à ces questions qu'un médecin de province placé trop loin de la scène pour savoir ce qui se passe dans les coulisses.

Agréez, etc.

Dr Tony Saucerotte.

Lunéville, 30 juillet 1864.

Par décret en date du 1er août 1864, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies. M. Fonssagrives (Jean-Baptiste), second médecin en chef, a été promu au grade de premier médecin en chef de la marine (hors cadre).

— Par un décret en date du 2 juillet 1864, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies. M. Gouin (François-Marie-Gabriel), chirurgien de première classe, a été promu au grade de chirurgien principal de la marine (quatrième tour. — Choix).

— Société de biologie. — Prix Godard. — « Je lègue à la Société de « biologie de Paris, ou si elle n'est pas reconnue par l'Etat, je lègue à « son Président, une somme de cinq mille francs, dont les revenus tous « les deux ans formeront le capital d'un prix qui sera donné au meil- « leur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie. Aucun sujet de « prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas « été donné il serait ajouté au prix qui serait donné deux années plus « tard. » (Extrait du testament olographe de M. Jean-Ernest Godard.)

Les conditions légales ayant été remplies, et la famille d'Ernest Godard ayant généreusement pris à sa charge le payement des droits, la Société de biologie a décidé, dans sa séance du 7 mars 1863, que dans celle de ses réunions la plus rapprochée du 6 janvier, jour de la naissance du testateur, elle décernerait tous les deux ans, au nom d'Ernest Godard, un prix d'une valeur indiquée par la teneur de la clause ci-dessus. Le premier de ces prix sera décerné en janvier 1865.

Les savants, étrangers à la Société de biologie, qui désireraient concourir au prix Ernest Godard devront, en conséquence, adresser leurs mémoires imprimés ou manuscrits, répondant à la teneur de la clause testamentaire, à M. le président de la Société de biologie, rue de Londres, 14, avant le 1er novembre 1864.

— Concours. — Le concours pour trois places d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris a été terminé samedi par la nomination de MM. Polaillon, Ledentu et Gillette. M. Hamelin a été nommé chef de clinique médicale, et M. Trélatin-Bascou chef de clinique chirurgicale près la Faculté de médecine de Montpellier.

— La ville de Tarbes élève une statue au célèbre chirurgien Larrey, né à Baudéan (Hautes-Pyrénées). Des fêtes se préparent pour l'inauguration de ce monument, qui aura lieu le 15 août prochain. Le choix de cette date est bien justifié par le dévouement de Larrey à l'Empereur Napoléon 1er.

— Victoire des fédéraux. — Le voyage temporaire de M. Brown-Séquard en Amérique s'est changé en un résidence définitive, permanente. Appelé à occuper la chaire de physiologie et de pathologie du sytème nerveux, à la Faculté de médecine de Boston (Harvard University), il a accepté cette nouvelle distinction en quittant ainsi définitivement Londres, comme il a abandonné Paris. En s'attachant un professeur déjà célèbre, la Faculté a fait une aussi bonne affaire dans son propre intérêt que dans celui des élèves, qui tons voudront aller profiter de son enseignement à la rentrée prochaine.

— Emploi économique du chloroforme. — Dans 125 grammes de galipot disposé en coupe, avec une tige de bois en travers supportant une petite éponge, versez du chloroforme et renversez aussitôt dans une soucoupe contenant de l'eau. Le peu de solubilité du chloroforme et la faible tension de ses vapeurs en modèrent le dégagement, qui est ainsi lent, prolongé et sans perte.

Ce procédé, communiqué à la Société médicale de Chicago par le docteur Bartlett, convient surtout lorsqu'il s'agit d'émousser la sensibilité, de calmer seulement la douleur ou d'entretenir l'anesthésie sans danger, comme dans les convulsions, par exemple. Il laisse l'atmosphère relativement libre de son odeur pénétrante et désagréable pour les assistants.

Nouvelle pommade pour les lèvres; par M. Chapoteau, pharmacien à Decise-sur-Loire.

M. Chapoteau propose de remplacer la pommade rosat du Codex actuel par une nouvelle préparation qu'il désigne sous le nom de *beurre rosat*, de *cérat labial*, qu'il conseille de préparer de la manière suivante :

Beurre de cacao pur........ 100 grammes.

On fait fondre à une température de 30° à 40° avec suffisante quantité d'orcanette, renfermé dans un nœud de linge fin ; on maintient la masse butireuse fondue jusqu'à ce qu'elle soit d'un rouge vif, et on la coule dans un moule à chocolat, après avoir ajouté quelques gouttes d'essence de roses. On coupe la masse en petites tablettes au moyen d'une lame de couteau chauffée ; on la met dans une petite boîte.

M. Chapoteau assure que cette préparation se conserve bien, et qu'elle remplit toutes les conditions voulues.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

APERÇU DE NOSOLOGIE.

C'est à Félix Plater (1602) qu'on fait généralement remonter la première tentative d'organisation nosologique; mais on peut trouver d'imparfaites ébauches de classification à une époque fort antérieure. L'humorisme hippocratique rattache toutes les maladies au manque, à la surabondance ou au défaut de proportion des quatre humeurs cardinales : sang, phlegme, bile, etc., trabile. Un auteur de la période dogmatique invoque l'altération des contenants, des contenus et des puissances actives. Plus tard le méthodisme néglige les liquides et les agents dynamiques, ne se préoccupant que du solide où il décrit deux états opposés : le *strictum* et le *laxum*. Celse distingue les maladies en générales et locales. Galien, qui fait jouer à l'idée de force un rôle abusif dans sa physiologie, ne me paraît en tenir aucun compte dans l'ordre pathologique. Pour lui les maladies sont des états contre nature des parties similaires et simples ou des organes eux-mêmes; celles des parties similaires sont dues au défaut de proportion entre les éléments dont un seul ou deux prédominent. Le défaut dans le mélange (κρᾶσις) donne lieu à huit dyscrasies différentes. D'autre part, les affections des organes tiennent au nombre, à la figure, à la quantité ou à la situation des parties. Dans cette classification, Galien, malgré son éclectisme, n'a fait entrer que les altérations des solides et des liquides. Celles-ci sont d'ailleurs pour lui les plus fréquentes.

La division des maladies en aiguës et chroniques appartiendrait à Thémison, au dire de Cœlius Aurelianus qui a lui-même écrit un ouvrage sur ces dernières. Mais Celse a peut-être d'autres auteurs en vue lorsqu'il dit que les Grecs ont fait deux classes de maladies : les unes aiguës, les autres chroniques. Il est probable que pour Aretée de Cappadoce la durée était la seule notion qui légitimait un semblable départ (1). D'après Cœlius Aurelianus, les maladies aiguës se terminent spontanément par l'excrétion des sueurs, des selles, du sang que le hasard ou la nature produisent, tandis que dans les maladies chroniques, ni la nature ni le hasard ne décident la solution (2). Cette substitution, timide encore de la cause finale à la durée, comme principe de distinction, est ouvertement professée par Sydenham dans les lignes suivantes : « Prout itaque morbi *acuti* ii ferè habentur, qui *citò* vel perimunt, vel ad concoctionem perducuntur : ità *chronici* appellantur isti, qui vel omninò, vel tardè admodùm et longâ temporis morâ ad eamdem coctionem pertingunt (3). »

(1) Dans sa préface aux *Commentaires* sur les huit livres d'Aretée, Pierre Petit (p. 136 de l'édition Boerhaave, Leyde, 1731) établit la même différence que Cœlius Aurelianus et Sydenham entre les maladies aiguës et les maladies chroniques. Je doute fort qu'Aretée (une partie considérable de son ouvrage fait défaut) partageât cette manière de voir. Ne place-t-il point, en effet, l'épilepsie dans les maladies chroniques, et l'accès d'épilepsie dans les maladies aiguës?

(2) *De morbis chronicis*. Lausan, 1774, lib. I, præf. II, 2.

(3) *Opera omnia*, de Podagrâ, p. 315. On voit que M. Chauffard peut invoquer une tradition imposante pour le rôle qu'il attribue à la cause finale en nosologie.

Plater eut donc quelques devanciers dans les temps antiques. Comprenant la maladie comme un ensemble de symptômes, il dut faire de ceux-ci la base de sa classification. Certaines de ses divisions primordiales impliquent néanmoins une analyse qui franchit les apparences phénoménales. Jonstonus, dans son *Idea universalis medicinæ*, reproduit les principes généraux de Galien, complétés par de nombreuses divisions d'ordre secondaire (1). Regardant les âcretés comme la cause prochaine de l'état morbide, Sylvius de le Boé admet dans les maladies un ordre dichotomique, suivant que l'âcreté est acide ou alcaline. La considération de la nature chimique se substitue nettement à celle du symptôme ou de l'altération des organes.

Sydenham avait émis le vœu que la méthode des sciences naturelles fût appliquée à la classification systématique des maladies, en s'attachant à l'observation la plus exacte et la plus minutieuse des symptômes. Hoffmann n'en revint pas moins à l'antique hypothèse du *strictum* et du *laxum*, mais l'idée de Sydenham fut recueillie et mise en œuvre par Sauvages. Cet auteur, après avoir combattu les méthodes alphabétique, temporaire, anatomique, étiologique (2), donne aux changements manifestes qui surviennent dans les fonctions la valeur que possèdent les caractères en histoire naturelle. « C'est des signes, dit-il, qu'il faut aller au siége et à la cause des maladies (3). » Cullen comprit mieux le trouble fonctionnel que Sauvages et arriva dans sa classe des névroses jusqu'à la faculté lésée. Sa classification ne repose point d'ailleurs sur un principe unique, et il faut en dire autant de celle de Pinel qui fait appel aux symptômes, à la nature probable, à la structure anatomique, etc. Dans leurs essais nosologiques, Récamier, Richerand font intervenir la notion de vie, et Alibert distingue les maladies en trois classes, suivant qu'elles affectent : l'assimilation, la reproduction et la vie de relation. La nosologie chimique de M. Baumes ne mérite d'être mentionnée qu'à cause de son étrangeté.

Après l'application de systèmes plus ou moins exclusifs, l'éclectisme fit sur la scène de ce monde une rentrée pleine d'éclat et de séduisantes promesses. L'art de bien dire, l'éloquence, le génie même furent au service de la doctrine qui, maîtrisant l'opinion, exerça dans les lettres, les sciences, la politique d irrésistibles influences. La médecine dut payer son tribut à la pensée générale de l'époque et en réfléchir l'esprit, les idées dominantes et la méthode. Tel est le rôle important, et, à bien des titres, salutaire qui échut à la *Gazette médicale* qui, en 1833, s'exprimait ainsi sur la nosologie : « La classification doit tenir compte de la cause, des symptômes, de la marche, de la durée, du traitement des lésions cadavériques (4). » Dans sa tentative récente, M. Monneret a obéi à une inspiration analogue, car l'ordre qu'il a adopté relève, à la fois, de l'idée de force, de l'occasion externe, du symptôme et de l'altération anatomique (5). Mais le défaut

(1) Deux des trois classes de jonctions sont empruntées à Galien. Le premier n'est donc pas tout à fait aussi original que le disent MM Pinel et Bricheteau. (*Dict. des sciences médicales*, t. XXXVI, p. 208, article *Nosographie*.)

(2) L'étiologie ne s'était entendue jusqu'alors qu'avec l'acceptation de causalité externe.

(3) *Nosologia*, t. I, p. 34.

(4) Première série, IVe vol., p. 11, 1833.

(5) *Traité de pathologie générale*, t. I, p. 124.

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE DE LOUIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II.

La faculté d'abstraction est précieuse entre toutes; j'entends cette puissance qui arrache quelques natures privilégiées aux agitations de ce monde et les maintient constamment dans une atmosphère tranquille et sereine, au dessus de ces conflits d'opinions et de sentiments qui constituent la vie militante.

Dans l'ordre intellectuel, tout bien pesé, les plus heureux sont peut-être ceux qui rêvent, méditent et contemplent, qui alimentent leur esprit d'illusions et d'idéal, s'absorbant et s'isolant, loin du bruit et du tracas, sans distraction, sans crainte de se voir arrachés à un culte qui est pour eux la suprême béatitude, ne s'inquiétant de rien et observant toutes choses en simples curieux ou en indifférents. La poésie, la métaphysique et la science pure ont eu chacune de ces fervents adorateurs qui ont vécu pour ainsi dire en théoriciens, comme des ascètes ou des mystiques, en proie à une passion unique et dans un calme inaltérable.

Théorie, en grec, signifie contemplation. Il n'est pas douteux que certains contemplateurs n'aient jamais connu les circonstances habituelles de la vie sociale par cette expérience personnelle qu'on appelle la pratique : ils n'ont fait que de la théorie. Supérieurs en cela à la plupart des hommes, leur sort est-il réellement enviable? La réponse est difficile.

Cette paix, cette sérénité angélique ont bien des séductions pour ceux qui luttent et s'agitent; mais n'est-ce pas le contraste qui les fait mieux apprécier, et n'est-ce pas par le contraste que nous sentons le prix et le charme de cette quiétude que l'imagination des intelligences actives entrevoit comme la légitime récompense des fatigues de l'esprit? De même que la plus généreuse de toutes les passions est celle qui nous pousse irrésistiblement à la recherche du vrai; de même la possession de la vérité nous semble le plus précieux de tous les biens, et posséder la vérité équivaut, pour tout esprit élevé, à la pleine jouissance dans le repos de la pensée sans inquiétude ni trouble.

Ce quiétisme parfait est l'idéal des religions et des systèmes de métaphysique spiritualiste. L'idéal de la science est tout autre et répond à la loi même de l'évolution scientifique, qui est un mouvement continu sans repos ni terme prévu. Cet idéal qui se tire de la réalité même des

d'unité qui a été en philosophie le ver rongeur de l'éclectisme, et la vraie raison de sa décadence profonde, eut en médecine des résultats identiques (1). C'est encore à la *Gazette médicale* qu'il était réservé de tracer un nouveau et profond sillage au milieu des fluctuations doctrinales, fruit nécessaire de tout syncrétisme (2). Sans doute, dans son remarquable testament médical, Bérard avait déterminé, avec une grande autorité de langage, les caractères propres des causalités d'ordre physique et vital, mais il appartenait à M. J. Guérin de jeter les premières assises de ce qu'il a appelé la médecine étiologique. « Nous admettons, dit-il, des causes expérimentales diverses, des causes extérieures ou mécaniques agissant sur l'organisme en l'impressionnant, des causes chimiques introduites ou engendrées dans l'économie, et des causes dynamiques, forces ou propriétés réelles de l'organisme pathologiquement altérées (3). » Considérant les maladies comme des émanations ou réalisations étiologiques distinctes, et ne voyant dans la question de siége qu'une circonstance de second ordre, la *Gazette médicale* dut adopter l'idée de cause comme principe de l'organisation nosologique (4). Telle a été l'origine de la classification des difformités.

Ces principes généraux, assez mal compris à l'origine, n'en ont pas moins porté leurs fruits. C'est ainsi que M. Bazin a établi une division méthodique des maladies de la peau, qui est basée sur leur nature, ou, en d'autres termes, sur l'idée de cause. Dans ses principes de pathologie générale, M. Chauffard distingue en premier lieu les maladies en essentielles et symptomatiques (5), puis les affections essentielles en aiguës et en chroniques. Celles-ci comprennent les diathèses, les dyscrasies, les névroses; celles-là les fièvres, les phlegmasies, les fébri-phlegmasies. Les affections symptomatiques sont dépendantes et indépendantes. Vient enfin la classe des maladies accidentelles (empoisonnements, parasites végétaux et animaux).

On voit, par cet examen rapide, que des méthodes très-diverses ont été isolément ou simultanément employées en nosologie. Chacune de ces méthodes, en particulier, donne sans doute l'unité systématique, mais sauf l'éclectisme, ne deviennent-elles point pour la réalité comme le lit de Procuste? Si l'on s'en tient, d'autre part, à l'éclectisme, l'unité n'est-elle point manifestement sacrifiée? Sommes-nous donc dans une impasse?

Tous ces principes de classification se rattachent eux-mêmes à des doctrines diverses, et la question de l'ordre à suivre dans la constitution nosologique est étroitement liée à celle de la philosophie médicale. Le sensualisme a pour point de départ le symptôme, la lésion ou le tissu affecté; l'éclectisme tient compte de tous les éléments, mais se montre incapable à les grouper suivant leur importance respective; le spiritualisme ou plutôt M. Chauffard, après avoir dit que l'étiologie ne doit s'entendre que de la cause interne, fait cependant une dernière classe où la cause externe joue un rôle prédominant. Reste enfin la classification étiologique proposée par la *Gazette Médicale*, classification que je vais tenter de légitimer en y associant la méthode analogique dont la médecine n'a vu faire, jusqu'à ce jour, que des applications assez restreintes (1).

Je reviendrai tout à l'heure sur l'analyse. Quant à la méthode analogique, on peut dire que le génie de l'homme en a eu une intuition distincte dès la plus haute antiquité, mais elle a été presque toujours mal entendue, parce qu'avant les temps modernes elle reposait sur une analyse superficielle. Après l'application si remarquable que nous en offre le premier chapitre de la *Genèse*, on en trouve des traces évidentes dans les doctrines de la cabbale et du néo-platonisme alexandrin; puis chez Paracelse et même Robert Fludd, le plus célèbre des rose-croix. Néanmoins il faut arriver jusqu'au dix-neuvième siècle pour voir l'analogie scientifiquement constituée, d'abord, en histoire naturelle, par Étienne-Geoffroy-Saint-Hilaire et plus tard, en chimie, par Ch. Gerhart. Les conditions mêmes de la méthode ne sont pas comparables, sans doute, dans ces sphères aussi distinctes; mais ce n'est là que le côté spécial et pratique, car, dans les deux sciences, l'esprit demeure le même et l'idée sans variation. En biologie, il est difficile de ne point reconnaître un ordre sériaire et par conséquent l'analogie dans les termes suivants : sensibilité latente (perception de Leibniz), sensibilité physique consciente (aperception de Leibniz), sensibilité morale, intelligence. Or la notion qui joue à cette heure un rôle si important dans le domaine de l'activité de la matière brute qui a transformé la classification et est devenue un véritable instrument de découvertes pour l'étude de la matière organisée (2), doit-elle abdiquer en présence des facultés propres à la vie et lorsque celle-ci passe de l'état sain à l'état morbide? Il y a là une improbabilité d'autant plus grande que la maladie, tout en étant une perversion fonctionnelle, n'est pas la négation pure et simple de la santé. La pathologie demeure pénétrée de physiologie.

De telles considérations rappellent la nécessité de l'analyse. Celle-ci nous offre deux éléments à distinguer : 1° la *vie* dont l'évolution en-

(1) « C'est une déception de croire possible la combinaison et la cimentation des fragments de vérité fournis par chaque système : ces matériaux sont des ruines d'édifices détruits. » (*Gazette médicale*, p. 522, 1846.)

(2) Les germes de cette révolution se manifestent déjà dès les premiers jours de la *Gazette médicale*. Par exemple : « la nature d'une maladie c'est sa cause première, essentielle, y compris le mode d'action spécial de cette cause sur l'organisme » (tome III de la cinquième série, p. 350, année 1832); et encore : « L'étude des causes est l'objet principal de la thérapeutique. » (*Ibid.*, p. 783.)

(3) Année 1846, p. 83.

(4) *Ibid.*, p. 84.

(5) La maladie essentielle est celle qui possède une essence propre, qui a sa cause spéciale. Au-dessus d'elle il n'y a que la vie *qui l'émet*. Maladie symptomatique indique une maladie qui ne possède pas une cause propre. Elle est engendrée par une maladie antérieure. (Voir Chauffard, *Principes de pathologie générale*, p. 688, 689.)

(1) Dans *the American journal of the medical sciences*, for July, 1846, p. 87, se trouve un essai de M. Starclen sur ce qu'il appelle *la loi isopathique*. C'est une tentative à l'état d'ébauche, mais où prédomine l'idée des conditions générales analogues. Cette idée se retrouve aussi et habilement formulée dans l'excellente thèse de M. Peter sur les *maladies virulentes*.

(2) Voir Isidore-Geoffroy-Saint-Hilaire, *Histoire naturelle générale des règnes organiques*, prolégomènes.

choses et des faits ne repose point sur des hypothèses; il donne satisfaction à l'esprit sans le rassasier, car il n'épuise jamais l'espérance et ne détend point le ressort de l'activité. Il faut sans cesse chercher et vaincre, car les obstacles surgissent à chaque pas sur la route qui mène à la vraie connaissance. Et les obstacles naissent non seulement de la nature des choses et des circonstances, mais encore des hommes parmi lesquels pour un qui cherche de bonne foi et avec désintéressement, il s'en trouve mille pour contredire et faire opposition.

Tout savant de quelque valeur et d'initiative, s'il ne reste pas dans la haute sphère des abstractions et de la théorie, subit cette loi, qui se retrouve dans l'histoire de toutes les sciences, et particulièrement des sciences organiques et d'application. Dès qu'on touche aux questions vitales, il faut descendre dans l'arène, lutter, se battre, se frayer un passage et se faire une place, et tenir ferme contre les assauts, car qui fléchit ou recule est perdu sans ressource et écrasé sans pitié.

L'histoire de notre art offre souvent ce spectacle d'un homme qui portant dans sa tête ou dans son cœur le germe d'une idée utile, d'un grand dessein, d'une amélioration ou d'une réforme, est obligé de faire effort toute sa vie contre une multitude insensée ou malveillante. Et je ne parle pas seulement des révolutionnaires et des réformateurs déclarés qui acceptent ou provoquent la lutte, mais de ces bienfaiteurs pacifiques et prudents que toute leur sagesse ne peut préserver des conflits soulevés par l'ignorance ou par l'envie.

Faite à ce point de vue essentiellement humain, l'histoire de l'art médical n'est pas une simple revue des systèmes entremêlée de biographies, mais un tableau des mœurs et des passions qui ont successivement régné parmi les gens de l'art, tableau qu'il faut bien connaître si l'on veut savoir, qu'on me passe l'expression, la *véritable étiologie de l'histoire*. C'est particulièrement dans les études historiques qu'il faut éviter, sous prétexte de philosophie, de se *perdre dans les hauteurs*. Dans la science abstraite, les personnes peuvent être à la rigueur négligées, et il suffit de saisir l'enchaînement des idées, de noter les acquisitions et de constater les résultats définitifs.

Il n'en est pas ainsi dans les sciences d'application, dans les arts utiles et pratiques. Il est difficile de les séparer de la profession, ou plutôt cette séparation est impossible, surtout lorsqu'on se trouve en présence d'associations et de corporations puissantes. Et de même qu'on ne saurait rien comprendre à l'histoire de la théologie catholique, par exemple, sans connaître à fond celle du clergé et des ordres religieux; de même l'histoire de la médecine, j'entends l'histoire pragmatique et positive, serait un tissu d'énigmes, si l'on ignorait entièrement l'histoire de la profession.

Pour la période ancienne, on peut, jusqu'à un certain point, faire abstraction des hommes, parce que l'antiquité, dans l'ordre scientifique, n'avait point de ces fortes institutions que la société moderne tient de cette période intermédiaire où l'Église toute-puissante consacrait par son exemple les corporations et confréries de toute espèce. Il y avait des congrégations dans l'ordre social, comme il y en avait dans l'ordre

tière implique une causalité nnique régissant tontes les manifestations secondaires. En effet, « le corps vivant pris dans sa totalité est doné d'une activité générale, indivisible, comme anssi chacnne de ses parties possède nne activité et nne vitalité spéciales subordonnées à la première (1). » 2° *Le milieu*, c'est-à-dire des phénomènes sans nombre, se rattachent à des causalités variées d'ordre physique, chimique on dynamique, dont une induction hardie fait de nos jours une synthèse commune · celle du mouvement (2). L'action du milieu, bienfaisante on nuisible, est on ne peut plus évidente snr les êtres vivants. C'est ainsi que les germes des plantes ne sauraient se développer sans certaines conditions préalables d'humidité, de chaleur et le plus ordinairement de lumière. Les animaux offrent des conditions générales analogues. D'autre part, l'action funeste des *circumfusa* est des mieux caractérisées quand il y a accumulation ou absence d'un stimulus dont la proportion modérée est indispensable à l'état normal ponr les êtres organisés. Il en est de même lorsque ceux-ci sont mis en contact avec des substances délétères ou toxiques. D'où l'on voit que l'activité particulière appelée vie est susceptible de modifications très-diverses qui traduisent, tantôt fatalement, tantôt d'une manière indépendante, l'influence du milieu. Il faut donc compter pour une large part avec les forces qui nous entourent et dont l'étude s'impose tout d'abord à l'esprit comme relevant des conditions les plus simples. Tel est, dans l'ordre d'acquisition de nos connaissances, le premier des *caractères* étiologiques, si l'expression m'est permise. Or la vie manifestant une activité très-spéciale en conflit permanent avec le milieu, on doit s'attendre à trouver ici un nouveau caractère étiologique. Plus tard j'essayerai d'établir la subordination des caractères; mais pour le présent je vais soumettre la notion de vie à une analyse aussi exacte que possible (3).

L'analyse de Bichat, si critiquée par l'empirisme de nos jours, est universellement connue (4). Il rattache toutes les propriétés vitales à la sensibilité et à la contractilité qui se subdivisent de la manière suivante. La sensibilité est organique ou animale; la contractilité est également organique ou animale, mais la contractilité organique est sensible ou insensible. Cette classification n'offre point un parallélisme complet, puisque rien n'y répond à la contractilité organique sensible que la sensibilité organique, terme qui est déjà en réciprocité de position avec la contractilité insensible. Mais chez les plantes, les mouvements déterminés par le contact dans les folioles de la sensitive et de la *dionæa muscipula*, les phénomènes d'irritabilité découverts dans le gynécée par Lnps et Covolo, et chez les animaux les mouvements réflexes sont autant de prenves d'une détermination plus élevée de la sensibilité. Méconnaissant le rôle de la moelle relativement aux impressions inconscientes, Bichat n'admet qu'un organe central : le cerveau (1). De plus, il attribue la sensibilité organique et une contractilité connexe à tout ce qui est doué de vie, doctrine qu'on ne saurait accepter que sous bénéfice d'inventaire. Prenons l'organe élémentaire, la cellule, il s'y présente des conditions très-dissemblables de tissu à tissu. Un corpuscule osseux, un corpuscule de cartilage sont-ils doués de sensibilité et de contractilité organiques? Au *point de vue physiologique*, le fait est très-contestable, puisque les phénomènes d'assimilation s'expliquent tout aussi bien par une affinité chimique possible et non démontrée. Dans d'autres tissus il y a sensibilité et contractilité démontrée aussi bien pour le règne végétal que pour le règne animal (2), mais en supposant que les os jouissent d'une certaine sensibilité des éléments cellulaires, ces éléments sont-ils contractiles? Au *point de vue pathologique*, la sensibilité des cellules osseuses et cartilagineuses me paraît parfaitement démontrée, puisque l'irritation, ou plutôt les corps irritants, donnent lieu à une modification dans la texture, modification qui, d'une manière générale, entraîne après elle dans les divers systèmes l'augmentation de capacité des cellules et la prolifération nucléaire d'abord, et cellulaire ensuite. Or dans ces phénomènes, je ne vois pas clairement le rôle que joue la contractilité organique. Des considérations qui précèdent, je conclus que la sensibilité organique de Bichat ou l'irritabilité de Glisson (3), inhérente aux éléments primitifs, n'est pas dans un rapport nécessaire avec la contractilité, fait qui me

(1) *Gazette Médicale*, t. I. de la 1re série, p. 148, année 1830.

(2) « Unité de force, métamorphoses des manifestations dynamiques, » c'est ainsi que M. Baumgartner a formulé la doctrine. Il faut avoner que les recherches entreprises sur l'équivalent mécanique de la chaleur ont singulièrement contribué à propager cette hypothèse qui consiste à ramener la chimie à la physique et celle-ci à la mécanique. (Voir Berthelot, *Revue des Deux Mondes*, 15 novembre 1863.) Je n'ai point à juger la théorie dans son ensemble, mais je ferai observer qu'il y a des substances dont l'action sur l'organisme paraît échapper à la chimie, à la physique, à la mécanique. Il y a tel poison végétal ou minéral susceptible de se mélanger au sang, de n'y produire *aucun effet catalyptique ou chimique*, et cependant doué d'une puissance considérable, quelquefois d'une énergie foudroyante. Ce sont là des faits qu'aucun système ne devrait méconnaître, et pour lesquels je renvoie à l'important ouvrage de M. Clande Bernard : *Effets des substances médicamenteuses et toxiques*.

(3) L'analyse du milieu correspond aux données suivantes : physique, chimie, toxicologie. Je dois donc m'en tenir à des indications sommaires.

(4) M. Magendie fut le premier ou l'un des premiers à ouvrir le feu contre les propriétés vitales de Bichat. L'illustre expérimentateur trouvait avoir fait une concession trop grande en accordant une force vitale unique, celle-ci n'étant après tout qu'une hypothèse, puisque les sens ne peuvent la saisir. Une étude attentive de la question va nous montrer qui était le plus près de la vérité de Bichat ou de M. Magendie. Reconnaissons d'ailleurs que la pensée de Bichat fut travestie par ses successeurs immédiats, et que la réaction inaugurée par M. Magendie avait son côté légitime.

(1) *Recherches sur la vie et sur la mort*, p. 86, 3e édition.

(2) On a exagéré le rôle de la contractilité en lui attribuant en entier l'ascension de la séve. Les expériences de MM. Biot et Jamin ont démontré que l'imbibition et l'évaporation jouent ici le premier rôle. Mais dans la descente de la séve je ne puis voir un simple fait d'endosmose avec M. Matteucci (1er août 1861, *Revue des Deux-Mondes*). La contractilité des cellules paraît établie par les faits d'irritabilité chez les plantes, et pour les animaux par les recherches de Ludwig sur les glandes salivaires.

(3) L'irritabilité de Glisson équivaut, ou à peu près, à la sensibilité organique de Bichat, tandis que l'irritabilité hallérienne a été distinguée très-nettement par son auteur, de toute sensibilité. En philosophie, Glisson a eu le très-particulier mérite d'être, sous plusieurs rapports, le précurseur de Leibnitz.

---

ecclésiastique. De là l'importance et la haute signification des universités en général, des écoles de médecine, des colléges, des médecins et des chirurgiens.

Le temps a prodigieusement modifié ces institutions; une transformation prodigieuse s'est opérée, mais en dépit des métamorphoses, il est possible de saisir encore les traces de l'ancienne organisation. Il faut bien le reconnaître, les vieilles universités ressemblaient aux grands établissements des ordres religieux. Il y avait rivalité entre les écoles comme il y en avait entre les couvents. Il y avait aussi une hiérarchie dans l'art, qui était réglée, non d'après le mérite des personnes, mais d'après lenr grade et leur rang. Il y avait, si l'on peut ainsi dire, les ordres mendiants dans le domaine scientifique, et nos officiers de santé restent encore comme un souvenir de ces chirurgiens-barbiers, dont les successeurs végètent ou prospèrent encore en Espagne.

Tout vestige de l'ancienne organisation n'a pas encore disparu. Et ce fait prouve combien il a fallu d'efforts pour modifier, réformer et changer l'ancien système.

La chirurgie, si longtemps esclave de la médecine, se releva petit à petit de son humiliation, s'émancipa et finit par émanciper l'art tout entier. Ce fut l'œuvre et le triomphe des Académies. Ces associations s'établirent en face des écoles, et représentèrent le progrès à côté du dogmatisme immobile et de la routine. Le pédantisme scolastique fut menacé de mort le jour où s'ouvrirent ces grandes écoles, où était accueilli quiconque voulait travailler à l'avancement des connaissances.

A ce point de vue, l'Académie royale de chirurgie est incomparable. Non-seulement elle releva les chirurgiens d'un injuste abaissement, mais elle se proposa de réhabiliter une branche de l'art médical, que les préjugés et l'ignorance avaient longtemps maintenue dans un rang inférieur. Les règlements très-sages de cette illustre compagnie témoignent assez que le dessein des fondateurs était autre que de donner satisfaction à l'amour-propre des membres du collége de Saint-Côme. La fin de l'institution, c'était l'accroissement des lumières et la concentration des efforts de tous les hommes habiles ou de bonne volonté qui cultivaient la chirurgie pour l'avancement et le plus grand lustre de l'art chirurgical.

Telle fut l'intention de Mareschal, de Lapeyronie et de Lamartinière, premiers chirurgiens du roi, successivement présidents à vie de l'Académie royale de chirurgie; telle fut la préoccupation constante d'Antoine Louis, secrétaire perpétuel de la compagnie pendant plus de quarante-cinq ans, car on peut dire qu'il en exerça de fait les fonctions depuis son admission, en 1746. Il n'avait alors que 23 ans, étant né en 1723; mais dès cet âge il avait annoncé ce qu'il serait un jour, et Lapeyronie, qui l'avait deviné, rendit un service essentiel à l'Académie en lui donnant un homme de cette valeur.

Louis commença à révéler ses aptitudes académiques, lorsqu'il eut été adjoint à Morand, secrétaire perpétuel, après la démission de Quesnoy, en qualité de *commissaire pour les extraits*. Ce titre ne lui conférait que des fonctions bien modestes, mais précieuses pour l'aprentissage

parait établir, sans réplique, la différence essentielle de ces deux facultés (1).

Bichat croyait avoir énuméré l'ensemble des propriétés vitales, et il faisait de la nutrition une sorte de corollaire de celles-ci. Mais la nutrition ne consiste pas seulement à élaborer, puis assimiler des principes ternaires et quaternaires, car elle s'accompagne de phénomènes de désassimilation que la sensibilité organique est impuissante à expliquer, et dont l'affinité chimique ne rend pas un compte satisfaisant, car dans le domaine de la matiére générale l'affinité procède par juxtaposition. D'autre part, la sensibilité ne s'accuse, et peut-être n'entre en exercice pour les tissus cartilagineux et osseux, que sous l'influence des corps irritants, tandis que la contractilité n'existe certainement pas pour l'os, le cartilage, la cornée (2). Donc vivre n'est pas seulement sentir et réagir, et la nutrition ne reconnaît pas toujours la sensibilité et la contractilité organique pour prémisses obligées. J'ajoute qu'au dela de la sphère des affinités chimiques, au-dessus des horizons de la sensibilité, de la contractilité et de la nutrition, il faut admettre une puissance de métamorphose présidant à ces mutations incessantes qui font de la vie un tableau si mobile et si varié. En effet, des facultés indiquées l'analyse la plus méticuleuse ne saurait déduire autre chose que la possibilité d'un *statu quo* indéfini pour l'individu, au lieu que l'expérience nous révèle chez ce dernier un progrès, un état stationnaire et un déclin. La caractéristique commune à des propriétés si distinctes en elles-mêmes, c'est-à-dire la métamorphose évolutive, implique donc un principe supérieur d'explication ou postulat imposé par l'expérience. Tel est le dernier mot de l'analyse.

Ainsi que l'a parfaitement reconnu et formellement énoncé Bichat (3), les diverses espèces de sensibilité et de contractilité n'offrent entre elles qu'une différence du plus au moins. En effet, le passage d'une sensibilité à l'autre est assez fréquent chez l'animal, et chez les végétaux les mêmes tissus où n'existent d'ordinaire que des phénomènes de sensibilité et de contractilité inappréciables à l'examen direct, deviennent parfois, sous l'influence d'excitations, le siége de mouvements trés-manifestes. On peut donc trouver ici les éléments d'une double série parallèle qui sera ainsi constituée : sensibilité organique inappréciable; sensibilité organique appréciable (par ses effets moteurs avec ou sans action réflexe); sensibilité consciente physique et morale, intelligence, volonté. Contractilité insensible, sensible, animale. La contractilité est une propriété essentiellement locale, bien que son excitant puisse être éloigné. Cet excitant éloigné on innervation motrice parait posséder une autonomie complète. La sensibilité siége sur place (dans l'irritabilité végétale et musculaire, par exemple), et au loin (centres nerveux). En regard de ces facultés, et comme leur condition premiére, se place la nutrition qui est, elle, constamment en exercice, ayant pour instrument médiat les voies vasculaires, et pour instrument immédiat la cellule (1).

Je viens de distinguer les divers éléments primitifs qui sont en présence dans un être vivant, mais il me reste à les considérer dans leur rapport réciproque. Il me suffira d'ailleurs, pour le but que je me propose dans ce travail, d'examiner si la nutrition est simplement une faculté parallèle à la sensibilité et à la contractilité, ou si, principe de ces dernières, elle les produirait par un certain arrangement mécanique de matière ou organes dont relèveraient les autres facultés. Ces dernières sont-elles subordonnées à la forme ou la forme subordonnée aux propriétés physiologiques? Je ne saurais traiter ici, *in extenso*, une question que j'ai déjà abordée dans un précédent article (2) cherchant à y démontrer : 1° que toute faculté spéciale n'implique point un organe particulier; 2° que tout organe spécial n'implique point une faculté de même ordre. Je me contenterai de faire appel aux remarquables résultats de l'expérimentation qui ont établi la possibilité de l'arrêt des fonctions sans la moindre lésion des instruments qui assurent leur accomplissement (3). Or tout arrêt des fonctions implique ou l'altération des instruments ou la suspension de la force motrice. Donc si l'on peut modifier celle-ci sans passer par l'intermédiaire de la nutrition, sans provoquer une altération anatomique, c'est que la nutrition, pour être la condition d'exercice de la sensibilité nerveuse ou locale, de la motricité ou de la contractilité, n'en est nullement le principe. D'autres faits me paraissent confirmer la même idée. M. Claude Bernard arrache les racines postérieures d'un chien le lendemain de sa naissance, s'y prenant de manière que toute régénération soit impossible. Aprés plusieurs mois, la sensibilité éteinte commence à reparaître et elle est normale au bout de deux ans. La fibre motrice n'est-elle point ici devenue fibre sensitive, tout en conservant son rôle de conducteur des incitations motrices? Une observation trés-remarquable, recueillie par M. Claude Bernard lui-même,

(1) « Nous ne devons pourtant pas dissimuler que cette distinction (celle de la sensibilité et du mouvement) pourrait bien disparaître encore dans une analyse plus sévère, et qu'ainsi la sensibilité se rattache peut-être par quelques points essentiels aux causes et aux lois du mouvement, source générale et féconde de tous les phénomènes de l'univers. » (Cabanis, *Du physique et du moral*, 2e mémoire.) Si le fait que je signale est acceptable, c'est-à-dire si mon analyse est rigoureuse, la conclusion que je formule aurait une importance réelle. Les expériences de M. Claude Bernard sur le curare et la strychnine déposent d'ailleurs dans le même sens.

(2) Virchow, *Pathologie cellulaire*, 14e leçon.

(3) Ouvrage cité, p. 87, 3e édition.

(1) Toute sécrétion réelle me paraît un acte nutritif.

M. Claude Bernard dans ses expérimentations physiologiques ne s'est nullement proposé de donner un tableau complet des propriétés vitales. Il est toutefois intéressant de rapprocher de la division de Bichat les conclusions suivantes de l'illustre élève, de Magendie : « En résumé, dit-il, le curare, la strychnine et le sulfocyanure de potassium agissent différemment, en détruisant la motilité, la sensibilité nerveuse et la contractilité musculaire; ces effets permettent de penser que ce sont là trois propriétés distinctes les unes des autres. » (*Effets des substances toxiques et médicamenteuses*, p. 361.) Or comme il est, je crois, impossible de placer tout phénomène sensitif sous la dépendance du système nerveux, qui n'apparaît dans l'organisme que pour concentrer les impressions et les élever à la conscience, il faut ajouter aux propriétés précédentes une sensibilité organique, ce qui nous rapproche singulièrement de la division admise par Bichat.

(2) *Gazette médicale*, juillet 1863.

(3) *Effets des substances médicamenteuses*, etc., p. 333. Cl. Bernard.

---

qu'il devait faire, avant de pouvoir remplacer celui dont il était l'auxiliaire, un auxiliaire très-actif à la vérité, car on sait que le pauvre Morand pouvait peu par lui-même, surtout lorsqu'il s'agissait d'élaborer, de coordonner et de mettre en œuvre les matériaux qui devaient remplir les mémoires de l'Académie.

Les tomes II et III de ces mémoires sont dus en grande partie au zèle intelligent de Louis. Quant à Morand, il était incapable de remplir sa tâche sans son auxiliaire, les matériaux informes qu'il proposa pour le quatrième volume, en l'absence de Louis, dégoûté de travailler en sous-œuvre, furent à l'unanimité rejetés par le comité de la librairie ou par le comité de publication, comme on dirait de nos jours. Cette circonstance motiva la démission de Morand et l'élection de Louis.

Celui-ci s'était préparé à remplir les fonctions difficiles de secrétaire perpétuel, et par sa collaboration active aux deux volumes des mémoires publiés sous le secrétariat de Morand, et par son application à exprimer dignement les opinions de l'Académie sur les travaux proposés à son appréciation. A trois reprises, Andouillé, *commissaire pour les correspondances*, s'était absenté, et Louis l'avait remplacé avec un grand succès, et nous pourrions ajouter, avec avantage. Nous avons sous les yeux toutes les lettres autographes que Louis écrivit à cette époque (1757, 1758, 1759), au nom de l'Académie royale de chirurgie. Elles forment trois cahiers petit in-folio, d'une écriture courante; en marge est notée la date de ces lettres, qui étaient lues en séance, et qui tenaient lieu de rapport aux personnes qui les recevaient.

L'Académie était polie pour tous les chirurgiens qui lui communiquaient des travaux ou des observations, mais en même temps elle était sincère et tenait avant tout à maintenir sa dignité en motivant ses jugements. Le travail adressé à l'Académie était lu deux fois en séance; il donnait lieu à des réflexions, à des objections. Un commissaire désigné présentait une appréciation ou un rapport, et le commissaire pour les correspondances notifiait brièvement à l'intéressé l'opinion de la compagnie.

Louis n'avait que 34 ans lorsqu'il remplaça pour la première fois son collègue Andouillé. A cet âge il lui restait encore beaucoup à apprendre de l'expérience qui s'accroît avec les années; mais il ne lui manquait rien de ce qui est nécessaire pour servir d'interprète à l'Académie. Organe de cette savante compagnie, dont les membres étaient pour la plupart des praticiens très-exercés, il parlait avec toute l'autorité que donne une haute raison, fortifiée par un solide savoir. C'est un maître qui parle, au nom de l'art et uniquement préoccupé de ses progrès, sans emphase, sans phrases, sans embarras, disant tout ce qu'il faut, ferme et précis dans l'expression de sa pensée; car il donne souvent sa propre opinion, et aux conclusions du rapporteur il ajoute parfois des indications utiles, des conseils bienveillants, et quand il le faut, des avertissements salutaires.

En général, chaque lettre indique le nom du rapporteur, et quelques-unes indiquent en même temps la valeur du rapport. On trouve çà et là à la marge des notes purement personnelles et à l'usage du rédac-

ne nous montre-t-elle point que la cinquième paire, dont les propriétés olfactives sont très-problématiques dans les conditions ordinaires, peut devenir apte à percevoir les odeurs dans le cas d'absence congéniale de la première paire (1)? M. Vulpian a reconnu qu'en détruisant la communication de l'hypoglosse et des centres nerveux, le nerf lingual acquiert des propriétés motrices (2). Tous ces faits me paraissent établir : 1° que les facultés inhérentes à la vie ne sont pas dues à un simple mécanisme ou arrangement organique; 2° qu'une impulsion obscure, une sorte de spontanéité inconsciente ou d'instinct physiologique est la raison d'être des fonctions dans le système nerveux, car nous trouvons ici la manifestation d'une activité connexe à la force plastique réparant les mutilations pratiquées sur quelques animaux inférieurs. Des considérations qui précèdent, je conclus que les propriétés physiologiques ne sont pas subordonnées à la forme, et que M. Claude Bernard a pu dire avec raison : « Si la forme change, les attributions fonctionnelles restent les mêmes... La contractilité caractérise le tissu musculaire physiologiquement, indépendamment de la forme de l'élément histologique, que celui-ci soit fibre ou cellule (3). »

La nutrition n'est, par cela même, que la condition indispensable des autres facultés vitales. Il n'en va pas différemment pour le règne minéral, qui est la condition *sine quâ non* de la nature vivante, et qui, toutefois, n'en est nullement le principe. Nous avons là deux termes d'une série ascendante, où se dessine, avec une netteté parfaite, cette caractéristique commune à toutes les séries analogues : *Jamais l'ordre supérieur n'est dû au développement d'un ordre inférieur*; le premier offre toujours une nouvelle tête de série. Or, en philosophie générale, cela veut dire qu'il n'y a nulle part une évolution progressive de la molécule initiale à la pleine réalisation de l'être (4).

Sur la base commune de la nutrition qui constitue un ordre sériaire supérieur à la matière brute, s'élèvent donc deux nouvelles séries, qui sont ascendantes par rapport à celle qui les précède, sans en être, toutefois, un développement particulier. L'irritabilité dans son double élément (impression, motricité), et les fonctions propres au système nerveux sont des facultés parallèles, bien que, au point de vue pratique, l'une ait sur l'autre une importance considérable. Chez le végétal, la sensibilité et la contractilité n'ont pas d'organe déterminé, et c'est pour ménager la transition que les animaux supérieurs nous offrent quelque chose d'analogue dans certains tissus tout en ayant un système à part consacré spécialement à la sensibilité et au pouvoir excito-moteur (1). Chacune de ces facultés diverses jouit d'une autonomie réelle, que ne détruit nullement l'influence réciproque qu'elles peuvent exercer les unes sur les autres, puisqu'elles émanent d'un seul et même principe (2).

PAUL DUPUY.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Cl. Bernard, *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*, t. II, p. 229.

(2) Expérience commune avec M. Philipeaux; *Compte rendu* de la séance du 25 mai de l'Académie des sciences. M. Vulpian essaye de démontrer (voir *Gazette hebd. de médecine et de chirurgie*, 1863, p. 55) que les propriétés des tubes nerveux sont identiques dans toutes les parties du système nerveux, et que leurs fonctions ne diffèrent que par les connexions de leurs extrémités. « Suivant les connexions de ses extrémités, un nerf est, lorsqu'il fonctionne, moteur ou sensitif (qu'il s'agisse de la sensibilité spéciale ou générale). » M. Vulpian ne me paraît pas avoir réfuté l'objection déduite de l'empoisonnement par le curare, et il a passé sous silence celle qu'on peut tirer de l'empoisonnement par la strychnine. Si le curare suspend ou détruit la faculté excito-motrice, la strychnine atteint d'abord isolément la sensibilité. A cela près, on doit reconnaître qu'il y a entre les tubes nerveux moteurs et sensitifs de très-nombreuses analogies.

(3) Claude Bernard, *Leçons sur le système nerveux*, p. 196, 197, t. I.

(4) Pour quiconque a l'habitude des questions spéculatives et sait où va aboutir le courant de la pensée moderne, n'y aurait-il pas urgence à établir, *à posteriori*, la vérité d'une semblable thèse?

(1) Henle admettait ou admet encore un tissu cellulaire contractile qui est aujourd'hui considéré comme un tissu musculaire à fibres lisses. Ceci prouve les rapports intimes qui existent anatomiquement entre certains muscles et un tissu non musculaire. Aussi m'est-il permis de voir ici même, au point de vue anatomique, un ordre sériaire ainsi constitué : tissu cellulaire, tissu musculaire à fibres lisses, tissu musculaire à fibres striées.

(2) L'influence de la section du trijumeau sur la nutrition de l'œil est irrévocablement démontrée, malgré la mauvaise grâce que Virchow met à en convenir. (*Pathologie cellulaire*, p. 262.) Les lésions traumatiques des nerfs rachidiens produisent aussi une altération profonde du mouvement nutritif amenant l'atrophie des parties molles. (Voir Duchenne de Boulogne, *de l'Électrisation localisée*.)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

APPRÉCIATION DES BAINS DES PYRÉNÉES ET LEUR COMPARAISON AVEC CEUX DES ALPES; par M. le docteur H. C. LOMBARD, chevalier de l'ordre impérial de Saint-Stanislas de Russie, ancien médecin en chef de l'hôpital général de Genève, etc.

(Suite. — Voir les nos 30, 31 et 33.)

3° SOURCES BICARBONATÉES CALCIQUES.

Cette catégorie d'eau minérale, que nous avons étudiée dans les thermes d'Ussat pour les Pyrénées, se rencontre dans les Alpes sous deux formes très-remarquables : les eaux de Saxon et celles de Pfeffers.

Saxon est une source contenant des bicarbonates de chaux à la dose de 0gr,28, du sulfate et du nitrate de chaux (0gr,38). Mais ce qui caractérise très-spécialement cette eau minérale, c'est la présence intermittente de l'iode que l'on rencontre, tantôt en quantité notable et tantôt en proportion minime. C'est à ce principe minéralisateur qu'est due la grande activité de ces thermes qui sont maintenant fréquentés par de nombreux malades scrofuleux, lymphatiques ou atteints d'engorgements osseux et articulaires. Les effets que j'ai pu constater sont fort remarquables; mais, en même temps, leur activité

---

teur. La rédaction est toujours d'une grande netteté. Donnons un premier échantillon de cette curieuse correspondance.

Voici la première lettre du cahier de 1557, en date du 18 mai, lue à l'Académie le 26 du même mois :

« A M. Sibille, chirurgien de l'abbaye Royale, à Longpont, par Soissons, d'après le rapport de M. Jard.

« Je suis chargé, monsieur, de vous remercier de la part de l'Académie royale de chirurgie, de l'observation que vous lui avés envoyée sur une opération césarienne faitte à une femme vivante. La nécessité de cette opération était manifeste; mais vous n'avés pas suivi en la faisant, les regles de l'art. Aucun auteur ne prescrit l'incision sur la ligne blanche, et la suture que vous avés pratiquée ne ressemble à aucune de celles qui sont décrittes. A l'égard de l'incision de la vessie que vous vous êtes cru obligé de faire, à raison de la difficulté d'introduire l'algalie par l'urêtre, on ne pense pas que cette difficulté soit insurmontable : elle est connue, et devient nulle lorsqu'on prend la précaution de soulever la matrice, et de donner une situation avantageuse à la malade. On met aussi avec succès le doigt indicateur de la main gauche dans le vagin pour repousser le col de la vessie pressé sur l'urêtre par le poids de la matrice. Vous avez dans le premier et le second volume des *Mémoires de l'Académie* plusieurs exemples d'opérations césariennes avec lesquels vous pourrés comparer le cas que vous nous avés communiqué. Et vous lirés avec fruit dans le troisième volume qu'on vient de mettre au jour des raisons et des exemples contre les sutures dans cette opération.

« On n'a point porté de jugement sur l'instrument que vous proposés pour l'extraction de la tête de l'enfant restée seule dans la matrice; l'utilité de cette invention n'étant point constatée par des faits de pratique. On ne voit pas comment vous auriés pu faire des expériences du cas dont il s'agit, sur les cadavres; il a paru de plus que les os du crâne par leur peu de solidité ne pourraient que très-difficilement résister à l'action de cet instrument.

« Je vous réitère, monsieur, les remerciments de l'Académie sur le zèle que vous luy marqués, et elle vous prie de continuer à luy faire part des faits intéressants que la pratique pourra vous fournir. J'ai l'honneur d'être, etc. 18 mars 1757. »

Tout cela est parfaitement judicieux. Mais le chirurgien à qui était adressée cette lettre, peu satisfait apparemment du jugement de l'Académie, envoya un second mémoire pour justifier sa pratique et faire valoir l'instrument de son invention, dont on n'avait pas reconnu l'utilité. Il lo is, remplaçant Andouillé absent, lui écrivit une seconde fois, le 13 juillet 1758. Voici sa réponse :

« A. M. Sibille, chirurgien de l'abbaye Royale de Longpont, par Soissons. » (« Au rapport de M. Jard. V. 26 may 1757. »)

« Les observations que vous avés envoyées, monsieur, en réponse à

thérapeutique doit mettre sur ses gardes si l'on vent éviter le développement de l'*iodisme* que j'ai eu l'occasion de voir succéder à la cure thermale.

Saxon est situé sur la rive gauche du Rhône dans le Valais, au pied de hautes montagnes qui entourent le Saint-Bernard, et non loin de Martigny, où débouchent les deux passages qui conduisent à Chamounix. La température de la source est de 25°; elle doit, par conséquent, être chauffée pour les bains et pour la piscine. On l'emploie beaucoup en boisson à la dose de trois à quatre verres qui sont, en général, bien supportés, même par les estomacs les plus délicats.

Les bains de *Pfeffers* sont situés dans le creux d'un rocher qui les surplombe de toute part. Au fond coule la Tamina, qui s'est frayée un passage dans une fente de la montagne. C'est de là que sortent les sources minérales que l'on conduit dans l'établissement de Pfeffers, le seul où, jusqu'à ces derniers temps, l'on prenait les bains et les douches. Depuis quelques années, une portion très-notable de la source vient alimenter l'établissement de Ragatz, qui est disposé avec tout le luxe et le confort des temps modernes; en sorte que Pfeffers reçoit les malades des classes moyennes, et Ragatz ceux qui appartiennent à la classe aisée. Cette source a 36° à son origine et perd à peine 1° dans les conduites en bois qui la transportent pendant les 2 kilomètres qui séparent Pfeffers de Ragatz. On peut classer cette eau minérale parmi les plus remarquables de la Suisse, quoiqu'elle soit peu chargée en principes minéralisateurs. Ceux-ci consistent en bicarbonates de chaux et de magnésie, ainsi qu'en sulfates de soude, de potasse et de chaux; on y trouve également une faible proportion de fer et de chlorure de sodium. Le tout ne formait que 0gr,1203 de résidu solide dans 1 litre d'eau.

Néanmoins, Pfeffers jouit d'une réputation méritée pour combattre les rhumatismes, les surexcitations nerveuses, accompagnées de palpitations, ainsi que les chloro-anémies. C'est une eau essentiellement sédative et qui exerce une action très-favorable dans la gastralgie, l'hypocondrie et les névralgies.

4° SOURCES SULFATÉES.

Les eaux séléniteuses que nous avons vu être représentées dans le sud-ouest par Encausse, Siradan, Dax et surtout par Bagnères-de-Bigorre, nous ont présenté pour la plupart des effets thérapeutiques sédatifs ou désobstruants lorsqu'elles amènent des évacuations, et reconstituants lorsqu'elles contiennent des sels ferrugineux.

Les eaux de Bigorre réunissent les deux avantages; les sources qui ne contiennent qu'une faible proportion de sulfate calcaire et peu ou point de fer, sont essentiellement adoucissantes et calmantes. On les conseille surtout pour combattre la surexcitation nerveuse et les névralgies gastriques, intestinales et utérines.

Les autres sources qui contiennent du fer et des sels magnésiens sont plus toniques, en même temps qu'elles favorisent le mouvement péristaltique, pouvant ainsi combattre les maladies nerveuses consécutives à la chlorose, à l'hypocondrie et aux embarras gastriques, hépatiques et intestinaux. Aussi combine-t-on volontiers à Bigorre la boisson et les bains. Leur action stimulante sur la peau ne se fait pas sentir avec autant d'intensité que celle d'autres eaux séléniteuses qui, comme Baden et surtout Louesch, produisent une forte *poussée*. Ainsi donc, les effets sédatifs et désobstruants sont plus prononcés à Bigorre et la dérivation sur la peau est bien plus marquée à Baden et à Louesch.

On peut conclure de ce qui précède aux indications spéciales de ces différents bains.

Mais pour en revenir aux différentes sources séléniteuses des Alpes, nous les trouvons représentées dans les Alpes par Baden, Louesch et Weissenbourg. C'est assez dire que cette catégorie de thermes jouit d'une réputation méritée et qui s'étend au près et au loin.

Baden, dans le canton d'Argovie, est une eau faiblement gazeuse, contenant seulement 0cc,064 d'acide carbonique, du chlorure de sodium et du sulfate de chaux à la dose de 1 gramme pour chacun d'eaux, ainsi que du chlorure de magnésium à la dose de 0gr,288 et du sulfate de magnésie 0gr,462. C'est donc une eau sulfatée calcique, avec addition de sels magnésiens et sodiques, contenant environ 3 grammes 1/2 (3gr,640) de principes salins. La température varie entre les différentes sources de 41° à 52°,5.

Les établissements de Baden sont très-nombreux et présentent les dispositions les plus favorables aux traitements très-variés que l'on y fait. Les cabinets de bains sont vastes et presque tous fournis de piscines, où l'on séjourne plusieurs heures, car c'est par la prolongation du bain que l'on obtient la *poussée* caractéristique de ce genre de médication. Cet eczéma artificiel est considéré comme une circonstance très-heureuse pour le succès de la cure. Il n'atteint cependant pas les proportions de celui que l'on observe à Louesch.

Baden est surtout fréquenté par les rhumatisants qui se trouvent très-bien des bains prolongés, ainsi que des douches qui sont administrées avec intelligence par le docteur Minnich, le doyen des médecins, et par le docteur Stepheo, qui marche sur les traces de son prédécesseur. Les névralgies, les chloro-anémies et les névroses sont également améliorées par le traitement thermal que l'on suit à Baden, et ce qui ajoute encore au succès de la cure, c'est la haute température qui règne dans l'enfoncement où sont construits les bains, non loin de la Limmath. Baden est relié au réseau de chemins de fer européens et, par conséquent, d'un abord facile aux valétudinaires.

Louesch est situé dans le Valais, sur la rive droite du Rhône, au fond d'un étroit vallon tout entouré de hautes sommités que couronnent les glaciers du Lammern et du Rinderli. La paroi presque verticale de la Gemmi ferme la vallée du côté nord.

On arrive de Lausanne ou de Genève par le lac et par la voie ferrée qui s'avance jusqu'à Sion et viendra jusqu'à la Souste, lorsque les plans de percement du Simplon seront définitivement adoptés et que le chemin de fer s'étendra dans toute la longueur du haut Valais. De Sion jusqu'à la Souste, il faut quatre à cinq heures de voiture et deux à trois pour s'élever de Louesch la ville jusqu'aux bains. La splendide route que l'on suit traverse un pays ravissant où des pentes abruptes, de belles forêts et d'admirables points de vue se rencontrent à chaque tournant.

Louesch (1) est un bain de premier ordre et dont la réputation re-

(1) *Une cure aux bains de Louesch*; par le docteur Lombard, in-8. Genève, 1862.

---

la lettre que j'ay été chargé de vous écrire de la part de l'Académie Royale de chirurgie, à la fin du mois de may de l'année dernière, ont été examinées avec toute l'attention possible. L'on n'a point adopté les raisons que vous rapportés pour justifier la section césarienne entre les muscles droits sur la ligne blanche. L'exemple de la taille au haut appareil n'est pas concluant pour l'opération césarienne. Vous pensés que la mère et l'enfant auraient péri entre vos mains, si vous eussiés fait l'incision sur le côté : il paroît cependant que vous auriés eu la même facilité de tirer l'enfant et de luy mettre deux doigts dans la bouche, comme vous dites avoir été obligé de le faire.

« Ce que j'ay eu l'honneur de vous mander sur la structure gastrique, que vous avés pratiquée d'une manière qui ne ressemble à aucune de celles qui sont décrittes, vous a rappellé une circonstance utile que vous aviés omise dans votre premier récit. Les points de suture ont déchiré la playe par les différents mouvemens que la malade s'est donnés; et vous avés cru devoir les couper afin d'éviter de plus grands désordres aux hords de la playe. Cet exemple vous fait penser que les sutures sont absolument contraires aux playes du bas ventre; et vous avés trouvé dans le bandage à 12 chefs, appliqué à peu près comme pour une fracture compliquée, un moyen dont vous dites ne pouvoir trop estimer la bonté et l'avantage pour rapprocher les lèvres de la playe.

« Vous sentez, monsieur, que sans les éclaircissements qu'on vons a demandés, vous auriés oublié le point le plus interressant de votre observation; car vous avés du voir par les ouvrages que je vous ay indiqués, sur l'opération césarienne, que la possibilité et la nécessité de la pratiquer ne pourraient plus désormais être le sujet d'aucune contradiction. Vous semblés promettre des observations sur l'abus des sutures; quoique cette matière ait été traitée très utilement dans le troisième tome de nos mémoires, les exemples particuliers que vous pouvés en rapporter ne manqueront pas d'être bien reçus de l'Académie. Elle persiste dans le jugement qu'elle a porté précédemment sur votre instrument, dont l'utilité ne peut être incontestablement établie qu'après un plus long usage. »

« Je suis très parfaitement, etc. »

C'est ainsi que l'Académie royale de chirurgie, par l'organe de son commissaire pour les correspondances, faisait la critique des travaux soumis à son appréciation. En donnant l'appréciation de l'Académie, Louis fait adroitement sentir au chirurgien qui défend ses opinions que rien n'est plus difficile que l'art de bien observer et de raisonner juste, et il le renvoie aux *Mémoires de l'Académie*, comme un homme qui estime que ces mémoires sont des modèles achevés. Il avait raison, et ce n'était point par vanité d'académicien qu'il proposait ce recueil à l'étude et à l'imitation des chirurgiens.

Ce recueil était alors le grand livre et comme le code de la chirurgie; et le dessein de l'Académie, en publiant ses mémoires, était évidemment d'offrir aux praticiens éclairés un traité magistral de leur art.

monte aux temps les plus reculés. Ces eaux sont thermales, leur température s'élevant de 47° à 51°; aussi faut-il les faire refroidir avant que l'on puisse se baigner dans les piscines. Cette délicate opération demanderait plus de soins qu'on n'en a pris jusqu'à ce jour pour empêcher la décomposition de l'eau par le contact de l'air et pour obtenir la température exacte de 35° à 36°; trop basse, elle n'agit pas avec assez d'intensité sur la peau; trop élevée, elle amène des congestions internes et une excitation dangereuse pour le plus grand nombre des malades.

Les eaux de Louesch sont séléniteuses et contiennent 1 gramme 1/2 de sulfate de chaux (1gr,5200), 3 décigrammes du sulfate de magnésie (0gr,3084), 1 centigramme de proto-carbonate de fer (1gr,0103) et 3 centigrammes silice (0gr,0360), ainsi qu'une quantité notable de glairine. Ainsi donc, c'est une eau séléniteuse magnésienne et ferrugineuse que celle de Louesch, et si l'on compare cette composition avec celle des sources de Bigorre, on sera frappé de nombreux points d'analogie, par la présence des sels calcaires et ferrugineux; mais aussi de quelques différences qui consistent dans une plus grande abondance de sels ferrugineux, iodiques et magnésiens dans les eaux de Bigorre. D'où il résulte une action tonique reconstituante et un effet laxatif et désobstruant plus prononcés par l'usage interne des sources pyrénéennes comparées à celles des Alpes. Aussi l'usage intérieur des eaux de Louesch est-il presque insignifiant et même nuisible, occasionnant de la pesanteur d'estomac et rendant les digestions plus difficiles, tandis que les eaux de Bigorre sont fréquemment employées à l'intérieur et produisent des effets satisfaisants, ainsi que nous l'avons déjà dit.

L'usage externe des eaux de Louesch et de Bigorre présente également une grande différence. Tandis que, dans cette dernière localité, la durée des bains ne dépasse presque jamais une heure et qu'on n'y observe, par conséquent, aucune trace de l'eczéma thermal, ainsi que me l'a déclaré M. le baron Souberbie; à Louesch, au contraire, la *poussée* est la conséquence presque nécessaire des bains prolongés que l'on y prend. Le séjour de quatre à cinq heures dans les piscines ne manque pas de développer un eczema aigu d'une couleur rouge lie de vin, accompagné de fortes démangeaisons et suivi de desquammation (1).

C'est sans doute à cette puissante révulsion que sont dus les admirables résultats thérapeutiques obtenus à Louesch sur les dermatoses les plus invétérées, principalement sur celles à forme humide, sur les névroses, les névralgies, les chloro-anémies, les utérins, les rhumatismes et même aussi sur les formes les plus graves de l'esthiomène et du lupus. Il faut avoir vu les guérisons merveilleuses que l'on obtient à Louesch, pour comprendre la grande réputation dont jouissent ces thermes; leur efficacité est encore aidée par le séjour de quelques semaines dans une vallée alpestre située à l'altitude de 13 à 1,400 mètres. J'ai donné tous les détails relatifs aux bons effets de ce climat de montagnes dans le mémoire que j'ai publié sur ce sujet. Mais il est une conséquence de cette situation qu'il ne faut pas oublier, c'est le refroidissement de la température sous l'influence de la pluie ou lorsque la saison est avancée; aussi doit-on choisir juin, juillet et août comme l'époque la plus favorable à la cure.

Les ressources matérielles en nourriture, hôtels, moyens de transport, poste et télégraphe abondent à Louesch, où les touristes amateurs des montagnes trouveront de nombreux buts d'excursions pittoresques.

Weissenbourg est situé dans la longue vallée du Simmenthal, non loin des sommités du Niesen qui surplombe le lac de Thun. Cette station minérale est située au milieu des forêts de sapin, dont l'odeur résineuse contribue au succès de la cure pour les maladies catarrhales que l'on soigne à Weissenbourg.

L'eau minérale dont on fait usage est à la température de 24 à 25°; elle contient 1 gramme de sulfate de chaux et quelques sels de soude, de chaux et de magnésie en quantité très-minime, puisque la totalité des principes fixes ne dépasse pas 1gr,603; l'on y trouve aussi quelque peu d'acide carbonique (1). On les emploie presque exclusivement en boisson pour combattre les gastralgies à forme catarrhale, les bronchites, laryngites et pharyngites chroniques, ainsi que les phthisies commençantes. C'est leur spécialité et, si j'en juge par mon expérience médicale, c'est avec raison qu'on les conseille dans toutes les affections chroniques des organes de la respiration.

Mais le climat alpestre de Weissenbourg, qui résulte de son altitude, est très-souvent une contre-indication pour le genre de malades que l'on désire y envoyer et qui ne pourraient respirer impunément une atmosphère froide et humide.

Il est vrai que, lorsque la température de l'été est chaude et que le soleil brille de tout son éclat, le séjour de cette station, au milieu des forêts de sapins et de l'atmosphère résineuse que l'on y respire, peut contribuer au succès de la cure.

Au reste, l'on comprend à quelle distance des Eaux-Bonnes et de Cauterets et même d'Allevard et de Marlioz se trouve Weissenbourg, la seule station médicale de la Suisse que l'on puisse considérer comme appropriée aux maladies des organes de la respiration; en sorte que nous devons accorder à cet égard une grande supériorité aux stations thermales des Pyrénées.

Mais il n'en est pas ainsi des eaux ferrugineuses qui abondent dans les Alpes où elles sont de premier ordre et, par conséquent, bien plus recherchées que les sources correspondantes des Pyrénées.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Voir la description de la poussée dans l'ouvrage cité plus haut. (Lombard, *une Cure à Louesch*.)

(1) V. Pointe, *les Eaux de Weissenbourg*; in-12, Lyon, 1853.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Lettre sur la méthode électro-chimique; par M. Tripier.

Monsieur le rédacteur,

Une opération qui a fait quelque bruit vient de soulever dans la presse médicale un débat auquel j'aurais dû pouvoir rester étranger, mais dans lequel vous me forcez d'intervenir. Tout en appréciant la

---

Aussi doit-on regretter que cette publication précieuse ait été interrompue prématurément. Si tous les travaux qui moisissent aujourd'hui dans les archives de l'Académie de médecine eussent été classés, coordonnés et mis en œuvre par le comité de librairie dont Louis était le membre le plus actif, nous aurions maintenant une incomparable encyclopédie chirurgicale, dont le traité classique de Boyer ne peut donner qu'une très-faible idée.

J.-M. Guardia.

Par divers décrets, ont été nommés ou promus dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Cusco, chirurgien de Lariboisière; Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Guérin (Alphonse), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis; Vidal, médecin de la Bibliothèque impériale; Liebreich, auteur de l'*Atlas d'ophthalmoscopie*; Touzet, à Rio-de-Janeiro; Morel et Hutin, médecins en chef de première classe des asiles d'aliénés; Landry, inspecteur départemental des enfants assistés du Rhône; Bossion, médecin attaché au bureau de bienfaisance du dixième arrondissement de Paris; Fordos, pharmacien de la Charité; Coqueret, médecin de l'ambulance de la police municipale de Paris; Cauro, ancien médecin de l'hospice d'Ajaccio; Mauricet, médecin des hospices de Vannes; Defert, chirurgien des hôpitaux de Metz; Morael, membre du Conseil général du Nord; Le Piez, chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain en Laye; Duplouy, chirurgien professeur de la marine; Carpentin, pharmacien professeur de la marine; Lacroix, Le Coniat, Mège, Roux, Romain, Grenet, Gayme, chirurgiens de première classe de la marine; Monin, de Carové, chirurgiens de deuxième classe de la marine; Blandin (de la Nièvre); Hirtz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Bazin, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux; Loir, professeur à la Faculté des sciences de Lyon; Guérineau, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers; Barthélemy, vétérinaire des haras; Frugère, ancien chirurgien militaire; Gingibre, ancien chirurgien aide-major; Mauric, chirurgien de première classe de la marine en retraite; Rathelot, pharmacien-major en retraite; le docteur Urbain d'Aries, ancien juge de paix; Worms, ancien médecin à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Levé, ancien médecin-major; Rossignol, médecin de l'Opéra; Gallois, ancien médecin par quartier de S. A. I. le prince Jérôme; Buthod, Dufour, médecins-majors de première classe; Champion, Muller, Windrif, médecins-majors de deuxième classe; Brunet, Luzy, Moracbe, Dupeyron, médecins aides-majors de première classe; Beylier, pharmacien-major de première classe; Rancurel, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Douera; Rousset et Goyeau, vétérinaires en premier; Carpentier, médecin du ministère des finances.

haute moralité de l'article dans lequel vous rétablissez les droits méconnus de M. Ciniselli sur la galvano-caustique chimique, je ne puis m'empêcher de réclamer contre l'interprétation que vous avez cru pouvoir donner à mon intervention dans cette affaire.

Ainsi que vous le rappelez, M. Ciniselli, dans une note adressée à la Société de chirurgie (septembre 1860), indique très-nettement et très-complétement l'esprit et la portée de la méthode galvano-caustique chimique. Si j'avais connu cette note, et si j'avais voulu m'en approprier les conclusions, il m'eût été aussi facile de tout prendre que de n'en prendre que la moitié, méconnaissant ainsi la vue d'ensemble qui fait de ce travail l'esquisse d'une méthode générale de cautérisation. Si vous voulez bien vous reporter à la communication que j'adressai à l'Académie des sciences en mars 1862, vous verrez que l'analogie entre mon travail et le mémoire antérieur de M. Ciniselli n'est pas aussi complète que vous l'avez avancé : je ne me préoccupais que de la cautérisation négative. Parti d'autres vues, j'aurai à montrer tout à l'heure comment je me suis trouvé conduit à n'envisager alors qu'un côté de cette question présentée par M. Ciniselli dans son ensemble.

Deux réclamations suivirent ma communication : l'une, de M. Schuster, n'avait aucun fondement, et je ne crus pas avoir à en tenir compte; l'autre était de M. Ciniselli. A l'occasion de cette dernière, je publiai dans *l'Ami des sciences*, où je faisais une revue mensuelle de physiologie, la rectification suivante : « Croyant avoir eu le premier l'idée d'utiliser la production de l'escarre qu'on voit se former au niveau du point d'application de l'électrode négatif des piles, nous avions proposé de fonder sur ce phénomène qui, jusqu'ici, a toujours présenté le caractère d'un accident, une méthode nouvelle de cautérisation. Le n° 16 de *l'Ami des sciences* contient la note résumée que nous avions adressée à l'Académie des sciences à ce sujet. Une réclamation de M. Ciniselli (de Crémone) nous a conduit à lire une communication qu'il avait faite antérieurement à la Société de chirurgie sur la *galvano-caustique chimique*, et nous devons reconnaître que c'est *à lui que revient le mérite d'avoir introduit cette méthode dans la thérapeutique* (1862, n° 20). » M. Ciniselli répondit à cette rectification en m'adressant, dans les termes les plus aimables, le mémoire italien où il venait de publier le détail de ses expériences.

Peu de temps après, trop désireux peut-être d'écrire *chez moi*, je commençai la publication des *Annales de l'électrothérapie*. La question de la galvano-caustique chimique fut longuement traitée dans la première livraison (janvier 1863). La réparation que je devais à M. Ciniselli ne pouvant être trop complète, je donnai une traduction de toute la partie fondamentale de son mémoire, et une analyse des parties moins importantes. Sans m'interdire de donner mes impressions sur les applications que comportait la méthode, je me contentai d'une très-brève indication du rôle que je lui entrevoyais et de son application à la destruction des rétrécissements de l'urètre.

Cette livraison fut adressée à la *Gazette médicale*; votre article me montre qu'elle y a passé inaperçue. Enfin j'avais si peu l'intention de mettre M. Ciniselli sous le boisseau, que je remis à M. le docteur Saurel, élève et aide de M. Nélaton, un exemplaire de la même livraison, le priant d'attirer l'attention de son maître sur une méthode intéressante que l'habile chirurgien était, mieux que personne, en position de vulgariser.

Bien que cette lettre soit déjà longue, vous me permettrez, monsieur, de compléter une justification que vous avez rendue nécessaire en vous expliquant pourquoi, ayant reconnu toute la valeur des travaux de M. Ciniselli, j'ai néanmoins continué à m'occuper avec quel que sollicitude d'une méthode thérapeutique dont je ne suis pas le père.

Durant mon externat à l'hôpital des Enfants, où certaines manifestations scrofuleuses étaient traitées par des applications de caustiques sous toutes les formes, j'avais été frappé des différences que présentaient, suivant leur provenance, les cicatrices. Les unes étaient molles, et déprimées ou plates; les autres dures et souvent saillantes. Les caractères fournis par l'aspect extérieur se retrouvaient à l'amphithéâtre quand on les divisait avec le scalpel. En tenant compte du siége, de la forme, etc., de ces cicatrices, il me fut aisé de reconnaître que les premières provenaient d'applications alcalines, les autres d'applications acides ou du cautère actuel. L'ancienne distinction des caustiques en coagulants et fluidifiants me parut dès lors devoir être étendue aux modifications durables qui, après leur application, surviennent dans les tissus cicatriciels. J'essayai alors d'étudier expérimentalement l'influence qu'exerce sur la cicatrice l'origine chimique de la plaie; mais trop soucieux d'avoir des résultats exactement comparables entre eux, j'accumulai les cautérisations sur deux lapins qui succombèrent au bout, l'un de deux, l'autre de trois jours. Néanmoins, je me crus autorisé par mes observations antérieures, à conclure que les caustiques chimiques donnent deux espèces principales de cicatrices; que les caustiques alcalins donnent des cicatrices molles et peu ou pas rétractiles; que les caustiques acides donnent des cicatrices fermes et fortement rétractiles; que le pôle négatif des piles donne des cicatrices comparables à celles des caustiques alcalins (conclusion que les travaux de M. Ciniselli font découler de la précédente); enfin, que le fer rouge donne des cicatrices comparables à celles des acides. (*Ami des sciences*, 1862, n° 20.)

On peut reprocher à ces conclusions de ne pas tenir suffisamment compte du concours forcé d'un certain nombre de conditions étrangères; néanmoins, je crois pouvoir affirmer qu'elles sont exactes d'une manière générale. Indépendamment des observations sur lesquelles s'est fondée mon opinion, et de celles qui la confirment tous les jours, deux accidents m'ont rendu le sujet d'une expérience qui vient à l'appui de ma manière de voir; enfin, pour ce qui est de la rétractilité des cicatrices résultant d'une cautérisation acide, je n'ai qu'à renvoyer aux restaurations par la cautérisation du voile du palais et du périnée divisés : c'est aux caustiques acides qu'a eu recours M. Cloquet.

Je restai dès lors préoccupé des perfectionnements que comportait la cautérisation alcaline, et spécialement des succès qu'on devait attendre de la méthode de Whately, appliquée à la destruction des rétrécissements urétraux, lorsque les procédés de cautérisation alcaline seraient rendus meilleurs. Avant la découverte de la galvano-caustique chimique, j'avais même fait faire une sonde à piston destinée à pousser dans les rétrécissements un savon avec excès d'alcali : l'instrument fonctionna mal; les sujets manquaient: la tentative n'eut pas de suite. La galvano-caustique chimique négative a permis de revenir à cette opération dans de bonnes conditions, et d'exécuter sans danger, non-seulement la cautérisation d'avant en arrière, mais en même temps la cautérisation latérale. M. Mallez, avec l'excellent concours de qui ont été faites les premières opérations de cette nature, est même d'avis que la galvano-caustique alcaline doit amener la suppression de la ponction vésicale.

Mais je m'éloigne de l'objet de cette lettre, qui était d'écarter tout soupçon de plagiat et d'expliquer à la fois et l'intérêt que j'ai pris à la méthode de M. Ciniselli et les critiques que j'ai faites de quelques points de son travail. Mes préoccupations ont porté, non sur les *escarres*, mais sur les *cicatrices*; c'est à ce point de vue que j'ai envisagé la méthode, et je crois qu'il offrait un intérêt sérieux. Si les opinions que j'ai émises sur ce point avaient été formulées antérieurement, l'empressement que j'ai mis à restituer à M. Ciniselli ce que j'ai su lui appartenir, vous atteste que je n'hésiterais pas à renoncer à des prétentions que jusqu'ici j'ai tout lieu de croire légitimes.

Veuillez agréer, etc.

NOTE DU RÉDACTEUR. — Nous ne pouvons qu'applaudir au sentiment qui a dicté cette lettre; elle ne fait que confirmer ce que nous avons dit de la priorité de M. Ciniselli et du mérite de son invention. Quant à la délicatesse et à la loyauté avec lesquelles M. Tripier a reconnu dans toute leur étendue les droits de l'auteur de la méthode, on est obligé d'y voir un regrettable contraste avec le silence gardé par une personne non moins intéressée à rétablir les droits méconnus du chirurgien italien.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros du 16 juillet 1863 au 16 juin 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Contracture idiopathique de deux doigts*, par M. Dardel. 2° *Caillot fibrineux dans les cavités droites du cœur et l'artère pulmonaire; mort subite*, par M. Bonhomme. 3° *Observation de rage développée onze mois après la morsure* par M. Dupuy. 4° *Recherches sur la pathologie du tubercule des os*, par M. Black. 5° *Observation d'un index supplementaire*, par M. Rouby. 6° *Crochet à cheveux dans la vessie; taille articulaire*, par M. Benoît. 7° *Observation de rétention menstruelle par imperforation de l'hymen*, par M. Corporady. 8° *Mémoire sur la perforation du tympan*, par M. Philipeaux. 9° *De la cure de l'hydrocèle par l'électricité*, par M. Macario. 10° *Sur un cas d'hémiplégie essentielle; guérison rapide*, par M. Icard. 11° *Note sur les origines du bubon*, par M. Didoy. 12° *Sur les tendan-*

ces de la dermatologie au retour vers les idées humorales, par M. Garin. 13° *Etude sur le chancre mixte*, par M. Diday. 14° *Du traitement des anévrismes artériels par la compression digitale*, par M. Ollier. 15° *Note sur les hémorrhagies dites intra-arachnoïdiennes*, par M. Perroud. 16° *Hernie inguinale gauche étranglée par l'anneau interne*, par M. Horand. 17° *Fistule vésico-vaginale compliquée*, etc., par M. Foltz. 18° *Observation d'utérus double*, par M. Horand. 19° *Des paralysies suite de fracture et de leur traitement chirurgical*, par M. Ollier. 20° *Cysticerques multiples chez un homme de 77 ans*, par M. Bonhomme. 21° *Accidents cérébraux simulant la méningite, dus à la présence d'ascarides lombricoïdes dans les intestins*, par M. Laugier. 22° *Ostéotomie*, par M. Ollier. 23° *Observation d'un épanchement sanguin abondant du cuir chevelu*, par M. Gailleton. 24° *Examen critique de la syphilis transmise par les races natives*, par M. Laroyenne. 25° *Cas d'aphonie liée à des accidents éclamptiques chez une femme enceinte; guérison*, par M. Drutel. 26° *Nouvelles observations de tumeurs présentant quelques caractères de l'étranglement herniaire et pouvant le simuler; traitement qu'elles réclament* par M. Laroyenne. 27° *Syphilis transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache*, par M. Lotet. 28° *De la rupture des symphyses pendant l'accouchement*, par M. Chassagny. 29° *Fongus parenchymateux du testicule, d'origine inflammatoire; castration; guérison*, par M. Icard. 30° *Du glaucome*, par M. Graefe. 31° *Observations pour servir à l'histoire des paralysies des nerfs vaso-moteurs de la tête*, par M. Perroud. 32° *Cancer aigu de l'humérus; dépérissement rapide; mort au trente-sixième jour; autopsie*, par M. Christôt. 33° *Sur la nature des mouvements choréiques et sur le siége de l'influence excitatrice qui les provoque*, par M. Chauveau. 34° *Des névralgies de la vessie*, par M. Leriche. 35° *Notice historique sur le docteur Rougier*, par M. Diday. 36° *Rapport de la commission de vaccine pour l'année 1863*, par M. Dime. 37° *Coup d'œil rétrospectif sur la syphilis et les malad es de la peau*, par M. Rollet. 38° *A propos de l'aphémie*, par M. Chauveau. 39° *Etudes sur les maladies du pancréas*, par M. Anulet. 40° *Note sur les cheveux des nègres*, par M. Lortet. 41° *Indications et contre-indications de la thoracenthèse*, par M. Vernay. 42° *Observation de métro péritonite puerpérale*, par M. Ferrez. 43° *Fracture du fémur; pseudarthrose; frottement des fragments; séton; accidents inflammatoires; absence de cal; amputation de la cuisse; guerison*, par M. Poullet.

DES PARALYSIES SUITE DE FRACTURE ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL; DÉGAGEMENT DU NERF RADIAL COMPRIMÉ DANS UN CANAL OSSEUX ACCIDENTEL; par M. le docteur OLLIER.

Le malade qui a fourni à M. Ollier le texte de ce travail avait été pris le 10 mars 1863 sous un éboulement. Il se fit une fracture de l'humérus droit. L'os fut brisé au niveau de la gouttière radiale, à la réunion des deux cinquièmes inférieurs avec les trois cinquièmes supérieurs Il y avait eu issue des fragments, ou du moins du fragment inférieur, à travers la peau. La fracture fut réduite le soir même.

Le bras, placé dans un appareil à attelles, fut maintenu ainsi pendant quarante-huit jours. Dans cet intervalle, le malade éprouvait des douleurs vives, lancinantes au niveau de la fracture. Les douleurs cessèrent complétement une fois la consolidation opérée. A la levée de l'appareil, on s'aperçut que la main, qui était tombée en prostration depuis l'accident, ne pouvait plus se remuer. Il y avait une paralysie complète des muscles extenseurs.

Quatre mois plus tard, le malade fut adressé à M. Ollier. Le siége de la fracture était indiqué par une augmentation légère du volume de l'os à ce niveau. En arrière surtout, il y avait des inégalités facilement perceptibles au toucher. Le cal était parfaitement solide.

L'avant-bras était considérablement atrophié : il avait 6 centimètres de moins que celui du côté opposé, au niveau de sa partie la plus renflée. La main était pendante en pronation. Paralysie complète des extenseurs et de tous les muscles auxquels se distribue le radial. L'électricité, quel que fût le courant, n'avait pas plus d'action sur ces muscles que la volonté. Diminution de la sensibilité au niveau du pouce et de l'index.

La longue portion du biceps avait conservé l'intégrité de ses fonctions. Comme les fibres destinées à ce muscle se dégagent généralement du radial au moment où il entre dans la gouttière humérale, c'est dans cette gouttière que le nerf radial devait être lésé. Il était au moins fort possible qu'il y fût comprimé par un fragment ou le cal, et dès lors on pouvait songer à la possibilité de lever l'obstacle. Toutefois, avant d'essayer une opération, M. Ollier employa tous les fondants possibles pour faire diminuer le cal. Il fit aussi électriser le malade pour rappeler la contractilité musculaire. Après deux mois de l'insuccès le plus complet, voyant que l'atrophie augmentait encore, il se décida à intervenir.

L'opération fut pratiquée le 10 septembre. M. Ollier la décrit en ces termes :

Je fis une incision de 8 centimètres dans la direction présumée du nerf. Elle commençait en haut et en arrière au niveau de la saillie osseuse que j'ai signalée, et se dirigeait en bas dans la direction de la cloison intermusculaire externe. Il avait pour but de tomber sur le nerf radial au moment où il se dégage de sa gouttière. Mais en raison d'un léger déplacement sur sa circonférence, qu'avait subi le fragment inférieur, je rencontrai le rameau du vaste interne entouré d'un tissu fibro-cellulaire cicatriciel, et que je pris tout d'abord pour le tronc du nerf radial atrophié. Mais je reconnus bientôt que ce n'était qu'une branche collatérale. Je m'en servis cependant pour aller à la recherche du tronc lui-même. Je le vis bientôt s'enfoncer dans le cal. Alors je n'eus que des points de repère approximatifs; mais mesurant la direction du nerf, j'enfonçai avec précaution le ciseau dans le tissu du cal, et j'en fis éclater un fragment.

Je fus heureux de voir que ce fragment était lisse par sa face profonde, et creusé en forme de gouttière. Un stylet me fit en outre distinguer une substance molle au fond de la dépression que je venais de mettre à découvert.

J'avais dès lors la confirmation de mon diagnostic, il s'agissait de sculpter dans l'os une large gouttière pour mettre le nerf à nu et le dégager. C'est ce que je fis avec le ciseau et le maillet, et je découvris bientôt un cordon volumineux ayant l'apparence d'un nerf hypertrophié. Je sculptai ainsi l'humérus dans une étendue de 5 centimètres environ, et j'eus le nerf complétement à nu.

Je vis alors que le nerf renflé comme un ganglion dans la moitié supérieure de la gouttière que j'avais creusée, était étranglé par une pointe osseuse due au fragment inférieur Elle se confondait cependant avec le cal périphérique, comme cela devait arriver en raison de l'ancienneté de la fracture. A ce niveau, le nerf était serré comme par une ligature; il avait 2 à 3 millimètres d'épaisseur, tandis que la partie renflée et située au-dessus avait 1 centimètre. Au-dessous de l'étranglement, il y avait à peine un léger renflement, et le nerf reprenait son volume normal en restant encore emprisonné au milieu du cal, dans une étendue de 15 à 20 millimètres.

Je fis sauter la pointe osseuse, reste du pont osseux qui l'étranglait. Je passai un stylet devant le nerf pour l'isoler complétement; je le suivis jusqu'à 1 centimètre au-dessus et 1 centimètre au-dessous du canal osseux, et je reconnus qu'il était parfaitement libre.

Je convertis ainsi un canal étroit en une large gouttière où le nerf devait être à l'abri de toute compression, et pour éviter la reproduction osseuse j'enlevai le périoste tout autour. Je ne le sortis pas de sa gouttière, pour ne pas le tirailler et le contondre. L'opération étant terminée, je rapprochai les bords de la plaie sans faire de point de suture. Je mis quelques bandelettes de diachylon, et j'enveloppai le membre de coton. Je l'immobilisai ensuite par deux attelles de carton.

Ce pansement par occlusion fut très-bien supporté. Les suites furent très-simples. Il y eut un peu de fièvre le second et le troisième jour. Un abcès sous-cutané se forma au niveau de la partie inférieure de la plaie, et au quinzième jour la cicatrisation était complète.

Dès le sixième jour, le malade éprouva des fourmillements dans les régions postérieure et interne de l'avant-bras. La sensibilité devint plus vive au pouce qu'à l'index. L'électricité, employée dès le quinzième jour, produisit des sensations que le malade n'avait pas éprouvées avant l'opération. Elle n'amenait pas de contraction évidente, mais le malade éprouvait une tension particulière dans les muscles qu'anime le radial.

Le vingtième jour, la main se soulevait plus facilement, et de jour en jour les mouvements d'extension devenaient plus évidents.

Au bout d'un mois il y eut un temps d'arrêt de trois semaines environ; la sensibilité était partout revenue, mais les mouvements ne devenaient pas plus étendus. Au bout du temps la mobilité des muscles paralysés revint d'une manière plus sensible, la main pouvait être élevée presque jusqu'au niveau de l'avant-bras, et dès lors le progrès se fit de jour en jour.

Quant au temps d'arrêt qui s'était produit, M. Ollier l'explique de la manière suivante :

Au moment de l'accident, le nerf avait été fortement contus par la pression du fragment inférieur. Cette pression, en se continuant, avait atrophié une grande partie des tubes nerveux. Quelques-uns seulement avaient pu échapper à la pression de la pointe osseuse qui étranglait si étroitement le tronc du nerf. Ceux-là avaient dû

reprendre leur action immédiatement; les autres avaient besoin de se régénérer, et pour cette raison ne pourraient reprendre leurs fonctions qu'au bout d'un temps plus ou moins long.

M. Ollier ajoute que si, au lieu de trouver le nerf radial comprimé, il l'avait trouvé divisé, il aurait recherché les deux bouts, il les aurait mis en contact en les maintenant par un fil métallique passé à travers le tissu cellulaire voisin, et il aurait attendu leur soudure et la régénération des tubes divisés.

Observations pour servir a l'histoire des paralysies des nerfs vaso-moteurs de la tête; par M. le docteur L. Perroud.

Les observations rapportées par M. Perroud sont au nombre de deux.

Dans la première, les symptômes qui ont surtout attiré l'attention ont été les suivants : c'était d'abord une pluie de sang qui se faisait par la conjonctive palpébrale de l'œil gauche. Cette hémorrhagie arrivait spontanément tous les matins; elle durait environ deux ou trois heures, et était précédée par une douleur névralgique très-intense qui se faisait sentir près de l'orbite, au niveau de la tempe gauche, pendant environ une demi-heure.

La transsudation sanguine, après avoir cessé pendant quelques semaines, se montra de nouveau, se produisant tous les matins de quatre à huit heures, et précédée des mêmes douleurs. La quantité de sang perdue chaque fois était d'une à deux cuillerées à soupe; la conjonctive palpébrale était un peu congestionnée au moment de l'hémorrhagie, mais elle ne présentait ni fissure ni excoriation.

En outre, toute la moitié gauche du visage présentait une rougeur que l'on ne remarquait pas dans la moitié droite. Cette rougeur était permanente, elle s'effaçait sous la pression du doigt pour reparaître aussitôt après, et était exactement limitée par la ligne médiane; elle occupait la moitié gauche du front, du nez et du menton, la joue gauche et un peu l'oreille du même côté; elle était plus prononcée sur la pommette gauche où l'on constatait de nombreuses étoiles vasculaires, qui n'existaient pas sur la pommette du côté opposé.

Outre la rougeur, on observait sur le côté gauche de la face une sorte de transpiration permanente qui ne se voyait pas à droite. La peau y était toujours humide et recouverte à l'état normal d'une foule de petites gouttelettes de sueurs très-visibles à une faible loupe, et qui devenaient très-évidentes à l'œil nu sous l'influence de la légère émotion que procurait à la malade l'examen dont elle était l'objet.

La température était plus élevée sur la joue gauche que sur la joue droite; la malade avait parfaitement conscience de cette différence.

Le défaut de symétrie qui vient d'être décrit ne se voyait qu'à la face; les deux moitiés latérales du cou étaient parfaitement semblables. On ne constatait, du reste, aucune lésion de nutrition dans les parties congestionnées du visage; un examen attentif permettait seulement d'y reconnaître une légère turgescence anormale.

La pupille gauche était mobile, régulière, et un peu plus dilatée que la droite. La vision était également bonne des deux yeux. Le globe de l'œil était tout aussi saillant à gauche qu'à droite; l'ouverture palpébrale n'y était pas diminuée, enfin la cornée n'était pas de ce côté plus aplatie que de l'autre.

La pression exercée le long du cou sur le trajet du grand sympathique ne réveillait aucune douleur; on ne trouvait en ces points aucune tumeur, et rien qui pût déceler une lésion de ce nerf. La malade n'éprouvait aucun accident du côté de la moelle épinière; la motilité et la sensibilité étaient intactes dans le tronc et dans les membres, la percussion le long du rachis ne révélait aucune douleur, aussi bien au niveau du centre cilio-spinal, vers les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales, que dans le reste de l'étendue de la colonne vertébrale.

Les divers phénomènes notés du côté gauche de la face persistaient au bout de six mois. On est frappé de la grande ressemblance qu'ils présentent avec ceux que l'on obtient par la section du grand sympathique a la partie moyenne du cou. Ce sont les mêmes troubles du côté de la vascularisation, exagération de l'afflux sanguin, et, consécutivement, exagération de la chaleur, de la sensibilité et de la perspiration cutanée de la partie; les phénomènes oculo-pupillaires seuls font défaut. Cette observation prouve donc que l'indépendance entre les phénomènes de vascularisation et les phénomènes oculo-pupillaires, démontrée par M. Cl. Bernard pour les animaux, existe également chez l'homme.

Pour ce qui est de la nature de l'altération du grand sympathique qui donnait lieu à ces phénomènes, elle reste naturellement inconnue, et son siége ne peut être déterminé avec une entière certitude. Voici ce que dit à ce propos M. Perroud :

Evidemment, cette altération ne peut siéger sur le grand sympathique cervical, car alors, outre les troubles du côté de la vascularisation et de la caloricité, elle aurait déterminé les phénomènes du côté de l'iris et du globe de l'œil, et l'on sait que ces phénomènes ont complétement manqué dans notre observation. Les récentes découvertes de M. Cl. Bernard vont jeter sur ce point une grande lumière. Le savant professeur du Collége de France a démontré que l'on pouvait, sur des chiens, déterminer à volonté ou des troubles vasculaires dans la face, ou des troubles oculo-pupillaires, suivant les points du grand sympathique qu'on lésait. Il a fait voir que l'on provoquait les phénomènes oculaires sans troubles vasculaires, en divisant dans le canal vertébral les deux premières paires dorsales, et que l'on occasionnait les phénomènes vasculaires sans troubles oculaires, quand on parvenait à léser le filet ascendant du grand sympathique thoracique sur le côté de la colonne vertébrale entre la deuxième et la troisième côte. Ces données nous permettent de localiser chez notre malade la lésion du grand sympathique sur le filet thoracique de ce nerf qui longe la colonne vertébrale entre la deuxième et la troisième côte.

La deuxième observation a été communiquée à M. Perroud par M. Diday. Elle est relative à un jeune homme qui a eu, il y a dix ans, une double iritis forte, surtout à droite, où elle a laissé une mydriase avec immobilité de la pupille et une blépharoptose.

Depuis deux ans le malade s'est aperçu, sans aucun malaise antérieur, que la moitié gauche de son front, de son nez et de son menton, ainsi que sa joue gauche, étaient continuellement en transpiration et d'une température notablement plus élevée que celle du côté droit de la face. C'est l'état dans lequel M. Diday l'a trouvé trois fois, en 1861 et en 1862. Voici ce qu'il a observé.

Tout le côté gauche du visage est humide et légèrement coloré: il contraste d'une manière frappante avec le côté droit, il est plus pâle, il ne transpire pas du tout.

La chaleur est plus forte dans le côté gauche; le malade en a parfaitement conscience, il en perçoit facilement cette différence avec la main.

La sensibilité est aussi augmentée à gauche; ainsi, lorsqu'on applique successivement une cuiller d'argent à droite et à gauche, le malade sent davantage le froid du métal sur ce dernier côté, quoique la cuiller y ait été appliquée en second lieu.

La pupille gauche est mobile et normalement arrondie, ce qui la fait paraître plus resserrée que la droite qui est immobile et atteinte de mydriase depuis dix ans, à la suite de l'ophthalmie dont il a été parlé. La vue est très bonne à gauche, mais presque nulle à droite.

On n'a trouvé à gauche ni aplatissement de la cornée, ni rétraction du globe de l'œil au fond de l'orbite, ni rétrécissement de l'ouverture palpébrale.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 aout 1864. — Presidence de M. Grisolle.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

La correspondance officielle comprend l'ampliation d'un décret, en date du 9 courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Cerise comme membre associé libre.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur l'application des corps fluorescents, par M. Brachet;

2° Un travail sur un appareil fumigatoire imaginé par M. le docteur Jolicière et M. Bereins. (Commissaire : M. Poiseuille).

Forceps droit (ou a branches parallèles) simplifié; par M. le docteur Hamon (de Fresnay)

L'idée de convertir le forceps en un levier du troisième genre, en vue de prévenir les inconvénients qui se rattachent au croisement des branches, n'appartient point en propre à l'époque contemporaine. Les forceps de Coutouly et de Thenance étaient à branches parallèles; leur articulation avait lieu à leur extrémité manuelle.

Le léniceps de M. Mattei, le forceps à traction continue de M. Chassagny, à part quelques modifications propres, n'en sont pas moins une application des mêmes principes.

L'instrument que nous proposons, à notre tour, n'est qu'une simple

modification des forceps droits à tiges rigides et inflexibles des trois premiers accoucheurs. Il n'a d'autre titre à la recommandation que sa simplicité, qui est telle, qu'il suffit d'un serrurier, voire même du premier maréchal-ferrant, pour le confectionner en quelques instants. Celui dont nous nous servons nous-mêmes n'est qu'un vieux forceps que nous avons fait transformer sous nos yeux par un ouvrier du pays.

Quelques mots nous suffiront pour en tracer la description :

Il consiste en deux cuillers à courbure un peu marquée sur le plat, et d'une longueur de 0m,16, terminées par une tige droite longue de 0m,14. L'extrémité manuelle est percée, l'une d'un trou unique, l'autre de deux parallèles, tous perpendiculaires à l'axe desdites tiges, et destinés à livrer passage à une flèche d'arrêt en fer.

L'articulation des branches se fait suivant la surface inférieure d'un manche métallique transversal extrêmement simple. Il consiste en une sorte de plaque de fer longue de 0m,12, large de 0m,02, épaisse de 0,006. Elle est munie de six ouvertures, à savoir : quatre, assez également réparties parallèlement, suivant une étendue de 0m,085, de la partie moyenne du manche métallique. De ces ouvertures, deux, correspondant à la branche droite, sont circulaires et doivent permettre à la tige correspondante de se mouvoir librement suivant son axe; les deux gauches sont carrées, et livrent passage à la base de la tige gauche, maintenue inamovible par la goupille.

Pour empêcher tout écartement de la cuiller droite, il suffit de passer une seconde goupille dans la tige, parallèlement à la goupille inférieure, mais la première au-dessus du manche. Les deux autres ouvertures, beaucoup plus étroites, sont situées aux extrémités de la poignée, et ont pour unique but de fournir un point d'attache à un cordonnet auquel sont appendues les flèches d'arrêt.

Ces dernières, au nombre de deux, sont de simples chevilles en fer; leur objet est de fixer au-dessous du manche les branches de l'instrument, une fois engagées au travers des ouvertures dont nous avons parlé.

La manœuvre d'un instrument aussi simple est facile à comprendre. Les deux branches sont d'abord mises en place des deux côtés du bassin; chacune de leurs extrémités manuelles est ensuite successivement engagée au travers des ouvertures du manche qui paraissent le mieux convenir. Pour réunir l'instrument (1) il suffit de faire passer en-dessous de la poignée transversale les flèches d'arrêt dans les trous préparés *ad hoc* à l'extrémité des tiges. Quant à la tige droite, comme elle n'a pas d'embase, on la rend immuable à l'aide de la clavette correspondant à la surface supérieure de la plaque dont nous avons parlé.

Ces dispositions prises, on fait opérer les tractions les plus vigoureuses, sans crainte de voir l'instrument lâcher prise.

L'avantage principal que présente cet instrument sur le forceps ordinaire, c'est de pouvoir, grâce à la mobilité de la branche droite et à des rainures en divers sens pratiquées au-dessous du manche et destinées à recevoir et à fixer la clavette inférieure, c'est de pouvoir être solidement articulé, quelle que soit la position respective des deux branches. Nombre de fois, grâce à lui, nous avons pu extraire des enfants, l'une des cuillers portant sur le front, la seconde prenant son point d'appui sur la région temporale. Cette importante modification nous a donné la possibilité de sauver la vie à un certain nombre n'enfants qui avec le forceps ordinaire eussent été fatalement voués à la crâniotomie.

Loin de nous, encore une fois, l'idée de revendiquer une découverte qui, nous l'avons dit, est le propre d'un autre âge. Notre prétention, beaucoup plus modeste, se borne à avoir su atteindre à un suprême degré de simplicité, et à avoir par là contribué, nous l'espérons du moins, à la vulgarisation d'un instrument qui a sa place indispensablement marquée dans tout arsenal obstétrical.

— M. Roche présente, au nom de M. Aubert Roche, une brochure sur l'état sanitaire des ouvriers occupés au percement de l'isthme de Suez.

RAPPORTS. — REMÈDES SECRETS.

M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, trois rapports dont les conclusions négatives sont mises aux voix et adoptées.

MM. Chevallier et Boutley, à l'occasion d'un rapport sur une nouvelle préparation de coaltar de M. Corne et d'une conclusion négative du rapporteur, réclament en faveur de l'action désinfectante du coaltar et de l'acide phénique, qui semblait avoir été un peu contestée.

EAUX MINÉRALES

M. Gobley lit une série de rapports sur les eaux minérales, dont les conclusions favorables à l'exploitation sont mises aux voix et adoptées.

(1) Pour rendre l'articulation de l'instrument plus facile encore, nous avons fait préparer un autre manche, où les ouvertures circulaires sont remplacées par deux mortaises au travers desquelles viennent d'elles-mêmes s'engager les tiges. Une lame de fer mobile double, se rabat sur elles de manière à maintenir solidement la tige.

LECTURE. — DE LA RAGE CONSIDÉRÉE COMME MALADIE SE DÉVELOPPANT SPONTANÉMENT CHEZ L'HOMME SOUS LA FORME DE DÉLIRE AIGU FÉBRILE.

M. Girard de Cailleux lit les conclusions d'un mémoire sur ce sujet. De tous les faits exposés ci-dessus, dit-il, qu'il me soit permis de conclure :

1° S'il est vrai que la rage est une maladie virulente transmissible par voie d'inoculation des animaux à l'homme, il n'est pas moins vrai que la rage peut se développer et se développe plus souvent qu'on ne pense spontanément chez l'homme sous la forme du délire aigu fébrile admis le plus souvent dans les asiles d'aliénés;

2° Elle emprunte alors à l'espèce humaine des caractères qui sont propres à cette espèce, comme les autres maladies qui se manifestent chez les divers animaux empruntent à chacune de ces espèces un caractère particulier, sans que pour cela la nature de cette affection perde son identité;

3° Les causes qui produisent la rage sont d'abord une prédisposition *sui generis*, et outre cela une multitude de causes occasionelles qui par leurs variétés ont souvent donné le change sur la nature de cette maladie;

4° La similitude des symptômes, de la marche, de la durée, de la terminaison, des lésions cadavériques de la rage communiquée, et du délire aigu fébrile si souvent traités dans les asiles d'aliénés, établit entre ces deux affections une identité de nature propre à fixer l'attention des pathologistes et à répandre de nouvelles lumières sur ce sujet si plein d'intérêt.

DISCUSSION SUR LA PUSTULE MALIGNE ET LES MALADIES SPÉCIFIQUES.

M. Bouillaud : Messieurs, avant de commencer, et pour éviter tout malentendu, je prierai M. Bouley de nous définir d'une façon précise ce qu'il entend par maladies virulentes. Mais le moment n'est pas encore venu d'avoir besoin de ce document que nous redemanderons tout à l'heure à M. Bouley.

Dans la dernière séance, j'avais espéré que tout le monde pourrait s'entendre; j'avais espéré voir se fermer les portes du temple de Janus et s'ouvrir celles de la Concorde. Mais il n'en a pas été tout à fait ainsi. M. Guérin avait même tenté une conciliation : après avoir donné une série d'aperçus très-ingénieux, il avait proposé d'admettre définitivement que les maladies spécifiques, la morve par exemple, pouvaient se produire sous l'influence de causes très-diverses, c'est-à-dire non spécifiques, aussi bien que par l'action d'un virus. M. Decbambre, qui a consacré plusieurs colonnes de son journal à étudier la question, adhérait parfaitement à cette conciliation. Mais M. Bouley a été plus loin : il a prétendu que les causes ordinaires agissent directement pour produire des virus, il nous a même fabriqué le virus de toutes pièces.

M. Bouley m'avait encore accusé d'intolérance; on a vu pourtant, par les efforts que j'ai faits pour concilier les parties, que je n'étais pas aussi intolérant qu'on voulait bien le dire. Mais, pour en revenir aux termes de la discussion, je ne crois pas avoir refusé aux maladies septiques la faculté de revêtir un caractère spécifique, quoiqu'il n'y ait pas contagion par un virus venant de l'extérieur. Ici, je prierai M. Bouley de nous lire la petite note qu'il a rédigée sur ma demande afin d'éviter toute querelle de mots.

M. Bouley : Je dois remercier M. Bouillaud de ne pas m'avoir pris à la gorge pour me faire rendre une définition; il a bien voulu me laisser le temps de réfléchir, sachant comme tout le monde combien il est difficile d'improviser des définitions.

J'appelle maladies *spécifiques* celles qui résultent de l'action de causes *spécifiques*. La cause *spécifique* est celle dont l'action sur l'organisme est caractérisée par la manifestation constante d'effets qui sont toujours les mêmes, à part les différences d'intensité.

La cause spécifique laisse sur l'organisme son empreinte invariable, comme le cachet sur la cire, de sorte qu'étant donnée cette empreinte, plus ou moins marquée, mais toujours reconnaissable, on est logiquement conduit à remonter de cet effet constant à l'action de la cause qui l'a produit.

Exemples : les maladies *virulentes*; ce sont les maladies spécifiques par excellence, car c'est à elles surtout que le mot spécifique peut être appliqué dans toute l'étendue de son acception étymologique. Elles font *espèce* (*speciem facere*) comme les espèces animales et végétales; elles sont caractérisées par la constance de leurs caractères et par la propriété qu'elles ont de les reproduire par une véritable génération. Il y a dans l'organisme atteint d'une maladie virulente une *liqueur séminale* qui est ce que l'on appelle le virus, par l'intermédiaire de laquelle la maladie peut être transmise de l'organisme malade à un organisme sain, et se propager ainsi dans l'espace et dans le temps.

Outre ces maladies spécifiques complètes, que j'appellerai *fécondes*, si l'on veut, il y en a d'autres qui sont spécifiques encore, en ce sens qu'elles constituent des espèces à caractères constants et invariables, procédant d'une cause unique, toujours la même, laquelle traduit son action par des effets constants. Mais ces maladies diffèrent des premières par ce caractère essentiel qu'elles sont *stériles*, qu'elles restent tout individuelles, que, en un mot, elles ne sont pas susceptibles de se

propager. Elles s'éteignent dans l'organisme sur ou dans lequel elles se sont développées.

Exemples: les maladies causées : 1° par les venins, 2° par les poisons. Enfin il est une autre classe de maladies spécifiques qui forme une catégorie de maladies mixtes, relativement aux deux premières, en ce sens que tantôt elles sont stériles et tantôt elles sont fécondes, c'est-à-dire susceptibles de se transmettre par contagion.

Exemples: les maladies produites par les effluves et les miasmes; celles aussi qui revêtent le caractère épidémique ou endémique.

Quoi qu'il en soit de ces différentes catégories, l'idée de *spécificité* entraîne dans l'esprit celle d'une cause unique pour chaque maladie, toujours la même, et se traduisant par des effets constants.

Cela établi, voici ce que j'ai voulu dire, dans la dernière séance, en soutenant la thèse que quelques-unes des maladies spécifiques pouvaient naître *spontanément*:

J'ai voulu dire, et en soutenant cette assertion je me suis basé sur des faits d'observation aussi incontestables que possible, j'ai voulu dire qu'il y avait des circonstances où l'organisme devenu malade sous l'influence de causes non spécifiques, de causes générales, telles que l'encombrement, l'excès du travail, l'insuffisance de la nourriture, l'état traumatique et la fièvre qu'il allume, etc.; que cet organisme pouvait éprouver une telle révolution, subir un tel changement d'état de ses humeurs, qu'en lui se formait de toutes pièces sans qu'il l'ait reçu du dehors, le principe virulent, l'élément de la contagion, la condition, enfin, de la manifestation spécifique de la maladie.

En d'autres termes, tantôt la cause *spécifique* de la maladie *spécifique* est extérieure à l'organisme; elle agit sur lui de dehors en dedans; c'est le cas pour les venins, pour les poisons, pour un certain nombre de maladies contagieuses, telles que la syphilis, par exemple; tantôt elle se développe spontanément en dedans de lui, sous l'influence de causes pathogéniques non spécifiques qui donnent lieu à une maladie générale, non spécifique d'abord, mais susceptible de le devenir dans de certaines espèces animales.

Tel est le cas, par exemple, où chez le cheval, l'infection purulente se traduit par une éruption morveuse ayant tous les caractères anatomiques de la morve et toutes ses propriétés; car cette morve consécutive à l'état traumatique est essentiellement contagieuse, ce qui affirme essentiellement sa nature.

Voilà, messieurs, ce que j'ai voulu dire en parlant de la génération spontanée possible des maladies spécifiques.

M. Bouillaud : Ce que M. Bouley vient de nous dire, je l'admettais à peu près complétement. J'ai soutenu, il est vrai, que de mauvaises conditions hygiéniques, telles que l'encombrement, une nourriture insuffisante, etc., etc., ne pouvaient à elles seules produire une maladie spécifique, parce que ce ne sont pas là des causes spécifiques. Maintenant les vétérinaires nous disent que ces conditions sont capables de produire dans l'organisme un trouble tel qu'il donne naissance à un virus; nous sommes dès lors parfaitement d'accord. En effet, dans les maladies spécifiques, il est des cas où la cause spécifique se développe par voie intérieure, et d'autres fois par voie extérieure; il y a longtemps que nous l'avons reconnu et enseigné.

A propos de la *spontanéité* de ces maladies, j'aimerais qu'on se servît d'un terme plus scientifique. Le mot *spontanéité* n'a pas de sens, car rien ne se produit sans cause.

Ainsi donc, les maladies spécifiques naîtraient d'un virus extérieur déposé sur l'homme pour produire la contagion, ou d'un virus développé dans l'homme. Tel est, par exemple, le virus qui est le résultat d'un foyer purulent en décomposition.

Les foyers virulents intérieurs, depuis longtemps admis, nous donnent gain de cause. Et la production d'un virus spontanément développé dans la morve est la même idée présentée aujourd'hui sous une autre forme.

Le mécanisme de la morve dite spontanée proposé par M. Bouley est une opinion personnelle; mais le sentiment général est contraire à sa théorie des maladies spécifiques et virulentes. La rage est-elle spontanée? M. Ricord croit-il à la syphilis spontanée?

M. Bouley : Je crois à la spontanéité de la rage, parce que Renault disait l'avoir constatée trois fois. Quant à moi, je n'ai jamais vu de rage spontanée.

M. Bouillaud : Si toutes les maladies spécifiques ne naissent pas par contagion, celles qui font exception, ainsi que je l'ai dit, naissent, comme les maladies septiques, par suite de la formation d'un virus tel que celui dont parlent les chirurgiens et les accoucheurs, tel que le virus de la pourriture d'hôpital, le virus de la décomposition putride des foyers d'abcès froids de l'utérus, et qui donnent lieu, les derniers en particulier, à des affections putrides de courte durée et à la fièvre ou infection puerpérale. Il y a là, à n'en pas douter, un virus développé au dedans de l'individu, comme il en existe dans la fièvre typhoïde.

S'il y a ici de l'intolérance, ce n'est pas de moi qu'elle vient : c'est la logique qui est intolérante! La logique dit que les maladies spécifiques naissent de causes spécifiques et non de causes générales ordinaires. S'il y a des faits qui contredisent la logique, je dirai : tant pis pour ces faits!

M. J. Guérin : Ce que j'avais à dire à la fin de la dernière séance se trouve nécessairement réduit par suite du discours que l'Académie vient d'entendre. Les explications si développées de notre savant collègue M. Bouillaud sur la pathogénie des maladies spécifiques me dispensent de reprendre la question où il l'avait laissée mardi dernier.

A l'origine de cette discussion, il semblait y avoir deux partis bien tranchés : le parti des spécificistes et le parti des spontéparistes. Ces oppositions, au moins dans leur caractère absolu, n'existent plus. On est bien près de s'entendre, et il suffira pour cela de ramener le débat à quelques termes clairs et de le résumer dans ses points les plus importants.

Il y a eu à considérer dans cette discussion intercurrente sur les maladies spécifiques trois questions : une question de fait, une question de doctrine et une question d'histoire.

La question de fait est celle-ci : Y a-t-il des maladies spécifiques spontanées, c'est-à-dire qui n'ont pas besoin pour se produire d'un principe virulent fourni par une maladie identique, qui s'engendrent d'elles-mêmes pour la première fois au sein de l'organisme? Cette question, ainsi posée, ne semblerait susceptible d'aucune controverse. Toutes les maladies spécifiques ont dû naître quelque part une première fois, et la possibilité de leur reproduction par la même voie ne semblerait pas pouvoir faire difficulté, surtout en présence des faits qui l'établissent; aussi n'est-ce pas le fait lui-même qui a été absolument contesté : quant à moi, je ne l'ai jamais révoqué en doute, et je n'ai pas attendu cette discussion pour le reconnaître. A l'occasion de la discussion sur la morve, j'ai posé en principe, dès l'abord, qu'il y avait une *morve spontanée* et une *morve communiquée*, et j'ai eu soin d'en indiquer les différences et les caractères. Le premier peut-être, j'ai fait voir que la morve spontanée est toujours beaucoup plus grave que la morve communiquée. Il en est de même à mes yeux pour une foule d'autres maladies spécifiques que je n'ai pas besoin d'énumérer ici. Quant à l'opposition qui a éclaté à cette occasion entre nos savants collègues vétérinaires et nous, elle n'a reposé que sur une méprise très-facile à dissiper.

M. Bouillaud n'a repoussé les exemples de maladies spécifiques spontanées en général et de morve spontanée en particulier, invoqués par M. Bouley que parce qu'ils étaient présentés comme pouvant être le produit direct de causes générales, en opposition avec la doctrine des maladies spécifiques qui n admet la génération de ces sortes de maladies qu'avec le concours des causes spécifiques. En effet, nous venons d'entendre M. Bouillaud nous déclarer qu'il a toujours reconnu et enseigné qu'il existe une foule de circonstances au milieu desquelles l'organisme peut créer spontanément et de toutes pièces des principes morbides qui deviennent ensuite des agents de transmission des maladies où ils ont pris naissance : telle est la pourriture de l'hôpital, telles sont les fièvres puerpérales putrides. Ce que notre collègue contestait, ce n'était donc pas l'existence du fait, mais la manière dont on en expliquait la génération. Or comment des affections spécifiques peuvent-elles prendre naissance au sein de l'économie en l'absence d'une cause spécifique et sous l'empire des causes générales? Telle est la question de doctrine agitée, et que nous allons résumer en quelques mots.

L'Académie peut se le rappeler, la première difficulté s'est présentée lors de la discussion sur la morve, et elle s'est présentée avec un caractère d'opposition bien plus tranché. Alors comme aujourd'hui, nos collègues de la section vétérinaire, et notre regretté collègue M. Renault en tête, ont opposé à la doctrine de la spécificité de la morve les nombreux cas de production de cette maladie sous l'influence des causes générales, telles que l'excès de travail, l'épuisement, le surmenage, les mauvaises nourritures. M. Renault allait beaucoup plus loin, puisqu'il prétendait qu'on pouvait créer la morve de toutes pièces en injectant un pus quelconque dans les veines d'un cheval. Ainsi présentée, cette doctrine abolissait les lois de la spécificité, et elle devait heurter les croyances les plus enracinées de la médecine. C'est alors que, faisant la part des faits, j'ai introduit dans la discussion la distinction des *causes éloignées* et de la *cause prochaine* de la morve. Je me suis efforcé de faire voir par de nombreux exemples et par le raisonnement que ces deux ordres de causes ne s'excluent pas, et que dans la production de la morve en particulier, elles agissaient différemment et à des époques différentes dans l'évolution de la maladie : les premières (les excès de fatigue, épuisement, mauvaise nourriture, l'encombrement), en développant au sein de l'organisme prédisposé, le principe même de la maladie spécifique en vertu duquel celle-ci devient apte à se reproduire, à se régénérer par voie de contagion. C'est ce principe ainsi fabriqué sous l'influence des causes générales et d'une disposition particulière de l'économie qui constitue la cause prochaine, la cause spécifique, le principe virulent de la maladie.

Cette doctrine, qui tient compte de tous les faits, qui met, ou plutôt qui laisse chaque chose à sa place, n'est pas loin d'être adoptée aujourd'hui par nos collègues vétérinaires. Les définitions que vient de nous donner M. Bouley de la spécificité et des maladies spécifiques en font foi. Or je n'hésite pas à déclarer que, pour ma part, je ne suis pas éloigné d'adopter tout ce que vient de nous lire notre savant collègue à la demande de M. Bouillaud sur ce sujet.

Cependant il me sera permis de le faire remarquer, cette révolution, qui s'est opérée sur l'esprit de nos collègues vétérinaires, s'est faite un

peu à leur insu, comme résultant d'une sorte de digestion intellectuelle des principes que nous avons émis dans la discussion. L'Académie ne verra là aucune présomption de notre part ni le moindre désir de diminuer le mérite de la conversion de nos collègues. Je veux simplement faire constater comment et pourquoi elle s'est opérée, et pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard, je demande la permission de lire quelques lignes d'un discours de M. Renault, dans lequel ce regretté collègue combattait la doctrine de la spécificité de la morve, en lui opposant précisément les cas de morve spontanée développés sous l'influence des causes générales précitées.... « Ils (les vétérinaires) avaient « également remarqué, dit M. Renault, que sur un grand nombre de che- « vaux de constitution débile, ou antérieurement affaiblis par les maladies, « la fatigue ou les privations, les suppurations extérieures ou les af- « fections catarrhales en se prolongeant aboutissent souvent au farcin « ou à la morve proprement dite; et ils en avaient conclu, assez logi- « quement ce semble, que ces circonstances devaient êtres considérées « comme des causes de morve. quand cette maladie, qui est virulente, « n'était pas le résultat d'une contagion. La différence dans la nature « de ces causes, en présence de la même maladie qu'ils leur attribuaient, « ne leur avait pas paru une raison contre cette conclusion, attendu « qu'il était admis par eux que la morve consistait *essentiellement* et « *primordialement* en une altération de sang, et que physiologique- « ment il était évident que chacune de ces causes, si différentes en elles- « mêmes, avait pour effet une modification pathologique de ce liquide.

« Nous n'avons donc pas cru commettre une hérésie médicale en ve- « nant vous signaler ces diverses circonstances comme étant, avec la « contagion, les causes ordinaires de la morve. »

A cette époque donc, MM. les vétérinaires mettaient sur la même ligne et les causes éloignées et la cause prochaine de la morve, et ils admettaient cette doctrine d'une maladie produite indifféremment par une cause ordinaire et une cause spécifique. Cette manière de raisonner et d'envisager les faits est conséquente avec l'idée qu'ils se formaient de la nature de la maladie. Pour eux, dit M. Renault, la morve consistait *essentiellement* et *primordialement* en une altération de sang; toute cause susceptible de produire cette altération pouvait donc être à ses yeux une cause de morve au même titre (c'est lui qui le dit) que la contagion. Voilà où en étaient MM. les vétérinaires à cette époque. Ils confondaient les causes éloignées avec les causes prochaines; ils n'avaient aucune idée d'une altération spécifique du sang, et par conséquent aucune idée du caractère et des lois de la spécificité dans les maladies. Ceci s'explique par leur mode d'instruction.

L'enseignement des écoles vétérinaires, plus expérimental que doctrinal, façonne peu les esprits aux abstractions philosophiques, ce qui ne les empêche pas de compléter, quand l'occasion s'en offre à eux, ce qui peut manquer à leur éducation scientifique.

J'ai donc été fondé à dire en commençant qu'il y avait dans cette discussion une question historique : l'Académie vient de voir que les doctrines de la médecine vétérinaire avaient eu plusieurs phases, et qu'elles avaient subi quelques transformations à chacune de ces phases; que, finalement, nous en étions venus à nous entendre et sur les circonstances qui avaient occasionné nos divergences, et sur les motifs qui les ont fait cesser. En sorte qu'après ces explications, nous croyons pouvoir déclarer sans crainte d'être contredit :

1° Qu'il y a des maladies spécifiques spontanées susceptibles de se développer sous l'influence des causes générales;

2° Que ces causes générales, agissant en tant que *causes éloignées* de ces maladies, ne font que préparer, seconder, favoriser l'évolution au sein de l'organisme de la cause prochaine d'un principe spécifique, du principe virulent, du contagium en vertu duquel elles se transmettent et se perpétuent;

3° Que cette doctrine, qui permet aux *médecins* d'admettre les maladies spécifiques spontanées se développant sous l'empire et avec le concours des causes générales, permet aux *vétérinaires* de concevoir l'existence des maladies spécifiques engendrées par un principe spécifique et conservant leur caractère spécifique, sans contradiction avec les faits où ce principe se produit de toute pièce sous l'influence des causes générales.

M. Bouley : Sur la question de fait et au point de vue de l'histoire, nous sommes d'accord avec MM. Guérin et Bouillaud. La conciliation est possible au point de vue de la doctrine, à la condition que l'on nous concède que sous l'influence d'une cause générale un virus peut se former dans les animaux. C'est là ce que nous entendons par spontanéité de la morve en particulier.

M. Magne a la parole pour la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. Traité élémentaire de pathologie externe; par E. Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital du Midi, etc.; avec figures dans le texte. Tome deuxième, première partie. — Paris, Victor Masson et fils, libraires, 1863.

II. Du mal perforant du pied; par le docteur A. Delsol, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. — Paris, A. Delahaye, libraire-éditeur, 1864.

III. Atlas général d'anatomie descriptive, topographique, etc., et de médecine opératoire; avec considérations relatives à la pathologie interne et à la pathologie externe; par Marcelin Duval, ancien professeur de médecine opératoire, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine navale du port de Toulon, directeur du service de santé de la marine, etc. — Premier fascicule et traité de l'hémostasie et spécialement des ligatures d'artères, contenant des tableaux synoptiques de l'anatomie de ces vaisseaux, les plaies des artères et les anévrismes. — Paris, J. B. Baillière, 1855-1859.

IV. Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques; par J. Estradère, médecin consultant près l'établissement thermal de Bagnères-de-Luchon. — Paris, A. Delahaye, libraire-éditeur, 1863.

I et II. Après avoir passé en revue, dans la première partie de cet ouvrage, les maladies communes à tous les tissus organiques, M. Follin examine, dans la deuxième partie, les affections de ces divers tissus en particulier, et, dans ce volume, les maladies de la peau, des ongles, du tissu cellulaire sous-cutané, des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses, des muscles et des tendons, des nerfs, des artères, des veines et des vaisseaux lymphatiques.

Circonscrivant l'étude des maladies cutanées dans les strictes limites de la pathologie chirurgicale, l'auteur s'occupe successivement des affections inflammatoires (érythème, érysipèle, furoncle, anthrax), des pseudoplasmes et des affections endémiques (bouton d'Alep et bouton de Biskra), et renvoie aux articles *Plaies*, *Pustule maligne*, *Farcin* et *Syphilis* pour l'histoire des lésions traumatiques et des affections virulentes de la peau.

Relativement à l'érysipèle, nous sommes heureux de voir notre savant confrère appuyer de son autorité la plupart des opinions que nous avions soutenues à l'occasion du *Traité de l'érysipèle* de M. Desprès (1). C'est ainsi que pour M. Follin, « l'érysipèle est une affection fébrile.....; l'examen cadavérique fournit peu de renseignements sur son siége anatomique.....; quant à préciser le siége de l'érysipèle dans les capillaires veineux ou dans les lymphatiques, c'est un problème qui attend encore une solution.....; l'érysipèle prend assez souvent la forme épidémique.....; il y a des constitutions médicales qui s'établissent à certaines époques de l'année, et engendrent des érysipèles...; des faits que nous avons recueillis à l'hôpital de la Salpêtrière pendant la dernière épidémie d'érysipèle (1861), ceux que Fenestre a cités dans sa thèse, d'autres encore disséminés çà et là, ne nous font pas douter de la propriété contagieuse de cette maladie.....; » tout autant de questions que nous avions résolues dans le même sens, contradictoirement à l'ouvrage que nous analysions.

Les divers pseudo-plasmes cutanés comprennent les simples hypertrophies des éléments constituants de la peau et les tumeurs formées aux dépens des tissus hétéromorphes qui se déposent au milieu des mailles du derme. Dans le cadre des tumeurs homœomorphes, se rangent les productions épidermiques de formes variées qu'on désigne sous le nom de *durillons*, *cors* et *cornes*, et les hypertrophies papillaires coexistant ou non avec des hypertrophies épidermiques, *verrues*, *condylomes papillaires*, *ulcère cutané papillaire*, *ulcère perforant*; et les hypertrophies fibreuses du derme, *chéloïde spontanée*, *chorionitis*, *sclérome*; et enfin, les diverses hypertrophies des glandes sudoripares, des follicules pileux et des glandes sébacées.

Le lecteur trouvera dans l'excellent ouvrage de M. Follin les notions chirurgicales les plus complètes sur ces diverses affections, dont la nature anatomique n'a pu être bien appréciée que par les récentes découvertes de la micrographie. C'est ainsi que, sous le nom de *mal perforant*, on a décrit pendant quelques années plusieurs lésions dont le siége le plus habituel est à la peau du pied, et qui ont pour caractère commun de perforer le derme et de s'étendre plus ou moins loin dans les tissus sous-cutanés.

Pour M. Follin, en effet, on a compris sous cette dénomination : 1° des hypertrophies épidermiques et papillaires suppurantes; 2° des cors qui ont perforé le derme en le faisant suppurer et en l'ulcérant; 3° des inflammations suppuratives avec ulcération des bourses séreuses normales du pied, le fond de ces bourses pouvant même s'hypertrophier et faire saillie à travers l'orifice fistuleux; 4° enfin des

(1) *Gazette Médicale de Paris*, 1862, pages 611 et 761.

altérations primitives des os, donnant lieu à une espèce particulière de fistules.

Dans un travail récent sur cette affection, M. le docteur Delsol, adoptant l'opinion de MM. Vésignié, Leplat, Nélaton et Follin, fait consister le mal perforant : 1° en un durillon à base large et d'origine ancienne; 2° au centre de ce durillon, une ulcération à bords épais, reposant tantôt sur le derme, et alors les bords sont formés par l'épiderme de la callosité, taillé à pic; tantôt pénétrant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et pouvant arriver jusqu'aux os et aux articulations. Un point capital, exposé d'abord par M. Péan, et mis depuis en complète évidence par les recherches personnelles de l'auteur, c'est que, chez les sujets atteints de cette affection, on trouve généralement à l'autopsie l'ossification des artères de la jambe : d'où M. Delsol conclut que, puisque la même lésion pathologique a été constatée dans les seules autopsies de mal perforant qui aient été pratiquées, il ne peut s'empêcher de considérer cette maladie comme intimement liée à l'incrustation calcaire des vaisseaux et de même nature que la gangrène sénile.

A ceux qui voudront connaître les diverses particularités de cette singulière affection, nous conseillons la lecture de l'intéressant travail de M. Delsol.

Les ongles faisant partie du tégument externe, leurs maladies devaient être immédiatement exposées après celles de la peau. Ainsi l'a judicieusement compris M. Follin qui a consacré des articles spéciaux à l'onyxis latéral, à l'onyxis sous-unguéal et rétro-unguéal et à l'hypertrophie des ongles qui peut être, chez le vieillard, la source d'accidents nombreux.

Passant aux diverses maladies du tissu cellulaire, notre savant confrère examine ensuite le phlegmon circonscrit et le phlegmon diffus, le tubercule sous-cutané douloureux et la filaire de Médine ou dragonneau. Singulière affection encore que ces tubercules sous-cutanés douloureux, dont la plupart des pseudoplasmes de la peau et du tissu cellulaire peuvent exceptionnellement revêtir les apparences et qui ont été également désignés sous les noms de tumeurs et ganglions. Mieux connus aujourd'hui dans leur structure intime et, partant, mieux dénommés, ces *fibromes sous-cutanés* sont essentiellement composés d'éléments fibreux et sans rapport nécessaire avec les nerfs, particularité d'autant plus importante à signaler qu'elle contribue à les différencier des *névromes*; car, tandis que celui-ci existe à la fois sur plusieurs branches nerveuses, le fibrome sous-cutané reste, en général, unique.

D'ailleurs, si l'erreur est parfois impossible à éviter, elle ne saurait avoir de conséquences fâcheuses, puisque l'extirpation constitue à la fois le traitement radical d'un petit névrome et du tubercule sous-cutané douloureux.

Une confusion plus regrettable, d'après M. Follin, consiste à prendre ces petites tumeurs pour une névralgie ou un rhumatisme, d'où l'insuccès constant des divers traitements antinévralgiques employés en pareilles circonstances. De là, ajoute l'auteur, il faut tirer ce conseil que, dans tous les cas de névralgie incertaine, de rhumatisme peu franc, on doit palper avec soin la région malade pour chercher si l'on n'y trouverait pas quelque petit fibrome caché dans le tissu cellulaire. On doit alors, si l'on en rencontre un, exercer sur lui une certaine pression, de façon à constater si l'on ne reproduirait pas la douleur en question.

Dans le chapitre IV, consacré aux maladies des bourses séreuses sous-cutanées, tendineuses et aponévrotiques, M. Follin étudie séparément et d'après leur siége spécial, leur inflammation aiguë et chronique, ainsi que leurs diverses lésions traumatiques. L'hygroma aigu, l'hygroma chronique, les plaies et les contusions des bourses séreuses sous-cutanées, l'inflammation aiguë des gaînes tendineuses, l'inflammation chronique des gaînes synoviales tendineuses, les kystes séreux et à grains riziformes, les kystes synoviaux folliculaires, les lésions traumatiques des synoviales tendineuses : telles sont les nombreuses maladies pour l'étude desquelles notre savant confrère a mis largement à contribution, en dehors de son expérience et de ses recherches personnelles, les travaux de MM. Padieu, Lenoir, Velpeau, Massot, Gosselin, Michon, Legouest, Poucher, etc., etc.

Le chapitre V embrasse les maladies des muscles et des tendons, c'est-à-dire l'inflammation des muscles ou myosite, leurs pseudoplasmes et entozoaires, leurs troubles fonctionels (paralysies et contractures musculaires), et leurs lésions traumatiques sous-cutanées (contusion, rupture, déplacements et hernies musculaires). Quant aux maladies des tendons qui comprennent l'étude de leurs plaies, des ruptures sous-cutanées de ces cordes fibreuses et de la ténotomie chirurgicale, il importe d'ajouter que des articles spéciaux sont consacrés à la rupture du tendon d'Achille, ainsi qu'aux ruptures du tendon du crural antérieur et du ligament rotulien.

Les lésions chirurgicales des nerfs se rencontrent assez rarement dans la pratique; toutefois on ne saurait négliger leur étude intéressante à plus d'un titre, et l'auteur, dans le chapitre VI, a accordé une importance spéciale à la névrite, aux névromes, dont plusieurs magnifiques figures enrichissent le texte; à la compression, à la contusion et à l'écrasement des nerfs; à la distension et à la déchirure des troncs nerveux; aux piqûres, aux plaies par instrument tranchant et aux corps étrangers des nerfs, et enfin à la névrotomie.

Les maladies des artères, qui n'embrassent pas moins de 276 pages, sont traitées dans le chapitre VII sous les titres suivants : 1° artérite; 2° lésions traumatiques; 3° infiltrations granulo-graisseuse et calcaire; 4° rétrécissement; 5° dilatation des artères; 6° anévrismes.

Nous ne pouvons suivre notre savant confrère dans cette vaste étude qui constitue un véritable traité des maladies des artères. Les questions les plus générales, les détails les plus minutieux, un luxe remarquable de belles figures concernant les diverses particularités anatomo-pathologiques des artères, et les divers instruments employés en pareils cas; tout aussi bien que les nombreuses régions anatomiques où se pratiquent les ligatures artérielles; enfin, une riche bibliographie comprenant l'exposé des principaux travaux publiés en France et à l'étranger : tel est le bilan de cet excellent chapitre qui, après un examen approfondi des diverses maladies artérielles et des anévrismes en général, s'occupe d'une manière spéciale et minutieuse des divers anévrismes qui peuvent affecter les principales artères du cou, de la tête et des membres supérieurs et inférieurs.

Envisageant séparément chaque anévrisme sous le double point de vue de son origine spontanée ou traumatique et de sa communication avec la veine contiguë, M. Follin expose pour chacun d'eux un résumé substantiel de nos connaissances les plus positives sur leur étiologie, leur anatomie pathologique, leurs symptômes, leur diagnostic et pronostic, et sur leur traitement, à l'occasion duquel il discute chaque fois les indications et les inconvénients des diverses méthodes thérapeutiques. Chemin faisant, il décrit le manuel opératoire de chaque ligature artérielle qu'il apprécie finalement, sous le rapport de ses résultats consécutifs, en se basant sur les diverses statistiques qui ont été publiées jusqu'ici.

Les maladies des veines (phlébite, plaies des veines, introduction de l'air dans les veines) et celles des vaisseaux lymphatiques (lymphangite, varices des lymphatiques et lymphorrhagie, plaies et fistules des lymphatiques) terminent ce volume qui est digne à tous égards du tome premier.

L'abondance des matières a presque réduit notre rôle à énumérer les nombreuses maladies envisagées par l'auteur. Du moins ce mode de procéder aura eu l'avantage d'indiquer au lecteur les diverses affections qui paraissent pour la première fois dans un *Traité élémentaire de pathologie externe*. Et, comme chaque article est traité avec les mêmes soins et mérite les mêmes éloges, il nous a paru superflu d'insister plus longuement sur l'analyse de ce volume, qui renferme 128 figures.

SISTACH.

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS

Par divers décrets, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Duruy, ministre de l'instruction publique; Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Brongniart, inspecteur de l'enseignement supérieur.

Au grade d'officier : MM. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants malades; Blanchet, chirurgien en chef de l'institution des sourds-muets; Girard de Cailleux, inspecteur général des aliénés pour le département de la Seine; Mauger, Gaigneron-la-Guillotière et Quemar, chirurgiens principaux de la marine; Arnoux, chirurgien de première classe de la marine; Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Falret (de l'Académie de médecine); Denéchaud, ancien médecin-major. Chenu, médecin principal de deuxième classe; Dieu, pharmacien principal de première classe; Gugelot et Baradou, médecins-majors de première classe.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

APERÇU DE NOSOLOGIE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Je viens d'examiner l'état physiologique dans les êtres doués de vie, ou, en d'autres termes, de déterminer par une analyse aussi exacte que possible ce qu'est l'une des deux sources d'activité mises en présence et dont le conflit peut produire la maladie. Le milieu étant donné, il fallait connaître effectivement le principe intérieur de réaction qui accepte, en les modifiant, les influences diverses que le monde externe lui fait subir. D'antre part, dans l'état pathologique on ne saurait voir autre chose qu'une perturbation de l'ordre fonctionnel régulier; car la maladie n'est point une entité ou chose substantielle et distincte de la vie, possédant des qualités propres à l'aide desquelles elle puisse être catégorisée comme les objets dont s'occupe l'histoire naturelle. Telle est la vérité profondément sentie par Broussais, et qu'il exprimait, avec son exagération ordinaire, par ces paroles demeurées justement célèbres : « Il n'y a point de maladie, il n'y a que des organes malades. » L'état morbide n'est qu'une vitalité anormale, une modalité irrégulière de l'organisme vivant. Par cela même on doit s'attendre à retrouver dans la maladie les mêmes conditions générales que dans l'état de santé, et surtout que dans un état morbide artificiel produit par l'expérimentation. La nutrition doit continuer par conséquent à être la condition et non le principe des autres facultés. Celles-ci seront lésées dans une mesure variable par toutes les altérations anatomiques. Chacune des propriétés vitales étant autonome, peut être primitivement affectée, les autres propriétés demeurant intactes ou n'étant intéressées que d'une manière accessoire ou secondaire. De ces propositions il est permis de rapprocher la doctrine de Bichat, qui ne voyait dans les phénomènes morbifiques que des altérations diverses des forces vitales (1).

Ces forces reposent elles-mêmes sur un principe supérieur qui doit être sous-entendu dans la classification, parce qu'il ne s'offre jamais que comme un postulat de l'expérience. Il se traduit par des facultés permanentes et par des phénomènes qui passent, et qui par cela seul ne sauraient servir de têtes de série dans un arrangement méthodique. C'est donc aux facultés elles-mêmes, principes incessants d'activité, qu'il faut attribuer un pareil rôle. Mais il y a ici une remarque préalable à faire. Au-dessus du pouvoir nutritif s'élèvent, dans un ordre parallèle, l'irritabilité et l'innervation comprenant l'une et l'autre et l'impression et la réaction motrice. Or l'irritabilité, dans son double élément, peut-elle devenir tête de série morbide? L'action de certains agents topiques, du sulfocyanure de potassium, par exemple, qui détruit primitivement l'irritabilité musculaire, et ne s'attaque au système nerveux qu'ultérieurement, permet de supposer qu'il en est réellement ainsi. On pourrait ainsi déduire quelques conclusions analogues des travaux de M. Duchenne (de Boulogne) sur l'*Électrisation localisée*, s'il était bien démontré que son appareil d'induction fait contracter le muscle et non le nerf (1). Il me faudra donc omettre l'irritabilité comme tête de série, puisque nous ne possédons guère que des présomptions à cet égard, et ne placer en regard du pouvoir nutritif que l'innervation sensible et motrice (2).

Mais, dira-t-on sans doute, que faites-vous du milieu? Celui-ci a une influence incontestable, car il représente des activités multiples dont le conflit avec l'activité intérieure peut produire la maladie. Or la cause, la force, ou, en d'autres termes, l'idée de nature, étant à la base de toute classification vraiment rationnelle, quelle est la part respective qu'il faut attribuer à la vie et au monde externe? Il y a ici deux influences ou plutôt deux *caractères* étiologiques; faut-il leur assigner une part égale ou donner à l'un la prédominance sur l'autre? La réponse à de pareilles questions ne peut se trouver que dans l'expérience qui nous enseigne que dans les affections où le rôle du milieu est le moins contestable, par exemple dans les maladies parasitaires, ce qui constitue la maladie n'est point tel ou tel être organisé, mais bien les perturbations fonctionnelles intérieures, les modifications anormales de la vitalité. Je puis en dire autant des substances toxiques, car il n'y a aucun rapport direct entre leur action et les symptômes qu'elles provoquent. Toute altération des propriétés vitales nous transporte dans un milieu sans analogue avec les actions physiques et chimiques du monde extérieur. Il faut donc toujours en revenir à la causalité vivante et la considérer comme possédant le caractère étiologique essentiel, puisque la causalité externe n'est qu'une occasion jouant un rôle subordonné, quelle que soit la fatalité des accidents auxquels elle donne lieu (3).

Il y a toutefois à ne point oublier dans la constitution nosologique cette fatalité d'action de la cause externe. Notre principe supérieur étant la force, il faut tenir compte des cas où le dynamisme vital paraît agir dans toute son indépendance, de ceux où il subit nécessai-

(1) *Considérations générales sur l'anatomie générale*, t. XLV.

(1) M. Duchenne (de Boulogne) admet des points d'élection où l'excitateur doit être appliqué pour produire la contraction du muscle. Or Remak a soutenu que ces points d'élection étaient précisément situés à l'endroit même où le nerf pénètre dans la masse musculaire. M. Claude Bernard ayant remarqué qu'il fallait une forte décharge électrique pour faire contracter celle-ci en dehors de l'influence nerveuse, tandis que M. Duchenne (de Boulogne) emploie un courant beaucoup plus faible, il semble, d'après cela, qu'il faut donner gain de cause à Remak.

(2) En regard des altérations de la sensibilité et de la contractilité, qu'il rattache l'une et l'autre à l'action du système nerveux, Dumas fait figurer les altérations suivantes de l'irritabilité : irritation inflammatoire, adynamie, fièvre (voir *Doctrine générale des maladies chroniques*, p. 347, et aussi p. 617, 620, 622, 631; de même p. 26 et 30 de l'*Appendice sur quelques inflammations simples*). L'analyse de Dumas me paraît ici, comme à bien d'autres égards, superficielle et fautive.

(3) Ce n'est nullement la présence dans l'économie d'un parasite, d'un agent toxique, miasmatique, infectieux qui constitue l'état morbide. Celui-ci n'existe point en dehors de la perturbation fonctionnelle. « Il y a une foule de circonstances dans lesquelles le corps plonge au milieu des miasmes, soit des marais, soit des amphithéâtres, sans contracter de maladie proprement dite. Il n'y a ni fièvre paludéenne, ni empoisonnement nosocomial, ni diathèse purulente; il y a eu seulement passage momentané des principes morbides dans le sang : celui-ci leur a servi de véhicule, sans s'altérer. » (*Gazette médicale*, 1861, p. 506.)

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE DE LOUIS.

(Suite et fin. — Voir les nos 33 et 34.)

III.

Après le grand problème de l'évolutien de l'art à travers les âges, ce qu'il y a de plus curieux dans l'histoire de la médecine, c'est l'étude des mœurs médicales. Elles se transforment selon les temps, et leurs variations, bien comprises, peuvent singulièrement aider à la connaissance des systèmes qni ont successivement régné, et des usages qui ont tour à tour prévalu dans la pratique. Il y a connexion intime entre les mœurs et l'esprit, antant pour le moins qu'entre le physique et le moral.

L'historien philosophe cherche précisément à s'éclairer par la comparaison des éléments divers qni constituent la matière de ses études, et il ne néglige aucune des ressources que lui fournissent les documents écrits ou la simple tradition pour mieux saisir les rapports des phénomènes qu'il s'efforce d'expliquer et de coordonner. L'investigation des canses toujonrs difficile, est féconde en découvertes. Bien conduite, elle peut, à défaut du but désiré, qui n'est pas toujours atteint, donner des résultats imprévus.

Qu'un esprit rangé, méthodique et froid, s'astreigne à travailler d'après un programme, rien de mieux. Avoir un plan et suivre une direction déterminée n'est pas chose indifférente pour un systématique. La plupart des historiens de la médecine ont procédé d'après ces principes : ils ont soutenu une thèse à laquelle ils s'étaient préparés par des travaux d'érudition ou de compilation. Aussi leurs livres, sauf la différence des thèses soutenues par chacun, se ressemblent tous par le fond et la matière; ils ne diffèrent que par l'étendue et la portée.

La plupart manquent de cette originalité de vues qui équivaut dans les études historiques au génie des découvertes et à l'invention dans les arts, les sciences et les lettres. Faisant de l'histoire au profit d'une école ou d'une secte, quelquefois d'un système, ils dissertent et démontrent, et ne peuvent se défendre du dogmatisme qui les domine et les aveugle.

La méthode n'offre pas apparemment de grandes difficultés, puisqu'elle a été généralement suivie; mais ses inconvénients nombreux sautent aux yeux clairvoyants. Les dogmatiques suivent, autant qu'ils peuvent, la ligne droite; mais en parcourant sans dévier le chemin le

rement l'impression du milieu tout en la transformant. Entre ces deux points extrêmes on doit s'attendre à trouver, et l'on trouve effectivement une série de termes intermédiaires, parmi lesquels il faudra prendre quelques types bien accusés pour établir une classification. Celle-ci repose, je l'ai déjà dit, sur la notion première de l'activité de l'organisme vivant, activité dont le pouvoir nutritif et l'innervation sont les formules les mieux connues. Je les prendrai donc pour têtes de séries, et j'en constituerai, au préalable, une catégorie mixte comprenant les faits où l'activité intérieure paraît, d'une manière générale, à son *minimum*, et où tantôt on voit la nutrition, tantôt l'innervation spécialement affectées. Dans bon nombre de cas il y a même une parité réelle entre les altérations vitales des deux ordres. Une seconde catégorie exprime un degré plus élevé de l'activité vitale et a trait aux perturbations nutritives ou tropbopathies (1). Dans la troisième et dernière catégorie, qui comprend les névroses, la spontanéité de l'organisme s'offre à son *maximum* (2).

Avant de procéder à l'application de l'ordre sériaire indiqué aux maladies que renferme le cadre nosologique, il me paraît utile de signaler quelques-uns des caracteres de la série tels qu'ils s'offrent à nous dans l'histoire naturelle. La paléontologie nous enseigne, quant au développement des espèces, qu'on voit souvent une époque plus ancienne qu'une autre posséder des êtres aussi complexes et même plus complexes que cette dernière, et que dans le passage d'une formation à une autre on voit d'anciens types persister et apparaître des types nouveaux, quoique voisins des précédents. En zoologie : « Dans certains cas le sens des variations change à une ou plusieurs reprises, la série *revenant pour ainsi dire sur elle-même*, et son développement ramenant des termes plus ou moins analogues à ceux par lesquels elle avait commencé (3). » Il ne faut point s'attendre, par conséquent, à trouver dans un ordre sériaire pathologique ce qui n'existe point dans les ordres sériaires de type inférieur, savoir une évolution progressive et continue du simple au composé. Il y a d'ailleurs à tenir compte ici d'un élément essentiel, qui est l'unité de principe dominant la médecine, parce qu'elle règle et gouverne la biologie tout entière. Cet élément nouveau ne peut que favoriser le retour de l'ordre supérieur à l'ordre inférieur, ou même donner lieu à un *processus* inverse. De là aussi l'existence de maladies qui tiennent à plusieurs classes à la fois, et qui doivent être considérées comme des affections intermédiaires.

A certaines prédominances étiologiques bien accusées je rattache les types principaux. Autour de ceux-ci, dans un ordre ascendant ou descendant, se groupent les types secondaires.

La première classe comprend, à côté des affections parasitaires et dans des séries sensiblement parallèles entre elles, les empoisonnements, les maladies venimeuses, virulentes, miasmatiques. Vient ensuite une catégorie intermédiaire constituée par les pyrexies dont les affinités avec les affections miasmatiques sont tellement tranchées qu'il faut être d'une impartialité bien rigoureuse pour les distinguer (1). De cette catégorie nous passons à la classe suivante ou *trophopathies*, par l'intermédiaire de la diphthérie qui tantôt semble jouer le rôle d'inflammation simple et tantôt celui de pyrexie miasmatique De même la pneumonie qui paraît une affection bien localisée chez l'homme, et qui chez le bœuf peut devenir une pyrexie contagieuse. Dans les altérations nutritives les phlegmasies aiguës et chroniques ayant leur occasion dans la causalité externe ont une importance considérable en pathologie. Mais en dehors des lésions traumatiques développant l'état morbide sur place, elles accordent une part beaucoup plus large que la plupart des maladies déjà classées à la spontanéité propre de l'organisme. Une pneumonie, une pleurésie, une endopéricardite, une artrite, une phlébite, une péritonite, pourront relever d'une condition extérieure identique, et cette condition même, dans certains cas, donner lieu soit à des névralgies, soit à une fièvre intermittente. La spontanéité de l'organisme s'accuse mieux encore dans certaines lésions où l'influence d'un état inflammatoire préalable n'existe pas toujours, et où il ne saurait même alors remplir qu'un rôle accessoire. Telles sont les diathèses, dont la malignité ne me paraît point être l'élément essentiel, et qui tantôt se circonscrivent à certains tissus, tantôt s'attaquent dans leur marche envahissante à tous les systèmes anatomiques.

De la deuxième classe, nous passons à la troisième par l'intermédiaire du rhumatisme, qui peut s'offrir ou comme une lésion nutritive des mieux caractérisées (produits plastiques, excès de fibrine), ou se transformer en névrose du sentiment (sensibilité, intelligence) et du mouvement; par exemple : névralgies, chorée, paralysies, hallucinations, délire. La transaction se trouve également ménagée par certaines maladies de siége varié développant à titre de sympathies soit des phénomènes paralytiques, soit des perturbations intellectuelles (2). La fièvre intermittente, dont le froid humide est la seule cause, pourrait bien aussi être une affection nerveuse, ce qui rapprocherait les névroses de la catégorie des pyrexies, nouvel exemple des variations de l'ordre sériaire. Quoi qu'il en soit, les considérations qui précèdent nous permettent déjà de saisir le caractère général des maladies liées à l'innervation, savoir la subordination constante de l'altération nutritive lorsqu'elle existe. De plus, la sponta-

(1) L'expression est, je crois, d'Alibert.

(2) Effectivement, à la diathèse proprement dite elle joint la grande fréquence de causes purement morales comme occasion de développement. Un trouble purement fonctionnel est donc alors le point de départ de la maladie et des lésions qu'elle peut produire.

(3) *Histoire naturelle générale des règnes organiques*, t. I, p. 407, d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.

(1) Des pyrexies qu'on dit ne pas être miasmatiques, dans certains cas, le sont positivement dans d'autres : ainsi la fièvre typhoïde. Il est difficile d'écarter définitivement l'idée de miasme des grandes épidémies, celle du choléra, par exemple. Toutefois, s'il y a une fièvre lente nerveuse, distincte ou non de la fievre adynamique indépendante elle-même de l'état typhoïde, et puisqu'il y a une fièvre intermittente non miasmatique due à l'action seule du froid humide (expériences de M. Bégin), il faut admettre, ne fût-ce qu'à titre provisoire, une catégorie distincte, celle des pyrexies.

(2) On préfère maintenant qualifier les sympathies d'action réflexe, mais par là on donne le mécanisme et non le fait lui-même qu'exprime l'ancien mot.

---

plus court entre deux points déterminés, ils n'aperçoivent pas bien des choses qu'il importe de voir, quand on veut se faire une juste idée de l'ensemble. Les systèmes philosophiques qui ont le plus souvent guidé les historiens de la médecine les ont dominés jusqu'au point de les distraire de leur voie. Au lieu d'observer et de méditer sur leurs observations, ils ont pensé qu'il ne s'agissait pour eux que de disposer les matériaux de l'histoire et d'interpréter les faits d'une certaine façon. C'est la préoccupation de la majorité. La trame étant donnée, chacun fait son dessin et sa broderie; en autres termes, chacun répète ce que l'on savait avant lui, en s'efforçant, non pas d'étendre le domaine des connaissances historiques, mais uniquement de philosopher suivant ses tendances.

Faut-il s'étonner après cela qu'une méthode aussi vicieuse soit tellement stérile? Celui-ci aboutit à l'empirisme, celui-là au rationalisme, cet autre au scepticisme, un quatrième à l'éclectisme. Il y a des issues pour tous les goûts; et chacun trouve à la fin les conclusions qui lui agréent. Tout le travail consiste à choisir et à élaguer des arguments, suivant qu'ils sont favorables ou contraires à la thèse qu'on veut défendre, disons mieux, démontrer; car tel est le but qu'on se propose, une démonstration par l'histoire.

Mais l'histoire n'est point du tout l'humble servante de la philosophie; et en dépit de toutes les tentatives que l'on fait pour l'asservir, elle reste hors d'atteinte. Il est certain que ceux-là l'ont le moins comprise qui ont prétendu s'en faire un auxiliaire, et qui, dans leur orgueil dogmatique, ont cru de bonne foi que la suite des siècles n'était qu'une chaîne d'arguments au bout de laquelle il fallait placer leurs doctrines. Traitée ou travestie de la sorte, l'histoire de l'art n'a produit que des enseignements négatifs; et l'on peut dire qu'elle n'aurait pas fait un pas en avant depuis la renaissance des lettres sans le désintéressement des érudits.

Il faut le reconnaître, dans l'ordre scientifique, c'est la curiosité pure qui est le grand ressort. Il y a un nombre d'érudits qui poursuivent patiemment leurs investigations laborieuses, sans autre dessein que de contenter une passion irrésistible. Ce sont des curieux, et les curieux ne restent jamais en repos. Ils cherchent toujours et souvent au hasard. Par eux se font bien des trouvailles qui n'ont point, à la vérité, une utilité immédiate et pratique, mais qu'il faut bien se garder de dédaigner. Un jour viendra où ce qui n'était bon, en apparence, que pour satisfaire la curiosité, sera une lumière ou une révélation pour l'observateur attentif.

Quand on médite sur le passé, souvent la pensée s'égare et l'imagination elle-même vacille au milieu des ténèbres. Mais que l'attention se porte sur un objet, que la mémoire rappelle à l'esprit un nom, une image, un fait, et tout aussitôt, par une illumination soudaine ou par une méditation suivie, l'incertitude se dissipe et l'obscurité recule devant la lumière. L'essentiel surtout dans cette difficile enquête, c'est de ne pas oublier le temps ni les distances. Voir les choses, c'est beaucoup; mais il importe de les voir telles quelles, dans leur réalité, c'est-à-dire

néité de l'organisme y éclate avec une évidence particulière, par le rôle important qu'y joue la diathèse tradnite par l'hérédité, et ensuite en vertu du résultat identique des causes occasionnelles physiques ou morales. Ces dernières représentent les deux tiers des cas (1).

Le moindre degré d'activité de l'organisme est le fait général qui domine dans la constitution de la première classe. En effet, dans les empoisonnements, les maladies venimeuses virulentes miasmatiques, l'action de la cause externe est le plus ordinairement fatale. Cependant il faut, là encore, faire ses réserves, puisque les virus ne sont pas toujours inoculables et que la contagion des miasmes n'a point lieu d'une manière uniforme et constante. Ce fait accuse la spontanéité de l'organisme vivant que l'on voit caractérisée à un plus haut degré lorsque par le fait seul de conditions hygiéniques mauvaises on donne lieu à l'apparition de maladies virulentes, par exemple la rage chez le chien, la péripneumonie chez le bœnf et la morve chez le cheval. La pustule maligne paraît, à quelques auteurs, se développer dans l'espèce humaine en dehors de toute contagion (2). Ce qu'on peut appeler la *dominante* de la première classe exprime seulement la physionomie commune d'un ensemble donné. D'ailleurs les conditions générales de la série exigent que certains caractères des divisions d'ordre plus élevé se manifestent dans celle-ci.

Dans la seconde classe ou trophopathies, je n'ai point la prétention de ne ranger que des altérations nutritives pures et simples, car alors il me suffirait d'y placer certains faits de métamorphose régressive, le tubercule, les formes diverses de la diathèse cancéreuse, et quelques autres diathèses limitées à un seul système anatomique, l'atrophie musculaire progressive, par exemple (3). Dans ces cas divers, le rôle de la sensibilité est nul, ou problématique, ou accessoire. Je dois rattacher à cette seconde classe les maladies qui offrent une prédominance des altérations nutritives rapidement développées sous l'influence d'un état pathologique de la sensibilité. Tel est le cas des affections consécutives aux violences traumatiques et de la plupart de celles qu'entraîne la perversion des agents hygiéniques. Je cherche encore ici le fait dominant ou caractéristique de la série entière, aussi ne vois-je nulle difficulté, dans une inflammation franche du cerveau et de la moelle, à reconnaître une chose très-différente de la névrose proprement dite. Les troubles nerveux (paralysies, convulsions, douleurs, délire) n'ont, dans l'espèce, qu'une valeur accessoire. D'autre part, il faut s'attendre à trouver des maladies servant de transition entre la prédominance de l'altération nutritive et celle du trouble fonctionnel nerveux. Il ne saurait y avoir de hiatus dans la série.

Le fait le plus controversé (je passe aux névroses, troisième classe) est non-seulement la prédominance des troubles fonctionnels se rattachant à l'innervation motrice ou sensible, mais encore et surtout l'indépendance de ces troubles divers relativement aux altérations nutritives. Je me vois contraint, par cela même, d'essayer une démonstration sommaire du théorème indiqué.

Il faut bien admettre un trouble primitif de la sensibilité, sans altération aucune de la texture, lorsque la nutrition s'affecte secondairement, par sympathie ou action réflexe. Tel est le fait des phlegmasies viscérales, des rhumatismes, etc., dus au froid humide. Une impression simple, une sensation de la peau suffit comme point de départ. L'expérimentation ne nous apprend-elle point, d'ailleurs, que sans altérer le sang ni les tissus par un *mélange* du premier et de certains agents, on peut isoler la sensibilité des autres facultés vitales? Qu'est-ce que l'alcoolisme si ce n'est la même expérience faite sur une grande échelle? Aucune lésion n'y est constante et par cela même caractéristique, et, d'après Magnus Huss, on peut n'en trouver aucune lorsque l'alcoolisme est le plus prononcé. La sensibilité et la contractilité s'affectent ici sans aucune action chimique, et leur perturbation ne relève d'aucune modification particulière des tissus. Quand cette modification existe, elle est donc secondaire. Dans les maladies mentales il y a une grande prédominance des causes morales, donc c'est le sentiment qui est primitivement intéressé (1). La monomanie y est sans anatomie pathologique (2), la mélancolie attend la sienne, la manie comme l'alcoolisme n'en a point de caractéristique et ne s'accompagne guère que de congestion. Or la congestion implique un stimulus, et le stimulus agit sur la sensibilité. La folie paralytique ne s'accompagne pas invariablement de lésions inflammatoires appréciables, preuve en soient les faits cités par MM. Lélut, Aubanel, Thore et d'autres aliénistes, donc ce n'est pas un état phlegmasique appréciable, qui est la condition *primitive* et *dominante* de la paralysie générale. Celle-ci peut être produite d'ailleurs par des causes purement morales. Dans la démence consécutive à la manie il y a, d'après M. Parchappe, une atrophie consécutive à l'arrêt des fonctions (3).

Dans quelques autres névroses on a signalé l'existence d'altérations matérielles. Ainsi pour l'épilepsie (Schrœder van der Kolk), congestion, sclérose, métamorphose régressive dans la moelle allongée; pour la paralysie agitante, même siége et même lésion : donc la lésion est subordonnée et n'est elle-même qu'une expression inadéquate et in-

(1) Parchappe, Guislain, Marcé.

(2) Devers, *Bulletins de la Société médicale d'émulation*, et Gallard, communication à l'Académie de médecine, séance du 19 janvier 1864.

(3) Ce qui me paraît établir, contradictoirement à l'opinion de M. Cruveilhier, que l'altération primitive est dans le muscle et non dans les racines antérieures, c'est que M. Vulpian a constaté que leur atrophie ne s'accompagne d'aucune transformation régressive. A ce point de vue, les racines perdent leur volume comme le cerveau du dément s'atrophie.

(1) Je suppose une folie qui se développe immédiatement à la suite d'une émotion vive. Peut-on rattacher le trouble mental à une altération nutritive soudaine due à l'émotion elle-même? L'analyse du fait ne nous oblige pas moins à convenir que le premier fait ne relève d'aucune lésion nutritive, et que celle-ci a par conséquent, dans l'espèce, un caractère subordonné. Il en serait de même pour l'épilepsie produite par une frayeur vive, et ce raisonnement est susceptible d'une extension considérable.

(2) Par la raison bien simple que l'excitation en est généralement absente, que sans excitation il n'y a point d'afflux sanguin, et que sans afflux sanguin il n'y a point de lésions inflammatoires.

(3) Voir, pour l'ensemble de l'alinéa, mon *Essai de philosophie médicale*, p. 221, 222 et 260, 261.

---

que l'historien doit se préoccuper constamment du milieu et des circonstances.

On l'a dit très-justement, l'histoire est une résurrection, ou, si l'on aime mieux, une reconstitution. L'historien qui ne voit pas en idée les choses, les événements, les phénomènes et les hommes tels qu'ils étaient dans le passé, n'entend pas l'histoire et ne saurait la comprendre. Ce qu'il doit le plus redouter, ce sont les illusions d'optique. Les esprits ingénieux et critiques sont naturellement enclins à juger du passé par le présent. Rien de plus fondé que ce jugement, quand il est légitime; mais pour qu'il soit tel, bien des conditions doivent être remplies, qui se résument en une connaissance aussi complète et parfaite que possible de ce passé, qui le plus souvent n'offre que des ressemblances apparentes ou des analogies trompeuses avec le présent.

On ne saurait trop répéter cette réflexion aux médecins qui s'imaginent volontiers que toute l'histoire de l'art est dans l'étude des systèmes, des doctrines, des méthodes et des pratiques dont le souvenir nous a été transmis. Il y a autre chose dont il faut aussi tenir grandement compte : les hommes et les institutions. Dans les sciences exactes, l'histoire représente, en quelque sorte, une série d'abstractions qui sont comme l'image même de la science. Mais à mesure que nous descendons de la science pure et abstraite à la science appliquée, ou mieux, aux arts d'application qui préparent la science abstraite, il faut renoncer à la métaphysique et à la haute spéculation pour voir sans illusion les choses et les hommes. Ce sont ces éléments qui composent le milieu, l'esprit de généralisation risque fort de s'égarer et de tomber en des erreurs monstrueuses.

Cette considération paraît naturelle et très-simple à ceux qui n'ont point l'habitude des études historiques. Il est probable aussi qu'elle s'est présentée à l'esprit des historiens réfléchis; mais il est certain que la plupart n'en ont tenu compte, ou qu'ils l'ont écartée à dessein, craignant sans doute le découragement s'ils s'arrêtaient à mesurer la difficulté de la tâche. On pourrait même avancer que la manie de subordonner l'histoire à la philosophie n'a pas eu de cause occasionnelle plus efficace que la grande difficulté de ressusciter le passé pour le contempler dans sa réalité. Il est sans aucun doute que le dogmatisme systématique a conduit la plupart des historiens de la médecine;—je ne parle que de ceux qui comptent et non des simples compilateurs;—mais il y a aussi grande apparence que la conscience trop nette de leurs obligations les a menés par un chemin qu'il ne fallait pas suivre.

Les plus forts, les plus résolus, les mieux préparés, les moins modestes sentent leur impuissance devant cet immense problème, et ils s'en tirent à l'aide de la philosophie. Pour nous, qui depuis quinze ans ou peu s'en faut, interrogeons le passé de la médecine, nous sentons de plus en plus combien la tâche est ardue, et le sentiment de notre faiblesse augmente à proportion que s'étendent nos connaissances. Souvent, dans ce galetas de l'Académie de médecine où sont déposés les documents que nous dépouillons pour nos lecteurs, nous avons éprouvé

complète de l'état morbide (1). Enfin, dans l'ataxie locomotrice, l'affection caractérisée à son maximum, au point de vue des désordres de la sensibilité et du mouvement, s'associe à un trouble nutritif on grave ou peu marqué, peut-être nul dans certains cas (2).

Je viens d'esquisser un essai de nosologie dont les bases impliquent une philosophie médicale nettement déterminée. Cette philosophie a pour principe fondamental l'idée de cause, prise dans l'acception que lui a restituée Bérard en lui restituant le rôle et l'importance qu'elle réclame de plein droit dans la constitution de l'économie scientifique (3). Je me suis tenu au point de vue des divisions les plus compréhensives, mais de celles-ci on peut procéder aux catégories d'ordre secondaire en s'inspirant de la même méthode. C'est ainsi que la notion de force se retrouve dans la marche ou métamorphose évolutive de l'état morbide (acuité, chronicité, intermittence, rémittence, continuité). La distinction des maladies particulières peut réclamer une précision plus grande et qui se déduira alors de la forme (siége, lésions, symptômes). Procédant d'ailleurs suivant une marche qui n'a été adoptée jusqu'à présent qu'avec beaucoup de réserve, de timidité même, j'ai étendu à la médecine entière la théorie des analogues qui, malgré la différence de sa formule, est identique, dans son esprit, à celle qui a tant fait de nos jours pour l'histoire naturelle et la chimie.

De même que l'histoire naturelle avait jadis une tendance à subordonner, dans la notion d'espèce, la filiation à l'apparence extérieure, c'est à-dire à la forme, tandis que, pour la science moderne, la filiation est le caractère primordial de l'espèce et que la forme ne vient qu'en seconde ligne (4); de même, en pathogénie, il faut n'accorder qu'une valeur accessoire à la forme (5), et s'attacher principalement à la filiation, c'est-à-dire à l'activité productrice, à la cause.

(1) Jaccoud, *Gazette hebdomadaire* du 10 janvier 1862.

(2) Dans un travail récent, M. Duchenne (de Boulogne) me paraît admettre des conclusions analogues.

(3) *Esprit des doctrines médicales de Montpellier*, 1830, ouvrage posthume.

(4) Les remarquables transformations des aurélies roses (méduses de l'ordre des acalèphes), qui dans leur descendance passent à l'état de polypes, puis reviennent au type primitif, parcourant ainsi des classes différentes au point de vue de la forme, nous démontrent que cette notion doit être subordonnée à celle de filiation. A celle-ci appartient le caractère primordial dans la détermination de l'idée d'espèce. Voir Quatrefages : *Métamorphoses* et *De l'homme et des races humaines*, dans la *Revue des Deux-Mondes*.

(5) Lésions et symptômes.

Paul Dupuy.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'état nerveux ou nervosisme, et l'utilité du bromure de potassium dans son traitement; par le docteur Romain Vigouroux, ancien interne des hôpitaux. (Présentée à l'Académie de médecine le 9 août 1864.)

Cette note a un double sujet : une maladie et un médicament. La maladie est une névrose, c'est dire qu'elle est obscure ; le médicament est encore peu usité et je puis dire mal connu. Aussi demanderai-je à ajouter de courtes réflexions à l'exposé sommaire de quelques faits :

Obs. I. — J'ai observé le premier fait à Londres au printemps de 1863. Dame veuve, mère de plusieurs enfants, fortement constituée, sans tendance à l'embonpoint ni coloration du visage, ayant dépassé l'âge critique. Elle se plaint de douleurs dans divers points de la tête et spécialement au sommet. Sensations variables de fourmillement, de chatouillement dans les membres, etc.

Je trouve des foyers névralgiques derrière les apophyses mastoïdes, en avant des apophyses zygomatiques, etc. Points douloureux à la pression dans la gouttière vertébrale gauche. Mais c'est la moindre partie de ses maux : depuis plusieurs années (elle ne peut préciser, parce que l'invasion a été graduelle), elle est sujette à des malaises qui se renouvellent de plus en plus fréquemment, à ce point qu'elle n'a maintenant que de rares journées de libres, et qui se présentent habituellement de la façon suivante : dans le jour tristesse, éloignement de toute conversation ou occupation, tendance de l'esprit à se concentrer sur le même sujet ; c'est ordinairement la crainte de devenir aliénée ou paralytique ; sombres pressentiments sur l'avenir de ses enfants ou doute sur leur affection ; sursaut au moindre bruit ; anxiété intolérable, palpitations à l'annonce d'une visite, à l'arrivée d'une lettre, même des plus insignifiantes ; la nuit, insomnie complète, obsession redoublée d'idées mélancoliques ; frissons et parfois tremblement comparable à celui d'un violent accès de fièvre intermittente. Le lendemain lassitude générale, langue blanche, yeux cernés, etc. Ces accès n'offrent aucune périodicité régulière. Dans les intervalles elle est d'un caractère ouvert et gai, presque viril ; l'appétit et les forces sont intacts.

Comme causes de cet état, on peut accuser des chagrins domestiques et peut-être les suites d'une affection de l'utérus qui, après une fausse couche, a nécessité, il y a huit ans, plusieurs cautérisations du col pratiquées par M. Jobert (de Lamballe). Il n'y a point de leucorrhée ni d'autres symptômes actuels de ce côté.

Je remets à une autre visite l'exploration des organes génitaux, et je prescris un liniment chloroformé pour la névralgie sous-occipitale et temporale superficielle, des pilules d'oxyde de zinc et de sulfate de quinine, et des pratiques d'hydrothérapie.

La semaine suivante il y a eu de l'amélioration, mais la malade trouve le traitement difficile à suivre, surtout en ce qui concerne l'hydrothérapie. Alors, dans l'hypothèse que je ne discuterai pas ici, d'un état particulier de la moelle et me guidant sur ce que j'avais vu faire par M. Brown-Séquard au National-Hospital, je prescrivis le bromure de potassium pour toute médication. L'effet fut immédiat. Tant que dura l'administration du médicament, il n'y eut pas de troubles nerveux. Et plus tard, lorsqu'ils reparurent, bien que très-atténués, la solution bromurée les fit toujours disparaître.

ce dépit, disons le mot vrai, cette humiliation que la science se plaît à infliger à ses plus fidèles serviteurs. En présence de ces cartons qui renferment tant et de si précieux trésors, tout un siècle de la médecine et de la chirurgie, nous pensions à cette longue série de siècles pour lesquels les documents font défaut, et aux changements prodigieux qui sont la condition même de l'évolution historique et qui rendent si difficile l'évocation du passé.

C'est en méditant sur ces révolutions insensibles qui sont l'œuvre des siècles que nous avons mieux compris la nécessité d'appliquer notre esprit à ces détails minutieux dont l'importance échappe aux observateurs superficiels, et qu'on ne saurait négliger sans dommage pour la vérité. Cédant à cette habitude qui nous porte à comparer ce qui est présentement avec ce qui n'est plus, nous avons saisi bien des dissemblances, et à peine assez de rapports pour établir une filiation entre les institutions d'aujourd'hui et celles qui florissaient il n'y a pas cent ans. Tout se transforme avec le temps, et même les sociétés savantes.

Ce n'est point à tort que l'on essaye de nos jours d'écrire l'histoire des anciennes académies. Quand l'érudition aura rempli sa tâche, il y aura là un beau sujet de méditation pour les penseurs et les amateurs d'études comparatives.

Nos médecins contemporains, qui voient fonctionner aujourd'hui l'Académie de médecine, supposent volontiers que cette grande Académie royale de chirurgie, dont le souvenir est toujours présent, fonctionnait à peu près de même. Nous ne prétendons pas qu'il n'y ait aucune ressemblance entre les deux. Il nous serait facile d'en signaler plusieurs. Toutes les réunions d'hommes se ressemblent plus ou moins, et les gens de même profession conservent comme un type de famille, en dépit des transformations des us et coutumes, suivant les temps.

Nous savons, par exemple, qu'il y avait un assez grand nombre de médiocrités dans la plus célèbre des associations chirurgicales qui ait jamais été. Nous savons encore que beaucoup de membres de cette illustre Société ne se présentaient les jours de séance que pour toucher les jetons de présence. Lapeyronie, bienfaiteur généreux, qui avait pensé à tout, et qui connaissait à fond ses confrères du collége de Saint-Côme, ne pouvait manquer d'encourager et de récompenser l'assiduité des académiciens. Le règlement de l'Académie, interprète des volontés du fondateur, obligeait les assistants à signer deux fois sur la feuille de présence, à l'entrée et à la sortie. Il fallait donc deux signatures pour avoir droit au jeton. Aujourd'hui il n'en faut qu'une. On signe en entrant, et l'on sait qu'il y a des académiciens très-affairés ou parfaitement indifférents à tout le reste, qui ne font qu'entrer et sortir ; la feuille de présence atteste qu'ils ont pris la peine de venir, et c'est assez. A ne considérer que l'assiduité aux séances hebdomadaires, il serait permis de partager les académiciens en deux classes : les membres ordinaires et les membres honoraires. Ces derniers ne viennent guère que les jours d'élection. Aussi rien n'est plus rare que de voir l'Académie au complet.

Obs. II. — J'ai observé le deuxième fait à Paris, au mois de décembre dernier. Dame veuve, mère de plusieurs enfants, ayant comme la précédente dépassé la ménopause de quelques années. Constitution moyenne, embonpoint modéré, facies coloré, mais légèrement grippé et anxieux.

De temps à autre, en moyenne une fois par semaine, elle est prise brusquement d'une tristesse et d'un abattement indicibles. Elle se sent détachée de tout; ses affections les plus chères lui deviennent indifférentes; les seules images qui l'occupent sont celles de la mort ou de l'aliénation qu'elle envisage avec une sorte de complaisance. (Cette dame est d'une piété aussi ardente qu'éclairée, et porte très-loin l'amour maternel.) En même temps douleur cardiaque et quelquefois palpitations; insomnie, frissons. Cet état dure sans interruption deux ou trois jours, et tout rentre dans l'ordre. Du reste santé bonne. Comme cause, perte d'un enfant.

A l'examen, névralgie intercostale gauche, rien au cœur.

Prescription : vésicatoire sur le foyer postérieur de la névralgie et solution de bromure de potassium.

Même résultat que chez la précédente, c'est-à-dire disparition presque immédiate des troubles existant et efficacité du médicament contre leur retour.

Je dois ajouter que cette malade avait été traitée, pendant plus d'un an, par deux praticiens très-distingués de Paris, qui avaient fini par lui conseiller de s'abstenir de médicaments et de rechercher les distractions.

Obs. III. — Un homme de 40 ans, robuste, dont l'extérieur annonce l'énergie et l'activité, me raconte qu'après une vie des plus occupées, il éprouve depuis six mois les symptômes suivants :

Parfois dans le jour mélancolie, inquiétude non motivée sur ses enfants absents; anxiété précordiale, palpitations; insomnie habituelle. Depuis six mois il ne dort jamais plus de deux heures quelque fatigue qu'il ait pu se donner. Le reste de la nuit est occupé par les pensées les plus pénibles et les moins fondées.

Névralgie intercostale gauche. Appétit, digestion, forces en bon état. Rien de particulier du côté des fonctions génitales.

Différents moyens ont déjà été essayés : l'opium augmenta les troubles de l'innervation; la digitale fut utile contre les palpitations, mais laissa subsister les autres désordres.

Prescription : bromure de potassium, qui dès la première nuit double la durée du sommeil; la journée suivante le malade ne fut pas assiégé de ses idées tristes. A mesure que la dose s'éleva, l'état normal revint. Le malade m'écrivit un mois après que, bien qu'il fût retourné dans le milieu où avait débuté la maladie, sa santé continuait à être parfaite.

Obs. IV. — Le quatrième fait est un peu différent : homme de 33 ans, très-robuste et énergique. Depuis environ cinq ans, il est sujet à des troubles variés; bien que son appétit ait toujours été bon, il éprouve, après chaque repas, de la pesanteur à l'estomac, des bouffées de chaleur à la face. Les digestions pénibles se prolongent le plus souvent dans la nuit, et occasionnent un mouvement fébrile avec frisson.

Palpitations fréquentes; souvent sensation d'une explosion dans la tête; alors la conversation ou la suite des idées sont interrompues, mais il n'y a pas perte de connaissance. Alternatives fréquentes de pâleur et de coloration de la face, à tel point que les personnes présentes en conçoivent de l'inquiétude. Mouches volantes. Souvent incertitude de la marche analogue à celle qu'on éprouve sur le pont d'un navire.

En même temps préoccupation très-grande de sa santé, affaiblissement de la volonté.

La première fois que je vis ce malade (à la fin de 1862), je crus au vertige dyspeptique et je conseillai le traitement indiqué dans ce cas par M. Trousseau. Résultat nul. M. Trousseau, consulté, émet le même avis et prescrit le même traitement (amers, alcalins). Comme il existait des signes d'anémie, un autre médecin conseilla les ferrugineux. L'anémie disparut, mais les troubles mentionnés persistèrent intégralement. Des exercices gymnastiques continuels, une saison passée à Vichy, une autre dans un établissement hydrothérapique, n'eurent pas plus de succès.

Je perdis de vue ce malade pendant près de deux ans et ne le revis qu'au printemps dernier. Son état ne s'était pas amélioré. De plus il avait acquis un embonpoint exagéré. J'eus la pensée de l'interroger dans l'hypothèse d'une spermatorrhée. Il me répondit qu'en effet il avait des pollutions nocturnes assez fréquentes, même sans rêve voluptueux, et que la défécation était toujours accompagnée de l'issue par l'urètre de quelques gouttes d'un liquide trouble et filant. Je conseillai la cautérisation de l'urètre. M. Desormeaux, consulté, constata, à l'aide de l'endoscope, dont il est l'auteur, et me fit constater la présence d'ulcérations granuleuses dans la portion membraneuse de l'urètre. Le malade se rappela alors que le début des accidents a coïncidé avec la fin d'une blennorrhagie non traitée. M. Desormeaux, qui avait déjà vu des phénomènes quasi-hystériques ou hypocondriaques être dus à la seule présence de semblables lésions et disparaître après un traitement purement local, conseilla des cautérisations. Le malade en subit trois; mais un accès de fièvre urétrale vint interrompre le traitement. Sur ces entrefaites il dut quitter Paris, et la suite de la cure fut renvoyée à l'automne. En attendant et à titre de palliatif des troubles nerveux, je prescrivis le bromure de potassium, des applications de ventouses sèches et quelques précautions hygiéniques.

Aujourd'hui voici trois mois que ce régime est suivi (à l'exception des ventouses qui n'ont été appliquées qu'un petit nombre de fois). Le malade, que j'ai eu occasion de revoir, a perdu son embonpoint de mauvais aloi en conservant son volume musculaire normal. Tous ses malaises ont disparu dès les premiers jours de l'emploi du bromure. Les ventouses ont paru utiles. Néanmoins il y a encore issue de liquide séminal pendant la défécation.

Il est bon d'ajouter que ce malade, qui est resté continent pendant ces trois derniers mois, a eu deux ou trois rêves voluptueux accompagnés d'émission spermatique, fait en contradiction avec les propriétés anaphrodisiaques du bromure de potassum.

On peut maintenant demander ce qu'arrivera si l'on suspend l'administration du médicament. Celui-ci n'a-t-il pour effet que d'empêcher les actions réflexes éveillées par la lésion, sans agir pour cela sur la lésion elle-même? C'est ce que semble indiquer dans ce cas la persistance de la spermatorrhée. Cependant si l'on considère que l'une des actions physiologiques du bromure est d'anesthésier l'urètre et que cette anesthésie est due en partie à une diminution de vascularité de l'organe, on peut supposer que cette modification de la vitalité pourrait à la longue produire l'affaissement et la disparition des granulations.

En tout cas, si mon malade doit subir de nouveau la cautérisation, je suis très-porté à utiliser cette propriété du bromure d'empêcher la manifestation des actions réflexes émanées de l'urètre, contre l'é-

---

A l'Académie royale de chirurgie, on trouvait le moyen de toucher le jeton et d'éluder le règlement. Entre les deux signatures, on allait à ses affaires, et les oisifs, qui s'intéressaient médiocrement aux lectures, aux rapports, aux discussions, les académiciens de nom, en un mot, qui ne se présentaient qu'afin de toucher le jeton, allaient se chauffer et babiller dans une pièce attenante à la salle des séances. Ils étaient souvent en nombre et faisaient tant de bruit que les travaux académiques en étaient troublés. Lamartinière, qui ne plaisantait point, y mit bon ordre. Il supprima le feu qui attirait les oisifs dans ce parloir, et finit par défendre l'entrée de cette pièce, où l'on se réunissait pour causer, comme de nos jours dans la bibliothèque.

Nous ne pouvons qu'indiquer en passant les points de ressemblance qu'il est facile de saisir entre l'ancienne Académie royale de chirurgie et notre Académie de médecine. Le parallèle sera plus complet lorsque nous aborderons l'histoire comparée des mœurs académiques. Nous montrerons en quoi les académiciens du temps passé se distinguaient de ceux du temps présent, et peut-être prouverons-nous que les institutions se transforment plus sensiblement que les hommes. Ceux-ci se retrouvent toujours avec leurs passions. Ce sont les circonstances qui changent, et c'est le changement du milieu qui nous les montre différents en apparence, quand nous passons d'un siècle à un autre.

Pour le moment nous traitons des institutions. On verra par une comparaison attentive entre l'Académie royale de chirurgie et l'Académie actuelle de médecine, que l'organisation de la première différait notablement de celle de la seconde. Et il ne s'agit ici que de l'organisation intérieure, c'est-à-dire de l'ordre, de l'importance et du caractère des travaux académiques. Mais avant d'entrer dans cette étude comparative, il convient de produire d'autres fragments de la correspondance de Louis, qui serviront de texte à nos réflexions. Prenons dans le premier cahier de cette correspondance deux lettres qui méritent quelque attention, l'une à cause de sa valeur pratique et l'autre par son caractère plus académique.

« A M. Bocquet, maître en chirurgie, à Aumale, en Normandie.

« Au rapport de M. Souque.

« J'ay l'honneur, Monsieur, de vous rendre compte des trois observations que vous avés communiquées à l'Académie royale de chirurgie. Il s'agit dans la première d'une playe circulaire (un mot illisible, *assez* ou *très*) étendue faitte aux téguments du crâne par une chute sur l'ouverture d'un pot de terre. Vous avés bien saisi l'indication de la réunion, mais il n'est pas possible d'approuver les 7 points de suture que vous avés faits pour contenir sur le crâne les parties qui en avaient été détachées. De petites bandes d'emplâtre suffisent pour remplir cette intention. Le premier volume des Mémoires de l'Académie de chirurgie contient à l'article du trépan dans les cas douteux, des observations de M. Malaval qui peuvent servir de guide dans le traitement de semblables playes. On abuse certainement de la suture dans la réunion des

ventualité de la fiévre urétrale. On verra du reste que le bromnre a la plus grande analogie d'action avec le sulfate de quinine.

Obs. V. — En 1860, j'avais donné des soins à nne femme de 44 ans, bien réglée, mère de plusieurs enfants, constitution moyenne, bonne santé antérienre. Depuis cinq ou six mois elle éprouvait des troubles divers : névralgie intercostale ganche, palpitations, céphalalgie, insomnie, dyspepsie, tendance à la tristesse, plenrs sans motif, etc.; facies grippé ; pas de causes appréciables.

Les lotions et affusions générales froides, et des pointes de feu à la région dorsale, produisirent une amélioration momentanée; tous les antres moyens, antispasmodiques, toniques, etc., furent sans effet.

Vers la fin de 1861, je perdis de vue cette dame. Elle est venne me consulter de nouveau il y a environ six semaines; sa situation a empiré : les règles ont disparu depuis dix-huit mois. Elle est toujours dans un état émotif plus ou moins prononcé, sursautant au moindre bruit; redoutant de sortir dans la rue, où elle voit tous les objets colorés en jaune; tristesse babituelle; enfin à des intervalles variables, mais ne dépassant jamais un mois, véritables attaques avec des cris violents, pleurs, oppression, constriction gutturale et épigastrique, sensation de resserrement dans la partie gauche de l'hypogastre. La moindre fatigue d'esprit, une lettre, un compte, déterminent infailliblement de semblables attaques.

Il serait trop long d'entrer dans le détail des sensations de toute nature accusées par la malade; on sait l'immense variété qu'elles peuvent présenter en pareil cas. Je mentionnerai seulement la névralgie orbitaire, des douleurs dans les articulations des mains. surtout à droite, dans l'épaissenr de l'avant-bras qui est, parait-il, quelquefois le siége d'nn gonflement; sensations alternatives de congestion et de pâleur de la face; pour les membres inférieurs, alternatives de chalenr insupportables et de froid accompagné de frisson, etc.; craquements articulaires.

A la palpation, divers foyers de névralgie intercostale, trifaciale. Percussion des apophyses épinenses, désagréable; douleur à la pression sur tont le trajet du nerf radial et nne partie du cubital; idem snr le pisiforme, les saillies osseuses du coude, etc.

Anorexie, constipation, insomnie.

Il y a environ dix-buit mois, j'avais envoyé de Londres, au médecin de cette dame, le conseil de lui donner le bromure de potassium. Cela fut fait, mais le seul résultat obtenu fut le retour complet de l'appétit et, dans une certaine mesnre, du sommeil. Ayant appris qu'à cette époque la dose avait été insuffisante, je conseillai de revenir au même médicament.

Voici maintenant près d'un mois que la malade en prend. L'appétit et le sommeil sont parfaits, il y a plns de calme, elle se sent plus maîtresse d'elle-même. Il n'y a pas eu d'attaque. Les diverses sensations douloureuses persistent, mais très-atténuées. Le traitement devra être continué avec adjonction de révulsifs, etc.

On ne fera pas, je pense, difficulté d'admettre que les faits que je viens de citer se rapportent à l'état nerveux. Lorsqu'on pronouce le nom de cette maladie, une question se présente naturellement à l'esprit : quel rapport nosologique existe-t-il entre l'état nerveux d'une part et de l'autre l'bystérie et l'hypochondrie? Quelques auteurs considérent ces trois états comme distincts ; d'autres, parmi lesquels nous citerons M. Beau (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 750), regardent l'état nerveux comme un premier degré, tantôt de l'bystérie, tantôt de l'bypocondrie. J'adopte pleinement cette maniére de voir, que les faits confirment. Par exemple, la malade de l'observation V est actuellement bystérique; mais an début on ne pouvait lui trouver autre chose que du nervosisme. Qui vondrait indiquer, dans cette série non interrompue de troubles morbides, le moment précis où le nervosisme a disparu pour céder la place à l'bystérie?

Puisque je viens de citer M. Bean, je lui demanderai, aprés m'être appuyé de son antorité, à combattre une autre de ses opinions. Suivant lui, toute névrose reconnaît pour cause directe l'aglobulie, qui est elle-méme un effet de la dyspepsie. Point de névroses sans cet enchainement. Or sur les cinq malades mentionnés plus bant, qnatre n'avaient pas de souffle carotidien; deux n'avaient aucnn signe de dyspepsie; un seul était anémique, et nous avons vu les accidents névropatbiques subsister aprés la guérison de l'anémie. Ces faits et un certain nombre d'autres que j'ai pu observer prouvent directement contre la théorie de M. Beau. On lira avec intérét snr ce point les considérations présentées par M. Axenfeld dans son *Traité des névroses* inséré dans la *Pathologie* de Requin.

C'est là une question de pratique aussi bien que de doctrine. Si en effet on persiste à voir l'aglobulie dans l'étiologie de l'état nerveux, on sera amené le plus souvent à prescrire des ferrugineux. Or nous avons souvent vu le fer étre trés-nuisible en pareil cas. On en verra plus bas la raison.

Revenons à la nosologie du nervosisme; les divergences des auteurs sur sa délimitation tiennent, je crois, à l'incertitude qui règne sur les conditions immédiates de cet état morbide. Tant qu'on voudra ne s'appuyer que sur l'étude des symptômes si multiples, si changeants, toute classification ne pourra être que conventionnelle.

C'est aux causes qu'il faudrait remonter. Je ne parle point des causes éloignées, qu'on peut trouver dans les différentes conditions bygiéniques (*acta*, *circumfusa*. etc), mais bien de l'état local produit par ces causes, état qui est lui-méme la cause procbaine des symptômes observés.

Est-il possible de préciser cet état et de substituer enfin aux entités banales imaginées pour expliquer les pbénoménes symptomatiques, l'énoncé des conditions organiques d'où dérivent ces phénoménes? Je pense que la pbysiologie nous le permet dés maintenant.

La cause prochaine de l'état nerveux consiste dans un excès de vascularisation et par suite d'excitabilité réflexe d'une certaine partie des centres nerveux. Cet excès de vascularisation cbez uu méme sujet n'est pas toujours porté au méme degré, ce qui explique la noncontinuité des pbénomènes. L'bystérie et l'bypocondrie correspondent à un degré supérieur d'étendne de ce champ de vascularisation.

Cet état organique est tantôt primitif, c'est-à-dire un effet de l'évolution naturelle de l'organisme, tantôt symptomatique, par voie réflexe, d'actions développées soit dans les centres nerveux eux-mémes (lésions organiques, passions, etc.), soit dans un organe quelconque (viscère on autre).

Le malade de l'observation IV est un exemple de ce dernier mode. Maintenant que l'on connaît et les actions réflexes et les nerfs vasomoteurs, personne ne peut plus songer à attribuer les accidents de

---

playes, comme vous le verrés dans le 3e volume de l'Académie qui vient d'être mis au jour; mais il y a longtemps que cette opération est proscritte pour les playes des téguments du crâne, et votre observation ne ponrrait servir qu'à confirmer le danger de la pratiqne contraire. Les points de suture ont attiré le grand gonflement qui vous a obligé de les couper le 9e jour. Ils étaient aussi étrangers à l'art qu'à la nature.

« La seconde observation présente une cure dont l'histoire peut être conservée avec d'autres de même natnre. Vous pouvés voir, monsieur, dans le premier volnme des Mémoires de l'Académie que je vous ai déjà indiqué un grand nombre d'observations sur les playes de tête, et où il est manifeste que le danger vient plus de l'ébranlement et de la secousse que le cerveau sonffre, que des désordres des parties contenantes, désordres qui rendent la commotion du cerveau d'autant moindre qu'ils sont plus considérables. Qnelle raison aviés-vous de désespérer du hlessé qui n'avoit pas perdu connoissance, qui etoit revenu chez luy, à la distance de plus de 100 pas, et en qui l'accident avoit fait tout ce que l'art auroit prescrit dans une fracture du crâne avec les symptômes les plus menaçans; car, suivant votre récit, l'incision cruciale étoit très-exactement faitte; le tron du crâne imitoit assez bien celny que fait une courone de trépan. Il ne s'agissoit donc que d'ôter les esquilles et de panser la dure-mère et le cerveau suivant les règles de l'art, régles trop peu connuës avant les excellentes ohservations de fen M. de la Peyronie et que vous avés luës sans doute dans le même premier volume des Mémoires de l'Académie, à l'article des Playes du cerveau. Vous avés eu la satisfaction de faire une très-helle cure, et l'approbation de l'Académie seroit complette si elle pouvoit se représenter les motifs qui vous ont porté à retrancher les 4 angles de la playe. La facilité des pansemens n'est point une raison suffisante. L'art doit toujours tendre a la conservation des parties, et ne se déterminer a détruire que sur une nécessité indispensable.

« Dans la troisième ohservation sur une pierre d'un volume assés considérable engagée depuis longtemps dans le col de la vessie d'une femme, il semhle qu'nn débridement fait avec la pointe d'un bistoury à l'un et à l'autre côté de l'urètre, comme cela a été prescrit par de hons auteurs, auroit facilité l'extraction de cette pierre. L'opération a été laborieuse et a duré un demi-quart d'heure. L'épargne du temps auroit diminué votre peine et les douleurs de la malade. Le cas ne mérite pas moins d'être recneilli par rapport au parfait rétablissement du ressort du col de la vessie, au bout de 6 mois. C'est la circonstance qui est la plus digne de remarque dans ce fait.

« J'ai l'honneur d'être, etc. »

Cette lettre fut lue en séance, le 23 jnin 1757. La suivante, porte la date dn 14 juillet. Elle est adressée « à M. de Villiers, greffier de M. le premier chirurgien du Roy, au Mans. »

« Lorsque l'Académie royale de chirurgie, Monsieur, vons a accordé

la spermatorrhée à la perte de quelques gouttes d'un fluide moins riche après tout que la salive ou le sang.

Quelle est la région des centres nerveux dont les vaisseaux ont perdu de leur tonicité, et par quel mécanisme celle-ci a-t-elle diminuée? C'est ce que j'ai essayé d'établir dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences au mois de mai dernier, et ce qui dépasserait les bornes d'une simple note. Je reviendrai d'ailleurs sur cette opinion.

Je la rappelle ici parce que l'action thérapeutique du bromure de potassium vient s'ajouter aux autres preuves qui tendent à l'établir. On sait que le principal effet produit par ce bromure est la diminution de la vascularité de la moelle.

A ce titre, comme le fait remarquer M. Brown-Séquard, il diffère complétement de l'opium qui augmente l'afflux du sang dans cet organe. Il diffère pour la même raison du fer. Celui-ci se trouve donc contre-indiqué dans beaucoup de névroses, lors même qu'un état chloro-anémique semble en réclamer l'emploi.

Cette propriété principale du bromure de potassium fait naître l'idée d'une foule d'applications. Il serait intéressant, par exemple, de l'essayer dans la fièvre paludéenne, le tétanos, etc., etc., dans la manie.....

On aurait tort, d'après ce qui précède, de placer dans la matière médicale le bromure de potassium parmi les succédanés de l'opium. Sa place, au point de vue de l'action sur la moelle, serait près de la belladone, du sulfate de quinine, etc. Mais ce qui le rend précieux parmi tous les agents de la médication sédative (narcotiques, stupéfiants, antispasmodiques, etc.), c'est qu'à dose narcotique, il augmente l'appétit au lieu de le supprimer. Les praticiens savent que le trouble des fonctions digestives est toujours le grand écueil de la sédation.

Il reste à dire à quelle dose se prescrit le bromure : à 1 gramme 50 centigrammes par jour, en trois fois. Il faut autant que possible l'administrer dans l'état de vacuité de l'estomac. On peut porter graduellement la quantité de ce sel jusqu'à 5 grammes par jour, mais il est prudent de ne commencer que par les doses faibles, parce que certains malades éprouvent au début de la somnolence et de l'engourdissement des membres.

Le mode d'administration le plus commode est une solution au dixième (eau ou infusion amère). Dans ce cas la cueillerée à café représente 50 centigrammes; on la fait prendre dans un demi-verre d'eau.

Ce petit travail peut, je pense, se résumer dans ces quatre propositions :

1° En nosologie, les divers symptômes groupés sous le nom d'état nerveux ou névrosisme doivent être réunis à l'hystérie et à l'hypocondrie (telle que les comprenaient les anciens) : toutes ces affections reconnaissent une même cause prochaine.

2° Cette cause prochaine est l'*excès* de vascularité d'une portion des centres nerveux.

3° Le bromure de potassium, ayant pour effet de *diminuer* la vascularisation des centres nerveux, se trouve par conséquent le médicament le mieux approprié aux névroses susdites.

4° Sa propriété d'exciter les fonctions digestives le fait distinguer de la plupart des autres médicaments, en ce qu'il est à la fois sédatif et tonique reconstituant.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

MÉMOIRE SUR LA PERFORATION DE LA MEMBRANE DU TYMPAN; par M. le docteur PHILIPEAUX.

Dans ce travail, M. Philipeaux cherche à prouver, en se fondant sur son observation personnelle et sur des faits empruntés à différents auteurs français et étrangers, que la perforation du tympan doit être pratiquée pour remédier aux surdités produites : 1° par l'épaississement de cette membrane; 2° par l'inflammation et l'obstructio de la partie la plus profonde de la trompe d'Eustache, lorsque les autres traitements ont échoué; 3° par l'imperforation ou l'absence de ce conduit; 4° par un épanchement de sang, de pus ou d'eau dans la caisse du tympan; 5° par l'accumulation de matières muqueuses et crayeuses dans cette cavité.

Relativement au procédé opératoire, l'auteur donne la préférence à l'incision sur la cautérisation. Il insiste sur le grave inconvénient de l'occlusion de l'ouverture pratiquée au tympan, accident fréquent qui compromet souvent le succès de l'opération.

Pour empêcher cette fâcheuse oblitération consécutive, M. Philipeau recommande d'introduire tous les six, huit, dix, quinze jours, pendant un temps plus ou moins long, dans l'ouverture de la membrane, une bougie en gomme élastique plus ou moins volumineuse. Le malade peut du reste faire lui-même cette opération s'il est intelligent.

A PROPOS DE L'APHÉMIE; par M. CHAUVEAU, professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

Pour la plupart des médecins, un organe cérébral étant malade, si l'abolition d'une fonction cérébrale coïncide avec la lésion organique, la conclusion physiologique qui découle naturellement de cette coïncidence clinique, c'est que dans l'état de santé, la région cérébrale malade préside directement aux actes qui ont cessé de s'accomplir; en d'autres termes, c'est que la fonction abolie a son siége dans l'organe altéré.

Ainsi, en ce qui regarde particulièrement la faculté du langage articulé, la perte de cette faculté, par la lésion de la troisième circonvolution frontale gauche, indiquerait que cet organe préside à cette importante fonction, qu'il tiendrait directement sous sa dépendance.

Ou raisonne ici comme lorsqu'on observe une paralysie à la suite de l'interruption de la continuité d'un nerf. Dans ce cas, la paralysie tient indubitablement au défaut de conduction causé par la section

---

des lettres de correspondance, vous avés contracté avec elle l'engagement honorable de luy faire part de vos découvertes et de vos observations. Par une conduite contraire à cet engagement vous avés communiqué au recueil périodique d'observations de médecine la relation succinte de l'ouverture du corps d'un homme mort de rétention d'urine en qui vous avés trouvé quatre uretères.

« L'Académie ne peut empêcher aucun de ses membres de donner ses observations particulières aux journaux, mais elle désireroit qu'on s'abstînt dans ce cas de prendre la qualité par laquelle on luy appartient. Elle auroit même le droit de l'exiger, aux termes de l'article 48 du Règlement donné par le Roy en 1751, et qui est imprimé dans l'histoire, à la tête du second volume de nos Mémoires. Cet article est ainsi conçu : « *Aucun Académicien ne pourra prendre cette qualité dans les ouvrages qui n'auront pas été approuvés par l'Académie. Ceux qui contreviendront au présent article seront exclus de plein droit de l'Académie.* Jugés, Monsieur, si l'ordonnance est si sévère contre les propres membres de l'Académie, sans considérer le mérite de l'ouvrage, de ce qu'elle pourroit contre ceux qui ne luy sont pas attachés par des liens aussi étroits. On souhaiteroit cette soustraction de qualité, à titre de bienséance, lorsqu'on publie des choses qui ne sont pas d'une grande valeur. Votre observation est un fait anatomique très-simple. Vous avés vu quatre uretères, parce qu'ils s'y sont trouvés. Cela ne suppose ni capacité, ni vues, ni esprit de recherches; et cela ne vous a donné lieu de tirer aucune conséquence utile. La réflexion par laquelle vous terminés l'exposé de ce fait, toute courte qu'elle est, a paru manquer de justesse. Ce qui devoit sauver le malade, concourut, dites-vous, à sa mort. Mais ce qui devoit sauver le malade, c'étoient les quatre uretères qui présentoient plus de débouchés à l'urine qu'on n'en a ordinairement; et ce ne sont pas ces quatre uretères qui ont concouru à la mort; ce sont les pierres qui bouchoient ces canaux, en sorte que le malade seroit mort bien plutôt s'il n'avoit eu que deux uretères.

« Voilà, Monsieur, ce que l'Académie me charge de vous mander. Je serois bien plus satisfait d'avoir quelque chose d'agréable à vous dire de sa part. Je vous prie de croire qu'en mon particulier je suis avec beaucoup d'estime et de considération, Monsieur, votre très-humble. »

Nous recommandons ce modèle de verte critique aux méditations des petits chroniqueurs qui se fâchent lorsqu'on les chatouille à peine, et qui répondent par des avertissements solennels, ou par des lettre remplies de fiel, malgré leur apparente douceur. Quand on a les reins solides, on se moque des éreintements, et quand on veut faire loyalement de la critique, on ne prend pas un masque et un nom d'emprunt. Tel pseudonyme qui représente un trio n'en est pas pour cela moins insignifiant.

J. M. GUARDIA.

du nerf, qui est ainsi nécessairement l'organe de la fonction conductrice chargée d'établir les rapports existant entre les centres nerveux et les organes périphériques.

Mais les choses ne sont pas aussi simples quand il s'agit des fonctions cérébrales perdues par la lésion des organes encéphaliques. Comme exemple, M. Chauveau cite l'hémiplégie suite d'hémorrhagie dans un hémisphère cérébral.

En voyant l'apoplexie de l'hémisphère droit, par exemple, déterminer la résolution des muscles de la moitié gauche du corps, on dit que c'est parce que, dans l'état physiologique, l'hémisphère droit préside aux mouvements du côté gauche du corps, ou bien, pour exprimer les choses d'une manière plus générale, on dit que les hémisphères sont les organes du mouvement, et qu'ils agissent sur les muscles par action croisée. A l'appui de cette manière de voir, on trouve des preuves anatomiques considérables; on montre les nerfs moteurs remontant par les prétendus cordons moteurs de la moelle épinière jusqu'à l'encéphale, et se croisant avant de pénétrer dans le cerveau proprement. Cette physiologie de l'hémiplégie, si solidement établie dans l'enseignement de toutes les écoles, est pourtant absolument fausse, et en voici la preuve :

Si l'hémisphère cérébral est l'organe primordial des mouvements des muscles soumis à l'empire de la volonté, s'il exerce, par action croisée, son influence sur les muscles, l'excision d'un hémisphère chez un animal devra déterminer une hémiplégie du côté opposé du corps, et l'excision des deux hémisphères la résolution complète de tous les muscles.

Or il est démontré depuis longtemps qu'il n'en est rien. L'excision des deux lobes cérébraux a été pratiquée un nombre prodigieux de fois par les physiologistes sur de jeunes animaux appartenant aux quatre classes de vertébrés, et jamais on n'a vu, même chez les mammifères, comme le rat, le cochon d'Inde, le lapin, le chien, survenir le moindre trouble de la musculature. A plus forte raison, l'innocuité a-t-elle été complète, lorsqu'on s'est borné à enlever un *seul* hémisphère.

Est-il possible de démontrer plus nettement que les hémisphères cérébraux ne sont pas les organes directs du mouvement des muscles de la vie animale, et que l'hémiplégie, suite d'hémorrhagie cérébrale, ne résulte point de la suppression de l'action physiologique de l'hémisphère lésé?

On objecte habituellement à ce fait expérimental que son résultat négatif s'explique probablement par la simplicité de l'organisation du cerveau des animaux, et que ce résultat ne saurait rien prouver pour l'homme, dont l'encéphale est beaucoup plus parfait, par conséquent beaucoup plus délicat, plus facile à troubler dans son fonctionnement par le dérangement de l'un de ses rouages.

Mais cette différence dans l'influence physiologique des organes cérébraux n'existe pas entre l'homme et les animaux, au moins au point de vue particulier dont il s'agit. Les organes *identiques*, chez l'un et chez l'autre, provoquent les mêmes phénomènes physiologiques; les lésions *identiques* de ces organes identiques déterminent les mêmes troubles fonctionnels. Si l'excision des hémisphères pouvait être pratiquée chez l'homme, et pratiquée dans les mêmes conditions favorables que chez les animaux, elle n'aurait pas les mêmes résultats que l'hémorrhagie cérébrale spontanée; il existe même assez de faits dans la science qui permettent d'avancer que cette opération ne déterminerait, pas plus que dans les animaux, la résolution musculaire complète ou incomplète. En effet, l'histoire des monstruosités prouve que la musculation n'est nullement abolie chez les enfants qui naissent pseudencéphales ou anencéphales. De plus, on possède un nombre notable d'observations de plaies du cerveau chez l'adulte, avec perte considérable de substances sans trouble de la motilité.

La conclusion de ce qui précède, c'est que le mécanisme de l'hémiplégie ou de la paralysie complète, suites d'hémorrhagie cérébrale, n'est pas aussi bien connu qu'on le pense; c'est qu'on ignore la nature de l'influence exercée sur la musculation par les hémisphères cérébraux; c'est qu'il est inexact de considérer cette fonction comme une dépendance des actes physiologiques accomplis directement par le cerveau proprement dit.

L'application de ces données à la question de l'aphémie est simple. L'aphémie ne prouve pas plus que la troisième circonvolution frontale gauche est le siége de la faculté du langage articulé, que la paralysie suite d'hémorrhagie ne prouve que les hémisphères sont le siége de l'activité des muscles soumis à l'empire de la volonté. Une lésion de cette circonvolution fait perdre le langage articulé; mais une destruction complète n'aurait peut-être pas le même résultat. Il faudrait encore savoir si la nature de la lésion n'exerce pas d'influence sur la manifestation des troubles fonctionnels, etc.

II. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros de janvier et février 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la lésion des facultés qui président au langage articulé, au langage écrit et au langage mimique*, par M. Perroud. 2° *Observation d'ovariotomie*, par M. Desgranges. 3° *Observation de thoracentèse*, par M. Boucaud. 4° *De la grossesse considérée comme contre-indication des grandes opérations*, par M. Valette. 5° *Observation pour servir à l'histoire des polypes du vagin*, par M. Bouchacourt.

III. BULLETIN MÉDICAL DU NORD.

Les numéros de juillet 1863 à juin 1864 contiennent les principaux travaux originaux suivants : 1° *Abcès profond du cou ouvert spontanément dans la trachée-artère et artificiellement par la peau; phénomènes asphyxiques très-graves survenant consécutivement au développement de végétations à la partie supérieure de la trachée et nécessitant la trachéotomie*, par M. Binant. 2° *Note sur une lésion organique des centres nerveux, particulière à la paralysie générale*, par M. Joire. 3° *Epidémie de rougeole à Lille*, par M. Pilat. 4° *De l'urémie dans le cancer de l'utérus*, par M. Wannebroucq. 5° *De l'iridectomie considérée comme moyen thérapeutique de certaines maladies oculaires*, par M. Rheindorf. 6° *Observation de hernie crurale étranglée, opérée sans succès*, par M. Morisson. 7° *Grossesse simulée par une rétention d'urine*, par M. Binaut. 8° *Cancer cutané de forme particulière*, par M. Parise. 9° *Farcin chronique développé chez l'homme sans causes connues*, par M. Petit. 10° *De l'emploi thérapeutique de l'arsenic*, par M. Millet. 11° *Note sur l'entérite pseudo-membraneuse*, par M. Wannebroucq. 12° *Mort subite à la suite d'une rupture du cœur*, par M. Houzé de l'Aulnoit. 13° *Observation d'hémorrhagie cérébelleuse*, par M. Fauvelle. 14° *Lipome volumineux*, etc., par M. Castiaux. 15° *Anévrisme traumatique de l'artère radiale, guéri en vingt-neuf heures par la compression indirecte*, par M. Surmay. 16° *Sur la contagion de l'érysipèle*, par M. Blin. 17° *Pneumothorax par perforation spontanée de la plèvre, sans épanchement liquide*, par M. Wannebroucq. 18° *Tumeur blanche tuberculeuse du poignet*, par M. Castiaux. 19° *Rétrécissement extrême du bassin; céphalotripsie*, par M. Féron. 20° *Névrose pneumo-cardiaque*, par M. Guipon. 21° *Iritis syphilitique avec synéchie postérieure, rebelle aux traitements ordinaires et guérie par l'emploi de la fève du Calabar unie à l'atropine*, par M. Petit. 22° *Note sur le cancer du cerveau*, par M. Geoffroy. 23° *Considérations sur les escarres gangréneuses de la région sacrée et sur leurs complications*, par le même. 24° *Ataxie locomotrice progressive, intermittente et accidentelle, datant de deux ans; guérison en deux mois par l'azotate d'argent*, par M. Ladureau.

NOTE SUR UNE LÉSION ORGANIQUE DES CENTRES NERVEUX, PARTICULIÈRE A LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par M. JOIRE.

M. Joire a signalé, il y a trois ans, comme existant invariablement dans la paralysie générale chez les aliénés, une lésion ayant pour siége la surface antérieure et inférieure du quatrième ventricule, et consistant dans le développement d'un nombre considérable de petites saillies mamelonnées ou granulations, tout à fait analogues aux élevures de la peau manifestées sous l'influence du froid et désignées sous le nom de chair de poule.

Cette lésion apparaît à divers degrés de développement en rapport avec la date plus ou moins ancienne du début de l'affection.

Chez les sujets qui succombent à une époque peu éloignée, les granulations sont nombreuses, très-petites, et leur aspect donne l'idée de grains de sable disséminés.

Dans les cas de paralysie ancienne, les saillies sont volumineuses, blanchâtres ou transparentes, d'une consistance assez ferme pour fournir au toucher la sensation de rugosités; c'est particulièrement à la partie inférieure du plancher du quatrième ventricule, au niveau du V de la substance grise formé par l'écartement des corps restiformes, qu'elles présentent un développement plus prononcé.

Cette lésion coïncide le plus souvent avec une hydropisie plus ou moins considérable des ventricules et des méninges. Elle est accompagnée parfois d'un ramollissement de la couche superficielle de substance cérébrale, qui en est le siége. Cette couche apparaît alors comme gélatineuse, demi-transparente, et s'enlève facilement par un léger frottement avec le dos du scalpel.

Dans la note que M. Joire a communiquée à l'Académie de médecine en 1861, il signalait l'absence d'altérations analogues sur les parois des ventricules latéraux. Ses recherches subséquentes lui ont permis de constater l'existence, dans cinq ou six cas seulement, d'une lésion identique à la surface des parties qui forment le plancher des ventricules latéraux. Les granulations sont d'ordinaire ici très-petites et fort multipliées.

De l'urémie dans le cancer de l'utérus; par le docteur Wannebroucq.

Les auteurs classiques ne parlent pas des accidents urémiques qui surviennent parfois comme conséquence éloignée du cancer utérin. Ces accidents sont pourtant loin d'être rares. Aran les a signalés dans ses leçons cliniques professées à l'Hôtel-Dieu en 1860. M. Wannebroucq en rapporte trois exemples qui montrent bien combien il est utile, au point de vue du pronostic, de connaître la possibilité de l'apparition de l'urémie, même dans des phases peu avancées du carcinome utérin.

Dans la première observation, il s'agit d'une malade atteinte de cancer utérin peu avancé, pouvant permettre encore de longs jours si quelque complication ne vient hâter la marche naturelle de la maladie. Dans un état de santé relativement bon et encore très-supportable, alors qu'aucune fonction importante n'avait encore été troublée, apparaissent de la céphalalgie et des vomissements qui semblent indépendants de toute altération du tube digestif; ce sont déjà des symptômes d'urémie, avant-coureurs d'accidents beaucoup plus graves et qui ne tardent pas à apparaître sous forme de délire, d'ataxo-adynamie, de coma. La malade meurt longtemps avant d'être arrivée à cet état de marasme progressif qui anéantit peu à peu tout l'organisme.

Cette précocité dans les accidents est encore très-marquée dans la deuxième observation. Le cancer de l'utérus ne remonte pas à beaucoup plus de six mois, n'ayant encore déterminé l'apparition d'aucun signe de cachexie, et se terminant brusquement, presque d'une manière foudroyante, par des accidents d'urémie.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme vigoureuse encore, peu amaigrie, chez laquelle la maladie cancéreuse n'a encore produit que des accidents locaux, dont l'état général laisse encore de longues ressources, et qui meurt rapidement d'un empoisonnement urémique accusé par des accidents tout à fait insolites : toux spasmodique, céphalalgie, insomnie, puis vomissements incoercibles.

S'il est important de connaître la possibilité d'accidents urémiques survenant dans le cancer utérin, il le serait bien davantage encore de les prévoir; mais dans la majorité des cas il est peu probable que l'on puisse porter ce pronostic. Cependant on pourra peut-être quelquefois être mis sur ses gardes par une observation attentive. C'est, dit M. Wannebroucq, la miction et la sécrétion urinaire que l'on consultera, dans ce but, très-attentivement; quand les urines rendues deviennent rares, tout en conservant leurs caractères normaux ou même en état plus claires, plus aqueuses qu'à l'état ordinaire, quand en même temps la palpation et la percussion apprennent que ce n'est pas dans la vessie qu'elles sont retenues; si dans ce cas il est possible de sentir, à la place des reins, quelque tumeur plus considérable que ces organes à l'état normal; si, en même temps que l'on observe ces signes objectifs, la malade est en proie à quelque malaise général; si dans son intelligence ou dans son caractère il se fait quelque changement notable; si des vomissements se montrent sans qu'on puisse en accuser l'état organique des voies digestives, il y a lieu de croire à l'oblitération d'un ou des deux uretères, et dès ce moment il faut se tenir averti qu'à un moment indéterminé, prochain peut-être, éclateront des phénomènes nerveux qui mettront en péril la vie de la malade.

Note sur l'entérite pseudo-membraneuse; par le docteur Wannebroucq.

M. Wannebroucq a observé l'entérite pseudo-membraneuse un nombre relativement considérable de fois. D'après ses observations, la maladie débute le plus souvent par une fièvre assez vive avec frissons, céphalalgie, nausées ou vomissements, quelquefois des épistaxis. En même temps des douleurs se font sentir, localisées d'abord à un point de l'abdomen, généralement à la fosse iliaque droite, spontanées et augmentant par la pression; on sent une tuméfaction notable du gros intestin dans le point douloureux; la douleur, la tuméfaction s'étendent peu à peu sur le trajet du gros intestin; il y a du météorisme et une constipation difficile à vaincre.

Après quelques jours de durée de la maladie, sous l'influence des purgatifs ou des injections intestinales, expulsion de fausses membranes, d'abord courtes et minces, accompagnées de paquets glaireux, puis de plus en plus longues et épaisses, jusqu'à l'apogée du mal, qui s'observe en général vers la fin du troisième septénaire.

Ces pseudo-membranes se présentent sous forme de lanières à digitations plus ou moins nombreuses, ou de rubans analogues au ténia, ou de cordons étroits presque arrondis, ayant une vague similitude avec les ascarides lombricoïdes, ou encore sous forme de pellicules assez larges, à surface aréolaire.

Pendant quelques semaines ou seulement pendant quelques jours, les malades rendent des matières stercorales, marronnées, extrêmement consistantes, dures comme de la craie, disposées assez souvent en chapelet le long d'une fausse membrane, ou traversées par des produits pseudo-membraneux entre-croisés.

Les fausses membranes sont assez résistantes, blanchâtres, quelquefois colorées comme les matières stercorales, feutrées ou bien stratifiées. Elles varient entre quelques millimètres et plus d'un mètre de longueur, suivant l'étendue du gros intestin qui participe à la maladie. Quand le rectum est envahi, ce qui n'a eu lieu que dans la moitié des cas observés par M. Wannebroucq, il y a un ténesme rectal assez pénible et des douleurs vives au contact des liquides injectés. On ne voit ni sang ni pus dans les garde-robes, quelque degré d'intensité qu'ait le mal, et la constipation persiste pendant tout le cours de la maladie.

Après une période d'acuité de quelques septénaires, l'affection passe à l'état subaigu; elle reste stationnaire un temps variable de plusieurs semaines à plusieurs mois, et guérit alors par amélioration lente et progressive, ou passe à l'état chronique et dure indéfiniment.

La maladie a toujours duré plusieurs mois, malgré les divers traitements employés. Cependant, en dernier lieu, M. Wannebroucq a réussi à tarir complétement la production des pseudo-membranes chez deux malades qui en expulsaient presque chaque jour depuis plusieurs mois, par l'administration fréquente d'injections intestinales à l'eau de feuilles de noyer et par des frictions à l'huile de croton tiglium sur la surface de l'abdomen. En général, les malades ont été soulagés beaucoup, pendant la période d'acuité, par quelques purgatifs doux, des applications émollientes extérieures, quelquefois des sangsues, en petit nombre, sur les points les plus douloureux. La diète n'a jamais été gardée que pendant peu de jours, l'état général indiquant bientôt une légère alimentation, et l'immunité de l'estomac et de l'intestin grêle permettant aux digestions de s'achever.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

Comparaison du bras et de la main de l'homme avec l'avant-bras et la main des grands singes à sternum plat désignés a tort par les naturalistes sous le nom d'anthropomorphes; par M. P. Gratiolet (Extrait par l'auteur.)

(Commissaires : MM. Serres, Bernard.)

J'ai profité de l'occasion qui m'a été généreusement offerte par M. Aubry-Lecomte de disséquer un grand chimpanzé de l'Afrique équatoriale, différant par certains caractères du *troglodytes niger*. Ces différences sont une physionomie plus bestiale, des formes plus massives, une lèvre supérieure froncée au lieu d'être sillonnée régulièrement de haut en bas, une face toute noire, et par-dessus tout un talon bien prononcé à la partie postérieure de la dernière molaire d'en bas. Ce chimpanzé est donc très-certainement une espèce nouvelle; et, pour consacrer ma reconnaissance, je propose de la désigner sous le nom spécifique de *troglodytes Aubryi*.

Dans la note que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie, je ne traite pas de l'ensemble des remarques que j'ai pu faire sur l'anatomie de ce curieux animal; elles seront l'objet d'un grand travail que je rédige en ce moment avec M. le docteur Alix. Mais j'ai cru utile de résumer, parmi les observations que j'ai pu faire, celles qui sont relatives à l'anatomie de la main dans les singes dits anthropoïdes. Cette anatomie révèle des différences profondes et réellement typiques entre l'homme et les singes les plus élevés. Chez les singes, le pouce est fléchi par une division oblique du tendon commun du muscle fléchisseur commun des autres doigts. Il est donc entraîné dans les mou-

vements communs de flexion et n'a aucune liberté. Le même type est réalisé dans le gorille et dans le chimpanzé, mais ce petit tendon qui meut le pouce est réduit chez eux à un filet tendineux qui n'a plus aucune action, car son origine se perd dans les replis synoviaux des tendons fléchisseurs des autres doigts, et il n'aboutit à aucun faisceau musculaire; le pouce s'affaiblit donc d'une manière notable dans ces grands singes. Chez aucun d'eux il n'y a aucune trace de ce grand muscle indépendant qui meut le pouce dans l'homme. Et loin de se perfectionner, ce doigt si caractéristique de la main humaine semble chez les plus élevés de tous ces singes, les orangs, tendre à un anéantissement complet. Ces singes n'ont donc rien dans l'organisation de leur main qui indique un passage aux formes humaines, et j'insiste à ce sujet, dans mon mémoire, sur les différences profondes que révèle l'étude des mouvements dans des mains formées pour des accommodations d'ordre absolument distinct.

Une étude approfondie des muscles du bras et de l'épaule dans ces prétendus anthropomorphes confirme ces résultats. D'ailleurs c'est surtout dans le singe en apparence le plus semblable à l'homme, dans l'orang indien, que la main et le pied présentent les dégradations les plus frappantes. Ce paradoxe, ce défaut de parallélisme chez l'homme et chez les grands singes dans le développement d'organes corrélatifs tels que le cerveau et la main, montre avec une absolue évidence qu'il s'agit ici d'harmonies différentes et d'autres destinées; tout dans la forme du singe a pour raison spéciale quelque accommodation matérielle au monde; tout au contraire, dans la forme de l'homme, révèle une accommodation supérieure aux fins de l'intelligence. De ces harmonies et de ces fins nouvelles résulte dans ses formes l'expression d'une beauté sans analogue dans la nature, et l'on peut dire sans exagération que le type animal se transfigure en lui.

Les faits sur lesquels je viens d'insister me permettront du moins d'affirmer avec une conviction fondée sur une étude personnelle et attentive de tous les faits connus, que l'anatomie ne donne aucune base à cette idée si violemment défendue de nos jours, d'une étroite parenté entre l'homme et le singe. On invoquerait en vain quelques crânes anciens évidemment monstrueux trouvés par hasard, tels que celui de Neanderthal. On trouve encore çà et là des formes semblables; elles appartiennent à des idiots. L'une d'elles fut recueillie il y a quelques années par M. le docteur Binder. A la prière de M. Jean Macé, M. Binder voulut bien m'en faire don; je n'ai pas cru qu'un spécimen aussi précieux pût rester dans mes mains; il appartient aujourd'hui aux collections du muséum. Il comptera désormais parmi les éléments de cette grande discussion sur la nature de l'homme qui agite aujourd'hui les philosophes et trouble les consciences, mais d'où la divine majesté de l'homme sortira quelque jour, consacrée par le combat, et dès lors inviolable et triomphante.

NOTE SUR LES OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE QUI ONT ÉTÉ PRATIQUÉES PAR M. KOEBERLÉ

(Commissaires précédemment nommés : MM. Velpeau, Cloquet, Jobert.)

Les opérations pratiquées jusqu'ici dans un espace de deux ans sont au nombre de douze. Elles ont été suivies neuf fois de guérison et trois fois de mort, du troisième au huitième jour. L'une des opérées, qui avait été affectée de tumeurs cancéreuses des ovaires, a, six mois après leur extirpation et un rétablissement complet, succombé aux suites d'un cancer de la matrice. Les autres opérées jouissent d'une santé parfaite depuis qu'elles ont été soumises à l'ovariotomie, et l'une d'elles a accouché à terme d'un enfant ayant pesé 4,700 grammes.

Des douze malades opérées, cinq ont subi une ovariotomie double; chez trois autres on a en même temps pratiqué l'énucléation partielle de quelques vésicules de Graaf dans un état hypertrophique, dans l'ovaire opposé à celui qui a été enlevé; quatre opérées ont subi l'extirpation simple d'un seul ovaire : chez l'une d'elles, l'autre ovaire, qu'il a été impossible d'extirper, avait également subi un commencement de dégénérescence, mais il n'a pas augmenté de volume depuis l'opération, il y a dix-huit mois. L'une des opérées a guéri à la suite de l'extirpation des ovaires et de la matrice et jouit d'une santé florissante; avant l'opération elle était sujette à de fréquents accès d'hystérie qui ne se sont plus reproduits depuis.

La proportion des guérisons obtenues est de 75 pour 100. Ces résultats sont d'autant plus remarquables, lorsqu'on les met en opposition avec ceux de sept autres opérations d'ovariotomie également pratiquées à Strasbourg par divers chirurgiens, et qui toutes ont été suivies de mort.

DE L'ACTION RÉFLEXE DU NERF PNEUMO-GASTRIQUE SUR LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE; par M. OEHL.

Si dans un chien l'on excite avec le courant galvanique l'un des nerfs vagues, ou le bout central de ce nerf coupé, dans sa région cervicale, on produit toujours une augmentation de la sécrétion des deux glandes sous-maxillaires, augmentation qui est presque constamment plus forte dans la glande du côté galvanisé. Ce fait a déjà été passagèrement indiqué par M. Claude Bernard, sans qu'il ait pourtant déterminé la voie que parcourt l'excitation appliquée au vague.

M. Schiff, bien qu'il admette l'action directe du sympathique sur la glande, action qui consisterait, selon lui, dans le rétrécissement des vaisseaux sanguins, croit à la possibilité d'une réflexion sensitive de ce nerf sur le facial dans certaines maladies de l'estomac; mais il n'attribue pas l'excitation au vague, puisque, selon ses observations et celles de Rhan, la galvanisation de ce nerf n'excite point la sécrétion de la glande sous-maxillaire. M. Czermack a observé que l'excitation du sympathique produit une augmentation momentanée de la sécrétion de cette glande, et que cette sécrétion s'arrête bientôt lorsqu'on continue la galvanisation. M. Bernard a remarqué que la salive sous-maxillaire qui s'écoule par suite de l'excitation du sympathique est plus épaisse et plus trouble que celle qui suit l'excitation du nerf lingual; ce fait a été étudié dans ses détails par M. Eckhard.

J'ai toujours observé que la galvanisation prolongée du nerf vague intact, ou de son bout central après la section, détermine un écoulement de salive plus ou moins abondant des deux glandes sous-maxillaires, même dans les cas où cette excitation n'occasionnait ni l'arrêt de la respiration ni des vomissements, ses effets ordinaires. Si MM. Schiff et Rhan n'ont pas observé cette augmentation, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment prolongé l'excitation du vague, car l'augmentation ne se manifeste pas immédiatement, comme dans la galvanisation du lingual, mais au bout de quelque temps et généralement lorsque les nausées commencent déjà à se montrer.

Une seule fois, dans un animal très-faible, la galvanisation du vague resta sans effet, et dans ce cas, celle du bout périphérique du lingual uni avec la corde du tympan ne produisit elle-même que quelques gouttes d'une salive très-épaisse.

J'ai galvanisé le vague séparé du sympathique jusqu'à sa sortie du crâne, et j'ai obtenu la même augmentation, plus forte du côté excité.

La salive a ou prend après peu de temps les caractères physiques de celle qu'on obtient par la galvanisation du lingual.

L'augmentation que j'ai obtenue dans des cas rares en galvanisant le sympathique est beaucoup moins considérable, d'une durée beaucoup moindre, et produit une salive plus épaisse, moins transparente et moins filante; il faut du reste une irritation beaucoup plus forte pour produire cette augmentation passagère; dans l'immense majorité des cas l'excitation du sympathique a l'effet indiqué par MM. Czermack, Bernard et Eckhard, et cet effet se montre unilatéralement du côté irrité.

Après la section du lingual et du filet tympanique, la galvanisation du bout central du nerf vague ne produit plus aucune augmentation de sécrétion, du côté où la section a été pratiquée, tandis qu'elle se manifeste comme auparavant du côté où ces nerfs sont intacts.

Après la section du lingual des deux côtés, on n'obtient plus d'augmentation du tout, au moyen de l'excitation des vagues, même quand on la pousserait au point de causer de violents vomissements.

Si la section du lingual a été faite de manière à laisser le filet tympanique en communication avec le bout central de ce nerf, l'augmentation se continue après l'excitation du nerf vague.

Tous ces faits prouvent clairement que la salivation qui accompagne la nausée et qui précède le vomissement produits par l'excitation du nerf vague, est l'effet d'une action réflexe de ce nerf sur le filet tympanique du lingual, et que cette action se communique dans les centres nerveux aux nerfs correspondants du côté opposé.

Il est probable que la stimulation naturelle de la muqueuse gastro-intestinale exerce une action sur la glande sous-maxillaire par cette même voie, par exemple la salivation causée par l'helminthiase.

Si l'on injecte dans l'estomac, par une fistule, de l'eau, de l'infusion acétique de moutarde et de l'infusion alcoolique de poivre, on excite énergiquement la sécrétion des glandes sous-maxillaires, pourvu que les vagues soient intacts; s'ils sont coupés, cet effet manque.

L'action réflexe du vague ne s'étend pas à l'autre branche de la septième paire, qui, selon l'opinion admise, exerce son influence sur la glande parotide.

RÉPONSE A UNE COMMUNICATION DE MM. LEPLAT ET JAILLARD RELATIVE A L'ACTION DES BACTÉRIES SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE. Note de M. DAVAINE.

Dans une communication faite à l'Académie des sciences le 1er août 1864, MM. Leplat et Jaillard rapportent des expériences qu'ils ont faites principalement en vue de contrôler les résultats que j'ai obtenus par l'inoculation du sang de la maladie charbonneuse connue sous le nom de *sang de rate*. Mais ces observateurs, n'ayant pu se procurer du sang d'animaux atteints du charbon, ont pensé pouvoir juger aussi bien, ou même mieux, la question en inoculant des vibrioniens développés dans des substances végétales ou animales putréfiées.

Sans chercher à apprécier ici jusqu'à quel point il est rationnel de contrôler des expériences faites dans certaines conditions par des expériences faites dans des conditions différentes, je ferai remarquer simplement qu'il ne peut y avoir aucune similitude entre les faits rapportés par ces observateurs et ceux qui me sont propres; ils ont inoculé des infusoires pris dans des liqueurs putréfiées, j'ai inoculé, moi, des infusoires développés dans du sang qui n'avait subi aucune altération putride, sang pris immédiatement après la mort des animaux charbonneux, ou même pendant leur vie. Enfin, loin que la putréfaction soit la cause

de la mort des animaux que j'ai inoculés avec le sang de rate, la putréfaction, au contraire, empêche et anéantit la reproduction des infusoires du sang charbonneux.

De l'action du penicillium glaucum et de l'oïdium tuckeri sur l'économie animale; par MM. Leplat et Jaillard.

L'heureuse application aux études médicales des procédés de la physique et de la chimie, et l'usage de plus en plus répandu des recherches microscopiques, après avoir conduit les savants à d'importantes découvertes en anatomie et en physiologie normales, devaient aussi fournir à la médecine proprement dite des données intéressantes et un point d'appui satisfaisant pour l'interprétation des faits qui la concernent.

La détermination précise des espèces animales qui vivent et se multiplient sur les surfaces externes et internes, et jusque dans l'intimité des organes, a fixé à jamais l'étiologie et la thérapeutique de la gale, et expliqué les curieuses transformations des cestoïdes et les migrations des trichines à travers les tissus.

La connaissance des épiphytes, bien que plus récente, n'en a pas moins enrichi la science d'un grand nombre de faits positifs. Déjà nous avons appris à en distinguer un grand nombre de genres : ainsi, l'oïdium, l'achorion, le microsporon, le tricophyte, etc., que l'on rencontre souvent et qui caractérisent un groupe bien naturel d'affections. Leur étude laisse peu de chose à désirer ; elle a éclairé d'une vive lumière la pathogénie des maladies cutanées, réputées diathésiques; elle a rendu compte du mode de développement et de propagation de plusieurs dermatoses et affermi les règles de la prophylaxie et du traitement qui leur sont applicables.

Une plus grande incertitude règne sur les entophytes. Nous ignorons encore les rapports qui les lient aux maladies dont l'évolution est parallèle à la leur; à ce point de vue, l'histoire de ces parasites est bien moins complète que celle des microzoaires, et attend de nouvelles recherches.

Les travaux que MM. Wertheim et Collin viennent de soumettre au jugement du monde savant comblent-ils cette lacune?

Le 11 décembre 1863, M. Wertheim a fait à la Société impériale de Vienne une importante communication relativement à la nature et au mode de propagation du psoriasis. Après avoir étudié les modifications de la peau des malades atteints de cette dermatose, et interrogé inutilement la composition de leur sang dans le but d'y découvrir des germes animaux ou végétaux, il remarque que l'urine rendue par eux se recouvre d'une abondante végétation cryptogamique, et principalement de *penicillium glaucum*. A la vue de ce phénomène si curieux, qu'il ne rencontre pas dans l'urine de ses autres malades, il se demande si ce cryptogame n'est point la cause encore inconnue de cette affection, et si, introduit dans le sang, il n'en déterminera pas le développement. Pour résoudre cette question, il injecte dans la jugulaire de plusieurs chiens 8 ou 10 centimètres cubes d'eau distillée, tenant en suspension des débris de *penicillium glaucum*. Vingt-quatre heures après l'opération, il constate sur les jambes de ces animaux de petites tumeurs rouges phlegmasiques, dont les caractères objectifs rappellent ceux d'une éruption psoriasique; bien plus, il retrouve les éléments du champignon dans les parties malades, et constate l'obstruction des capillaires. Le médecin de Vienne en conclut que les spores du *penicillium glaucum* introduites dans le sang par une voie quelconque, naturelle ou artificielle, sont susceptibles de s'arrêter dans les vaisseaux de la périphérie, et d'y produire une maladie de la peau analogue ou identique au psoriasis.

Dans le même ordre d'idées, M. Colin a communiqué à l'Académie de médecine de Paris trois faits d'abord, puis quatre autres confirmatifs des premiers, dans lesquels il s'agit de personnes qui, en taillant leurs vignes couvertes d'*oïdium*, se sont blessées et ont été consécutivement atteintes d'accidents graves : éruption vésiculeuse, puis inflammation phlegmoneuse et gangréneuse, état général alarmant, enfin éruption d'*oïdium albicans* sur la muqueuse de la bouche. M. Colin est réservé dans ses conclusions, mais il est évident qu'il attribue à l'*oïdium tuckeri* toute la série des phénomènes que nous venons de relater.

Il nous a semblé que les communications de MM. Wertheim et Colin avaient un intérêt immense au point de vue de l'hygiène publique et de la pathogénie : il nous importait particulièrement de les soumettre au contrôle de l'expérience; nous y étions d'ailleurs autorisés par les recherches que nous poursuivons depuis longtemps sur l'action des ferments et au contact de la matière vivante.

Le *penicillium glaucum* se rencontre fréquemment, c'est lui qui constitue le plus habituellement la moisissure du pain; avec un petit pinceau, nous avons pu enlever les spores de ce champignon, nous les avons mélangés à une petite quantité d'eau distillée et nous les avons injectées dans le sang de plusieurs animaux, en nous plaçant dans des conditions identiques à celles de M. Wertheim.

Exp. I. 4 juillet. — Injection de spores de *penicillium glaucum* mélangées d'un peu d'eau dans la veine jugulaire d'un chien de moyenne taille et bien portant. Après l'opération l'animal rentre dans son chenil aussi alerte qu'il en était sorti un instant auparavant. Aucune éruption ne se manifeste sur lui pendant les jours suivants.

Exp. II. 13 juillet. — Même injection sur un autre chien, même résultat.

Exp. III. 13 juillet. — Même injection dans le saphène d'un carlin, même résultat.

Exp. IV. 23 juillet. — Autre injection sur un chien-mouton, même résultat.

C'est au même critérium de l'expérimentation directe que nous avons soumis les assertions de M. Colin, et c'est avec le plus grand soin que nous les avons contrôlées : car, ici, il s'agissait non plus de décider une question de principes, mais de rassurer les nombreux travailleurs journellement occupés à la culture de la vigne.

Des spores d'*oïdium tuckeri* récoltées au moyen d'un pinceau sur les différentes parties d'un cep malade ont été immergées dans un peu d'eau, insérées sous la peau ou introduites dans le torrent circulatoire. Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés :

Exp. I. 20 juillet. — Nous injectons dans la jugulaire d'un chien vigoureux 3 centimètres cubes d'un liquide contenant en suspension un nombre considérable de spores d'*oïdium*. L'animal ne manifeste aucune gêne après l'opération et aucun phénomène morbide pendant les jours suivants.

Exp. II. 22 juillet. — Même opération sur un boule-dogue, même résultat.

Exp. III. 24 juillet. — Même opération sur un petit chien-loup, même résultat.

Exp. IV et V. 25 juillet. — Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de deux autres chiens; pas d'accidents.

Exp. VI, VII et VIII. 26 juillet. — Injection dans le tissu cellulaire sous-cutané de trois lapins; même résultat.

Exp. IX. 2 août. — L'un de nous s'étant accidentellement blessé à la main, s'est empressé de déposer sur la plaie du *mycelium* et des spores d'*oïdium*. Il n'en a pas moins guéri très-rapidement, sans avoir éprouvé d'accidents généraux ni locaux.

Conclusions :

1° Les spores du *penicillium glaucum*, introduites dans le sang, ne sont pas susceptibles de déterminer une dermatose caractéristique et spéciale, ainsi que M. Wertheim semble l'affirmer; elles disparaissent rapidement du torrent circulatoire (nous n'avons pu en retrouver vingt-quatre heures après nos opérations); elles ne sauraient produire d'embolies capillaires, attendu que leur diamètre est à peine le tiers de celui des globules sanguins.

2° Les spores d'*oïdium tuckeri* ne sont point transmissibles aux animaux, elles ne sont ni virulentes ni toxiques; elles ne prodnisent point, lorsqu'on les injecte dans le sang ou qu'on les dépose sous la peau, les accidents formidables que M. Colin a rencontrés chez ses malades et que, pour être logique, il faut nécessairement rapporter à une autre cause.

— M. Collin adresse, de Saint-Honoré (Nièvre), une réclamation de priorité à l'occasion d'une communication de MM. Bouché de Vitray et Desmartis concernant la possibilité de transmission des végétaux à l'homme, d'une espèce d'*oïdium*. M. Collin dit avoir fait, dès les premiers jours de mai, une communication sur ce sujet à l'Académie de médecine qui l'a renvoyée à l'examen d'une commission. C'est évidemment devant l'Académie de médecine qu'il doit se pourvoir pour décider la question de priorité. Ce point sera peut-être difficile à établir, puisque c'est aussi des premiers jours de mai que date la note de MM. Bouché de Vitray et Desmartis. Elle a été présentée à l'Académie dans la séance du 9 mai et était partie de Bordeaux quelques jours plus tôt. Dans cette note, d'ailleurs, les auteurs se réfèrent à une publication faite par l'un d'eux dès l'année 1852.

La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 AOUT 1864. — PRESIDENCE DE M. BOUILLAUD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Lodève (Hérault), par M. le docteur Lapeyre; de Sisteron (Basses-Alpes), par M. le docteur Chabus; de Saint-Omer (Pas-de-Calais), par M. le docteur Delpauve; de Chambéry (Haute-Savoie), par M. le docteur Carret, et dans le département de l'Oise.

2° M. le ministre de l'instruction publique remercie l'Académie de l'empressement qu'elle a mis à faire le rapport qui lui était demandé sur la mission scientifique de M. le docteur Dumont au Mexique.

3° M. le ministre de la guerre adresse à la bibliothèque de l'Académie un exemplaire du tome XI de la troisième série du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Rascal (de Murat) (Tarn), accompagnant l'envoi d'une note sur l'origine et le traitement de la pustule maligne. (Renvoyé à M. Gosselin.)

2° Une observation de M. le docteur Pascal (de Callian) (Var), ayant trait à la destruction spontanée d'une vertèbre lombaire. (Commissaire, M. Beuvier.)

3° Une lettre de M. le docteur Lespiau, médecin attaché au corps expéditionnaire du Mexique, renfermant des documents relatifs aux affections typiques et particulièrement aux typhus des plateaux dans le Mexique. (Commissaire, M. Beau.)

4° Un mémoire de M. le docteur Emile Bancel, sur les épidémies qui ont régné depuis cinquante ans dans l'arrondissement de Toul (Moselle). (Commission des épidémies.)

5° Un pli cacheté relatif aux irrigations médiates en médecine, par M. le docteur Putigarrel. (Accepté.)

— M. Tardieu offre à l'Académie, au nom des auteurs et de M. le docteur Jaccoud, la deuxième partie du tome Ier du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

— M. Velpeau offre, au nom de M. le docteur Espagne, une brochure sur l'*Hygiène des blanchisseuses ;* l'influence de la profession sur la santé, des marques extérieures résultant des habitudes des femmes et permettant de reconnaître leur profession, bien observées, donnent un intérêt réel à l'ouvrage.

— M. Gosselin offre, au nom du traducteur, M. M. Peter une deuxième édition de la traduction du livre de l'*Inflammation de l'utérus*, par H. Bennett.

— M. Bouillaud présente, au nom de M. le docteur A. Voisin, une *Etude sur l'état des facultés intellectuelles dans l'alcoolisme.* Les faits bien étudiés dans cet ouvrage sont complétés par des études anatomo-pathologiques, et l'on y trouve cette particularité que la densité du cerveau augmenterait de volume dans l'alcoolisme.

— M. Depaul offre, au nom de M. le docteur Castang, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, un *Traité élémentaire des fièvres,* qui appartient à un *Traité de pathologie interne.* J'ai remarqué, dit M. Depaul, les chapitres ayant trait aux fièvres à quinquina, à la fièvre typhoïde, aux fièvres éruptives, et l'auteur, à l'occasion de ces dernières, s'est entièrement rangé à l'idée de l'identité de la variole et de la vaccine.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Bouley demande s'il est d'usage de discuter les communications des correspondants.

M. Bouillaud : Sans doute, le règlement l'autorise.

M. Bouley : Je désire que la communication qui a été faite dans la dernière séance par M. Girard de Cailleux soit discutée. Il a été lancé ici une assertion prodigieusement étrange. L'assimilation de la rage au délire aigu chez l'homme, d'après ce que j'ai appris de cette dernière maladie, me paraît monstrueuse. Je fais appel à tous les hommes spéciaux qui font partie de l'Académie, afin que l'on ne laisse pas passer cette communication. Il ne faudrait pas qu'on prît le silence de l'Académie, silence qui pourrait n'être que de l'indifférence, pour un assentiment. Et cela est d'autant plus nécessaire que la lecture qui a été faite ici doit être reproduite dans un journal politique, *la France.*

Pour ma part, je proteste ; les aliénés ne sont pas des enragés.

M. Velpeau : M. Baillarger est ici, il peut nous éclairer.

M. Baillarger : La communication qui a été faite ici ne peut être l'objet d'une discussion. Il y a matière à protestation : jamais personne n'a pensé et ne pensera que le délire aigu soit la même chose que la rage communiquée. Nous avons entendu émettre l'opinion personnelle de M. Girard de Cailleux.

M. Piorry : Il y a matière à protestation, voilà tout.

M. Bouillaud : La meilleure manière de protester est de discuter.

M. Baillarger : J'ajouterai que M. Girard de Cailleux a dit que les lésions étaient les mêmes dans le délire aigu et dans la rage. Il n'y a rien de moins vrai.

M. le Président dit que la discussion sur le délire aigu et la rage sera mise à l'ordre du jour.

RAPPORT.

M. Roger lit un rapport sur un remède secret pour la guérison des fièvres intermittentes. Des expériences, dit le rapporteur, ont été faites dans le service de M. Piorry et en Algérie ; ces dernières ne sont pas concluantes, et les premières peuvent être discutées. Je conclus à la non-application de la loi.

M. Piorry parle d'expériences qui ont été faites dans son service ; il n'a pas voulu expérimenter le médicament sans le connaître. Le secret nouveau lui a été livré sous la foi du serment, et l'orateur dit qu'il est persuadé que ce médicament est sans doute dans quelque vieux livre, et qu'il a quelque chose de bon.

Ce médicament, dit M. Piorry, s'adresserait à la rate, et son auteur était venu à moi parce qu'il croyait, comme moi, que la rate est le siége de la lésion de la fièvre intermittente. En principe, j'admets la possibilité de l'existence d'un médicament de la rate ; j'ai proposé et appliqué le sel marin, et je n'y ai renoncé que parce que ce médicament cause des vomissements ; c'est pour cela que M. A... a voulu faire des expériences dans mon service.

Après avoir établi qu'il y a à Paris des fièvres intermittentes, l'orateur expose un résumé des faits, parle de l'influence du quinquina, de l'extrait kinoïde, pour produire la diminution de la rate. à moins qu'il n'y ait des lésions des intestins ou des fièvres avec altérations putrides dans les intestins ; encore. dans ces cas, la rate diminue momentanément. Il rappelle que le présentateur du remède secret a lu à l'Académie une note à l'égard des faits publiés par M. Piorry. Il dit qu'il n'a pas prêté son concours à l'expérience du nouveau remède sans l'autorisation ou plutôt l'assentiment de l'Académie.

En général, dit M. Piorry en terminant, les sels de quinine et le sulfate de quinine ne sont pas des poisons. Le sulfate de quinine, à sa connaissance, ne produit pas d'accidents réels, surtout lorsque la rate est développée. L'alcoolé de quinine n'est pas aussi innocent, mais il agit encore sur la rate. Le médicament nouveau et secret agit aussi sur la rate, et sous ce rapport, M. Piorry ne partage pas absolument l'avis de la commission.

L'orateur dépose sur le bureau un résumé de la conduite qu'a tenue l'auteur du remède secret pendant les expériences faites dans le service de la Charité, et l'exposé des tentatives qu'il a faites pour engager M. A... à publier son remède.

M. Bouillaud : Ces documents seront envoyés à la commission des remèdes secrets.

M. Bouchardat : Je partage la réserve de la commission : les faits ne sont pas concluants. Ceux qui s'abritent derrière l'autorité de M. Piorry ont une valeur, mais ils sont seuls ; nous agirons dans ce cas comme récemment à propos d'une thèse soutenue à la Faculté de médecine, et où les observations avaient été prises chez notre collègue : nous avons accepté les faits pour celui qui les couvrait.

M. Piorry : Je ne parle ici que des faits que j'ai vus et non de ceux qui ont été publiés loin de moi.

Je dois dire aussi que la réserve de l'Académie est peut-être un tort ; il ne faudrait pas repousser un remède qui peut être utile.

M. le Président met aux voix les conclusions négatives du rapport de M. Rayer.

Elles sont adoptées.

LECTURE. — MÉDECINE LÉGALE.

M. le docteur Mendrault, au nom de M. le docteur Gery et en son nom, lit un extrait d'un travail intitulé *Etudes medico legales. statistiques et administratives sur les fœtus morts et les enfants nouveau-nés.*

Voici les conclusions :

1° Afin de préparer les éléments suffisamment nombreux et variés indispensables, selon nous, pour dresser une bonne statistique des fœtus morts, qui. faisant connaître les causes de décès, permettrait de le combattre avec plus d'avantage, nous souhaiterions que l'administration créât une feuille spéciale pour les fœtus, afin que les médecins vérificateurs des décès y consignassent uniformément les renseignements utiles relativement à la mère, au fœtus, à ses annexes et à l'accouchement.

2° Nous souhaitons qu'après avoir appliqué l'hygiène publique d'une manière splendide, on voulût bien songer à l'hygiène du domicile, de la famille, de l'individu, en un mot, l'hygiène privée ; c'est bien modeste, mais ce serait bien utile, car sous ce rapport il y a tout à faire.

3° Nous souhaiterions qu'on s'occupât avec soin, zèle et persévérance, beaucoup plus qu'on ne le fait ordinairement, de la santé de la femme enceinte pour elle et surtout pour son fruit.

4° Nous souhaiterions que des secours réels. suffisants, fussent donnés aux femmes enceintes qui seraient dans le besoin ; on en donne à celles qui nourrissent les enfants de leur lait, pourquoi n'en donnerait-on pas à celles qui les nourrissent de leur sang?

5° Enfin, l'accouchement étant si souvent dangereux pour le fœtus, nous souhaiterions que le niveau des connaissances obstétricales fût élevé, et surtout qu'on leur imprimât de plus en plus le caractère pratique ; aussi est-ce avec bonheur que nous avons appris, au moment où nous écrivions ces lignes, que M. le professeur Tardieu, doyen de la Faculté, lors de l'inauguration de son cours, a exprimé les mêmes idées dans le brillant langage qui lui est propre, ce qui nous permet d'en espérer la réalisation prochaine. (Commissaires : MM. Cruveilhier, Tardieu et Danyau.)

Sont inscrits pour prendre la parole dans la prochaine séance : MM. Magne, Briquet et Leblanc.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1864; par M. le docteur DUMONTPALLIER, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

ANATOMIE.

SUR LA BOULE GRAISSEUSE DE BICHAT; par MM. CHARLES ROBIN et GIMBERT.

Lorsqu'on enlève la peau de la joue sur un enfant ou sur certains mammifères, on trouve dans le triangle formé par le muscle grand zygomatique, le bord antérieur du masséter et le bord supérieur de la branche horizontale du maxillaire inférieur une masse adipeuse consistante, distincte du tissu graisseux voisin, d'un volume; d'une forme et de dimension variables, suivant une série de conditions que je spécifierai plus loin. C'est cet organe que Bichat décrivait sous le nom de boule ad peuse. Expression impropre dans le sens rigoureux du mot, car la forme sphérique est loin d'être la seule qu'elle affecte constamment, mais qui est juste, en ce que toujours, quelle qu'elle soit, cette forme est une modification, une dépendance de la forme sphérique.

Cette boule n'est point isolée, comme on le croirait de prime abord; elle est le centre de développement d'un système adipeux avec lequel elle a la connexion la plus intime.

Pour plus de simplicité dans la description, j'étudierai d'abord la boule isolément, puis ses dépendances.

Les premiers éléments de la boule et du tissu adipeux en général, apparaissent sur l'embryon humain vers le soixantième jour de la vie intra-utérine. Il se dépose d'abord de simples cellules adipeuses invisibles à l'œil nu qui bientôt se multiplient et se groupent en petits lobules apparents, ressemblant tout à fait à des grains de semoule. Ces lobules se multipliant, augmentant de volume, et s'agglomérant entre eux finissent par former une petite masse sphéroïde d'aspect jaunâtre plongée dans un tissu cellulaire très-lâche. Dès lors la boule de Bichat est constituée. A partir de ce moment, elle va augmenter de volume, de consistance, changer de forme, d'aspect, suivant telle ou telle condition d'âge, de rapport, soit avec les organes voisins, avec le degré de mastication, succion, etc. Au moment de la naissance, elle a généralement la forme d'une sphère aplatie de dehors en dedans, ayant à peu près 8 millimètres de diamètre transversal antéro-postérieur, et 3 à 4 millimètres d'épaisseur; elle est placée en avant du bord antérieur du maxillaire qu'elle touche par sa circonférence; elle est jaunâtre, très-granuleuse d'aspect, et les cellules qui la composent sont encore à l'état fœtal. A cette époque elle est déjà entourée d'une masse celluleuse qui semble constituer son milieu de développement, l'isoler du tissu graisseux sous-cutané, et que nous verrons former plus tard une membrane celluleuse. A mesure que le sujet grandit, la boule augmente de volume; chez un enfant de 2 ans elle a déjà des dimensions doubles, triples. Nous avons très-bien vu cet état chez un fœtus très-près de la naissance, et chez lequel déjà on a découvert très-bien la communication du tissu adipeux de la boule avec celui de l'article.

Cet organe adipeux est des plus remarquables; sa partie principale est située entre le buccinateur en dedans, le masséter en dehors; elle dépasse le bord antérieur de celui-ci d'une manière constante chez quelques sujets, et dans certains mouvements de la mâchoire seulement chez d'autres, pour s'avancer sous la partie antérieure du grand zygomatique en haut, sous la couche adipeuse sous-cutanée de la joue en bas. — En bas, cette masse adipeuse repose en quelque sorte sur le fond du sillon qui existe entre les dernières molaires et le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. Cette masse arrondie ou ovoïde, aplatie, est particulièrement celle que Bichat appelait *boule graisseuse* de la joue. Elle a le volume d'une grosse amande ou environ, chez l'adulte elle offre une surface nette, lisse, entourée et séparée du tissn adipeux, ainsi que des muscles voisins, par une mince couche de tissu lamineux lâche qui permet de l'isoler facilement, même chez le fœtus. En arrière, cet organe adipeux appuie contre l'apophyse coronoïde et l'insertion du temporal, et là se prolonge par une bandelette un pen plus tenace que le reste de son tissu; cette bande aplatie se dirige en arrière et embrasse l'apophyse coronoïde et l'insertion du muscle temporal à celle-ci. Là cette bande se prolonge entre ce muscle et l'arcade zygomatique jusqu'à sa racine transverse, où elle se termine en pointe chez les jeunes sujets. Mais chez l'adulte elle s'élève plus haut en s'étalant sur le tendon du temporal où elle forme une couche graisseuse assez épaisse près de l'arcade, et interposée à ce muscle et à l'aponévrose temporo-zygomatique.

L'autre partie de ce prolongement qui embrasse le bord antérieur dn temporal remonte plus ou moins haut, suivant les sujets, et se termine soit en pointe, soit en s'élargissant en forme de spatule, et alors s'enfonce dans la fosse temporale contre la face interne du muscle de ce nom, sous lequel elle se termine par un bord bien limité.

Au niveau de la base de l'apophyse coronoïde, la boule adipeuse se prolonge par sa face interne en une bande qui se porte transversalement en dedans contre les insertions postérieures du buccinateur, s'enfonce en s'épaississant contre le bord postérieur du maxillaire supérieur jusqne dans les fosses zygomatique et ptérygo-maxillaire et se termine en arrière par une extrémité renflée qui est logée entre le constricteur supérieur du pharynx et les muscles styliens. En haut cette portion pénètre dans la fente sphéro-maxillaire jusque dans l'orbite contre le coussinet adipenx oculaire, on quelquefois se continne avec lui.

C'est par la boule sons-massétérine que débute le développement de tous ces organes premiers adipeux. Celle-là se montre vers la fin du deuxième mois sous forme d'une petite masse demi-transparente, gélatiniforme, rougeâtre, facile à isoler, riche en vaisseaux capillaires. Dans le cours du troisième mois il s'y produit de petits grains jaunes représentant les lohules adipeux en voie de développement. Vers l'époque de la naissance elle est sphéroïdale, aplatie de dehors en dedans, large de 8 à 10 millimètres sur une épaisseur moitié moindre. A deux ans elle a doublé de volume; elle est quelquefois chez les enfants du double plus grosse d'un côté que de l'autre. Parfois elle envoie un prolongement aplati, à hords mousses, qui contourne transversalement, sous forme de demi-anneau, le bord antérieur du masséter, et s'étend sons le tissu adipeux propre de la joue, contre la face externe de ce muscle au-dessous dn grand zygomatique où il se termine en forme d'olive ou de petite amande à surface lisse. Ce prolongement n'est pas habituellement de même forme des deux côtés sur le même sujet; il est simple, bilobé on même trilobé, et toujours à surface lisse, glissant sur le masséter et sur le tissu adipeux voisin par l'intermédiaire d'une mince couche de tissu lamineux très-extensible et peu résistant, qui laisse facilement énucléer ces masses adipeuses.

Vers l'âge de 3 à 4 ans ou environ, la boule a pris une consistance plus ferme, et ses divers prolongements autour des muscles masticateurs et de la partie supéro-latérale du pharynx, mieux limités, s'isolent facilement des muscles et des os qu'ils touchent. Partout ce tissu devenu plus compacte a pris une couleur jaune citron, une surface lisse et brillante, avec une mince couche de tissu lamineux humide entre elle et les organes contigus.

Cet organe conserve cet aspect assez longtemps; ses dimensions varient peu depuis l'âge de 4 à 5 ans; elles diminuent avec l'âge et les maladies.

Le chat, le chien et le lapin en sont dépourvus; elle existe chez le porc et le rat.

Cet organe et ses prolongements autonr des insertions inférieures du temporal, en avant des ptérygoïdiens et entre les muscles styliens et le constricteur supérieur, ont pour usage de combler les vides qui tendent à se former entre ces muscles et les os voisins, ainsi qu'entre le masséter et le buccinateur surtout, pendant les mouvements de mastication, de déglutition et de phonation. Pendant qu'en se contractant, ils se renflent en un point, la boule adipeuse ou ses prolongements, selon les muscles dont il s'agit, comprimés là, glissent vers l'excavation qui tend à se produire du côté de l'insertion opposée du muscle; elle maintient ainsi un équilibre dans le volume relatif de chaque région et, par ce côté physique, prévient les tiraillements exercés sur les organes voisins directement actifs physiologiquement parlant.

Dans les autres régions de la face, le tissu adipeux interposé aux muscles se continue avec celui qui est sous-cutané et dont il n'est pas séparé par une aponévrose; il n'est pas non plus séparé des muscles, ceux-ci manquant d'aponévrose d'enveloppe. Il s'enfonce entre les os de la face et ces muscles au delà de leurs points d'attache, et se prolonge entre eux et la couche glandulaire sous-muqueuse des lèvres jusque dans le repli médian labio-gingival.

Avant de terminer cette communication, nous ajouterons encore ici quelques mots touchant le *coussinet adipeux de l'orbite*:

Il se présente sous forme d'nne masse conoïde, moulée snr la cavité orbitaire dans laquelle soot comme noyés tons les autres organes de cette cavité, à l'exception de l'élévateur de la paupière supérieure qui forme comme nn ruban rougeâtre à sa surface supérieure et médiane et la glande lacrymale en dehors et en avant. Il s'arrête au hord postérieur de celle-ci, mais se prolonge en une petite masse molle, à extrémité mousse, le long de son hord supérieur et interne jusqu'au-dessus de l'angle externe de la paupière supérieure. Sur le milieu cette masse adipeuse s'avance en s'amincissant au-dessus du glohe de l'œil jusqu'au bord frontal de l'orbite, et communique là avec le tissu adipeux de la région sourcilière sans descendre dans la paupière. Au has et sur les côtés, il s'avauce aussi en s'amincissant heaucoup au-dessous et de chaque côté du glohe oculaire jusqu'au hord inférieur de l'orbite où il se termine nettement, sans communiquer avec le tissu adipeux de la face ni remonter dans la paupiere inférieure.

Il n'est séparé de l'os que par le périoste, et empiète par une couche mince sur la face externe des quatre muscles droits et du grand oblique. En arrière, il s'étend jusqu'au trou optique et à la fente sphénoïdale sans pénétrer dans la cavité cranienne, mais par la fente sphéno-maxillaire en has et en arrière, il se continue avec le tissn adipeux des fosses temporales et zygomatiques.

La masse principale de cet organe premier formant coussinet, se trouve en arrière du globe de l'œil, dont elle est séparée par la capsule fibreuse ou aponévrose orbitaire, et elle est comme logée dans l'espace circonscrit par les muscles droits. Elle est traversée d'avant en arrière par les vaisseaux et nerfs allant au globe de l'œil.

Ce coussinet est toujours d'un blanc jaunâtre, plus pâle que le tissu adipeux des autres régions. Il est plus mou et plus élastique; le tissu lamineux qui l'entoure, ou mieux le sépare des muscles, des nerfs, et qui le partage en lobules, est lui-même très-mou, comme glutineux, et il s'œdématie facilement; il est également très-vasculaire.

Depuis l'époque de son apparition jusqu'aux premiers mois qui suivent la naissance, cet organe premier est facile à isoler des autres organes de l'orbite, et il est surtout remarquable par son aspect d'une petite masse gélatiniforme demi-transparente, rougeâtre, dans laquelle sont parsemés les lobules adipeux encore petits, larges seulement de quelques dixièmes de millimètre, et ressemblant à des grains de semoule.

SÉANCES DE MARS ET AVRIL.

I. — Physiologie.

1° Moment précis ou se produit chez la grenouille le battement du cœur; par M. Judée.

Le 6 août 1862, j'incisai sur la ligne médiane et de haut en bas la peau de la poitrine d'une grenouille de belle grosseur; je pus voir ainsi par transparence fonctionner le cœur de cet animal.

En prenant quelques précautions il me fut facile alors de constater qu'à un moment donné ce cœur offrait comme une pulsation, et que cette pulsation avait lieu lorsque cet organe avait acquis son plus grand volume.

J'attaquai par une seconde incision longitudinale les parties molles, de façon à permettre au cœur de faire hernie à travers la plaie, et je vis de la manière la plus manifeste qu'à chaque diastole seulement cette hernie se produisait et qu'immédiatement après elle disparaissait.

La hernie, dans ces cas, était la plus forte, ou mieux se produisait au moment où la dilatation était arrivée à son apogée, c'est-à-dire lorsque la portion ventriculaire, en s'allongeant, avait fait disparaître presque complétement l'oreillette.

Je répétai un grand nombre de fois ces deux ordres d'expériences, et j'arrivai toujours aux mêmes résultats.

L'année suivante, à peu près à la même époque, je recommençai mes expériences sur les grenouilles. J'enlevai à un certain nombre d'entre elles les couches de fibres musculaires placées au devant du cœur; je vis d'abord : 1° que la portion auriculaire du cœur, soit pendant la diastole, soit pendant la systole, conservait sa coloration rouge; 2° que la portion ventriculaire pâlissait seulement pendant la systole, et encore d'une façon incomplète. Je constatai ensuite que bien que l'oreillette conservât sa coloration, elle n'en chassait pas moins le sang dans le ventricule avec une certaine force. Sous l'influence de cette contraction, le ventricule se dilatait brusquement, principalement dans le sens de sa longueur.

Cette dilatation, considérée en elle même, présentait des particularités sur lesquelles je crois devoir insister : ainsi, quoique extrêmement brusque, on pouvait cependant la décomposer en deux espèces de temps. Dans le premier temps, l'allongement se produisait principalement vers la pointe du cœur; dans le second, il se passait, vers la base du ventricule qui semblait courir au devant de l'oreillette dont le volume devenait de moins en moins appréciable au moment où l'allongement du ventricule était arrivé à son apogée, une sorte de soulèvement du cœur, ou mieux encore un battement se produisait, et immédiatement après le ventricule pâlissait, autrement dit se contractait.

En résumé, en faisant l'expérience dans ces conditions, voici ce que l'on observait : d'abord allongement de la portion ventriculaire, jusqu'au moment où cet allongement était le plus considérable, sorte de soulèvement du cœur, puis immédiatement après raccourcissement.

Ces diverses expériences me semblent démontrer de la façon la plus nette que tout au moins chez la grenouille le soulèvement du cœur, c'est-à-dire le battement du cœur, ne se produit ni pendant la diastole ni même, *à proprement parler*, pendant la systole du ventricule, mais bien plutôt entre les deux, précisément au moment où chez les animaux pourvus de valvules les leurs se relèvent, tandis que les autres s'abaissent; autrement dit encore, à l'instant où le cœur commence à durcir.

II. — Physiologie pathologique.

Note sur la cause de la coloration rouge dans l'inflammation; recherches expérimentales; par MM. Alfred Estor et Camille Saint-Pierre, professeurs agrégés à Montpellier.

Nous avons été frappés de l'analogie qui existe entre les phénomènes de coloration rutilante observés dans les veines des organes glandulaires au moment de leur activité fonctionnelle (Cl. Bernard, *Journal de physiologie*), et les phénomènes offerts par le sang dans les tissus enflammés dont la rougeur est, on le sait, un phénomène très-constant.

En conséquence, nous avons institué des expériences sur le dosage de l'oxygène dans le sang des parties enflammées. Nous déterminons une inflammation très-vive sur la patte d'un chien à l'aide de cautérisations profondes et transcurrentes. Après des temps variables après la cautérisation (de 30 à 50 heures), nous retirons 15 grammes de sang dans la veine crurale du membre sain et 15 grammes de sang dans la veine crurale du membre enflammé. Nous dosons ensuite l'oxygène en déplaçant ce gaz par l'oxyde de carbone, selon la méthode de M. Cl. Bernard.

Nos dosages corrigés ont donné en volumes d'oxygène rapportés à 100 volumes de sang :

Expérience.	Côté enflammé.	Côté sain.
I	6,01	2,41
III	6,04	2,40
IV	4,74	2,36
V	3,60	2,40
VI	4,80	2,40

Nous avons dosé de plus l'acide carbonique dans les expériences II et VII. Enfin l'oxygène contenu dans le sang artériel a été dans l'expérience VI = 7,20.

Nous concluons :

1° A la simple vue, quand l'inflammation est vive le sang veineux du côté enflammé est plus rouge que celui du côté sain ;

2° Le sang veineux du côté enflammé renferme constamment plus d'oxygène que le sang du côté sain. Le rapport est de 1 à 1,50 ou 2,50;

3° Le sang veineux du côté enflammé contient aussi plus d'acide carbonique;

4° Comme à une plus grande quantité d'oxygène correspond, on le sait, une coloration plus ou moins rutilante du sang veineux, nous concluons que c'est à l'état rutilant du sang veineux qu'il faut attribuer la couleur rouge des parties enflammées.

III. — Pathologie.

1° Tuberculisation pulmonaire; aphémie et paralysie de la sensibilité du côté droit dues a une plaque de ramollissement superficiel des circonvolutions du lobe postérieur gauche; par M. Cornil.

Le 16 février 1864 est entré à Lariboisière, n° 19, salle Saint-Landry, dans le service de M. le docteur Hérard, le nommé Jiraudou (Joseph), âgé de 31 ans, journalier. Il est incapable de donner des renseignements tant soit peu suivis sur son état antérieur, car toutes les fois qu'il essaye de parler, il ne prononce, malgré ses efforts, que des mots mal articulés, il bégaye et laisse sa phrase inachevée pour en commencer une autre également inintelligible.

Tout ce que nous avons pu recueillir en fait d'antécédents par l'infirmier qui a causé avec les personnes qui l'ont accompagné, c'est qu'il était malade depuis environ quatre mois, que son état a empiré depuis quinze jours, et que hier matin en venant de Saint-Denis pour se faire recevoir à l'hôpital à Paris, il fut pris subitement en chemin de fer, sans perdre connaissance de cet embarras de la parole qu'il conserve encore et dont il paraît très-affecté.

Etat actuel. La face est légèrement animée et couverte de sueur, n'offrant rien autre de particulier à noter. La température de la peau est peu élevée, son pouls est régulier et n'indique qu'un peu de fréquence; la langue est couverte d'un enduit brunâtre, elle ne présente aucune déviation et jouit librement de tous ses mouvements; la bouche est mauvaise, le malade éprouve de la soif, mais il n'a pas complétement perdu l'appétit, il n'y a pas de nausées ni de vomissements. L'aspect du ventre n'offre rien à noter, la pression y révèle seulement un peu de douleur; depuis quelque temps le malade paraît avoir deux à trois selles diarrhéiques par jour. Il n'y a rien à noter du côté de la vue et de l'ouïe; les mouvements et la force musculaire sont parfaits, autant que sa faiblesse due à sa maladie générale peut le permettre ; mais la sensibilité cutanée fait défaut à tout le côté droit jusqu'à peu de distance de la ligne médiane. Le malade est insensible de ce côté aux piqûres d'épingle, et n'apprécie nullement la température ni la forme des corps avec lesquels on met sa main en rapport. La sensibilité musculaire paraît intacte, le malade accusant de la douleur lorsqu'on presse un peu fortement ses masses musculaires. Il a le sentiment de l'attitude dans laquelle on place son membre en lui fermant les yeux, et il se sert parfaitement de son membre insensible pour boire; sa marche paraît n'offrir rien d'anormal; il sent le sol sous ses pieds.

Il porte un vésicatoire au bras droit.

L'examen de la poitrine par la percussion donne en avant de la matité dans les creux sous-claviculaires plus marquée à droite, en arrière un son obscur, surtout aux sommets. L'auscultation fait entendre à droite du souffle caverneux et du gargouillement; à gauche faiblesse de respiration et des râles sous-crépitants. En arrière et encore en haut, les mêmes bruits éloignés et de la faiblesse de respiration. Le malade tousse et expectore abondamment des crachats muco-purulents; il se plaint du mal de gorge, l'inspection directe des parties n'indique rien.

Son intelligence, malgré l'embarras de la parole et l'impossibilité qu'il éprouve d'exprimer ses idées, paraît intacte; il ne sait lire ni écrire, mais par des signes et les mots inarticulés qu'il prononce, il répond affirmativement ou négativement et à propos sur les questions qu'on lui adresse.

Trois ou quatre jours après son entrée on commence à constater une amélioration sensible au point de vue de la parole et de la sensibilité cutanée qui commence à revenir par le membre inférieur. Depuis cette époque jusqu'au 24 avril, jour de la mort qui est survenue par les progrès de la tuberculisation pulmonaire, le malade avait recouvré peu à peu complétement la parole et la sensibilité, sauf un léger hégayement qu'il conservait encore, et une sensibilité obtuse qu'il conservait sur une plaque cicatricielle qu'il portait à l'avant-bras droit.

Nécropsie faite le 26 avril 1864.

Cœur sain.

Adhérences des *plèvres* des deux côtés, exsudations fibrineuses en forme de langue de chat sur la plèvre du lobe inférieur du poumon droit.

Poumons. Caverne aux deux lobes supérieurs communiquant directement avec les bronches.

Foie. Adhérences anciennes; à la coupe la périphérie des lobules paraît grise et leur centre rouge.

Reins assez gros, mous; la substance corticale, dont la surface est lisse présente à la coupe une coloration grisâtre opaque.

Rate normale.

Intestin. Ulcérations arrondies, possédant à leur centre et à leurs bords des granulations tuberculeuses à la surface péritonéale correspondante.

Crâne mince, *dure-mère* saine, *pie-mère* œdémateuse, surtout au niveau de l'endroit ramolli; elle se détache aisément.

Après avoir enlevé la pie-mère et constaté que les circonvolutions du lobe frontal ont leur consistance et leur coloration normales, ainsi que la scissure de Sylvius et l'insula de Reil, on voit que la deuxième des circonvolutions du lobe postérieur gauche qui naît de la circonvolution postérieure du sillon de Rolando présente une plaque d'environ 12 centimètres carrés. déprimée, de coloration jaunâtre, opaque à sa surface. On voit en outre, sur cette surface qui est lisse et polie, de petites arborisations vasculaires injectées. La consistance de cette partie est molle, tremblotante comme de la gélatine; la pie-mèro n'y adhère pas, et lorsqu'on en fait une coupe on apprécie le ramollissement du tissu qui la forme. Au-dessous de la couche superficielle qui est jaunâtre, comme il vient d'être dit, et qui représente le vestige de la substance grise corticale des circonvolutions, se trouve un tissu mou parfaitement blanc, ramolli, d'une étendue de près d'un centimètre.

Lorsqu'on fait une préparation microscopique de cette portion de cerveau, on peut enlever un lambeau de la portion jaunâtre corticale qui se détache facilement du tissu sous-jacent; cette membrane portée sur la lame de verre donne, quand on la prépare, un liquide laiteux comme une émulsion, et opaque qui est uniquement constituée par des granulations graisseuses les unes libres, les autres réunies sous forme de corpuscules granuleux.

La membrane tout entière présente un substratum composé de vaisseaux les uns injectés, les autres vides; ces derniers couverts de corpuscules granuleux.

Dans la partie blanche sous-jacente l'examen microscopique démontre des cellules nerveuses et des tubes nerveux; des gouttelettes de substance médullaire, et une grande quantité de granulations graisseuses libres ou réunies sous forme de corpuscules granuleux.

Rien dans tout le reste du cerveau examiné partout sur des tranches minces. Pas de tubercules ni dans la substance cérébrale ni dans la pie-mère qui accompagne les vaisseaux de la scissure de Sylvius.

Dans cette observation, un malade qui jusque-là parlait bien, est pris tout d'un coup, dans le parcours de Saint-Denis à Paris en chemin de fer, d'un embarras de la parole; il bredouille, a perdu la mémoire des mots; il est paralysé de la sensibilité du côté droit; son intelligence paraît intacte; il comprend et exécute ce qu'on lui demande de faire. Pendant l'espace de deux mois que nous l'observons à l'hôpital, la sensibilité revient peu à peu et avec elle l'usage de la parole; il conserve seulement un peu de hégayement. D'après les symptômes, il est bien certain que les troubles de la sensibilité et de la parole sont venus, et se sont amendés en même temps. Or l'autopsie nous montre une lésion unique; nous sommes donc parfaitement en droit de rapporter à la lésion observée les troubles de la parole, bien que le siége de l'altération anatomique soit en arrière de la circonvolution postérieure du sillon de Rolando.

Cette observation, du reste, n'est pas, nous devons le dire, complétement analogue à celles rapportées par MM. Broca, Charcot, etc.; la perte du langage articulé n'était dans notre cas ni aussi absolue ni aussi persistante.

2° Plusieurs attaques de coliques de plomb chez un homme robuste qui ne fit jamais d'excès alcooliques; albuminurie persistante; urémie à forme dyspnéique; à l'autopsie, néphrite parenchymateuse; pas d'œdème des méninges; la consistance et le volume du cerveau ne sont pas augmentés; par le docteur Auguste Ollivier.

Ferdinand Vidal, âgé de 32 ans, entre le 26 février 1864 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 10, dans le service de M. le professeur Piorry.

C'est un homme d'une haute stature, à large poitrine et bien musclé; il est seulement un peu pâle et ne présente aucune trace d'ictère. Son père est mort à 70 ans, nous dit-il, des suites d'un asthme, et sa mère d'un accident pendant une grossesse. Ses frères et ses sœurs se portent très-bien. A l'âge de 18 ans, il eut une légère blennorrhagie qui disparut en très-peu de temps; depuis lors aucune autre maladie vénérienne. Il ne fit jamais d'excès alcooliques. A aucune époque il n'éprouva de douleurs rhumatismales; sa nourriture a toujours été bonne et son logement salubre. Il est marié depuis huit ans et n'a pas d'enfants. Travaillant au tuyantage des chaudières de machines à vapeur, il manie fréquemment le blanc de céruse et le minium.

En 1852 (c'était la deuxième année qu'il exerçait ce métier), il fut pris de coliques de plomb qui durèrent près d'un mois. Au sortir de l'hôpital, il put reprendre son travail. Depuis cette époque il eut à diverses époques des attaques de coliques saturnines.

En 1862, il alla en Amérique pour monter des machines destinées à fabriquer de la glace au moyen de l'ammoniaque. Sa santé fut bonne, en apparence du moins, pendant onze mois. Il était à Lima depuis peu de temps, lorsqu'un jour il perdit connaissance au milieu de son travail. On le transporta immédiatement à l'hôpital, où il resta quarante-quatre jours. Il ne tarda pas à tomher dans une agitation très-grande, puis dans un délire furieux, et l'on dut le lier dans son lit pendant dix-huit jours. On le saigna, on lui appliqua des sangsues derrière les oreilles et des vésicatoires aux aines et aux jambes. Les médecins qui le soignèrent, et qui lui donnèrent plus tard ces renseignements, lui dirent qu'il avait été empoisonné par le plomb. Il portait du reste, à cette époque, un liséré gingival bleuâtre bien prononcé.

A peine rétabli, il revint en France. Il chercha à reprendre aussitôt son travail, mais il ne le put. Il avait sans cesse de la courbature, des maux de tête; ses digestions étaient mauvaises. Il y a vingt jours, il s'aperçut que ses paupières étaient bouffies, au point de l'empêcher de fermer les yeux. Cette bouffissure ne tarda pas à se propager à la face, au cou, au tronc, puis aux membres. La vue devint faible, et l'urine, excrétée dans les vingt-quatre heures, diminua de quantité. Jamais le malade ne fit attention à la coloration de ses urines. Son état ne s'améliorant pas, il vint alors à l'hôpital de la Charité dans l'état suivant: Bouffissure de la face et œdème presque généralisé; à l'auscultation, quelques râles sous-crépitants en arrière de la poitrine; pas d'épanchement pleurétique; nu peu d'héhétude; réponses lentes mais nettes cependant. De temps à autre, il semble au malade qu'il a un nuage devant les yeux. Les urines sont rares, très-albumineuses (chaleur et acide nitrique), et l'examen microscopique permet d'y reconnaître un grand nombre de dépouilles épithéliales.

28 février. Le malade accuse de la céphalalgie et a quelques nausées; il est toujours un peu somnolent et éprouve de la gêne dans la respiration, gêne qui, par instants, devient plus prononcée, surtout vers le soir. L'examen du thorax ne révèle que quelques râles sous-crépitants en arrière.

1er mars. Gêne de la respiration, plus grande par moment; voix un peu rauque; bruit laryngo-trachéal; à l'auscultation et à la percussion, on ne trouve qu'un peu d'œdème pulmonaire en arrière et en bas. Les battements du cœur sont précipités, mais ne s'accompagnent pas de bruits anormaux. L'état des reins n'a pas changé. L'œdème est généralisé: pas d'ascite.

6 mars. Véritables accès d'orthopnée; du côté du thorax, même absence de signes capables d'expliquer suffisamment la dyspnée; inspiration bruyante; somnolence.

Les jours suivants, les mêmes phénomènes ne firent que s'aggraver, et le malade succomba comme asphyxié le 12 mars.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. Pas trace de putréfaction.

Crâne. Les méninges ne sont pas épaissies et se détachent aisément; elles ne sont pas injectées. Le cerveau est un peu pâle, et sa consistance n'est pas augmentée; les circonvolutions ne semblent pas non plus aplaties. Un très-grand nombre de coupes pratiquées en tous sens ne permettent de reconnaître aucune trace de foyers hémorrhagiques soit anciens, soit récents.

La protubérance, le bulbe et le cervelet offrent le même état que le cerveau.

Larynx et *poumons.* Léger œdème des deux replis aryténo-épiglottiques, mais cependant non assez développé pour oblitérer l'orifice supérieur du larynx. Il n'existe d'injection ni sur les replis ni sur le reste de la muqueuse laryngée.

Les poumons sont un peu congestionnés; œdème pulmonaire en arrière et en bas; pas d'épanchement pleural.

Le péricarde ne contient point de liquide; le cœur gauche est un peu hypertrophié; les valvules auriculo-ventriculaires et artérielles ne sont point altérées. Petit caillot dans le ventricule droit. L'artère pulmonaire, examinée aussi loin que possible, ne présente rien de particulier.

Abdomen. Il n'existe pas d'épanchement péritonéal. Le foie est normal et la rate volumineuse.

Les reins sont atrophiés; la membrane fibreuse qui les enveloppe se détache aisément, et an-dessous d'elles, on aperçoit un très-grand nom-

bre de granulations. L'examen histologique a été fait par mon excellent ami M. Cornil.

« Les granulations qui ont à l'œil nu tous les caractères des vraies granulations de Bright, qui font saillie à la surface, et existent dans toute l'épaisseur de la substance corticale, sont entourées à leur périphérie d'un cercle vasculaire très-développé. Elles sont un peu moins opaques que le tissu qui les entoure, qui est gris jaunâtre, tandis qu'elles-mêmes ont une certaine transparence et une coloration grise. Je les ai étudiées sur des coupes parallèles ou normales à la surface du rein, et le plus grand nombre d'entre elles nous a donné les résultats suivants:

« La granulation elle-même vue sur une coupe était composée par un groupe de tubes urinifères contournés avec un ou plusieurs glomérules de Malpighi. Les parties constituantes du rein qui composaient la granulation brightique paraissaient à un grossissement de 40 diamètres beaucoup plus transparents que les parties environnantes. Ces dernières étaient à ce faible grossissement opaques à la lumière directe, blanches à la lumière réfléchie, caractères qui devaient tout d'abord faire penser à une dégénération graisseuse avancée du contenu des tubes urinifères. Il y avait en outre une grande différence de volume entre les éléments de la granulation et de sa périphérie : *Les tubes urinifères qui faisaient partie de la granulation avaient leur volume normal* ($0^{mm},04$ — $0^{mm},05$ *de diamètre*); *ceux au contraire de la substance corticale environnante étaient atrophiés, et réduit à la moitié ou au tiers de leur diamètre normal* ($0^{mm},02$ — $0^{mm},03$). Les cloisons interposées aux tubes urinifères, cloisons qui sont composées, comme on le sait, de tissu conjonctif et de capillaires, étaient minces dans la granulation et plus larges dans le tissu périphérique où les vaisseaux capillaires étaient distendus et remplis de sang. Ainsi, à un faible grossissement, les éléments du rein qui formaient la granulation paraissaient sains; les tubes urinifères étaient transparents, leurs diamètres et la trame cellulo-vasculaire du rein étaient normaux; au contraire, le tissu rénal périphérique aux granulations était très-altéré, les tubes urinifères étaient très-petits, leur contenu était opaque et les capillaires injectés.

« A un grossissement de 200 diamètres, on pouvait voir très-nettement sur les mêmes coupes que les tubes urinifères de la granulation étaient remplis par des cellules épithéliales pavimenteuse à noyau sphérique de dimension normale, contenant elles-mêmes des granulations très-fines dont la majorité disparaissait par l'addition d'acide acétique ou de soude : quelques-unes d'entre ces cellules contenaient aussi des granulations graisseuses extrêmement fines; qu'au contraire, dans les tubes urinifères du tissu périphérique à la granulation se trouvaient des cellules très-petites et toutes pleines de granulations graisseuses plus ou moins volumineuses de 1 à 3 millièmes de millimètre. Là, en outre, les cloisons qui séparaient les tubes ou les glomérules présentaient des granulations pigmentaires colorées, trace persistante d'hyperémie, et des granulations graisseuses généralement situées autour des noyaux ou dans leur intérieur. Ces mêmes granulations pigmentaires et graisseuses existaient dans un grand nombre des glomérules.

« Les pyramides de Malpighi étaient presque à l'état normal, et les tubes partiellement altérés.

« Ainsi, en résumé, ces reins offraient la dégénération graisseuse des cellules épithéliales, des vaisseaux capillaires et des glomérules qui sont la caractéristique de la néphrite albumineuse ou parenchymateuse persistante. Dans ce cas, les granulations de la substance corticale (troisième degré de M. Rayer) étaient constituées par un tissu rénal presque sain, tandis que dans les parties voisines, les tubes urinifères étaient atrophiés et leurs cellules en pleine dégénération graisseuse.

« Ce fait, que j'ai eu l'occasion de constater plusieurs fois de la conservation du diamètre des éléments du rein dans la granulation brightique, tandis que les mêmes éléments s'atrophiaient dans le tissu voisin, rend parfaitement compte de la saillie des granulations à la surface rénale; en effet, la partie du rein qui s'atrophie se condense et s'affaisse, tandis que l'ensemble des éléments qui conservent leur volume primitif reste au même niveau, et par conséquent fait saillie au-dessus de la partie qui s'affaisse. »

On retrouva dans les reins des traces manifestes de plomb.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE CHIRURGICALE; par J. G. MAISONNEUVE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, membre honoraire et fondateur de la Société de chirurgie, etc. — 2 volumes grand in-8°. Paris, F. Savy, libraire-éditeur, 1863-64.

Nous applaudissons de tout cœur à l'heureuse idée qu'a eue M. Maisonneuve de réunir en un faisceau les nombreux travaux qu'il avait jusqu'ici disséminés dans les divers recueils périodiques. Ainsi sa personnalité chirurgicale brillera d'un plus vif éclat; ainsi cet esprit ingénieux et toujours en éveil, ce travailleur infatigable et toujours à la recherche de quelque perfectionnement nouveau ou de quelque opération nouvelle, aura eu le privilége d'avoir mis lui-même en relief les points capitaux qui auront le plus absorbé son activité fiévreuse. Les divers travaux, du reste, gagneront d'autant plus à être rapprochés les uns des autres que, dans les remarquables leçons cliniques qui sont comme les prolégomènes de ces œuvres nombreuses, l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'est particulièrement attaché à faire ressortir les tendances spéciales de ses études et de ses innovations chirurgicales.

« A part quelques thèses ou mémoires, spécialement consacrés à l'histoire de la science (Thèses sur la coxalgie, sur le périoste et ses maladies, sur les kystes de l'ovaire), chacun des travaux contenus dans ce recueil, dit l'auteur, a pour objet la recherche d'une vérité, la réalisation d'un progrès.

« Tantôt c'est quelque lésion inconnue dont je trace le tableau (Mémoires sur la luxation du sternum, sur la luxation médio-carpienne, sur la luxation de l'humérus en haut); d'autres fois, quelque affection mal comprise dont j'essaye de donner une explication plus exacte (Mémoire sur les fractures du péroné, sur la luxation de la mâchoire inférieure, sur la gangrène foudroyante); le plus souvent, ce sont des méthodes, des procédés opératoires destinés à rendre l'action chirurgicale plus efficace, plus simple ou moins dangereuse (Mémoire sur un nouveau procédé de cathétérisme, sur la taille rectale, sur la resection du coude, sur l'extirpation des tumeurs interstitielles de l'utérus, sur les fistules vésico-vaginales, etc.); quelquefois ce sont des ressources nouvelles destinées à reculer les limites de l'art (Mémoire sur l'extirpation totale de la mâchoire inférieure, sur les irrigations nasales, sur l'urétrotomie à lame découverte, sur la diaclasie, sur la cautérisation en flèches, sur l'entérotomie de l'intestin grêle, sur l'anastomose intestinale, sur la blépharoraphie, etc.); d'autres fois, enfin, ce sont des aperçus nouveaux, des théories générales qui touchent aux questions les plus fondamentales de la science (prolégomènes où se trouve indiquée la théorie générale des intoxications chirurgicales et subsidiairement la théorie des principaux accidents opératoires, ainsi que la manière de les prévenir). »

Pour disposer avec ordre des sujets si nombreux et si variés, l'auteur a groupé dans le premier volume tout ce qui a trait à l'appareil de la locomotion (fractures, luxations, tumeurs blanches, resections, amputations), ainsi que ses leçons cliniques sur les progrès de la chirurgie contemporaine, tandis que le deuxième volume embrasse tout ce qui intéresse les appareils circulatoire et nerveux, « puis le grand appareil splanchnique, lequel se divise lui-même en appareil digestif, respiratoire, génito-urinaire et sensorial, » et, de plus, les travaux relatifs aux affections cancéreuses, à la cautérisation en flèches, à la ligature extemporanée, etc.

Si personne ne méconnaît aujourd'hui l'importance des brillantes découvertes de la chirurgie contemporaine, ni la multiplicité de leurs applications diverses, ni les tendances essentiellement conservatrices des progrès actuels, on ne saurait toutefois nier que quelques-uns à peine ont insisté sur les relations étroites qui unissent entre elles la théorie féconde de l'infection purulente, la méthode sous-cutanée, l'anesthésie chirurgicale, ainsi que les méthodes de la ligature, de la cautérisation, de l'arrachement et des injections. Et cependant, au milieu des innovations nombreuses et variées apportées chaque jour à la thérapeutique des maladies chirurgicales, il importait d'autant mieux de dégager l'idée générale qui relève des grandes découvertes modernes, qu'elle doit désormais inspirer et sanctionner les progrès ultérieurs de la chirurgie.

Le temps n'est plus, en effet, où, comme pendant la période représentée par Dupuytren, Roux et Lisfranc, le perfectionnement des procédés opératoires, sous le double point de vue de l'élégance et de la précision, absorbait toute l'attention chirurgicale. Aujourd'hui les dangers des accidents immédiats et consécutifs préoccupent à juste titre l'opérateur et président le plus souvent à sa détermination dans le choix de la méthode ou du procédé opératoire, alors même que l'expérience fait pressentir leurs défectuosités sous le rapport de l'élégance et de la rapidité d'exécution.

Il peut paraître étrange, à première vue, d'attribuer à la découverte de l'infection purulente une influence puissante sur les transformations ultérieures des idées chirurgicales. Et cependant, si l'on réfléchit que jusqu'à cette époque les accidents consécutifs aux opérations semblaient tellement inhérents à la chirurgie elle-même que personne n'avait nul souci de les prévenir ou de les atténuer, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'une voie nouvelle venait d'être signalée à l'investigation chirurgicale le jour où la théorie de la phlébite purulente vint expliquer en grande partie le mécanisme et la fréquence de la mortalité chez les amputés.

Et lorsque la méthode sous-cutanée vint démontrer que, grâce à son intermédiaire, les opérations les plus graves et les plus complexes étaient surtout remarquables par la suppression complète des accidents opératoires, il fallut bien comprendre que la chirurgie ne pouvait plus s'immobiliser dans la pratique routinière de ses procédés opératoires les plus habituels. Et c'est ainsi qu'en se prêtant un mutuel appui, la découverte de l'infection purulente et la méthode sous-cutanée imprimèrent une phase et une impulsion nouvelles à la chirurgie contemporaine.

Quelques années plus tard, l'éther et le chloroforme, en anéantissant rapidement la sensibilité et la contractilité musculaires, vinrent faciliter et permirent même de multiplier les tentatives chirurgicales; et si l'influence favorable des anesthésiques sur les suites des opérations a été, d'après M. Maurice Perrin, plutôt pressentie et entrevue que constatée et définitivement démontrée, on ne saurait toutefois disconvenir que l'absence de déperdition nerveuse ne contribue puissamment à prévenir le délire nerveux traumatique et à placer l'opéré dans les conditions morales les plus favorables à un résultat avantageux.

Les applications nombreuses de la ligature extemporanée, de l'écrasement linéaire, suivirent ces dernières découvertes et parvinrent, en dernière analyse, à convaincre de plus en plus les chirurgiens que c'est principalement aux conditions anatomiques spéciales dans lesquelles l'instrument tranchant laisse les tissus divisés que sont dus la plupart des accidents consécutifs aux opérations, tels que hémorrhagie, infection purulente, etc. Ce n'est point que ces accidents ne se soient jamais montrés dans ces circonstances; mais il n'est pas moins incontestable que la compression énergique et l'espèce de trituration que subissent les tissus avant de se laisser diviser par le lien constricteur oblitèrent les vaisseaux de toutes sortes qui les parcourent et rendent par cela même excessivement rares les hémorrhagies immédiates et consécutives, et même l'infection purulente, d'après notre savant confrère.

« En effet, ajoute M. Maisonneuve, il est désormais hors de doute : 1° que l'infection purulente est due à la pénétration directe du pus dans le torrent circulatoire; 2° que le pus ne vient pas du dehors, mais qu'il est sécrété de toutes pièces dans l'intérieur des veines sous l'influence de l'inflammation de la membrane interne de ces vaisseaux; 3° que cette inflammation suppurative se propage surtout par continuité directe de la surface de la plaie à la membrane interne des veines; 4° que cette propagation, si facile quand les orifices veineux se trouvent sans défense, c'est-à-dire imparfaitement bouchés par un caillot qui maintient leurs parois écartées, que cette propagation devient presque impossible quand ces mêmes orifices ont été solidement oblitérés par le contact immédiat et l'adhérence solide de leurs propres parois. Or, par le fait de la ligature et surtout de la ligature extemporanée, ces conditions s'obtiennent au plus haut degré. »

Si la théorie de la phlébite purulente est généralement considérée comme insuffisante pour expliquer seule la pyoémie, et, partant, si les propositions précédentes ne peuvent être complétement acceptées par ceux qui croient, de plus, à la pénétration du pus dans le torrent circulatoire et par les lymphatiques et les artères et par les extrémités ouvertes de veines baignant dans une collection purulente, on ne saurait cependant récuser en doute que l'attrition des tissus produite par la ligature extemporanée ne soit de nature à rendre plus difficile l'accès du pus dans le courant sanguin.

De même que la ligature, la cautérisation, d'après notre illustre confrère, constitue une méthode fondamentale de la chirurgie qui peut prétendre aux mêmes résultats thérapeutiques sous le point de vue de la prophylaxie des accidents consécutifs aux opérations, à la condition que l'agent destructeur, pénétrant d'emblée à toutes les profondeurs, y produise une action aussi prompte qu'efficace. Et telle est l'innocuité de cette cautérisation interstitielle qui plonge au milieu des tissus vivants des flèches caustiques de 8 ou 10 centimètres de longueur, que M. Maisonneuve compare les effets de cette cautérisation aux phénomènes qui se produisent dans les plaies sous-cutanées.

« Après la cautérisation, dit-il, l'escarre produite par le caustique constitue, par sa continuité avec l'organisme et par son imperméabilité, une défense analogue à la membrane cutanée elle-même. Le sang, la lymphe ne viennent plus suinter à la surface de la plaie et s'y putréfier; ou bien celles de ces substances qui se sont antérieurement écoulées, outre qu'elles sont rendues imputrescibles par leur contact avec le caustique, rencontrent dans la couche imperméable formée par l'escarre un obstacle absolu à leur résorption; de sorte que l'organisme peut procéder avec calme et sécurité à l'élimination des parties mortes. Or, quand cette élimination se fait, ce qui n'a lieu que vers le neuvième ou le dixième jour, la plaie sous-jacente se trouve déjà parfaitement protégée par une couche ou membrane pyogénique, et le malade se trouve ainsi complétement à l'abri de ces accidents traumatiques de toutes sortes qui viennent si souvent compliquer les plaies par instruments tranchants. »

Nous ne saurions toutefois négliger d'ajouter que malheureusement la cautérisation ne met pas toujours à l'abri de l'infection purulente, ainsi que quelques exemples en ont été rapportés depuis les remarquables travaux de Bonnet (de Lyon) sur la cautérisation.

Si de tout temps des faits innombrables ont démontré l'innocuité relative des plaies par arrachement, rupture ou torsion, toutefois il faut arriver jusqu'à Dupuytren pour trouver les premières applications de ce mode opératoire que l'habile chirurgien n'employait, du reste, que comme une ressource ultime dans les cas de tumeurs profondes entourées de nombreux vaisseaux. Pour M. Maisonneuve, la méthode de l'arrachement a l'avantage de rendre le manuel opératoire plus facile et plus sûr, et, de plus, de prévenir la plupart des accidents traumatiques et surtout l'infection purulente.

« Guidé par le tact exquis des doigts, dit notre honorable confrère, le chirurgien peut manœuvrer avec une sécurité complète. Les gros vaisseaux artériels et veineux, les nerfs, les tendons ne sont plus pour lui des voisins dangereux; il opère au milieu de ces organes avec autant de facilité que dans les régions extérieures; c'est ainsi que, sans nous considérer comme téméraire, nous avons pu entreprendre et mener à bonne fin des opérations considérées jusqu'alors comme radicalement impossibles, telles, par exemple, que l'extirpation de certaines tumeurs interstitielles de l'utérus, de l'aisselle, du cou, et qui désormais sont devenues accessibles à tous, grâce à ce simple mode d'exécution. »

Et telles sont les conséquences heureuses de ce mode opératoire, que M. Maisonneuve n'a jamais vu à sa suite ni ces hémorrhagies foudroyantes, ni ces morts subites par pénétration de l'air dans les veines, « ni tant d'autres accidents terribles dont on trouve de si nombreux exemples dans la pratique des plus habiles opérateurs. » C'est encore grâce à cette méthode que l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu a pu réaliser une des plus terribles opérations de la chirurgie, la désarticulation de la mâchoire, et faire que cette opération, en apparence si redoutable, soit devenue l'une des plus simples et des moins dangereuses de la grande chirurgie.

La méthode d'injection dans les cavités closes vient compléter cette brillante série de découvertes chirurgicales contemporaines. Ce n'est point que cette méthode date d'hier et ne remonte même à deux siècles; mais on doit à l'époque moderne d'avoir généralisé ce moyen thérapeutique et d'avoir complétement mis en évidence qu'un certain nombre de substances peuvent être introduites artificiellement dans la profondeur de nos tissus sans déterminer d'accidents graves, et que, suivant les qualités spéciales de ces substances, on peut obtenir certaines actions déterminées que le chirurgien peut calculer dans un but thérapeutique.

C'est ainsi que par les injections on peut : 1° provoquer dans un kyste une inflammation adhésive; 2° obtenir la coagulation du sang dans les vaisseaux, et partant l'oblitération de ceux-ci; 3° introduire dans le torrent circulatoire des substances réparatrices, 4° faire absorber certaines substances médicamenteuses. Rien n'empêche, ajoute M. Maisonneuve, que ces iodications ne se multiplient, et que cette méthode, déjà si féconde, voie s'agrandir encore le champ de son application.

En dehors de cette savante exposition des brillantes découvertes des temps modernes, notre ingénieux confrère jette, chemin faisant, les bases premières de la théorie féconde de l'intoxication chirurgicale, qu'il se propose de développer bientôt dans un travail plus complet. Trouvant dans la pyoémie la preuve matérielle d'une intoxication produite par la pénétration du pus dans le torrent circulatoire, ainsi qu'un ensemble de manifestations fébriles si semblables à tant d'autres fièvres, M. Maisonneuve a pu logiquement se demander si toutes ces fièvres ne seraient point elles-mêmes le résultat d'une intoxication analogue, et si la spécialité de leurs symptômes ne dépendrait point de la spécialité même de la substance toxique.

Or en examinant attentivement les diverses affections chirurgicales à la suite desquelles se manifestent ces accidents fébriles intercurrents, on ne peut méconnaître les analogies étroites qui rattachent ces maladies à la théorie de l'intoxication. S'agit-il de la fièvre urétrale, par exemple? Ici le doute n'est plus possible, ni sur la nature de la substance toxique, ni sur les diverses circonstances traumatiques qui permettent et favorisent sa pénétration, ni même sur les

effets immédiats et consécutifs qui peuvent en être la conséquence. L'urine est, dans ce cas, l'agent essentiellement toxique qui pénètre dans l'organisme par le tissu érectile de l'urètre et sous l'influence de la plus minime excoriation, incision ou déchirure; et si, malgré la septicité extrême que l'urine offre dans quelques circonstances, l'organisme résiste le plus souvent à son action et même revient assez promptement à son état normal, c'est que le poison est essentiellement éliminable par les émonctoires naturels.

Parlerons-nous de la fièvre hectique qui est consécutive à l'ouverture des abcès par congestion ou des kystes volumineux? Mais est-il donc étonnant qu'une substance organique aussi putrescible que le pus se décompose au contact de l'air et sous l'influence de la chaleur du corps et que, sous certaines conditions locales, les éléments putréfiés du pus soient absorbés en partie et déterminent lentement, mais d'une manière continue une intoxication spéciale que révèleront des phénomènes fébriles particuliers?

La fièvre traumatique elle-même ne peut-elle pas être considérée comme une intoxication produite par la putréfaction au contact de l'air, du sang et de la lymphe versés à la surface de la plaie?

Si dans toutes les intoxications précédentes le poison peut être soumis par l'observateur à un examen direct, il n'en est plus de même de l'intoxication inflammatoire qu'admet M. Maisonneuve, et dont l'analogie seule lui permet d'établir la réalité.

Voici ce que dit à ce sujet notre honorable confrère : On sait que dans l'inflammation, quelle que soit la cause externe ou interne qui la sollicite, le sang, au lieu de suivre sa marche régulière dans la trame capillaire de nos tissus, afflue vers le point irrité; qu'il distend les vaisseaux; que, par le fait de son accumulation anormale, sa marche se ralentit ou s'arrête; que sa partie séreuse se sépare, transsude à travers les parois musculaires, et remplit les vacuoles des tissus; que les globules accumulés se déforment et se désorganisent; que les fibres même de l'organe enflammé se ramollissent et s'altèrent, mais ces liquides exsudés sont repris par l'absorption et rentrent dans la circulation générale, les globules sanguins altérés finissent eux-mêmes par se frayer un passage; de sorte qu'au sang normal viennent incessamment se mélanger des liquides viciés, d'où résulte une véritable intoxication. Quand l'inflammation est peu intense, quand son étendue est très-circonscrite, les phénomènes toxiques se bornent à un léger mouvement fébrile; mais, au contraire, si l'inflammation vient à présenter des proportions considérables, si son intensité excessive détermine une altération profonde du sang, ou bien si l'organe qui en est le siége présente une disposition spéciale qui favorise la décomposition et la résorption des liquides exsudés, oh! alors l'intoxication peut acquérir une intensité terrible, ainsi que nous le voyons dans certaines péritonites suraiguës.

Quel que soit l'avenir réservé à cette grande théorie de l'intoxication, on ne saurait cependant méconnaître sa haute valeur et son importance pratique; car l'idée qui fait dépendre tous les accidents fébriles consécutifs aux blessures ou aux opérations de la pénétration exclusive de substances toxiques dans le torrent circulatoire conduit inévitablement à l'emploi général des méthodes thérapeutiques qui préviennent le plus facilement la pénétration des substances délétères dans l'économie, soit par la neutralisation du poison lui-même, soit par l'occlusion exacte des orifices vasculaires par lesquels il pourrait pénétrer. A ce point de vue la cautérisation, la ligature, l'arrachement, la compression, les sections sous-cutanées, les injections dans les cavités closes, les pansements astringents, etc., acquièrent une importance majeure et appellent de nouvelles investigations pour atteindre plus sûrement cet heureux résultat.

Comme on le voit, tout s'enchaîne dans l'œuvre de M. Maisonneuve, les faits viennent en aide aux idées théoriques, et celles-ci inspirent des innovations pratiques qui en sont la confirmation. Les dangers de l'infection purulente et les conditions de sa production donnent l'idée première de la théorie de l'intoxication, que les fièvres urétrale, hectique, traumatique et inflammatoire élèvent bientôt, grâce à l'ingénieuse conception du savant chirurgien, à la hauteur d'une théorie générale; et celle-ci, par une conséquence logique, s'entoure des méthodes thérapeutiques dont les résultats généralement heureux peuvent le mieux mettre en évidence la légitimité de l'idée doctrinale.

Nous n'insisterons point sur la valeur d'un ouvrage dont tous les chirurgiens ont apprécié de longue date les divers travaux qu'il renferme. Le nom de M. Maisonneuve suffit à lui seul pour recommander son œuvre.

Qu'il nous soit permis, toutefois, de formuler deux regrets : le premier, c'est que notre distingué confrère n'ait point tenu compte de la rectification demandée à juste titre par M. Jules Guérin (1) relativement à son explication physiologique de la théorie sous-cutanée; et le second, c'est que les recherches postérieures à la publication première de ses divers mémoires n'aient pas été mentionnées dans la *Clinique chirurgicale*. C'est ainsi qu'à l'occasion de la coxalgie, par exemple, nous aurions désiré que la *méthode de redressement immédiat* préconisée par Bonnet (de Lyon), loin d'être complétement laissée dans l'oubli, eût été l'objet d'une appréciation aussi méritée qu'impartiale.

SISTACH.

VARIÉTÉS.

— Par divers décrets ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Baradou, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier : M. le docteur Dupeyron, médecin aide-major de première classe, et MM. les médecins des épidémies : Autellet (Civray); de Labordette (Lisieux); Penard (Versailles); Descieux, médecin-vaccinateur dans le département de Seine-et-Oise; Dubreuilh, idem à Bordeaux; Lefort, auteur d'ouvrages très-estimés sur l'hydrologie médicale; Tripier, médecin inspecteur d'Évaux.

— Ce n'est pas comme ancien médecin de l'hôpital du Gros-Caillou que M. Worms (Jules) a reçu la croix de chevalier, mais bien comme ancien aide-major du 4e régiment d'artillerie (blessé; deux campagnes; deux fois proposé pour la croix).

— Par décret en date du 9 août 1864, M. Chaspoul, chirurgien de première classe, a été promu au grade de chirurgien principal de la marine.

— M. le docteur Salet est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Bordeaux.

— La Société littéraire et scientifique de Castres distribuera en 1865 quatre médailles :

1° Une médaille d'or pour une étude sur les œuvres de médecine pratique d'Alexis Pujol (de Castres) (1739-1804); 2° une médaille d'or pour l'examen et la discussion de cette question : « Faire connaître sous leurs noms latins, français et patois les plantes qui croissent spontanément dans une zone déterminée de l'un des deux versants de la montagne Noire; indiquer leurs caractères, leur facies, leur habitat et leurs propriétés médicinales ou industrielles. »

Les manuscrits devront être adressés *franco*, dans les formes académiques, à Castres, avant le 1er mars 1865, à M. le président de la Société littéraire et scientifique. Ces médailles seront distribuées dans la dernière quinzaine du mois d'avril 1865.

— Un concours pour les emplois de pharmacien élève à l'École impériale de service de santé militaire aura lieu :

A Strasbourg, le 29 septembre prochain; à Lyon, le 6 octobre;
A Montpellier, le 19; à Toulouse, le 13 et à Paris le 17 octobre.

Conditions d'admission à ce concours :
1° Être né ou naturalisé Français.
2° Être reconnu apte à servir activement dans l'armée.
3° Avoir eu moins de 21 ans au 1er janvier de l'année courante.
4° Être pourvu du diplôme de bachelier ès sciences.
5° Justifier de trois années de stage dans une pharmacie civile.

Des bourses, demi-bourses et trousseaux sont accordés aux élèves qui ont fait constater l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'École.

Les frais d'inscriptions, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, etc., sont payés par le ministre de la guerre.

— Un concours aura lieu à Strasbourg le 7 décembre 1864, à Montpellier, le 15 et à Paris le 21 du même mois; ce concours n'intéresse que les pharmaciens de première classe déjà pourvus de leur diplôme qui voudraient exercer leur profession dans les rangs de l'armée.

Les conditions d'examen sont les suivantes :
1° Être Français.
2° Être exempt de toute infirmité.
3° N'avoir pas dépassé l'âge de 28 ans.

La durée du stage à l'École du Val-de-Grâce est fixée à un an. Les stagiaires reçoivent une indemnité de première mise fixée à 500 francs et des appointements fixés à 2,160 francs par an.

— A la suite du concours pour les prix de l'École pratique, les récompenses suivantes ont été accordées : Médaille d'or, M. Damaschino; médailles d'argent, MM. Lemoine et Bernadet.

(1) *Gazette médicale*, 1862, p. 272.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE MÉDICO-LÉGALE.

MALADIE SIMULÉE. — COMMOTION DU CERVEAU AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL. — TOXICOLOGIE : EMPOISONNEMENTS PAR LA DIGITALE ET L'ANILINE.

La simulation des maladies est devenue moins fréquente à mesure que le diagnostic médical a fait des progrès; elle n'est cependant pas rare, et si l'on n'entend plus parler aujourd'hui de femmes accouchant de viande de canard ou vomissant des grenouilles, faits qui trouveraient peu de croyants, on rencontre néanmoins des cas assez singuliers, où la fraude n'est pas facile à découvrir, et qui peuvent exercer toute la sagacité du médecin. Souvent l'intérêt qu'a un individu à feindre une maladie met sur les traces de la simulation, et facilite les moyens de la démasquer : tels sont les cas du criminel qui simule la folie pour éviter l'échafaud ; du conscrit qui prétexte une affection qu'il sait devoir le faire exempter du service militaire; du mendiant qui découvre un simulacre d'infirmité pour exciter la pitié publique, etc. Mais il est des cas où l'intérêt qu'on devra retirer de la simulation est moins apparent, et où l'habileté de l'industriel est si grande, sa constance si tenace, qu'il faut réellement un examen minutieux, approfondi, soutenu, pour le trouver en défaut et le convaincre de simulation. Les *Annales d'hygiène* contiennent à ce sujet l'observation d'un fait dont voici le résumé :

Une pauvre fille, Rose N..., était paralysée et aveugle depuis dix-huit mois; tout le monde dans son village en était convaincu, et deux de ses voisines s'étaient dévouées pour la soigner. Un jour l'une de ces filles trouve un grand désordre dans la chambre et sur le lit de Rose; celle-ci avait la tête cachée sous son drap, le cou serré dans les manches d'une chemise, la bouche et le nez recouverts d'un mouchoir, les seins et les bras tout noirs; elle était évanouie. Quand elle reprend ses sens, elle dit que deux hommes, les deux frères R..., dont elle prétend dans sa déposition avoir reconnu la voix, sont entrés chez elle, l'ont saisie violemment par les seins, l'ont retournée dans son lit, l'ont menacée de la tuer après lui avoir fait subir toutes sortes de tortures, et lui ont introduit quelque chose de chaud dans les parties, ce qui a été la cause de son évanouissement.

Plusieurs médecins ont été appelés à visiter Rose. Le premier a retiré du vagin deux morceaux de fer rouillés, et un autre du rectum. Avant lui, les femmes qui soignent Rose avaient extrait du vagin dix morceaux de fer semblables. Il a cherché vainement des traces de lutte sur quelques parties du corps : il n'a trouvé ni contusion ni ecchymose.

Un second médecin est adjoint au premier; ils constatent chez Rose : 1° une contracture musculaire qu'elle ne peut vaincre, et qui n'a pu lui permettre d'introduire elle-même les corps étrangers dans le vagin et le rectum; 2° une cécité complète et permanente; 3° absence de toute contusion; 4° absence de déchirures au vagin et au rectum; 5° innocuité de l'introduction des corps étrangers dans les cavités vaginale et rectale. Rose a rendu un quatorzième morceau de fer depuis le premier examen; on en trouve un autre dans le vagin.

Un troisième médecin constate les mêmes faits, et de plus signale l'extraction hors du vagin de trois autres corps, dont une lame de conteau et un rouleau de fil de fer.

Les deux frères R... comparaissent devant la cour d'assises sous l'accusation d'attentat à la pudeur et de tentative d'homicide sur la personne de Rose N..., le tout accompagné d'actes de barbarie. Un incident fait renvoyer le jugement de cette affaire à la session suivante des assises, et dans cet intervalle de temps, Rose entre à l'hôpital, où elle est examinée et surveillée avec soin.

M. le docteur Merland, auteur de l'observation, constate l'état suivant : décubitus dorsal avec immobilité absolue; abaissement des paupières supérieures sur les inférieures, comme dans le sommeil; quand on les écarte, yeux fortement convulsés, le droit en dehors, le gauche en dedans; opacités sur les deux cornées, mais la pupille droite peut être traversée à sa partie supérieure par des rayons de lumière; perception des phosphènes; flexion des avant-bras sur les bras à peu près à angle droit, et telle qu'il faut employer une grande force pour étendre l'avant-bras, et qu'un corps interposé entre les doigts et la main est maintenu fortement serré; extension des jambes, rétraction des fléchisseurs des orteils; ongles des doigts et des orteils peu longs, bien qu'ils n'aient été coupés, dit la malade, depuis le début de la paralysie, et cheveux non mêlés, bien qu'elle n'ait pas été peignée depuis la même époque. Rose a la parole faible, elle souffle, pour ainsi dire, les mots; elle dit que depuis seize mois elle n'est pas allée à la selle, qu'elle vomit des matières fécales tous les deux ou trois jours, qu'elle ne se nourrit que d'aliments liquides et de vin, qu'elle est réglée, mais non tous les mois, etc.

Voici maintenant les faits qu'a fournis une surveillance attentive de Rose.

Plusieurs fois des malades, des infirmières, des sœurs, l'ont vue exécuter des mouvements quand elle croyait n'etre aperçue de personne.

Par l'inhalation du chloroforme on a obtenu facilement l'extension des avant-bras et des doigts.

Un fuseau interposé dans sa main est tombé le lendemain, par suite des mouvements qu'elle a faits.

L'angle de l'avant-bras sur le bras ne présente pas toujours la même ouverture; on voit les fléchisseurs se contracter quand on veut produire l'extension. Un jour on lui ouvre la main, malgré une douleur inaccoutumée qu'elle accuse, et l'on y trouve des matières fécales. Un autre jour les ongles sont déchirés, comme avec les dents, et l'on trouve les débris dans le lit.

Rose disait qu'elle n'allait pas à la garde-robe depuis seize mois : l'infirmière trouve sous son chevet deux mouchoirs salis par des matières fécales, puis elle découvre des excréments dans le matelas qui avait été décousu en un point pour cette introduction; la malade a des matières fécales aux ongles et à la chemise. Plus tard on en trouve encore dans une solution de continuité existant entre deux charpentes à la portée de Rose; elle pouvait y atteindre sans quitter le lit, mais par un mouvement de tout le corps, et en allongeant fortement le bras.

Un jour on veut la changer de chemise; elle refuse et résiste; on passe outre, et on lui trouve des matières fécales dans le creux de

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE DE LOUIS.

(Suite. — Voir les nos 33, 34 et 35.)

IV.

De l'ancienne organisation académique rien ne subsiste aujourd'hui, hormis les fonctions de secrétaire perpétuel. Ces fonctions sont à vie, et celui qui les remplit est inamovible. Le secrétariat représente une espèce de royauté élective. Le secrétaire perpétuel est le personnage influent par excellence; il possède de fait le pouvoir. Les présidents se succèdent, le conseil d'administration se renouvelle périodiquement, les honneurs et les dignités académiques sont passagers; mais le secrétaire perpétuel se perpétue en effet dans ses fonctions de surintendant et de premier ministre. C'est lui qui gouverne et qui maintient la tradition; car il est placé comme un modérateur, comme un surveillant, et sa charge consiste précisément à défendre et préserver contre tout empiétement, contre toute tentative de violation la charte de l'Académie, c'est-à-dire le règlement, qui est à la fois une constitution et un code.

Le temps, qui modifie toutes choses, a-t-il modifié les attributions et le rôle du secrétaire perpétuel? Sans aucun doute, et il n'est pas indifférent de savoir si la tâche de ce grand officier (qu'on nous passe le mot) est maintenant plus facile ou plus difficile qu'elle n'était autrefois. La question n'est point oiseuse dans une étude comparative des mœurs académiques.

Dans l'ancienne Académie royale de chirurgie, le vrai maître et seigneur était le premier chirurgien du roi. A lui appartenait de droit la présidence. Le directeur n'était que son lieutenant; il présidait l'assemblée en l'absence de ce protecteur souverain. Il y avait donc, dans l'ancienne organisation académique, un président perpétuel qui exerçait sans contrôle le pouvoir absolu, et qui prononçait des arrêts sans appel dans toutes les questions litigieuses. Le secrétaire perpétuel, qu'on nous permette une comparaison opportune, était le délégué et comme le substitut de ce premier magistrat, un intermédiaire entre l'Académie et son chef suprême. Toutes les fois qu'une difficulté surgissait, qu'un événement extraordinaire arrivait, le secrétaire perpétuel invoquait les lumières et l'autorité du président à vie. Ce dernier, pour peu qu'il fût zélé, intervenait jusque dans les menus détails d'administration et de police intérieure.

On conçoit aisément combien étaient délicates les fonctions du secrétaire perpétuel en de pareilles conditions. Pouvait-il faire consciencieusement son devoir et remplir toutes les obligations de sa charge de façon

l'aisselle. Le lendemain, contrairement à son habitude, elle urine dans son lit, et les parties, sales la veille, sont trouvées nettoyées.

Elle avait prétendu vomir des matières fécales; un jour, en effet, elle en rejette. mais c'étaient des matières élaborées dans le gros intestin; la chemise, les mains, la bouche, souillées de ces matières, témoignent qu'elle les avait préalablement avalées.

Quoique peu sensible à la douleur provoquée, Rose s'est plainte des piqûres des mouches, des puces et des punaises.

Elle n'a eu, pendant le temps qu'elle a passé à l'hôpital, ni crise hystérique ni syncope; quand elle était contrariée, elle était sujette à un tremblement nerveux, ressemblant aux frissons de la fièvre intermittente.

Un nouvel examen de Rose est fait par un expert: il pique son bras, et elle n'accuse pas de douleur; il étend l'avant-bras sur le bras, et il est obligé de déployer une force qui lui semble incompatible avec la faiblesse de la malade; la contracture des muscles de l'œil lui paraît involontaire; Rose peut tenir les réophores d'une pile électrique sans accuser de douleur.

L'expert conclut que Rose est paralysée.

M. Merland, réunissant et interprétant avec raison les divers faits mentionnés plus haut, combat ces conclusions, et met en évidence la simulation de Rose. Les frères R... ne sont donc pas coupables: l'absence d'ecchymoses aux seins, de déchirures et de contusion aux parties sexuelles, la sortie hors du vagin de corps étrangers après l'examen des premiers médecins, tout démontre que Rose seule est l'auteur des actes qu'elle dit avoir été commis sur elle.

Reste une question: Rose est-elle folle ou a-t-elle agi avec conscience de ses actes? Tout dans sa conduite témoigne de l'action propre de sa volonté, et il semble bien difficile d'admettre, d'un autre côté, que cette fille est une hystérique qui se trompe elle-même, mais qui ne cherche pas à tromper, et que par conséquent elle n'est pas responsable.

Il est inutile d'ajouter que les frères R... ont été acquittés.

Ce fait justifie pleinement ce que nous disions en commençant. L'intérêt de la fille Rose à simuler pendant si longtemps une maladie paraît bien inférieur à la force de persévérance qu'elle a déployée. Voulait-elle exciter la pitié publique, faire parler d'elle, se venger des frères R...., si du moins elle avait quelque ressentiment contre eux. La question de folie étant écartée, ce sont les seules hypothèses admissibles; admettons-les toutes trois: ces motifs sont bien faibles à côté de la torture qu'elle s'est imposée volontairement pendant dix-huit mois. Aussi plusieurs experts s'y sont trompés, et ce n'est que par une surveillance active de jour et de nuit, et exercée pendant un assez long temps, qu'on est parvenu à dévoiler la simulation.

— M. le docteur de Ferry de la Bellone vient de publier une thèse sur la commotion du cerveau au point de vue médico-légal.

L'auteur commence par établir l'existence de la commotion cérébrale comme maladie propre, opinion qui, on le sait, n'est pas admise par tous les médecins. La commotion est toujours le résultat d'une violence appliquée, directement sur le crâne, ou indirectement sur une partie de la charpente osseuse qui puisse transmettre l'ébranlement au cerveau (chute sur les talons, les genoux, les fesses).

Notre collègue s'étend assez longuement sur la question relative à l'anatomie pathologique. Il rappelle des faits mentionnés par Littré et Bayard, les expériences faites par M. Fano sur les animaux: il cite lui-même des observations qui lui sont propres; il conclut de la discussion à laquelle tous ces faits donnent lieu que, dans la commotion cérébrale, on n'observe ni le vide dont ont parlé Sabatier et Dupuytren entre le cerveau et la paroi crânienne, ni des épanchements sous-arachnoïdiens de la base du crâne, enveloppant le bulbe et la protubérance, tels que M. Fano les a toujours constatés chez les animaux. La lésion de la commotion cérébrale doit exister, mais elle est inappréciable, comme elle l'est dans les névroses. Le piqueté rouge qu'a présenté le cerveau dans la plupart des autopsies faites dans des cas semblables est pour l'auteur une lésion appartenant à la réaction qui a suivi la commotion, et n'en est pas un élément anatomique constitutif.

Les symptômes de la commotion cérébrale sont importants à connaître. Dans les cas légers, étourdissement, éblouissements, bourdonnement des oreilles, quelquefois perte de connaissance, résolution musculaire, mais de peu de durée (une demi-heure au plus). Dans les cas graves, perte absolue de connaissance, pâleur et immobilité de la face, résolution musculaire complète, relâchement des sphincters et expulsion de matières fécales et d'urine, quelquefois vomissements; paupières abaissées, yeux fixes, pupilles souvent dilatées; circulation et respiration régulières, quelquefois considérablement ralenties; parfois éjaculation. Dans les cas mortels, ces symptômes atteignent le plus haut degré, et les malades meurent dans le coma quelques heures après l'accident. Dans les cas moins graves, ils peuvent rester plusieurs jours en cet état, et quand ils reprennent leurs sens, ce qui a lieu lentement, ils n'ont aucun souvenir de ce qui s'est passé, chose importante au point de vue médico-légal.

Abordant ce côté de la question, M. de Ferry admet trois espèces de commotion: la commotion vertigineuse, la commotion avec perte de connaissance, la commotion comateuse; ces trois degrés sont en rapport avec la partie du cerveau qui a été le plus ébranlée, à savoir: une portion ou la totalité des hémisphères cérébraux dans les deux premiers cas, le bulbe et la protubérance dans le dernier.

La commotion peut être simulée, supposée, provoquée: autant de cas qui réclament l'intervention du médecin légiste. On se souvient que dans l'affaire Armand on a invoqué la commotion au bénéfice de Maurice Roux. Dans tous ces cas, les principaux éléments que l'expert possède pour découvrir la vérité consistent surtout dans l'existence de traces de violence sur le crâne ou sur quelque autre partie du corps, si la commotion a eu lieu par contre-coup; dans les rapports de ces lésions, d'un côté avec l'agent vulnérant, de l'autre avec la gravité des symptômes; dans l'appréciation de ces symptômes et le diagnostic différentiel de l'état morbide qu'ils représentent avec les autres accidents et certaines névroses de l'encéphale; dans l'interrogatoire du malade, dont les déclarations, conduites avec habileté, sont souvent contraires aux données de la science, ou se contredisent les unes les autres. Par exemple, dans la commotion grave, il y a insensibilité et perte de mémoire; si donc un individu, prétextant un semblable état, dit avoir senti ou entendu ce qu'on faisait sur lui

---

à contenter à la fois ses collègues et le président de l'Académie? Qui ne sent la difficulté d'une telle position? Il semble néanmoins qu'on n'en a pas assez tenu compte en appréciant les actes et la conduite de Louis.

D'où venaient ces inimitiés sourdes, ces haines mal dissimulées, qui finirent par éclater et s'affirmèrent en une hostilité formidable, lorsque la grande révolution politique de 1789 eut bouleversé l'ordre hiérarchique des sociétés savantes? Certes, les rares talents de Louis avaient soulevé bien des jalousies. Cet homme supérieur avait ameuté contre lui une foule de mécontents et d'envieux; et quand vint le jour de la revanche, il se trouva des délateurs pour l'accuser emphatiquement de tyrannie, dans le jargon déclamatoire de l'époque. Louis expia bien chèrement alors le zèle et la fermeté dont il avait fait preuve en maintes circonstances, pour maintenir intact l'honneur de l'Académie; et il eut la douleur de voir ses services méconnus au nom de la liberté et de l'égalité.

Il est vrai que durant son secrétariat il avait exercé de fait le pouvoir souverain, car Lamartinière avait en lui une confiance absolue: ses lettres ne laissent aucun doute à cet égard. De son côté, Louis respectait beaucoup le bon sens pratique et l'esprit de décision de Lamartinière; de telle sorte que ces deux hommes s'entendaient à merveille pour travailler de concert à la prospérité de l'Académie. Il faut d'ailleurs leur rendre cette justice, que l'avenir de l'Académie fut la plus grande, la constante préoccupation de l'un et de l'autre.

Lamartinière ne pouvait trouver un meilleur auxiliaire, ou mieux encore, un collaborateur qui secondât plus efficacement ses efforts. Louis se préoccupait avant tout de l'avancement de l'art chirurgical, de la propagation des lumières parmi les chirurgiens, et de la dignité d'une profession qu'il s'agissait de relever, de réhabiliter en quelque sorte. Malheureusement tous les membres de la corporation ne comprenaient point l'excellence d'une institution qui se proposait de réformer des abus dans la profession, aussi bien que dans la pratique de la chirurgie; et plus d'une fois les confrères de Saint-Côme s'insurgèrent ouvertement ou cabalèrent en secret contre cette révolution pacifique qui devait, en définitive, mettre l'art chirurgical à sa place et assurer honneur et considération aux chirurgiens.

Aujourd'hui nous voyons cet art tel que l'a fait cette grande Académie royale de chirurgie, dont Louis fut l'âme; et derrière les noms illustres ou distingués, nous n'apercevons pas cette majorité inculte et grossière, qui n'obéissait qu'à des influences héréditaires, à des traditions routinières, et ne voulait pas ou ne pouvait pas comprendre que les améliorations de l'art tourneraient au profit des artistes. Beaucoup de membres de cette puissante confrérie ne s'élevaient pas notablement au-dessus des rebouteurs et des barbiers, par l'instruction et par la noblesse des sentiments.

Il s'agissait de convertir, d'amener à la bourgeoisie ce tiers état vulgaire et mal discipliné, qui ne concevait pas bien distinctement la distance qui sépare l'art du métier; il fallait réformer ces habitudes de

on autour de lui, sans avoir pu réagir, évidemment il cherche à tromper. La simulation devient plus flagrante si l'individu paraît conserver certains désordres fonctionnels qui ne sauraient être considérés comme les suites de la commotion, tels que le mutisme, l'aphonie, etc.

La question de commotion cérébrale peut être soulevée dans une foule de circonstances, comme les attentats à la pudeur, l'avortement, l'infanticide, l'homicide, le suicide, etc. Dans chacun de ces cas, elle donne lieu à d'autres questions subsidiaires auxquelles M. de Ferry consacre des développements intéressants, mais sur lesquelles nous ne pouvons ici le suivre. Du reste, la solution de ces diverses questions repose sur les mêmes considérations que celles que nous venons de présenter à propos de la commotion simulée ou supposée.

EMPOISONNEMENT PAR LA DIGITALE.

Lorsque, dans un empoisonnement, la substance toxique peut être retrouvée dans les organes, et isolée, les manipulations chimiques propres à la réduire et à la reconstituer l'emportent, au point de vue médico-légal, sur l'étude des symptômes. Mais quand le poison échappe à tous les moyens d'analyse, la symptomatologie acquiert nécessairement une grande importance. Voici un fait d'empoisonnement par la digitale qui a présenté des phénomènes dont certains ont un grand intérêt.

Une jeune fille de 22 ans, domestique chez un pharmacien, croyant prendre deux infusions de bourrache pour mûrir un rhume dont elle était atteinte, prend deux infusions de feuilles de digitale; chaque infusion contenait environ 3gr,50 de feuilles de cette plante. Les symptômes qui ont été observés sont les suivants : quatre ou cinq heures après l'ingestion de la tisane, malaise, douleur épigastrique, vomissements abondants de matières d'abord alimentaires, puis liquides et enfin de couleur jaune verdâtre; sensation de froid général; vertiges et troubles de la vision, sentiment persistant d'ivresse et brisement général; pâleur de la face, dilatation des pupilles; peau froide, pouls à 52 pulsations par minute, intermittent et irrégulier, bruit de souffle doux au premier temps des battements du cœur; la malade n'urine que dans la soirée du troisième jour, et la constipation est opiniâtre. Au quatrième jour, persistance des vomissements, pouls descendu à 41 pulsations par minute, respiration embarrassée; le soir, amendement des symptômes. Au matin du cinquième jour, pouls à 58, moins irrégulier, vomissements moins nombreux, miction plus facile; le soir, apparition des règles; à deux heures du matin, la malade se lève pour uriner et s'affaisse tout à coup : elle était morte. L'autopsie n'a pas été faite.

Parmi tous ces symptômes, dont l'ensemble caractérise d'une manière type l'empoisonnement par la digitale, il en est un sur lequel M. Mazel (d'Anduze), qui a recueilli cette observation, insiste particulièrement, et avec raison : c'est la suppression des urines, qui a duré cinquante heures.

Notre collègue se demande encore à quoi il faut attribuer la mort brusque de la jeune fille, alors que l'état général semblait s'améliorer, et il la rapporte à une syncope. Si cette manière de voir est exacte, et nous sommes assez disposé à l'adopter, et si, d'un autre côté, l'on admet que la syncope peut être la conséquence de l'action élective de la digitale sur le cœur, on voit qu'en pareil cas il faut chercher à prévenir cet accident en recommandant instamment au malade la position qui y expose le moins, c'est-à-dire la position horizontale. (*Journal de chimie médicale, de pharmacie et de toxicologie.*)

EMPOISONNEMENT PAR L'ANILINE.

Un recueil allemand rapporte le fait d'un empoisonnement par l'aniline. Un jeune homme de 18 ans, employé chez un droguiste, était occupé depuis deux mois à empaqueter des couleurs d'aniline dont la poussière, malgré de nombreux lavages, avait coloré en bleu ses mains, son visage et ses cheveux. Il avait dû, par conséquent, en respirer une assez grande quantité, bien que parfois il mît un mouchoir devant sa bouche pour éviter cet inconvénient. Il fut atteint d'un catarrhe pulmonaire dont les symptômes s'accompagnèrent bientôt de phénomènes étrangers à cette maladie, tels que grand abattement et tendance aux syncopes, douleurs occipitales, dilatation des pupilles, convulsions cloniques des extrémités et des muscles du visage. Bientôt ces symptômes se modifièrent heureusement, et le jeune homme guérit; il n'en perdit pas moins les cheveux.

Ce n'est pas la première fois qu'on signale des accidents produits par l'aniline; en Angleterre on a observé des empoisonnements dus à cette substance. De nombreuses expériences ont été faites sur les animaux par plusieurs observateurs, entre autres par le docteur anglais Letheby, et les principaux résultats auxquels on est arrivé sont les suivants :

L'aniline pure agit comme un narcotique énergique. Elle exerce une action irritante locale sur l'estomac et les intestins.

L'alcaloïde pur est plus vénéneux que les sels d'aniline.

L'aniline provoque chez les animaux des convulsions cloniques violentes, parfois toniques, qui persisteut presque jusqu'à la mort; une diminution de la sensibilité et un abaissement de température qui augmentent jusqu'à la fin.

L'action sur la respiration et sur les battements du cœur n'est pas bien déterminée; les muscles de la respiration participent aux convulsions cloniques.

Dans les cas d'empoisonnement rapide, on peut retrouver l'aniline dans les organes; si l'empoisonnement est lent, la substance se réduit dans le corps et ne peut être retrouvée. (*Annales d'hygiène et de médecine légale.*)

Dr F. DE RANSE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES COÏNCIDENCES PATHOLOGIQUES DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE; par V. CORNIL, interne des hôpitaux, membre de la Société de biologie, etc. (Lu à la Société de biologie.)

L'œuvre capitale de la pathologie est de rapprocher, de réunir les affections qui, par leur coïncidence fréquente, par leurs rapports de succession, montrent manifestement qu'elles appartiennent à une

charlatanisme effronté, en détruisant petit à petit les effets de l'ignorance. En peu de mots, le problème à résoudre était la constitution de l'art sur une base scientifique. La profession devait nécessairement se ressentir d'une réorganisation, ou mieux d'une organisation radicale.

Il importe de bien peser toutes ces considérations avant de juger la correspondance scientifique de Louis.

Dans les circonstances où se trouvait l'Académie royale de chirurgie, le secrétaire perpétuel, organe de la compagnie, exerçait proprement les fonctions de censeur et de grand juge. Ce n'était pas tout d'encourager le zèle et de récompenser le mérite, il fallait encore surveiller la conduite, diriger ou contenir l'activité, conseiller l'inexpérience, avertir la présomption de tous ceux qui s'associaient soit par pure vanité, soit avec les meilleures intentions, à l'œuvre que poursuivait l'Académie. On pense bien qu'il y avait des auxiliaires indiscrets, téméraires, compromettants. Les occasions ne manquaient point d'approuver et de louer; mais de temps en temps il fallait donner des avertissements, et parfois même faire des exemples.

Le secrétaire de l'Académie exerçait une haute censure, on pourrait dire une sorte de haute police sur les chirurgiens qui tenaient de près ou de loin à la compagnie. Il distribuait l'éloge et le blâme avec toute l'autorité qu'on pouvait souhaiter, puisqu'il parlait ou écrivait au nom de l'Académie. Celle-ci avait le monopole de la publicité pour toutes les affaires de son ressort ; ses registres conservaient le résumé de tous ses actes; l'Académie écrivait elle-même son histoire, séance par séance, et la gardait dans ses archives. Le journalisme n'avait point fait invasion dans son enceinte, j'entends le journalisme spécial, qui s'alimente aujourd'hui en grande partie des discussions académiques et qui pousse tant d'académiciens à se faire orateurs.

Dans l'ancienne Académie royale de chirurgie, on faisait moins de frais d'éloquence. On avait grandement raison. L'expérience a prouvé que les longs discours ne valent pas beaucoup pour l'avancement de l'art, et sauf quelques exceptions, on nous accordera sans peine que les harangues académiques, trop encouragées de nos jours à l'Académie de médecine, indépendamment de la satisfaction d'amour-propre des discoureurs, ne sont réellement utiles et profitables qu'aux journalistes embarrassés de remplir les colonnes de leurs journaux. Quelle énorme économie réaliserait l'Académie de médecine, si elle rentrait dans l'ancienne tradition qui se conserve encore à l'Académie des sciences! Économie de temps et économie d'argent.

Il est probable que sans ces interminables oraisons dont nous prenons tout doucement l'habitude, les travaux des commissions seraient beaucoup plus actifs et infiniment plus sérieux. Et combien le *Bulletin de l'Académie*, qui atteint les proportions d'un énorme volume, ne gagnerait-il pas à être réduit de la moitié ou des trois quarts! Je ne pense pas que cette réduction fît le moins du monde tort aux Mémoires. Il est très-probable en effet qu'avec moins de pièces d'éloquence et d'impro-

même famille pathologique, à une même dyscrasie. Tous les médecins sont d'accord sur la haute importance de semblables rapprochements qui ont constitué l'histoire aujourd'hui si bien connue de la syphilis et de la scrofule. Mais si l'on est d'accord sur l'utilité du but à atteindre, la difficulté commence avec les moyens qu'il faut employer pour y parvenir. Il ne suffit pas en effet de présenter quelques observations plus ou moins concluantes; il faut avant tout résister à l'entraînement qui porte à généraliser les faits isolés qui ont le plus frappé l'esprit. C'est avec des résultats de statistique exprimés rigoureusement par des chiffres qu'il faut se présenter à ses lecteurs, si l'on ne veut pas agir seulement sur leur imagination. Or la statistique doit, pour être définitive, porter sur un nombre considérable de faits, et notre seule ambition, en publiant le petit nombre de ceux que nous avons observés, est de lui apporter un tribut utile.

L'histoire du rhumatisme chronique a été parfaitement faite dans les thèses soutenues par MM. Charcot (en mars 1853), Trastour (en novembre 1853), Vidal (1854), Plaisance (1) (1858).

Nous avons nous-même recueilli les matériaux qui servent de base à ce mémoire à l'hospice de la Salpêtrière où le rhumatisme chronique entre pour 1/15 ou 1/20 dans les admissions d'infirmes. Notre relevé porte sur 64 observations, dont 9 suivies de nécropsie; ce sont celles des malades reçues pendant l'année 1863 dans les salles d'infirmerie du service de M. Charcot, et en outre celles des infirmes admises dans les dortoirs des bâtiments Saint-Jacques et Saint-Charles. Ces dernières font partie de notes prises par MM. Charcot et Vulpian sur toutes les malades, au nombre de 660, couchées dans ces dortoirs, notes qu'ils ont bien voulu mettre à ma disposition avec une obligeance dont je ne saurais trop les remercier.

Nous étudierons les maladies qui coïncident avec le rhumatisme chronique dans l'ordre suivant :

1° Maladies de la peau, des yeux et des ganglions lymphatiques;

2° Des organes de la circulation, de la respiration et de la digestion;

3° Des organes urinaires;

4° Du système nerveux;

5° Les complications ultimes, telles que la gangrène, les escarres et les abcès.

1° MALADIES DE LA PEAU.

Nous avons interrogé presque toutes nos malades, les deux tiers environ, sur leurs antécédents du côté des téguments pour savoir si elles avaient eu dans leur première enfance des *gourmes*, de l'*eczéma* du cuir chevelu, et plus tard dans la jeunesse, et l'âge mur des affections cutanées. Nous ne trouvons l'eczéma du cuir chevelu pendant l'enfance que dans 5 observations : dans quatre de ces cinq cas, il a coexisté avec des glandes suppurées au cou et sous les mâchoires inférieures qui ont laissé leur trace indélébile et caractéristique; dans ces quatre faits, l'eczéma et les glandes étaient manifestement sous l'influence de la scrofule.

(1) La *Thèse* de M. Plaisance a été rédigée d'après les conseils et les notes de M. Charcot.

Quant aux maladies de peau persistantes chroniques, nous n'en avons trouvé que trois cas : deux cas d'*acne rosacé* de la face et un cas d'*eczéma nummulaire* qui répond très-bien à la description qu'en a donnée M. Bazin, et qu'il rapporte à l'arthritis.

Voici l'observation de cette malade, qui a du reste séjourné quel que temps dans le service de M. Bazin :

RHUMATISME ARTICULAIRE SUBAIGU; ECZÉMA NUMMULAIRE.

Obs. 1. — Annebèque, âgée de 62 ans, a été admise à la Salpêtrière en mars 1862.

Son père a été hémiplégique; sa mère a eu, dit-elle, des douleurs et de la paralysie, mais la malade n'en a pas conservé un souvenir précis.

Elle n'a eu pendant son enfance ni gourmes ni glandes au cou, n'a jamais eu de logement humide. Réglée depuis l'âge de 15 jusqu'à 52 ans, elle avait souvent pendant sa jeunesse des furoncles, surtout dans l'aisselle. Elle a été toute sa vie sujette aux migraines siégeant d'un seul côté de la tête (hémicranie) et accompagnées de vomissements. Ces migraines reviennent encore maintenant toutes les trois semaines. Mariée à l'âge de 28 ans, elle a eu trois enfants.

Il y a dix-huit ans, époque à laquelle notre malade est venue habiter Paris, elle a fait une longue maladie qui l'a retenue neuf mois à la Charité, et qu'on a appelée pneumonie et fièvre inflammatoire.

Quelque temps avant sa ménopause, elle a éprouvé au poignet, aux articulations métacarpo-phalangiennes et au genou du côté droit des douleurs qui l'obligeaient à rester au lit deux ou trois jours, se passaient pour revenir ensuite. Elle se rappelle bien avoir eu en même temps que ces douleurs du gonflement et de la rougeur à la peau au niveau des articulations.

A l'âge de 52 ans, survient une tuméfaction douloureuse de la région inguinale et de l'œdème de tout le membre inférieur du côté droit. La malade y éprouvait des douleurs très-vives, et en même temps les articulations des deux masses devinrent douloureuses, à droite plus qu'à gauche, où la douleur et la tuméfaction siégeaient surtout à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Pendant la convalescence de cette attaque de rhumatisme, qui a duré six mois, il lui vint sur la jambe droite une éruption eczémateuse, et ses cheveux tombèrent à la suite d'un eczéma nummulaire du cuir chevelu. Depuis un an l'eczéma a passé sur la jambe gauche. La malade prétend que lorsque ses jambes ne sont pas œdématiées, elle a de l'oppression, et qu'elle entend des sifflements dans la poitrine.

État actuel. Femme de forte constitution, à tempérament sanguin. Les jointures de la main droite sont noueuses et leurs mouvements sont bornés. Sur les deux jambes on observe des plaques arrondies nummulaires d'eczéma à surface rouge, généralement peu humides et recouvertes de minces squammes; pas d'hémorrhoïdes.

Nous avons rapporté l'observation de cette malade, bien qu'elle fût la seule de nos rhumatisantes qui présentât une maladie cutanée persistante. Ce qui nous y engage, c'est que, par les antécédants et la constitution du sujet, aussi bien que par les symptômes de l'éruption, elle répond pleinement aux caractères assignés par M. Bazin aux arthritides. Mais n'oublions pas qu'elle est isolée; que, d'un autre côté, un plus grand nombre de nos rhumatisantes étaient scrofuleuses ou tuberculeuses, comme nous le verrons bientôt, et pour ces raisons, gardons-nous bien de conclure sans plus ample informé sur la nature de ces affections cutanées.

---

visations, nous aurions des travaux originaux plus nombreux et plus solides.

Il n'est point indispensable pour les progrès de l'art que les coutumes parlementaires s'enracinent dans les académies; mais il est essentiel pour la gloire d'une corporation savante que les travaux sérieux passent avant les vaines satisfactions de la vanité. Que l'Académie de médecine ait voulu avoir son *Moniteur*, comme l'Académie des sciences a le sien, cela se conçoit. Et pourtant il vaudrait mieux que l'imitation fût plus fidèle, et que le *Bulletin* ressemblât un peu plus aux *Comptes rendus* par la sobriété. Malheureusement le *Bulletin* n'est point un modèle de sobriété, et si les choses vont de ce train, il faudra bientôt distribuer en deux volumes des matières qui peuvent à grand'peine être contenues dans un seul.

Je ne crains pas d'être indiscret en consignant ici toutes ces réflexions. Je suis bien placé pour savoir comment se fait le *Bulletin de l'Académie*, puisque j'en revois les épreuves. Je m'abstiens de donner ici mes impressions, bien que j'en aie parfaitement le droit. Je me contenterai de remarquer en passant, qu'à quelques exceptions près, — et nous pourrions en citer une, si nous écrivions dans un autre recueil, — les harangues prononcées du haut de la tribune nous arrivent le plus souvent considérablement amplifiées, suivant la méthode de Cicéron. On sait que ce prince des rhéteurs avait l'habitude d'étendre par écrit ses oraisons et plaidoyers, après les avoir prononcés, et qu'il ne faisait grâce à son lecteur d'aucun développement. Aussi les gens de goût donnent-ils la préférence aux discours de Démosthène, cet orateur modèle qui abrégeait tout et allait toujours au fait.

Je suis convaincu que si les académiciens qui prennent la parole en séance académique pouvaient se résigner à être brefs, la littérature médicale gagnerait beaucoup; car ces exemples de concision auraient probablement une influence salutaire sur les médecins qui font des livres et qui s'imaginent pour la plupart qu'écrire et parler sont synonymes. Si ce fleuve d'éloquence académique qui déborde à chaque instant était contenu dans son cours, il y a grande apparence que nos livres de médecine ne le disputeraient pas en épaisseur à ce monstrueux volume que fournit tous les ans le *Bulletin de l'Académie*.

Le volume des *Mémoires* est bien plus modeste d'apparences. Il est vrai que depuis deux ou trois ans, les *Mémoires* ne se publient que par demi-volume. Ils n'en valent ni plus ni moins, car ces choses-là ne s'évaluent point au poids; mais ils souffrent, cela est trop évident, de ce débordement d'éloquence dont nous désespérons de voir la fin.

Le moment est venu d'essayer un parallèle entre ces mémoires et ceux de l'Académie royale de chirurgie. Mais avant de poursuivre nos réflexions, il est opportun de produire d'autres textes, qui prépareront le lecteur à ce qui nous reste à dire. Ne pouvant reproduire toute la correspondance scientifique de Louis, nous devons nous borner à choisir dans ce précieux recueil de lettres, dont la plus courte et la plus in-

Une affection cutanée, que nous retrouvons dans quatre de nos observations, nous a paru mériter une mention toute spéciale en raison de ses récidives très-fréquentes chez ces mêmes malades: c'est l'*érysipèle*. Trois de nos malades, en effet, ont présenté cette forme d'érysipèle à répétition, et l'une d'elles en particulier avait eu pendant longtemps un érysipèle à la face tous les mois à l'époque de la menstruation. On trouvera plus loin (Etard, obs. 5) la suite de l'histoire d'une malade commencée dans la *Thèse* de M. Charcot (1), laquelle nous offrira un exemple de cette complication en même temps qu'une maladie de Bright chronique.

2° MALADIES DES YEUX.

Nous trouvons des inflammations oculaires dans trois de nos observations: dans celle d'Etard (obs. 5), chez une malade qui a offert en même temps un eczéma de la tête et des glandes au cou, et dans la suivante:

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE SURVENU PEU DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT; PLUSIEURS OPHTHALMIES; IRITIS.

Obs. II.—H..., née le 13 novembre 1812, entrée à la Salpêtrière en juin 1847. Femme brune, colorée, dont le père et la mère, morts du choléra, n'ont jamais eu de rhumatisme. Elle n'a jamais habité de logement humide. Elle vit à la campagne jusqu'à l'âge de 22 ans, époque où elle vient à Paris comme cuisinière. Elle n'a jamais eu de glandes au cou ni de maladie cutanée. Réglée pour la première fois à 22 ans, elle accouche à 30 ans à terme et sans accidents d'un enfant qui est actuellement bien portant. Elle se lève le lendemain de ses couches et travaille huit jours après. Six semaines après son accouchement débutent les premières douleurs rhumatismales par le cou-de-pied droit et les articulations métacarpo-phalangiennes de la main gauche. Les douleurs se généralisent rapidement et continuent pendant trois ans en augmentant tous les jours; elle continue maintenant son état qu'elle interrompt de temps à autre pour se reposer. Enfin elle cesse de travailler et se fait admettre à la Salpêtrière, après être restée couchée complétement pendant quatre ou cinq mois à l'hôpital Necker. Depuis quatorze ans, les deux genoux sont dans la flexion permanente, et la malade ne peut se mouvoir. On l'assied sur une petite voiture pour la promener. Elle peut à peine se servir de ses mains et mange avec une fourchette à long manche. Les doigts sont dans l'extension et l'abduction.

Elle a eu déjà à trois reprises différentes, dans les services de M. Barth et de M. Cusco à l'infirmerie de la Salpêtrière, des ophthalmies, a été atteinte en outre de pneumonie en 1853.

Elle entre à l'infirmerie, salle Saint-Jacques, n° 11, le 3 octobre 1863. Depuis huit jours elle a des douleurs névralgiques fixées surtout aux points sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonner du côté droit. Cette névralgie a précédé l'ophthalmie qui la fait en même temps souffrir. Les paupières de l'œil droit sont tuméfiées, la conjonctive palpébrale et bulbaire est rouge, injectée, et elle forme un chémosis œdémateux autour de la cornée. Celle-ci présente un léger trouble. L'iris est de coloration grisâtre.

On prescrit: Calomel, 10 centigrammes; collyre, avec 5 centigrammes de nitrate d'argent.

Le 13 octobre, l'inflammation oculaire a diminué sous l'influence de la salivation mercurielle. La coloration grise de l'iris est toujours la même; la pupille déformée est rétrécie du côté droit; les vaisseaux forment autour de la cornée un cercle rouge sombre; les douleurs névralgiques ont cessé. On supprime le calomel.

Le 27 octobre, l'inflammation oculaire est terminée; l'injection vasculaire a disparu. On met quelques gouttes de solution d'atropine dans l'œil et l'on constate une déformation très-manifeste du bord papillaire qui offre une échancrure en un point de sa circonférence.

Sortie le 29 octobre.

Ainsi, H... a présenté quatre fois des ophthalmies, dont la dernière était une *iritis* avec kérato-conjonctivite, précédée et accompagnée de névralgie faciale. M. Charcot a vu dans sa clientèle un cas analogue, dans lequel son malade avait eu avant et après le début d'un rhumatisme noueux, des maux d'yeux un grand nombre de fois. Ces ophthalmies à plusieurs reprises avaient alterné, très-manifestement, avec les affections articulaires. La dernière de ces ophthalmies, observée par M. Charcot, était une iritis caractérisée par la photophobie, le larmoyement, l'irrégularité et la contraction de la pupille, la teinte opaline des milieux de l'œil et le cercle sclérotidien.

Ces faits d'iritis dans le rhumatisme noueux doivent être rapprochés de ceux que citent Scudamore (1) dans la goutte, Bennett (2) et Watson (3) dans le rhumatisme articulaire aigu, et Fuller (4) dans le rhumatisme noueux.

La suite au prochain numéro.

(1) *Loc. cit.*, p. 31.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

EXAMEN DE L'INFAILLIBILITÉ DE DEUX LOIS DU DUALISME SYPHILITIQUE (5); par le docteur SISTACH, médecin-major à l'hôpital militaire de Constantine (Algérie).

Constantine (Algérie), le 6 août 1864.

A monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon*.

Monsieur,

Un libraire de Paris a eu la bienveillante pensée de me faire parvenir par le dernier courrier le n° 14 de votre journal, dans lequel, à l'occasion de mon analyse du *Traité des maladies vénériennes* de M. Langlebert (*Gaz. méd. Paris*, 1864, p. 434), vous ne craignez pas de proclamer l'infaillibilité des deux lois syphilitiques suivantes, sur lesquelles s'appuie la doctrine dualiste: « 1° *Une chancrelle n'est jamais suivie de symptômes secondaires, et partant elle ne doit jamais être traitée par le mercure; 2° pas d'infection syphilitique sans que le chancre qu'il inaugure soit accompagné d'adénopathie spécifique.* »

Vous trouverez tout naturel, monsieur et honoré confrère, que le

(1) *On gout*, etc., fourth édition.

(2) *Clinical lectures*, 2e édit., 1858, p. 914.

(3) *On the principles and practice of physic*, t. I, p. 342.

(4) *On gout, rheumatic gout*, etc., 1856, p. 377.

(5) L'importance des questions traitées dans cet article, au double point de vue des idées doctrinales et de la pratique, nous a engagé à reproduire, dans la *Gazette médicale de Paris*, la lettre que nous avons adressée à notre confrère de Lyon, M. Diday.

---

signifiante en apparence a pour nous une valeur inappréciable. Nous n'avons pas, il s'en faut, épuisé le premier cahier, et nous n'avons nulle envie de nous presser, car nous estimons que nos lecteurs comprennent toute l'importance de ces études qui, sans les détourner de la pratique, peuvent nous initier à la connaissance plus parfaite d'une corporation savante, dont on ne saurait trop mettre en relief le mérite et les services.

Prenons d'abord une lettre à moitié confidentielle, adressée à M. de Laffitte, à Tartas:

« J'ay reçu, monsieur, la lettre que vous m'avés fait l'honneur de m'écrire. Les raisons que vous donnés pour justifier l'opinion où vous êtes sur l'exfoliation de la clavicule et des côtes par la voye de l'expectoration, répugne absolument aux connoissances anatomiques et chirurgicales. Il ne faut chercher des explications que pour les choses possibles; et la marche que vous croyés avoir été tenue par la nature dans le cas dont il s'agit, ne nous paroît pas de cette classe. A l'égard de vos deux observations, le rapport qui a été fait sur la première regarde la saignée des artères ranines comme un secours très-dangereux. L'Académie a des observations qui attestent les suittes funestes qu'a eus l'ouverture de ces artères; vous êtes heureux d'en avoir arrêté le sang avec tant de facilité; et ce cas particulier ne suffit pas pour assurer la confiance. L'opération de la bronchotomie a des avantages trop réels pour qu'on puisse luy préférer la saignée des artères ranines comme vous voudriés l'établir.

« Dans la seconde observation sur les propriétés de l'agaric, on voit qu'il a arrêté le sang; mais c'est la nature qui a opéré le reste. L'agaric a été vulnéraire, incarnatif et détersif, comme l'auroit été de la charpie sèche, en laquelle personne n'a soupçonné la faculté vulnéraire, incarnative ou détersive dans le sens étroit, c'est-à-dire comme ayant ces vertus médicamenteuses, telles que vous les supposés dans l'agaric. L'Académie me charge de vous témoigner qu'elle recevra toujours avec plaisir vos réflexions sur les faits que vous voudrés bien luy communiquer. Je suis en mon particulier avec une parfaitte estime, etc. »

Combien de prétendus remèdes sont présentés comme ayant des vertus particulières et même spécifiques, dont l'action ne diffère pas notablement de celle de l'agaric, dans l'observation soumise à l'Académie royale de chirurgie, et si bien appréciée par Louis!

Citons une autre lettre, remarquable à cause d'un fait pratique assez analogue à une observation qui a été communiquée il n'y a pas longtemps à l'Académie de médecine.

« A M. Brassot, maître en chirurgie à Troyes, rue des Filles, au rapport de M. Tenon.

« On a examiné, monsieur, dans l'Académie royale de chirurgie, l'insecte que vous luy avés envoyé. Plusieurs auteurs font mention de ces sortes d'animaux, qu'on leur a dit être sortis par la verge. Nous ne connoissons cependant aucun exemple authentique d'un pareil fait. On ne doit pas en nier légèrement la possibilité. Le cas dont vous nous avés

journal qui a lancé l'attaque publie la réponse, et c'est à ce titre que je vous prie d'insérer cette lettre dans le prochain numéro de la *Gazette médicale de Lyon*.

« Pour apprécier, avais-je dit dans mon article bibliographique, s'il y a opportunité d'administrer le mercure à l'intérieur dans les cas de chancre simple, il s'agit de déterminer s'il est toujours possible et facile de distinguer les deux espèces d'ulcérations chancreuses, et, finalement, si des accidents constitutionnels ne se sont point montrés sans l'intermédiaire obligé du chancre infectant. » Au demeurant, quels sont les caractères de ce chancre infectant?

Avouez, distingué confrère, que ce problème a reçu de la part des dualistes des solutions multiples et diverses.

L'inoculation du pus chancreux sur le sujet lui-même, tant vantée par M. Ricord, fut longtemps la pierre de touche infaillible du chancre infectant. Plus tard, M. Rollet déclare que cette méthode de l'inoculation a été jusqu'ici appliquée *à contre-sens*, et il assigne, comme caractère spécial du chancre véritablement syphilitique, la *non-réinoculabilité* au porteur. Mais les expériences de M. Melchior Robert infirmèrent complétement les résultats de l'Antiquaille, qui viennent de subir encore un nouvel échec dans le service du professeur Bœck (de Norwége): « Il a été *complétement démontré, par une masse d'expériences* faites à l'hôpital de l'Université, que la matière du chancre infectant se laisse parfaitement inoculer et multiplier pendant une longue série de générations dans l'organisme syphilitique, *de manière que ceci doive être regardé comme une chose certaine*, d'autant plus que nous employons tous les jours la sécrétion des chancres qui sont dérivés de chancres infectants pour la syphilisation. » (Bidenkap, *Aperçu des différentes méthodes...* Christiania, 1863, p. 13.)

En conséquence, la non-réinoculabilité du chancre infectant ne mérite plus sa valeur pathogénique, et elle offre d'autant moins d'importance que, d'après les renseignements fournis par M. Bidenkap, les insuccès des inoculations syphilitiques, qui s'observent également avec les deux pus chancreux, témoignent plutôt d'influences générales ou locales inhérentes au sujet que d'une différence capitale dans la nature des deux ulcérations chancreuses.

Passons à l'induration du chancre, induration tellement spécifique qu'elle a servi à dénommer le chancre syphilitique, à ce point qu'on a longtemps prétendu que, selon M. Ricord, *le chancre induré seul donnait lieu aux accidents généraux*. Vous, illustre vétéran de la presse médicale, vous souvient-il d'avoir écrit « qu'en examinant les chancres avec une idée préconçue sur leur nature intime, le syphilographe voit souvent des indurations spécifiques *là où il n'en existe point?* » (*Gaz. méd. Paris*, 1848, p. 590.) Et vous ajoutiez: « Les chancres indurés, jadis assez rares pour M. Ricord, le sont devenus infiniment moins depuis quelques années. Je me rappelle bien que, après avoir appris, en 1838 et 1839, de son obligeance amicale, à reconnaitre les chancres indurés, je fus fort étonné, en 1843, de le voir appeler de ce nom des ulcères qui ne présentaient point, *à beaucoup près*, les mêmes caractères. Le besoin de concilier les faits avec la théorie l'avait sans doute amené par degrés insensibles à ce changement. »

Je suis heureux, d'ailleurs, de vous rendre la justice qu'un des premiers vous avez énergiquement et fréquemment protesté contre le pouvoir infectant exclusivement dévolu au chancre induré. « Quoique l'induration accompagne le plus souvent la syphilis constitutionnelle, disiez-vous, elle n'en est pas cependant le précédent obligé. J'ai vu, avec beaucoup d'autres praticiens, des symptômes secondaires incontestables suivre des chancres incontestablement non indurés. » (*Gaz. méd. Paris*, 1852, p. 540.)

Aujourd'hui, vous ne l'ignorez point, distingué confrère, M. Ricord, modifiant l'opinion absolue que ses élèves lui avaient prêtée peut-être gratuitement, n'accorde à l'induration spécifique de valeur et d'importance que lorsqu'elle existe; car, ajoute-t-il, des chancres privés de ce caractère n'en conservent pas moins *toutes* leurs propriétés, tant sous le rapport de la contagion que sous celui de la production des accidents consécutifs.

J'avais donc raison, en m'appuyant sur les témoignages de MM. Cullerier et Langlebert, de déclarer que l'induration spécifique du chancre peut fréquemment faire défaut, alors même que des accidents consécutifs ne laissent nul doute sur la nature de l'ulcère infectant. Si j'ajoute que, d'après vos propres calculs déduits de la statistique de M. H. Lee, « la femme n'offre l'induration que dans un peu plus du quart des cas, tandis que l'homme y est sujet dans plus de la moitié » (*Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 159), j'aurai exprimé approximativement la fréquence des cas où l'induration, faisant complétement défaut, ne peut plus nous renseigner sur la nature du chancre.

Arrivons maintenant à l'engorgement des ganglions lymphatiques circonvoisins, engorgement dénommé: *pléiade ganglionnaire*, *adénopathie polyganglionnaire*. Ces adénopathies qui, selon MM. Belhomme et Martin (deux dualistes), sont *multiples*, *dures* (chondroïdes), *indolentes* et sans changement de couleur à la peau, offrent à vos yeux une telle constance que dans votre article du 16 juillet 1864, vous dites à la page 331: « *La grande loi dualiste*: pas d'infection syphilitique sans que le chancre qui l'inaugure soit accompagné d'adénopathie spécifique, *reste debout et sans démenti*. »

Je regrette pour vous, monsieur, l'absolutisme de votre opinion qui vous met en contradiction formelle avec la plupart des syphiliographes, y compris M. Diday lui-même, ainsi que je vous le démontrerai en examinant l'infaillibilité de votre première loi syphilitique.

Suivant MM. Belhomme et Martin, le chancre infectant donne lien, *dans la très-grande majorité des cas* (98 fois sur 100), à la pléiade ganglionnaire; le bubon symptomatique du chancre infectant *suppure* très-rarement; cependant *il en est des exemples incontestables*. (*Traité path. syph.*, p. 113 et 114.)

D'après Melchior (Robert), l'état de froideur et d'indolence de l'adénopathie multiple n'est pas constante; certaines conditions inhérentes à l'individu, à ses habitudes ou au chancre lui-même appellent sur les ganglions engorgés toutes les rigueurs du travail phlegmasique le plus actif et le plus aigu. Sur 33 cas d'adénopathies symptomatiques de chancres infectants observés *pendant quatre mois* chez des hommes à l'Hôtel-Dieu de Marseille, cinq fois la suppuration est arrivée à des époques et avec des caractères différents. Et de ces 5 observations rapportées dans son ouvrage, Melchior (Robert) conclut que « le chancre infectant peut développer l'adénite virulente à deux époques avant que les tissus de sa base ne soient indurés, et lorsqu'une cause de destruction a fait disparaître les callosités et transformé le chan-

---

fait part exigeroit que par de nouvelles attentions on cherchât à s'assurer bien positivement si ces insectes sortent de la vessie par l'urètre. Celuy qui vous dit en avoir trouvé plusieurs fois au bout de la verge, convient qu'il n'a jamais pris garde qu'à cette seule circonstance, et l'on ne la révoque point en doute; mais suffit-elle pour ne pas douter de la formation de cet insecte dans la vessie? Tantôt il a été trouvé vivant, quelquefois mort et desséché. Jamais il n'y a eu la moindre douleur à cette occasion. Il seroit assez probable qu'ils eussent été pris aux lieux d'aisances, d'autant plus que le ver que vous nous avés envoyé est de ceux qui vivent et déposent leurs œufs dans les latrines et autres endroits malpropres, principalement par les urines et les matières fécales. Les naturalistes en ont donné la description. Si vous aviés occasion, monsieur, de faire de nouvelles recherches sur cet objet, l'Académie vous saura gré de l'attention que vous aurés à les luy communiquer. Je suis T. P. (très parfaitement) etc. »

Cette lettre est une leçon sur l'art d'observer en chirurgie. En voici une autre du même genre:

« A M. Chevallier, chirurgien major de vaisseau, près les remparts, à Rochefort, au rapport de M. Busnel... non suivi.

« Monsieur de Lamartinière a renvoyé, monsieur, à l'Académie royale de chirurgie la lettre que vous luy avés écritte au commencement de cette année (1757). Vous y faites mention d'une fracture au crâne d'un enfant, pour laquelle vous avés appliqué trois couronnes de trepan. Ce fait est peut-être très interressant, mais le deffaut de détails ne permet pas à l'Académie d'en porter son jugement. Il seroit à propos, monsieur, de vous rappeller toutes les circonstances qui ont accompagné cette blessure, de parler de la nature et de la durée des accidents, s'il y en a eu; des secours que vous avés administrés, et qui ont concouru avec l'opération du trépan à la guérison du blessé; des raisons qui vous ont déterminé à appliquer trois couronnes de trépan, et des motifs qui vous ont porté à les placer aux distances marquées par la figure jointe à votre lettre. Vous sentés, monsieur, que toutes ces remarques sont capables de donner du prix à votre observation. L'Académie vous exhorte à consulter le premier volume de ses mémoires. Vous y trouverés des dissertations sur le trépan, dans les cas douteux, sur la multiplicité du trépan sur les exfoliations du crâne. Il y a dans ces mémoires plusieurs observations qui pourront vous servir de modèle: elles vous indiqueront à quel point de perfection vous pourrés porter, par un travail réfléchi, l'exposé du fait de pratique que nous attendons de votre émulation. J'ay l'honneur d'être très-parfaitement, monsieur, etc. »

Le sens de cette leçon est assez clair. Voir n'est rien, si l'on n'a pas des connaissances suffisantes et assez de puissance de réflexion pour profiter de ce qu'on a vu et en faire profiter les autres. La lecture de cette lettre doit être recommandée spécialement à ces expérimentateurs en physiologie et en pathologie, qui voudraient « l'observation sans aucun mélange de raisonnement, » comme ils disent en leur langage fleuri.

cre induré en un chancre mou. (*Nouv. traité mal. vénér.*, p. 419.)

Selon M. Galligo, l'engorgement des glandes voisines du siége de l'ulcération est un des symptômes les plus constants; mais cependant on ne peut le considérer comme *absolument immanquable* (ma però non si può riguardare come assolutamente immancabile); puisque, dans des exceptions très-rares, on a vu des ulcères iodurés *non accompagnés de la pléiade ganglionnaire*, ou bien accompagnés d'un bubon unique et quelquefois suppuré, circonstances qui ont pu tenir peut-être à des conditions spéciales compliquant l'ulcère, complications qui n'ont pas été bien déterminées. (*Trattato teor. prat.*, 1864, p. 363.)

Ne conclurez-vous pas avec moi, honoré confrère, que ces divers témoignages donnent quelques légers démentis à votre loi infaillible? Sans doute, ces faits sont exceptionnels; mais cependant ils existent et ils infirment la circonstance, l'infaillibilité de votre loi. Quant à l'inexactitude de ma citation relativement aux chiffres de M. Bassereau, je m'empresse de vous déclarer que j'ai puisé ces documents dans l'ouvrage de M. Langlebert. A Constantine, où je dois me suffire avec les modestes ressources de ma bibliothèque ambulante, je n'ai pu consulter le livre de M. Bassereau. J'ai donc accepté de confiance les chiffres fournis par M. Langlebert, de même qu'aujourd'hui j'accepte votre rectification sans pouvoir la contrôler.

Mais passons à l'examen de cette autre loi tellement infaillible, d'après vous, « qu'il semblait, dites-vous, ne pas exister en pathologie une seule loi aussi forte que celle-ci de l'assentiment universel : *une chancrelle n'est jamais suivie de symptômes secondaires, et partant elle ne doit jamais être traitée par le mercure.* »

Votre chancrelle, n'est-ce pas, distingué confrère, c'est ce que tout le monde appelle un chancre simple, un chancre mou, un chancre non infectant, lequel dans beaucoup de cas s'accompagne, selon MM. Belhomme et Martin, d'un bubon suppuré sympathique ou virulent, tandis que pour vous, « *le chancre infectant s'accompagne toujours d'adénite multiple, dure et indolente.* » (*Agenda méd.* d'Asselin, 1862, p. 162.)

Pour infirmer votre manière de voir, vous me permettrez de rapporter brièvement quelques observations puisées à diverses sources.

Dans l'excellent ouvrage de M. Zambaco sur les affections nerveuses syphilitiques, nous trouvons les deux observations suivantes :

Obs. I. — X..., 36 ans, entre en juillet 1858 à la Maison de santé de Lourcine pour une dyspepsie avec chloro-anémie. Ayant recouvré ses forces, M. X... a, le 12 août, des relations avec la femme dont l'observation va suivre. Le 13, groupe de vésicules d'herpès sur le limbe du prépuce; huit jours après, rupture des vésicules, ulcération consécutive avec auréole, dont la surface sécrète de la sérosité. Treize jours après le coït, l'ulcération avait déjà une base parcheminée. Cependant cette apparence pouvait dépendre d'une cautérisation que le malade s'était faite avec le nitrate d'argent. On resta donc dans le doute. Il y avait de plus un peu de *tension* des ganglions de l'aine gauche. Traitement essentiellement local. Le 15 septembre, surviennent des accidents généraux, une dyspepsie flatulente, et six jours après, syphilide papulo-pustuleuse, pléiade biinguinale et cervicale, etc. (Zambaco, p. 100.)

Obs. II. — X..., 22 ans, examinée le 25 août, porte une ulcération *molle* à la fourchette, parfaitement en rapport avec le groupe d'herpès de M. X... *Bubon suraigu inguinal gauche douloureux* ; rien du côté des fonctions générales; état de santé très-satisfaisant; application de sangsues sur le bubon, cataplasmes, bains généraux. Tout avait disparu au bout de quelques jours, bubon et ulcération, et la malade paraissait définitivement guérie, lorsque survinrent un mouvement fébrile intense, une éruption papulo-pustuleuse, des sueurs abondantes, des faiblesses très-prononcées avec bruit de souffle cardiaque et carotidien intense, irritabilité nerveuse, palpitations, et plus tard des papules gutturales, des ganglions cervicaux et un herpès impétigineux. Le traitement mercuriel fut institué en dernier lieu. (Zambaco, p. 102.)

Ces deux observations offrent pour moi d'autant plus d'importance qu'elles ont été recueillies par un médecin capable, en dehors de toute préoccupation doctrinale. La deuxième observation surtout ne laisse nulle prise au doute, et constitue une violation flagrante de l'infaillibilité de votre loi. J'aurais pu extraire du même ouvrage d'autres faits également probants à mes yeux; mais les divers renseignements fournis par les malades n'étant pas suffisamment précisés à notre point de vue, j'ai préféré ne produire au jour que des observations essentiellement démonstratives.

Dans la troisième édition du *Traité des maladies vénériennes* que vient de publier M. Galligo (de Florence), se trouvent 5 observations dont je n'indiquerai également que les points capitaux.

Obs. III. — E. V..., indemne de tout antécédent syphilitique ou vénérien; *chancre mou* tellement insignifiant au début, que M. Galligo doutait même de sa nature vénérienne; quinze jours après, guérison de cet ulcère qui a toujours offert les caractères de chancre mou, *sans offrir jamais le moindre indice d'engorgement ganglionnaire*, ce qui peut être affirmé, puisque le malade était visité presque tous les jours. Environ six semaines après, roséole syphilitique et psoriasis palmaire suivis plus tard de plaques muqueuses, ganglions cervicaux et douleurs ostéocopes. (Galligo, p. 345.)

Obs. IV. — P. F..., sans antécédents syphilitiques ni vénériens; deux chancres *mous* du prépuce, devenus plus tard phagédéniques; cicatrisation sans la moindre induration et accompagnée d'un léger engorgement (*lieve ingorgo*) de la glande inguinale droite, engorgement que le malade prétendait être normal (*ingorgo che l'infermo diceva essergli connaturale*). Trois mois après la cicatrisation de l'ulcère, roséole syphilitique, plaques muqueuses aux lèvres et aux amygdales, avec pléiade cervicale volumineuse. (*Idem*, p. 345.)

Obs. V. — F. T..., ulcère *mou* du côté du frein, accompagné d'un bubon biinguinal : le bubon droit *suppura* seul et fut complétement guéri cinquante-quatre jours après le début du chancre. Deux mois après avoir eu d'autres ulcères, T... éprouva successivement des douleurs de côté, une roséole, des plaques muqueuses aux lèvres et aux amygdales, ainsi qu'un impétigo du cuir chevelu. (Galligo, p. 345.)

Obs. VI. — A. G..., sans antécédents vénériens ni syphilitiques; en décembre 1860, trois ulcères *mous* avec bubon à gauche, lequel, après avoir offert une tendance à la suppuration, ne suppura point, mais conserva une certaine dureté et resta toujours *mono-ganglionnaire*. Dix semaines après survinrent une éruption pustulo-crustacée sur le cuir chevelu, des plaques muqueuses aux angles des lèvres et l'engorgement des ganglions cervicaux. (Galligo, p. 346.)

Obs. VII. — A. O..., vierge de toute autre maladie vénérienne ou syphilitique, atteint de chancre *mou* du prépuce. En même temps existait un bubon *douloureux*, qui ne suppura point, mais qui resta long-

---

La lettre suivante prouve combien l'Académie royale de chirurgie mettait de délicatesse dans ses relations avec les chirurgiens étrangers qui lui communiquaient leurs travaux.

« A M. Wolprecht, chirurgien major du Régiment de Valdeck, à Namur. Au rapport de M. Ledran.

« Monsieur, on a examiné dans l'Académie royale de chirurgie la relation qu'on luy a communiquée de votre part sur la maladie et l'ouverture du crâne d'un homme, mort à la suitte d'une carie avec excroissance fongueuse à l'occipital. Les progrès de cette fâcheuse maladie ne laissoient plus aucune ressource, lorsque le malade s'est confié à vos soins. Sa déposition devoit ôter tout soupçon de virus vénérien. M. Petit parle, dans son *Traité des maladies des os*, des exostoses cancéreuses qui empirent par le traitement qui seroit convenable aux vénériennes; c'est ce qui est arrivé dans le cas que vous rapportés. L'Académie me charge, Monsieur, de vous faire ses remercîmens sur l'attention que vous avés eue de luy faire part de ce fait. Elle recevra toujours avec distinction les découvertes et les observations que vous vuudrés luy communiquer. J'ay l'honneur d'être avec toute l'estime et la considération possibles, Monsieur, votre très-humble et obéissant serviteur. »

Terminons nos citations pour cette fois par une de ces lettres sévères, que Louis était de temps en temps obligé d'écrire aux membres non résidants qui oubliaient leurs devoirs et les engagements contractés avec l'Académie :

« A M. Rochard, correspondant chirurgien major de Belle-Isle, en mer.

« L'Académie royale de chirurgie vous a déjà témoigné, Monsieur, son mécontentement pour avoir manqué aux engagements que vous prescrit le titre de correspondant qu'elle vous a accordé. Elle a lieu d'être surprise de la façon avec laquelle vous avés fait insérer un fait de pratique dans le recueil périodique d'observations de médecine, qui a paru le premier de ce mois (septembre 1757). L'Académie est compromise dans le préambule de M. Baratte, votre confrère : quoyque vous ayiés prétendu vous mettre à couvert de tout reproche, en le priant d'envoyer le fait à l'auteur du journal. Cette tournure a paru maladroitte. Loin de vous justifier, elle vous rend plus répréhensible. Voilà ce que je suis chargé de vous mander.

« Ne voyés-vous pas, Monsieur, que le parti que vous prenés de publier vos observations dans les journaux peut être regardé comme une renonciation expresse à la qualité de correspondant que vous avés ambitionnée? L'Académie sera obligée de faire quelque exemple qui engage ses correspondants à se conduire d'une manière plus conforme à leurs obligations. On conçoit à peine comment ils préfèrent la mention qu'on fait d'eux dans des feuilles fugitives, à l'honneur plus solide de fournir des matériaux pour les mémoires qui établissent des points de doctrine, et qui sont des monumens durables des travaux de l'Académie pour le progrès de l'art.

« Je suis avec un très-sincère attachement, etc. »

temps induré; ce bubon, *toujours mono-glandulaire*, existait aux deux aines. Pansement simple du chancre pendant vingt-deux jours, et huit semaines après, survinrent roséole sur la poitrine, éruption pustulo-crustacée à la tête et plaques muqueuses. (*Idem*, p. 346.)

M. Galligo, qui a eu soin de déclarer que ces faits ont été recueillis par lui sans idée préconçue, ajoute qu'il pourrait en publier encore d'autres, et il en déduit la conclusion suivante : c'est que l'induration de la base du chancre ne constitue, pas plus que l'induration polyganglionnaire, un caractère absolument immanquable des ulcères infectants.

Voilà bien, cher confrère, des accidents syphilitiques incontestables qui n'ont pas été précédés de votre cortége indispensable « chancre *avec adénite multiple, dure et indolente.* »

Faut-il vous convaincre encore des défaillances de vos lois infaillibles? N'avez-vous pas écrit : « Rien de plus commun que le chancre simple suivi de vérole constitutionnelle; et la meilleure preuve de la fréquence des cas, c'est que personne jusqu'ici ne s'était arrêté à réfuter ceux qui le nient? » (*Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 774.)

Et ne prétendez point aujourd'hui que les chancres simples de 1849 ne soient pas votre chancrelle de ce jour; car, s'il en était ainsi, malgré votre enthousiasme pour la *vaccination antisyphilitique*, vous n'aurez point voulu, j'espère, préserver de la vérole en les syphilisant, quatre individus qui se trouvaient, de par votre loi infaillible, à l'abri de toute infection consécutive, puisqu'ils avaient chancre mou et bubon enflammé on suppuré et chancreux. Ce sont les numéros 3, 9, 10 et 12 de vos syphilisés. (*Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 754.) Et votre conviction était alors tellement profonde à cet égard que, dans votre intéressant travail *sur les douleurs qui peuvent coexister avec la syphilis constitutionnelle*, vous avez publié le fait suivant :

Obs. VIII. — Un paysan, à la suite d'un chancre *parfaitement souple*, avait un *volumineux* bubon sous-aponévrotique, *très-inflammatoire*, avec fièvre, maux de tête, etc. Je fus assez heureux, dites-vous, pour parvenir à démêler l'expression spéciale de l'état prodromique; ceci fut prouvé par l'expérience, puisque la médication appropriée le débarrassa en deux jours de la partie des symptômes que j'avais jugée être *syphilitique*. Peu de temps après, une *éruption roséolique générale* apparut, confirmant encore mieux mon diagnostic. (*Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 807.)

Cet exemple vous paraît-il attaquable? Vous ne récuserez pas, cette fois du moins, la compétence du médecin! Mais voici un autre fait que vous avez pris sous votre patronage, et qui me paraît tout aussi concluant. Il s'agit ici de la *syphilisation curative* pratiquée par M. Spérino, et au sujet de laquelle vous avez publié en 1853 trois articles bibliographiques dans la *Gazette médicale de Paris*. « *Six faits seulement* disiez-vous, *conservent les conditions voulues pour faire preuve...* Ces six faits, échappant aux diverses fins de non-recevoir que nous trouvons justement applicables contre les autres, méritent d'être sérieusement médités par les adversaires de la syphilisation. » (P. 256.) Et voici une des observations dont vous donnez le résumé :

Obs. IX. — Femme de 19 ans, entrée au syphilicôme le 21 août 1852, avec deux chancres primitifs, *non indurés*, datant de quarante-cinq jours. Deux bubons *fluctuants* s'ouvrent spontanément au bout de peu de jours.

Le 5 septembre, apparition sur les membres de petites pustules cuivrées, indolentes, qui revêtent, le 10, les caractères d'une syphilide papulo-pustuleuse; *l'ouverture des bubons est devenue virulente.*

Le 19 on commence les inoculations syphilisatrices.

Trouverez-vous aujourd'hui que cette observation ne réunisse pas les conditions voulues pour faire preuve? Enfin, permettez-moi de vous citer encore un fait relatif à un malade qui se trouve aujourd'hui dans mon service.

Obs. X. — X..., jeune sous-lieutenant de la garnison de Lyon, sans antécédents syphilitiques; le 26 septembre 1863, chancre mou du gland pansé au styrax et au vin aromatique.

Le 9 novembre, entré à l'hôpital militaire de Lyon pour le même chancre qui n'est pas encore guéri et qui se complique, à droite, d'un bubon commençant. Cet officier, soumis pour la première fois au traitement mercuriel, prend tous les jours une pilule de proto-iodure de mercure, et continue à panser son chancre au vin aromatique. Treize jours après, disparition complète du bubon droit, production d'un énorme bubon à gauche qui est ouvert à cette époque, et dont la cicatrisation complète n'a été obtenue qu'à la fin de janvier 1864. La suppuration du bubon gauche décide le médecin traitant à faire suspendre le traitement mercuriel dès le quatorzième jour. *Puisque votre bubon suppure*, est-il dit au malade, *vous n'avez pas à craindre d'accidents consécutifs.* Sorti de l'hôpital à la fin de janvier, M. X... éprouve vers cette époque des maux de gorge qu'il n'avait jamais ressentis. Absent de Lyon pendant trois semaines dans le courant de février, M. X... consulte un médecin civil qui croit reconnaître des accidents syphilitiques et prescrit l'iodure de potassium, dont il est pris 10 grammes en vingt jours. De retour à Lyon, M. X... rentre au mois de mars à l'hôpital d'où il sort huit jours après, son angine, lui répète-t-on, n'offrant rien de syphilitique. Dans le mois d'avril, les accidents du côté de la gorge s'aggravent, des boutons surviennent sur le cuir chevelu, les ganglions cervicaux s'engorgent, et des plaques muqueuses apparaissent à l'anus. Au moi de mai, M. X... part avec son régiment pour Constantine, où il arrive le 15, et entre à l'hôpital le 24 mai avec les manifestations les plus évidentes de la syphilis secondaire : angine syphilitique, pléiade cervicale, éruption pustulo-crustacée sur le cuir chevelu, chute des cheveux et plaques muqueuses à l'anus. Aujourd'hui, grâce au traitement mercuriel, tous ces accidents ont presque complétement disparu.

Voilà, honoré confrère, un magnifique exemple de l'application pratique de votre loi infaillible. A mon tour je pourrais dire, avec M. Galligo : « A queste storie potrei aggiungere anche altre, le quali però tralascio di descrivere perchè assai meno ragguagliate. »

Je regrette de n'avoir pas ici à ma disposition les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, pour pouvoir y consulter l'observation publiée par vous en 1845 et relative à un chancre simple développé, avez-vous dit, sous vos yeux et suivi des signes les mieux caractérisés de la syphilis générale. (*Gaz. méd. Paris*, 1848, p. 594.)

Quelle que soit la valeur de ce nouveau fait, au point de vue de l'infaillibilité de vos lois syphilitiques, je crois, du moins, pouvoir logiquement déduire des autres observations rapportées plus

---

Cette lettre, qui fut lue en séance le 15 septembre 1757, est analogue à celle qui avait été adressée deux mois auparavant à M. de Villiers, et que nous avons reproduite dans le précédent numéro. La fin de cette lettre, qui est très-remarquable, à titre de document historique, servira de texte à nos prochaines réflexions sur l'économie des travaux de l'Académie royale de chirurgie.

J. M. Guardia.

—Nous sommes priés d'annoncer dès à présent que la séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine aura lieu le 3 novembre prochain. Les actes et les cours commenceront immédiatement après. Les amphithéâtres de l'École pratique seront ouverts à partir du 17 octobre.

— Nos lecteurs ont déjà appris par les journaux politiques la mort et les obsèques d'Emile Chevé, docteur en médecine, ancien chirurgien de marine, un des auteurs de la méthode musicale Galin-Paris-Chevé. Le populaire professeur de musique est mort dans sa soixantième année, à la suite d'une maladie de cœur déjà ancienne, et qu'il avait contractée pendant les longues fatigues de son service maritime, de ses cours de médecine et de sciences accessoires à l'École pratique, et de ses cours de musique multipliés au delà des limites de la force humaine.

Infatigable, toujours sur la brèche prêt à lutter contre les préjugés qui s'opposaient à l'établissement de l'enseignement élémentaire de la musique, malgré les palpitations qu'il ressentait, il a passé les dernières années de sa vie à couvrir la France et la Suisse de cours de chant par la méthode nouvelle, et il venait d'être assez heureux pour voir cet enseignement, d'une utilité et d'une valeur indiscutables, encouragé et admis par les gouvernements de ces deux pays dans les écoles primaires et dans l'armée.

Ce but, qu'il avait poursuivi par philanthropie et pour l'amour de l'art, venait d'être atteint; l'énergie, la persévérance et le talent d'exposition merveilleux de Chevé avaient détruit les obstacles qu'on lui opposait, lorsque la mort l'a enlevé à ses élèves, c'est-à-dire à toutes les classes de la société.

Quoique Chevé fût devenu une célébrité en dehors de la médecine, quoiqu'il ait été éloigné de nos études, le juste tribut qu'ont payé à sa mémoire les journaux politiques doit trouver un écho chez nous, où nous pouvons compter Chevé comme une des gloires de la famille médicale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Laplace et Moullet, chirurgiens de deuxième classe de la marine; de M. Jardou, médecin en chef des douanes.

—Par décret du 13 août, M. le docteur Millet (de Cusset), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

bant la proposition suivante, que j'ai énoncée dans mon article bibliographique : Des accidents consécutifs peuvent survenir sans que le chancre présente d'induration spécifique ni s'accompagne de la pléiade ganglionnaire caractéristique, c'est-à-dire sans que l'ulcération offre aucun des caractères spécifiques du chancre infectant, en un mot, alors qu'il s'agit d'un chancre simple.

Et si vous opposiez à cette conclusion légitime *le fameux système des fins de non-recevoir*, je vous rappellerais, distingué confrère, les réflexions que, dans vos leçons sur le chancre induré, vous adressiez en pareilles circonstances à vos adversaires, et que terminait la phrase suivante : « Mais quand on voit (et cela s'observe fréquemment) un sujet vierge jusque-là de tout symptôme vénérien primitif ou consécutif offrir, deux mois après un chancre simple, des accidents franchement secondaires, ne serait-ce pas fermer obstinément les yeux à la lumière que de vouloir, *au lieu de l'explication si simple qui se présente alors à l'esprit*, créer laborieusement une autre version qui, pour être admise, doit commencer par supposer chez le malade qui le nie l'existence antérieure non-seulement d'un chancre, mais aussi de phénomènes véroliques de première poussée? » (*Gaz. méd. Paris*, 1848, p. 594.)

D'ailleurs, il y aurait bien à dire sur la valeur pathogénique de cet engorgement ganglionnaire qui peut être observé, ainsi que l'a remarqué à juste titre Vidal de Cassis, chez des sujets strumeux n'ayant jamais eu de chancre; de même que je pourrais me récrier contre l'exagération que vous me prêtez relativement à mes prétentions unicistes. Mais tel n'est pas l'objet de cette lettre, qui a eu principalement pour but de vous éclairer sur la valeur de l'infaillibilité de vos deux lois syphilitiques.

En 1850, honoré confrère, vous offriez un prix de 300 fr. au médecin qui aurait adressé à la Société médicale de Lyon *dix* observations de syphilis constitutionnelle due à la blennorrhagie. Et, en 1851, aux adversaires de l'unicité de la syphilis constitutionnelle, vous adressiez le défi suivant : « Veuillez en recueillir des exemples, et si vous m'en citez *dix*, je fléchis le genou et suis prêt à changer de drapeau! » (*Gaz. méd. Paris*, 1851, p. 1.)

Si je ne me trompe, je vous apporte aujourd'hui un contingent de *dix* observations démontrant que des accidents syphilitiques peuvent apparaître à la suite de chancres qui ne sont ni indurés ni accompagnés d'adénite multiple, dure et indolente. Je puis donc espérer de vous voir changer de drapeau, à moins que, dans l'intérêt du dualisme syphilitique, vous ne vous rappeliez cette maxime qui émane de vous : « Toute doctrine qui cède sur un point est menacée de déchéance. » (*Gaz. méd. Paris*, 1853, p. 256.)

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

IV. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros du 28 juillet 1863 au 28 juin 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Ovariotomie*, par M. Kœberlé. 2° *Restauration de la voûte palatine sans ossification des lambeaux périostés*, par M. Sédillot. 3° *Perfectionnements récents de l'opération de la fistule vésico-vaginale*, par M. Herrgott. 4° *Du succès de l'ouranoplastie avec ou sans ossification périostique*, par M. Sédillot. 5° *Extirpation de l'utérus et des deux ovaires par la méthode sus-pubienne*, par M. Kœberlé. 6° *Des procédés d'ouranoplastie applicables aux fentes congénitales de la voûte palatine, compliquées de division antérieure de l'arcade dentaire et de projection de l'os incisif*, par M. Sédillot. 7° *Notes pour servir à l'étude des tumeurs*, par M. Sarrazin. 8° *Observations de diabète traumatique*, par M. Klée. 9° *Des principes de la spécification des maladies*, par M. Schutzenberger. 10° *Coup d'œil sur les bains de mer de la Seine-Inférieure*, par M. Willemin. 11° *Note sur un cas d'inflammation chronique et d'abcès des deux oviductes*, par M. Schutzenberger. 12° *Conférences cliniques sur la coxalgie*, par M. Bœckel. 13° *Loupe de la vulve; opération; guérison*, par M. Boucard. 14° *Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne*, par M. Kœberlé. 15° *Etude sur les trichina spiralis*, par M. Kestner. 16° *Observation de vagin double, etc.*, par M. Willemin. 17° *Des indications de la taille hypogastrique*, par M. Michel. 18° *De la régénération des os*, par M. Sédillot.

DES INDICATIONS DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE; par M. le professeur MICHEL.

Malgré les progrès de la lithotritie, on même ceux accomplis par la combinaison de cette dernière avec la taille périnéale, il reste un certain nombre d'indications que la taille sus-pubienne peut avantageusement remplir.

Ces indications existent : 1° dans les pierres volumineuses et dures; 2° lorsque les calculs sont emprisonnés dans des loges situées sur le plan antéro-supérieur de la vessie; 3° lorsque le canal de l'urètre est détruit ou tellement déformé qu'il y a impossibilité de faire parvenir un instrument conducteur dans le réservoir urinaire.

Telle est la thèse développée par M. Michel avec un talent remarquable et une érudition qui fait le plus grand honneur au savant professeur de médecine opératoire. Nous ne pourrions, à notre grand regret, donner une analyse complète de son travail qu'en entrant dans des détails qui nous entraîneraient au delà des limites qui nous sont tracées; mais nous ne pouvons passer sous silence une observation extrêmement intéressante qui y est relatée, et qui montre un exemple irrécusable du deuxième genre d'indication. Voici les principaux détails de ce fait.

OBS. — Il s'agit d'un ecclésiastique, âgé de 68 ans, qui présentait depuis huit ou dix ans des accidents plus ou moins graves dénotant la présence d'une pierre dans la vessie.

Je pratiquai, dit M. Michel, le cathétérisme à l'aide d'une sonde à forte courbure et d'une longueur de 35 centimètres. Quand je la poussai jusqu'au pavillon, le bec de l'instrument rencontra toujours à la même place un corps dur, mobile, analogue à une pierre. Si l'instrument était légèrement retiré, au lieu de sentir ce corps immédiatement en contact avec le métal, on ne le percevait qu'à travers l'épaisseur d'une membrane. Dans cette position on le déplaçait encore, et ce déplacement était facilement apprécié par la pression produite par le retour du corps étranger sur l'extrémité de la sonde; on éprouvait un vrai ballottement. En frappant assez fortement le corps étranger, on entendait à distance le bruit que produit un corps métallique heurtant un caillou. Sans nul doute, nous avions affaire à des calculs, et en raison même de la place où je les retrouvais toujours, j'eus l'idée de calculs enkystés.

Le patient consentit à subir soit la lithotritie, soit la taille, au gré de l'opérateur. L'opération fut arrêtée pour le 28 juillet.

Ne sachant encore, poursuit l'auteur, si je lithotritierais ou si je taillerais, je me munis d'instruments pour l'une ou l'autre de ces opérations. Je devais avant tout essayer la lithotritie.

Le malade chloroformé, le calcul reconnu avec la sonde qui m'avait servi pour ma première opération, j'introduisis un lithotriteur d'Heurteloup. Malgré les plus grandes recherches, et quelle que fût la position que je donnai à l'instrument, il me fut impossible de toucher le calcul. Deux autres lithotriteurs de même forme, mais plus petits, donnèrent le même résultat, et cependant, chaque fois que je passais la sonde, je tombais avec la plus grande facilité sur les corps étrangers.

J'abandonnai donc l'idée de la lithotritie, et je songeai de suite à la taille périnéale latéralisée. Le cathéter de Dupuytren introduit toucha immédiatement la pierre. Après avoir mis à nu et incisé assez rapidement le canal de l'urètre, malgré une épaisseur assez considérable du périnée, due au développement du pannicule graisseux de la région, je glissai le lithotome caché dans la rainure du cathéter, en même temps que je retirai ce dernier. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque voulant m'assurer de la présence du calcul, je me vis dans l'impossibilité de le trouver avec le bec du lithotome. Craignant d'avoir fait fausse route, je jugeai prudent de repasser le cathéter. Je tombai de nouveau avec lui sur les calculs. Cette fois je glissai avec plus de soin encore mon lithotome dans la vessie; mais impossible de trouver les calculs; cependant la liberté du bout vésical de l'instrument, l'écoulement de l'urine par la plaie m'indiquaient suffisamment que j'étais dans le réservoir urinaire. J'incisai son col et la prostate, il n'y eut pas d'hémorrhagie. Une certaine quantité d'urine s'écoula à l'instant. Mon doigt remplaça le lithotome, puis le gorgeret fut introduit, et sur lui furent glissées successivement des tenettes droites et courbes et même des lithotriteurs. Voyant l'inutilité de toutes mes tentatives, j'eus, je l'avoue, un moment d'angoisse. Replaçant de nouveau la sonde, je touchai pour la cinquième fois au moins la pierre toujours à la même place.

La grande facilité de trouver ces corps étrangers avec certains instruments, et l'impossibilité de les toucher avec d'autres, furent pour moi un trait de lumière. Il était évident que tout dépendait de la différence des courbures et de leurs extrémités terminales.

Calculant approximativement le point de la vessie que ma sonde à forte courbure devait atteindre, je diagnostiquai immédiatement l'existence d'une loge développée sur le plan antérieur de la vessie, loge dans laquelle se trouvait libre le corps étranger que je ne cessais de rencontrer à la même position.

Ma résolution était prise d'essayer séance tenante la taille hypogas-

trique, malgré l'épaisseur de la paroi abdominale, d'environ 8 centimètres. L'opération fut faite avec le bistouri ordinaire; j'incisai la ligne blanche, évitant avec soin tout décollement derrière le pubis. La sonde, introduite dans la vessie par la plaie périnéale, me servit à inciser sa paroi antérieure, en évitant la lésion du péritoine. A cause de l'épaisseur des parois de l'abdomen, mon doigt remplaça difficilement l'extrémité de la sonde, que j'avais fait sortir par la plaie vésicale. Toutefois je pus sur lui prolonger mon incision en haut et en bas dans une étendue de 5 à 6 centimètres environ. L'incision achevée, avec une tenette glissée sur mon doigt, je sentis deux calculs qui furent facilement extraits; ils pesaient 30 grammes chacun. De forme ovalaire, leur grand diamètre mesurait 45 millimètres, leur petit 35. Ils se composaient d'urate et de phosphate.

Après nous être assuré qu'il ne restait aucun autre calcul, ayant d'ailleurs laissé la sonde en place, nous pûmes facilement reconnaître une poche vésicale communiquant avec la cavité de la vessie par un orifice assez étroit.

Le malade fut lavé, nettoyé et reporté dans son lit. Aucun pansement ne fut appliqué. La sonde fut retirée de la vessie; nous laissâmes les urines s'écouler librement par les plaies.

Aucun accident sérieux ne survint; toutes les urines coulèrent par la plaie périnéale pendant les trois premiers jours, et ce ne fut qu'à partir du quatrième qu'elles commencèrent à passer par la plaie de l'hypogastre; bientôt même toutes les urines coulèrent par ce dernier trajet. Ceci persista jusqu'au dixième jour. Dès ce moment, on remarqua que dans les efforts d'uriner quelques gouttes d'urine passaient par le canal de l'urètre. Petit à petit, ce passage augmenta, de telle sorte qu'un mois environ après l'opération, les urines avaient repris leur cours naturel. Toute la plaie hypogastrique était entièrement fermée. Deux éponges placées sur les incisions périnéale et abdominale ont recueilli presque la totalité des urines pendant tout le temps du traitement. Il suffisait de les comprimer et de les laver plusieurs fois par jour. Ajoutons que, pendant les trois premiers jours, on appliqua sur le bas-ventre une vessie remplie de glace.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

Sur les muscles de la déglutition chez les ophidiens. (Extrait du mémoire de MM. A. Duméril et Henri Jacquart; rédigé par les auteurs.)

S'il est une classe de vertébrés chez laquelle la déglutition s'opère avec une grande énergie, c'est sans contredit celle des ophidiens, puisqu'on leur voit avaler une proie dont le diamètre est égal à deux ou trois fois celui de leur corps.

La distension énorme que subit tout à coup la première partie du tube digestif, au moment où la proie est engloutie et y séjourne, et les déchirures auxquelles est exposé ce conduit à ce moment, feraient croire à la présence de fibres musculeuses au moins aussi fortes que chez les mammifères, et encore cette disposition serait-elle suffisante pour le garantir d'une rupture presque inévitable?

Eh bien! ne semble-t-il pas, au premier abord, contradictoire, de ne trouver que *des fibres musculaires intrinsèques à l'état rudimentaire* dans leur pharynx et la partie de leur œsophage située en avant du cœur? C'est-à-dire que cette fonction si puissante semble, au premier coup d'œil, dépourvue d'agent spécial. Mais cette contradiction n'est qu'apparente. *Il y a là substitution*, ou plutôt *cumul de fonction organique.*

Les muscles des parois chez les autres vertébrés forment avec la peau une enveloppe non adhérente à cette partie antérieure du tube digestif. Chez les ophidiens, au contraire, sans cesser de remplir leur rôle comme éléments contractiles des parois, ils sont annexés à cet entonnoir membraneux, à l'aide de leurs aponévroses qui s'y soudent, le fortifient, font corps avec lui, et lui prêtent le concours synergique de leurs fibres musculaires. Mais chez les serpents, la déglutition, ou pour mieux dire, l'ingurgitation d'une proie presque vivante, se fait d'une manière si violente, que bien certainement la disposition que nous venons d'indiquer est nécessaire. Il ne suffit pas, en outre, que les contractions du pharynx et de l'œsophage s'exécutent par des muscles de la vie organique, et par conséquent soustraits à l'influence de la volonté, mais bien par des fibres charnues de la vie animale, obéissant à la volonté du reptile, et lui permettant de se livrer à des efforts combinés et intelligents. C'est pour obtenir ce résultat que chez les serpents les fibres musculaires intrinsèques du pharynx et de la partie de l'œsophage située au devant du cœur sont remplacées principalement par le muscle transverse abdominal, puis par les deux obliques et même le peaussier. Or tous ces muscles reçoivent leurs nombreux nerfs de chaque paire intercostale naissant de la moelle épinière, et leurs contractions sont entièrement volontaires.

Démontrer ce mécanisme en étudiant la structure du pharynx et de l'œsophage et la disposition des muscles abdominaux chez les serpents, tel est l'objet du mémoire que nous avons l'honneur de vous présenter.

Nouvelles recherches sur la nature de la maladie charbonneuse connue sous le nom de sang de rate. Note de M. C. Davaine, présentée par M. Bernard.

Depuis les communications que j'ai faites à l'Académie (juillet et août 1863) sur les infusoires du sang de rate, j'ai vérifié par de nouvelles expériences les résultats annoncés dans ces communications, et j'ai abordé plusieurs questions nouvelles.

L'examen du sang de 150 animaux environ inoculés avec le sang de rate ne m'a laissé apercevoir, dans les filaments qui s'y trouvent, aucune variation, aucune modification nouvelle. La description que j'ai donnée de ces filaments reste donc parfaitement exacte; toutefois, d'après des différences de longueur que l'on voit dans quelques cas à ces filaments, et que j'ai signalées dans ma seconde communication à l'Académie (10 août 1863), j'ai cru convenable de ne plus classer ces corpuscules dans le genre bactérie. Cependant l'ensemble de leurs caractères, qui les rapproche plus des vibrioniens que d'aucun autre genre d'infusoires ou même que des conferves, m'a engagé à n'apporter qu'une simple modification dans le nom par lequel j'avais primitivement désigné ces filaments, et je les ai appelés des *bactéridies*. J'ai donné dans les *Mémoires de la Société de biologie*, avec plus de détails que n'en comporte ma communication d'aujourd'hui, les raisons qui m'ont déterminé à l'adoption de ce nom nouveau.

J'ai confirmé par de nouvelles expériences le fait que les corpuscules du sang de rate se développent pendant la vie et jamais après la mort des animaux, qu'ils se développent dans le sang même et non dans la rate; j'ai pu, en effet, transmettre des bactéridies à des animaux auxquels j'avais enlevé cet organe.

Un autre résultat de mes nouvelles recherches, qui a peut-être de l'intérêt au point de vue de l'indépendance de la circulation de la mère et du fœtus, c'est la non-transmission des bactéridies de l'un à l'autre; j'ai vu chez deux cobayes, qui portaient chacun deux fœtus à terme au moment où je les inoculai, que le sang de ces fœtus était tout à fait exempt de filaments du sang de rate, tandis que celui des mères et celui de leurs placentas mêmes en contenaient par myriades.

J'ai déjà dit que le sang rapidement desséché renferme des bactéridies intactes, et que l'inoculation de ce sang desséché transmet et propage ces corpuscules. Il était intéressant de savoir si le sang sec conserve longtemps cette faculté: or du sang gardé sec depuis plus de onze mois a transmis des bactéridies à des animaux, qui m'ont ainsi mis à même de continuer cette année mes travaux de l'an dernier.

J'ai cherché un moyen de rendre facile l'observation de la disparition des bactéridies dans le sang qui se putréfie. Lorsqu'on examine ce liquide conservé à l'air libre, les vibrioniens qui s'y développent par le fait de la putréfaction rendent l'observation très-difficile et incertaine; j'étais arrivé à des résultats plus concluants en examinant à de courts intervalles le sang renfermé dans les vaisseaux, à l'abri du contact de l'air; mais ce procédé même demande un examen soutenu et très-minutieux. J'ai pu dégager enfin cette observation de toute obscurité, en introduisant le sang frais dans des tubes capillaires, comme on le fait pour la conservation du vaccin, puis en scellant ces tubes à la lampe, sans y laisser d'air. Au bout de peu de jours, s'il fait chaud, toutes les bactéridies disparaissent, et aucun infusoire nouveau ne vient, en s'y développant, troubler l'observation.

J'ai déjà appelé l'attention sur ce fait, que le sang duquel les bactéridies ont disparu est incapable de donner lieu à la propagation de ces corpuscules et de faire naître les phénomènes ou les accidents de la maladie du sang de rate. J'ai constaté de nouveau que l'inoculation du sang charbonneux putréfié, sang qui ne contient donc plus de bactéridies, est tout à fait inoffensive aux faibles doses qui suffisent à transmettre les bactéridies du sang frais. En exagérant les doses, si l'on produit des accidents, ce ne sont point les phénomènes de la maladie du sang de rate, mais ceux que détermine l'introduction de matières putrides dans l'économie, et l'on ne voit se produire aucun infusoire dans le sang des animaux qui succombent.

L'espace de temps qui suffit à faire disparaître du sang les bactéridies et à faire perdre à ce liquide la faculté de déterminer les accidents du charbon est moindre qu'on n'eût pu le croire; il est, au reste, en rapport avec la température atmosphérique. Dans les grandes chaleurs de l'été, lorsque le thermomètre marquait de 28 à 32 degrés centigrades, j'ai vu disparaître la faculté dont il s'agit en quarante ou cinquante heures, une fois en trente-cinq heures.

Par des expériences faites l'automne dernier, et dont j'ai entretenu la Société de biologie, j'ai reconnu que la maladie du sang de rate est transmissible par l'alimentation. Cette année, j'ai communiqué les bactéridies à des lapins, des cobayes, des rats et des souris, en leur faisant manger le foie ou quelque autre viscère d'animaux qui avaient succombé au sang de rate. Ces viscères ont toujours été ingérés avant qu'ils eussent été atteints par la putréfaction. La proportion des animaux qui ont contracté la maladie par l'alimentation a été, dans ces expériences, de trois

sur quatre. Il suffit d'une très-faible quantité de ces viscères, de 2 ou 3 grammes même, pour tuer un cobaye ou un lapin. La connaissance de ce fait me paraît être d'une importance réelle au point de vue de l'hygiène publique. Chez les animaux qui sont soumis à cette alimentation, on ne remarque aucun désordre dans les fonctions digestives, ni aucune lésion dans un organe quelconque ; ils meurent un peu plus tardivement, mais avec les mêmes phénomènes que ceux qui ont contracté la maladie par l'inoculation, et leur sang renferme des bactéridies en nombre non moins considérable.

Aujourd'hui encore c'est une opinion généralement reçue parmi les médecins que le virus, c'est-à-dire l'agent toxique du charbon, est un produit de la putréfaction ou, si l'on veut, les affections charbonneuses et celles qui résultent de l'introduction de matières putrides dans l'économie seraient de même nature. Déjà, dans mes expériences de l'année dernière, j'ai reconnu que l'agent toxique du charbon et celui de la putréfaction sont complétement distincts, je crois pouvoir établir aujourd'hui ce fait sur des expériences que je rangerai en trois catégories :

1° Du sang sain que j'ai laissé pourrir a été inoculé à des lapins ou à des cobayes à très-faible dose, une goutte par exemple, dose qui suffit cependant à transmettre la maladie du sang de rate ; et généralement aucun accident n'est survenu. Une dose plus forte, dix, quinze gouttes, tue assez souvent ces animaux, mais ils meurent avec des accidents très-variables : tantôt la diarrhée, tantôt la pneumonie, tantôt la paraplégie, etc., accidents sans rapports avec ceux du sang de rate. Le sang de ces animaux, examiné au moment de la mort, ne m'a jamais offert aucun infusoire.

2° La seconde catégorie d'expériences a consisté à faire manger à des lapins et à des cobayes du foie encore frais d'animaux qui avaient succombé au sang de rate et du foie provenant d'animaux sains, mais que j'avais laissé se putréfier; c'était du foie de bœuf ou de lapin arrivé à un degré de fétidité difficile à supporter. La dose, que je leur fis avaler de force, a été assez faible pour qu'elle ne dût pas être dans tous les cas nécessairement mortelle.

Sur 8 lapins ou cobayes qui avalèrent chacun 5 grammes de foie pourri, 7 vécurent, 1 mourut.

Sur 6 lapins ou cobayes qui avalèrent chacun 5 grammes de foie frais d'animaux morts du sang de rate, 5 moururent, 1 vécut.

Le lapin qui mourut après avoir avalé le foie putréfié avait une pneumonie et je ne trouvai dans son sang aucun infusoire. Les animaux qui moururent après avoir avalé le foie charbonneux n'avaient aucun organe malade, mais leur sang était infesté de bactéridies.

Ainsi l'introduction dans l'économie de matières putréfiées est incomparablement moins toxique que l'introduction des substances envahies par les bactéridies; elle n'est point suivie des mêmes phénomènes morbides; enfin elle ne donne point lieu à une génération consécutive d'infusoires filiformes dans le sang.

La troisième catégorie d'expériences achèvera de montrer la différence profonde qui existe entre les deux agents pathologiques.

3° J'ai inoculé plusieurs fois le sang d'animaux qui venaient de succomber à l'infection par des substances putréfiées; six fois j'ai fait manger la rate et le foie de ces mêmes animaux à des lapins et à des cobayes. Dans aucun cas ces animaux n'ont éprouvé le moindre trouble fonctionnel appréciable ; il ne s'est manifesté chez eux aucun phénomène phathologique et leur sang est resté exempt de tout infusoire.

Les effets des substances putréfiées ne vont donc pas au delà de l'animal chez lequel on ingère ces substances; l'agent toxique des matières putrides ne se régénère pas comme celui du sang charbonneux; en un mot, la putréfaction agit sur l'économie animale comme un poison, le charbon agit comme un virus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 AOUT 1864. — PRESIDENCE DE M. MALGAIGNE.

Le procès-verval de la précédente séance est lu et adopté, après une réclamation de M. Bouley.

CORRESPONDANCE.

1° M. le préfet de police adresse deux exemplaires du « Rapport général sur les travaux du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine depuis 1859 jusqu'en 1861 inclusivement. »

La correspondance comprend de plus :

2° Une note de M. le docteur Ch. Cailloud, pharmacien à Chambéry: « Sur le retour septénaire des accès de fièvre intermittente après leur réduction par les sels de quinine. »

3° La description et la figure de plusieurs bandages et appareils imaginés ou modifiés par M. Goldsmith (de Berlin).



4° La description et le modèle d'un ténotome concave fabriqué par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, sur les indications de M. Emile Martin (de Marseille), pour l'opération du strabisme.

Cet instrument consiste en un crochet mousse C, de la concavité duquel sort à volonté une lame très-tranchante B, sous l'influence d'une pression légère exercée sur une pédale A placée sur le manche.

L'usage de cet instrument abrége de moitié la durée de l'opération; par lui la manœuvre est plus simple, plus facile; la section tendineuse est plus nette qu'avec les ciseaux, et l'opérateur n'a qu'une seule main employée.

Enfin, on coupe d'une manière certaine toutes les fibres soulevées dans la concavité du crochet, ce qui permet de faire une opération complète.

— M. le Président annonce que M. Chauveau (de Lyon), membre correspondant, assiste à la séance.

— M. Bouvier présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Laborde, un mémoire sur les paralysies essentielles des enfants. Ce travail renferme, dit M. Bouvier, une étude approfondie des paralysies essentielles; de nombreuses divisions établies permettent de définir exactement ce que c'est que la paralysie essentielle, et précisent les lésions des autres paralysies que l'on rencontre chez les enfants et qu'on peut confondre avec les paralysies qui ne se rattachent à aucun trouble appréciable des organes.

— M. Jules Cloquet donne lecture du discours qu'il a prononcé, le 15 août, à Tarbes, à l'occasion de l'érection d'une statue de Larrey. Ce discours est accueilli par des applaudissements répétés.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Girard de Cailleux lit ce qui suit :

J'étais absent lors de la lecture du procès-verbal de la dernière séance de l'Académie, dans laquelle on m'a prêté l'idée monstrueuse que les aliénés sont des enragés : je proteste contre de semblables allégations.

En parlant de l'une des variétés du délire aigu fébrile, sous la forme duquel se présente la maladie dite rage spontanée, qui se prête, selon moi, à un rapprochement utile avec la rage communiquée, je n'ai nullement confondu cette variété de délire avec la folie proprement dite, dont elle se distingue, à mon sens, par des caractères spéciaux.

Je n'ai point non plus manifesté l'intention de publier mon mémoire, et les faits matériels sont là qui le prouvent, dans un journal politique; on a pris à tort le journal *la France médicale* pour *la France*, journal politique.

Quant à la différence qui nous sépare, M. Baillarger et moi, sur les symptômes et les lésions du délire aigu hydrophobique que j'ai décrit, elle se justifie par la manière dont nous envisageons la maladie; le délire aigu dont je parle n'étant aux yeux de M. Baillarger qu'une manie suraiguë, une forme de la folie, tandis qu'avec beaucoup d'auteurs qui ont traité du délire aigu, fébrile, hydrophobique, je considère ce dernier comme étant essentiellement distinct de la folie, nous ne devions donc nous entendre ni sur les symptômes ni sur les lésions de cette maladie.

M. Bouley : Lorsque dans la dernière séance j'ai pris la parole, j'avais sous les yeux les conclusions de M. Girard de Cailleux. Il a dit que le délire aigu simple est la rage spontanée. La haute position officielle qu'occupe M. Girard de Cailleux pouvait donner de l'importance à son assertion. Je me suis élevé contre celle-ci afin de lui ôter la valeur qu'on pouvait lui attribuer. Il faut qu'un honnête homme arrête sa démangeaison d'écrire pour écrire, sans cela on verrait naître chaque jour des opinions désastreuses.

M. Girard de Cailleux : J'ai parlé du délire aigu traité dans les asiles d'aliénés; c'est ce délire que j'ai assimilé à la rage.

M. Bouley : Est-ce la rage ou n'est-ce pas la rage?

M. Gibert : La rage, quoique très-rare, a été observée; elle se révèle avec des caractères spéciaux, et qu'il est impossible de confondre avec autre chose.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PUSTULE MALIGNE.

M. Magne : Après les discours prononcés par MM. Bouley, Bouillaud et Jules Guérin, on pouvait admettre que tout le monde était d'accord. Je ne demande pas mieux, pour ma part, que de souscrire à l'assentiment général; cependant je voudrais bien insister un peu sur quelques idées qui m'ont paru tout à fait négligées dans cette discussion.

Notre éminent collègue M. Jules Guérin vous a exposé avec beaucoup de talent comment les causes générales peuvent agir dans la production des maladies virulentes spécifiques. Sur cette question, je suis

obligé de me séparer de M. Guérin, car pour moi, ce sont surtout des causes spéciales qui agissent, comme j'espère le démontrer.

On ne peut pas dire, je crois, que la peste, la fièvre jaune, le typhus contagieux des bêtes à cornes, etc., sont produites par des causes générales; eh bien! la morve et le charbon ont cela de commun avec les maladies précédentes qu'elles ne se produisent que dans des cas particuliers.

On n'a pas fait certainement aux conditions géologiques du terrain la part qui leur revient dans la manifestation des maladies spécifiques. Ainsi, dans la Nièvre, on peut voir de grands pâturages au milieu desquels le charbon est assez commun; au nord et à l'est de ces pâturages, le charbon est, au contraire, très-rare en vertu de conditions géologiques différentes: la constitution du terrain n'est plus la même. C'est également le terrain qui détermine la production du sang de rate, et cela est si vrai, que dès qu'on déplace le troupeau la maladie disparaît. Je ne vais pas cependant jusqu'à refuser quelque influence aux mauvaises conditions hygiéniques, mais je ne puis leur accorder qu'une importance secondaire, en face de l'importance capitale que me paraît avoir la constitution du sol. Ce n'est pas d'aujourd'hui, du reste, que je m'occupe de la question, il y a même plus de dix ans que je réunis des matériaux à l'appui; eh bien! les nombreuses enquêtes auxquelles je me suis livré n'ont fait que confirmer mon opinion. Comment, du reste, pourrait-on méconnaître l'influence dont je parle, lorsqu'il suffit, comme je l'ai constaté dans plusieurs cas, de changer la nature du terrain par un fort marnage pour changer en même temps son état sanitaire?

L'orateur cite à l'appui de ses idées plusieurs documents qui lui ont été envoyés de différents points de la France par d'anciens élèves des écoles vétérinaires.

Les affections charbonneuses ne sont donc pas dues à des causes générales, mais à des causes spéciales.

Quant à la morve, je rapporte sa production à trois causes:

1° *L'excès de travail.* Les faits à l'appui ne sont pas rares; cependant il y a une distinction à faire. L'excès de travail proprement dit amène plus souvent d'autres maladies que la morve, maladies ordinaires nullement spécifiques; mais la fatigue pendant laquelle les mouvements respiratoires sont exagérés est la plus propre à engendrer la morve.

2° *La mauvaise nourriture.* Ici il y a aussi à distinguer. Par mauvaise nourriture, je n'entends pas dire des substances gâtées, moisies, etc., mais seulement une substance remplacée par une autre. Ainsi donnez à un cheval de la luzerne et du foin au lieu de foin et de paille, donnez de l'orge, des pois, des féveroles, des vesces au lieu d'avoine, et vous mettrez l'animal dans le risque de devenir morveux. Ainsi ce sont plutôt les aliments qui ne conviennent pas que les mauvais aliments qui déterminent la morve.

3° *Insuffisance de nourriture.* Toutes les fois qu'il y a disproportion entre la fréquence des mouvements respiratoires et la quantité de principes respiratoires dans les aliments ingérés, l'animal se trouve dans des conditions pathogéniques évidentes. Un de nos anciens élèves, vétérinaire dans l'armée du Mexique, m'écrivait dernièrement qu'il était étonné de ne voir qu'une mortalité insignifiante parmi nos chevaux, soumis à un travail des plus fatigants, *mal nourris* avec du maïs et un peu de foin. C'est précisément parce que le maïs forme la base de leur nourriture qu'ils peuvent fournir à cet excès de travail sans être malades. J'ai cru, du reste, moi-même autrefois que le maïs était un mauvais aliment pour le cheval; mais depuis que M. Boussingault a constaté ses bons effets à cause de la quantité de principes gras qu'il renferme, je suis revenu de mon erreur, et je m'explique parfaitement l'état sanitaire exceptionnel de nos chevaux au Mexique.

Maintenant si je passe au mode d'action des causes immédiates des maladies spécifiques, il faudra examiner comment se produit l'altération du sang, comment se comporte le virus, pour ceux qui l'admettent. Qu'est-ce que le virus? Est-ce un animal, est-ce un végétal ou bien un composé chimique? Question insoluble actuellement. Est-il antérieur à la maladie? Pour moi, je crois qu'il se produit en même temps que celle-ci. Ainsi, voyez un troupeau infesté par le sang de rate: la mortalité est grande un jour; déplacez le troupeau, le lendemain vous en verrez à peine deux ou trois succomber, puis plus rien.

Je terminerai par quelques mots touchant la spontanéité de la pustule maligne. J'ai lu avec beaucoup d'attention les faits de MM. Gallard et Devers, et je les trouve plus probants que ceux de Enaux et Chaussier. On a craint, je le sais, qu'on n'eût plus recours à la cautérisation si l'on admettait une pustule spontanée; et cependant, depuis Vicq-d'Azir, tous les médecins n'hésitent pas à employer la cautérisation. Je crois que, grâce à Enaux et Chaussier, on est même devenu un peu trop fataliste relativement à la production de la pustule maligne, et qu'ils ont contribué à faire négliger la recherche de la cause dans une maladie si terrible.

Pour ce qui est de la cautérisation, aujourd'hui elle est loin d'être oubliée; son emploi est tout à fait populaire, et je puis dire que dans nos campagnes on en fait parfois un singulier abus.

La parole est à M. Briquet pour la prochaine séance.

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

De la philosophie dite positive dans ses rapports avec la médecine; par M. le docteur P. Em. Chauffard, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. In-8. — Chez Chamerot, libraire.

Sous le nom de positive, une philosophie nouvelle est venue, qui se flatte de supprimer les problèmes métaphysiques et prophétise le jour prochain où l'esprit arrivé à la perfection par les sciences positives parviendra à expliquer tout ce qu'il y a aujourd'hui d'obscur dans les mystérieux phénomènes de la vie et de la pensée.

Si ces prédictions venaient à se réaliser, nous ne tarderions pas à assister aux funérailles de toutes les notions primordiales, de toutes les vérités métaphysiques, de toutes les réalités invisibles objets de la science; déjà le chimérique royaume créé par l'imagination et ses fantastiques habitants disparaîtraient pour jamais de la science, et sur ses ruines s'élèverait un nouvel édifice scientifique; à l'en croire même, la dernière borne serait posée; il n'y aurait plus qu'à s'asseoir, à se croiser les bras aux pieds de cet arc de triomphe. Cependant au train où vont les choses, et malgré les admirables promesses de la philosophie positive, ces jours d'accord et de sérénité ne nous paraissent pas près d'arriver.

Quelle est donc cette admirable découverte qui doit régénérer la science et l'esprit humain? C'est le divorce des sciences et de la philosophie, c'est-à-dire la négation de toutes les vérités premières et métaphysiques, du principe même de l'être, et la substitution à cette philosophie d'une hiérarchie de ces sciences.

Cette hiérarchie des sciences, constituée tout entière d'après des indications extérieures et empreinte de mécanicisme, est tenue pour la notion fondamentale, pour la vérité suprême, qui doit remplacer toutes les notions et toutes les vérités demandées précédemment à l'étude de l'entendement et de la raison; donc, comprendre cette hiérarchie, cette vaste conception, c'est posséder la mécanique des facultés de l'esprit et les choses auxquelles s'appliquent ces facultés.

Le principe de cette hiérarchie est la généralité décroissante et la complexité croissante, c'est-à-dire qu'elle part selon un ordre progressif, selon un ordre sériel de la science la plus simple et la plus générale pour arriver à la plus compliquée, de la mathématique à l'astronomie, de celle-ci à la physique et à la chimie, puis à la biologie et à la sociologie; elle nous fait ainsi marcher, selon une loi de continuité admise par elle, sans interruption, sans hiatus, sans saltus de la matière brute à l'homme, à travers une progression ascendante où tout n'est que passage, rien n'est abîme, et s'efforce de rattacher cette chaîne scientifique non interrompue par un fil grossier qu'elle veut toujours tenir à la main: d'un seul pas elle nous fait franchir l'infranchissable et incommensurable distance qui sépare l'agrégat inorganique de l'être organisé, comme si les molécules d'un être organisé étaient cet être organisé lui-même; « cet être individuel et supérieur qui, selon M. Chauffard, cherche et trouve dans un monde « inférieur celui de la physique et de la chimie, les conditions et occasions de son existence et de son développement, mais qui puise « en lui seul son principe d'activité et la suite entière de ses déterminations. »

Dans cette échelle progressive, dans cette charpente bigarrée de toutes les sciences j'y cherche en vain l'homme et la vie, je n'y trouve qu'un automate, qu'un mannequin costumé, rien, si ce n'est l'appareil extérieur de la vie. Où est d'ailleurs la lumière supérieure qui éclaire cette magnifique façade scientifique, magnifique façade, il est vrai, mais rien de plus. Je sais bien que la nature est un bien merveilleux miroir, mais ce n'est pas le miroir qu'il faut me montrer, mais l'âme qui brille à travers et s'y réfléchit. Cette hiérarchie, avec sa généralité décroissante et sa complexité croissante, où tout est artificiel et rien n'est vivant, apporte-t-elle quelque clarté sur la nature de l'être? A qui fera-t-on croire que la vie et la pensée ne consistent dans l'homme qu'en une complexité croissante, qu'elles ne sont que l'organisation matérielle de plus en plus compliquée? Qu'est-ce autre chose cette hiérarchie qu'un inventaire, un étalage, une masse de faits distingués, classés, coordonnés entre eux? Vous dira-t-elle ce qu'il y a sous ces faits, à quoi ils tiennent, d'où ils viennent, ce qu'ils démontrent, ce qu'ils signifient sans l'idée mère qui constitue la vie propre et anime la science dans toutes ses parties? Où est, dans cette union de faits, la science, la science qui, dans son acception la plus haute, n'est que l'intelligence pleine et entière des principes et de leurs conséquences? Sans doute cette exposition nous apprend que tel fait n'est pas tel autre, que tel phénomène a lieu dans tel ordre, que celui-ci précède celui-là dans la hiérarchie des sciences; mais

comme, d'après la méthode positiviste, on n'a pas le droit de s'élever au-dessus des phénomènes visibles et tangibles et des caractères réels et matériels de ces faits, où ce résultat ménera-t-il? Entassez tant que vous le voudrez ces phénomènes matériels vides et morts. Ce que vous recueillerez sera-t-il moins vide qu'eux? Pourra-t-il être autre chose que le point de départ d'inductions à l'aide desquelles nu pourra, dans certains cas sans doute, être amené sur le terrain des réalités invisibles? Constater, combiner, classer les faits, les grouper dans un dédale de nomenclatures diffuses de synonymies fausses, les agiter par l'analyse, les enchaîner par l'induction, les jalonner sur les lignes d'une théorie étroite et éphémère, est-ce là le dernier mot de la science? La raison peut-elle se déclarer satisfaite au sein d'une multiplicité plus ou moins symétriquement disposée, mais que rien n'anime et ne régit? Comment enfin cette représentation complexe et hiérarchique, cette espèce de marqueterie, de mosaïque des sciences nous dounera-t-elle la constitution et la raison des choses? Est-ce à l'aide de rapprochements scientifiques, d'assemblages bigarrés? est-ce par le seul artifice des combinaisons moléculaires plus ou moins complexes auxquelles se prête la matière physique qu'elle pourra, comme par une sorte de magie, créer la vie et les actes de l'intelligence, dévoiler enfin tous les secrets de la nature? Est-ce en transportant dans l'ordre vivant la physique et la chimie, comme principe et moyen d'explicatiou, qu'elle nous donnera la solution de ces importants problèmes, de ces grandes questions sur les points les plus élevés de l'homme et de la nature? Sans doute, à l'aide de cette méthode, on pourra nous donner une réalité physique ou chimique, une réalité morte comme celle de la table de dissection ou celle du laboratoire; or là que saisit notre esprit, puisqu'il ne peut s'en tenir aux simples phénomènes, et que, comme la loi des sens est de saisir les résultats phénoméniques, celle de l'intelligence est d'en chercher sans cesse les causes, d'en exprimer la réalité vivante. C'est en vain que, par des concessions, la philosophie positive cherche à franchir le cercle qu'elle a tracé autour d'elle; elle n'y réussit pas, plongée qu'elle est dans les abîmes d'une méthode scientifique où le flambeau de la pensée ne l'éclaire pas. Il est vrai qu'en rejetant les notions de cause et de force, elle nous avertit qu'elle n'a pas la prétention d'expliquer les fonctions et les troubles de l'économie vivante seulement par les lois de la mécanique, de la physique et de la chimie; qu'il faut admettre dans les tissus végétaux et animaux des propriétés spéciales différentes de celles des corps bruts, que la fibre morte n'est pas la fibre vivante, que les rouages qui composent la machine organique ne se meuvent pas seuls; mais on nous fait savoir en même temps que ces propriétés vitales *sont subordonnées elles-mêmes à l'exercice de toutes les propriétés physiques et chimiques* qui, étant plus générales, interviennent dans toutes les fonctions du corps vivant.

Ainsi, le positivisme ne se borne pas à défendre toute conception causale de l'être; « les propriétés biologiques qu'il reconnait, ainsi « que le fait remarquer M. Chauffard, il les subordonne franchement « aux propriétés physico-chimiques, ces dernières restent, en défi- « nitive, maîtresses premières et réelles; elles interviennent dans les « fonctions organiques, et, dans cette intervention, elles dominent « la dépendance dans laquelle on place les propriétés organiques. Ne « doit-elle pas faire pardonner leur admission à ceux qui les consi- « dèrent comme de simples modalités des propriétés physico-chimi- « ques? Une propriété subordonnée à une autre ne rentre-t-elle en « principe dans cette autre, ne doit-elle pas être considérée comme « une expression, un cas particulier de la propriété subordonnante? »

Si la vie n'est autre chose qu'une propriété inhérente à la matière organisée analogue à l'affinité et à la pesanteur, comment comprendre l'harmonie des fonctions organiques, ce grand fait de l'unité vitale? Et quel rôle joueront dans la production des phénomènes de la vie ces propriétés sans activité, sans individualité, sans vie propre, incapables de se mouvoir, de se développer qu'à la condition d'une entière dépendance, et qui, au lieu de nous montrer l'homme réagissant contre les objets extérieurs, nous le représentent sous le despotisme misérable des forces qui meurent et transforment le monde inorganique comme leur esclave docile, leur jouet, comme souffrant de toutes leurs influences et jeté seulement en ce monde des corps pour en être accablé.

Mais cette matière organisée elle-même d'où vient-elle, qui l'a organisée? Quel est le tisserand qui a agencé la trame de ces tissus, de ce composé étrange? Comment l'argile s'est-elle animée elle-même pour devenir un homme? Et pourquoi ces propriétés spéciales créées par un chimérique ontologisme déguisé sous le nom de positivisme? Non, l'être vivant est plus qu'une machine à ressort qui va, vient, parle sans pensée et sans réflexion. C'est une force propre, ayant en elle-même la vertu, la puissance d'agir, de s'entretenir, de se développer, c'est un ensemble isolé du monde entier, comme dit M. Babinet (de l'Institut), et, selon la belle expression de la Bible, un tout ayant en soi un germe de reproduction.

Que l'on ne nous objecte pas qu'il n'y a rien de positif dans une étude qui ne s'occupe pas d'objets matériels sensibles, car ce serait refuser par le même argument de s'occuper jamais de la loi de génération d'une classe quelconque de phénomènes; que l'on ne nous objecte pas non plus que raisonner sur les causes c'est raisonner sur des inconnues; ne sommes-nous pas aussi certain de cette inconnue que du phénomène lui-même? Qu'y a-t-il de mieux dans l'effet que dans la cause?

N'est-ce pas d'ailleurs la notion innée de cause, de force, notion qui formule en outre les lois de la raison, qui se présente incessamment à l'esprit de tous les savants et les porte à chercher dans des phénomènes qui changent à chaque instant un lien, une loi, un rapport en général, c'est-à-dire ce qui reste sans cesse invariable et constant? Or ce lien, cette loi, ce rapport général ne peuvent être engendrés que par l'esprit qui les saisit et les conçoit; sans cette notion innée de cause, de force, sans cette constante idéale préexistante en lui, l'homme ne verrait chaque phénomène que comme une bête les voit, ou plutôt les sent, comme une excitation isolée, passagère, sans motif.

On suppose que cette croyance universelle à la vie nous trompe, mais on avoue que cette croyance existe et est invincible; c'est se contredire soi-même. Notre raison est-elle moins croyable que nos sens? La certitude de notre existence s'impose à notre raison comme un axiome nécessaire; de même que l'homme sait qu'il n'est pas une collection de phénomènes sans lien et sans unité, dépouillée d'existence, privée de vie et de réalité. L'idée de vie est une idée innée, dit M. Louis Peisse, et ne vient pas, comme on le ressasse sans cesse, à la suite des faits et à titre de simple corollaire. C'est au réel, à la forme ondoyante, à l'enveloppe matérielle, au phénomène que s'attache exclusivement le positivisme; or le réel n'est pas la même chose que le vrai. Le réel est variable, essentiellement relatif, il change suivant les individus, les époques, les circonstances; l'un est comme l'écorce, la partie extérieure des choses, l'autre en est la vie, l'âme; la vie, l'âme est absente dans la philosophie positive; rien ne s'y remue, et parce que cette philosophie ne peut mettre la vie à sa portée, ne peut l'établir par ses procédés, ne peut atteindre les idées de cause et de force qui n'ont rien de sensible, rien de figuré, rien que les sens puissent saisir; elle veut absolument que l'esprit humain s'en passe et abandonne le monde des vivants pour se réfugier dans celui des momies et des nécropoles.

Pour être admise par elle toute cause doit être extérieure; il faut qu'elle se voie, qu'elle puisse se toucher, se peser, se mesurer, comme nous pesons de la houille ou comme nous mesurons une étoffe; une cause doit se voir, une cause qui ne se voit pas est une hypothèse, un rêve cartésien; mais ce qui se voit, c'est le phénomène, ce n'est pas la cause, la cause ne se voit jamais. Mettez le positiviste en face d'une série de phénomènes; sans doute, il cherchera la cause de ces phénomènes; mais où la cherchera-t-il? dans les effets, dans les phénomènes, dans ce qui tombe sous les sens sans pouvoir en sortir; mais la cause, la raison des phénomènes n'est pas en eux-mêmes, mais dans la raison, dans l'entendement, dans l'esprit qui la saisit. Que fera-t-il alors, puisqu'il ne lui est pas permis de s'élever au-dessus des phénomènes, de ce qui se voit? Il remontera aussi haut que possible, et s'arrêtera au premier phénomène qu'il pourra apercevoir et le transformera en cause; mais d'où vient ce premier phénomène, il ne s'en occupera guère, cela lui importe peu; ce qu'il veut ce n'est pas la cause, c'est le phénomène apparent qui apparemment est lui-même sa cause. *Proles sine matre creata.* Une fois qu'il tient ce premier phénomène, il n'a plus besoin de rien pour tout créer, pour animer l'organisation, expliquer la vie et la maladie. Produit sans cause, on ne sait comment, ce premier phénomène spontané va bientôt produire d'autres phénomènes pour la production desquels rien de plus facile que l'explication; ils procèdent du premier qui ne procède de rien, qui n'a ni racine ni appui, et qui semble tomber des nues. Les principes de toute science sont dans les lois de l'entendement humain; il faut que les observations fournies par les sens soient comme embrassées et fécondées par l'esprit armé de ses principes innés pour produire la vérité, tant il est faux que celle-ci soit exclusivement dans les choses, ainsi que le répète l'école sensualiste. Oui, il faut à la science un principe dirigé par une méthode; c'est elle qui a donné ce caractère à la physique et à la chimie en posant l'attraction

et l'affinité comme des principes; c'est elle qui a fait une science de la médecine en posant le grand fait de la force vitale et des lois de la vie.

Ils auront beau faire ces savants, ils ne parviendront jamais à séparer ou anéantir ce que Dieu a joint : *matière et forces*; et de même que la force vitale pure frappera l'air comme un son vide quand on voudra l'isoler des réalités matérielles, de même les réalités matérielles les plus éclatantes auront toujours besoin, pour s'élever à l'existence, de quelques rayons dérobés à la force vitale. Sans la substance matérielle, les forces ne peuvent se concevoir; c'est une représentation absolument dénuée de réalité, une conception abstraite et privée de sens.

Eh! messieurs les positivistes, vos sciences physiques et chimiques si exactes, si positives n'existent, comme sciences, qu'à une seule condition, c'est d'invoquer sans cesse, à chaque expérience, ces mêmes forces, ces mêmes causes qui vous semblent aujourd'hui chimériques et impuissantes; vous, physiciens, vous ne feriez pas un pas dans la découverte des lois de la nature sans ces principes métaphysiques; et vous, chimistes, votre science eût-elle jamais pris le magnifique développement dont elle est si justement fière si elle était restée dans le domaine du visible? C'est donc en vain, physiciens et chimistes, que vous cherchez à réduire votre science aux proportions de ce qui tombe sous les sens; la métaphysique, cette science des causes et des forces, vous domine et vous envahit de toutes parts, et tandis que vous croyez en faire abstraction, elle pénètre dans vos calculs en dépit de vous, et si sachant ce que vous faites vous pouviez l'écarter en effet, vous vous condamneriez à l'empirisme, que dis-je, au septicisme absolu. Vous avez déclaré la guerre à la métaphysique, et dès ce moment la science a perdu son principe de vie; vos lois de la nature, tout s'écroule à l'instant, se dissout, tombe en menue poussière, s'évanouit en fumée. Vous avez voulu chasser les causes, les forces de la nature, la nature elle-même vous échappe; elle a perdu ses lois; elle n'est plus qu'un assemblage confus de phénomènes sans ciment, sans liaison, elle n'est plus qu'un chaos au sein duquel s'agite inutilement une raison qui a perdu ses ailes.

Ils ne sont guère plus heureux les positivistes dans l'explication des facultés intellectuelles par l'arrangement, la composition chimique de l'organisation de la substance cérébrale, et M. Chauffard n'a besoin que de citer textuellement leurs assertions sur les opérations qui produisent la pensée, de même que l'estomac et les intestins opèrent la digestion, le foie filtre la bile, etc., pour démontrer leur insuffisance.

Quand on a devant soi des naturalistes et des chimistes qui prétendent avoir vu de leurs yeux et touché de leurs mains ce qu'on appelle la vie; quand ils expliquent la volonté à l'aide de l'électricité; quand ils disent avec Vogt que la pensée est une sécrétion du cerveau, et Büchner que les éléments constituants essentiels du cerveau étant la graisse et le phosphore, ce sont eux qui élèvent la fonction et développent l'âme; de là le dicton de Moleschott, *sans phosphore pas de pensée*; que ce que l'on appelle force est un fantôme; que la matière seule existe, et que ce sont ses transformations incessantes qui constituent l'univers et l'homme; quand on voit pousser l'exagération, le paradoxe, les abus de raisonnement jusqu'à avancer que l'âme est un composé d'acide carbonique et d'ammoniaque, et pour expliquer les sympathies, que la femme est un acide, l'homme un alcali; enfin soutenir que tous les sentiments humains sont des phénomènes physiques; que les plus belles inspirations, les plus belles pensées se réduisent à un jeu de la machine, de même que la manivelle d'une serinette produit des opéras, on est saisi d'un profond dégoût.

C'est de l'Allemagne surtout que nous sont venues ces hardiesses renouvelées des rêveries paracelsiques (1). L'esprit de mesure particulier à notre pays retient ordinairement les esprits sur ces pentes fatales, mais en Allemagne ils se laissent emporter sans résistance. Si cette grossière doctrine, soutenue par une science incontestable, par d'importantes découvertes et par des hommes de génie, a séduit un grand nombre de jeunes esprits, on remarque aujourd'hui d'admirables retours de vigueur; on revient avec réflexion à des croyances meilleures. Que d'inconséquences aux règles de la logique chez ces savants qui usent et abusent à tout moment du mot positivisme; avant d'identifier les faits de conscience aux faits organiques; avant d'absorber la psychologie dans la physiologie, les partisans du positivisme auraient dû prouver que cette opinion ne repose pas sur une hypothèse; c'est ce qu'ils n'ont pas établi, c'est ce qu'ils ne pouvaient établir. Si dans notre existence physique nous avons un principe inné, la vie, notre vie morale a aussi une étoile, la conscience.

Tout en manifestant son admiration pour la vaste érudition et l'imagination brillante de quelques-uns des soutiens de la philosophie positive, M. Chauffard ne pouvait cependant pas altérer la vérité par ménagement ou par égards pour de grands talents; son intelligence ouverte aux vérités intuitives avait senti bientôt les conséquences funestes de ces doctrines, et en face de cette espèce de panthéisme gigantesque au sein duquel tous les êtres s'engloutissent sous un niveau pour ainsi dire commun, il résolut de relever scientifiquement les notions de cause et de force que la philosophie positive tendait à anéantir et à consacrer à l'étude du vrai les forces qu'on dépense dans une lutte stérile avec le réel. L'entreprise était belle, il s'agissait de retrouver l'homme et la vie, de ressusciter un cadavre. Cet homme que l'on accuse de se nourrir de chimères, d'oublier la réalité pour l'ombre, appartient à la vie active et militante, et vit au contraire au milieu du réalisme le plus positif; les yeux sans cesse fixés sur la nature, sur la réalité. Il la consulte avec une persévérance, une obstination que sa nature semblerait lui interdire, et ce n'est que quand il a été bien convaincu que ce qu'il a pensé s'accorde avec la réalité qu'il s'est trouvé prêt et puissant pour donner la vie à des pensées qu'il savait n'être pas de fantastiques chimères. Ces abstractions unité, cause, force, qui planaient au-dessus des faits sans les atteindre, il a essayé de les contempler d'une seule vue, de les confondre dans une unité indivisible, dans une étreinte invincible. Sa doctrine on peut l'appeler *vitalisme concret*, par opposition à ce qu'on appelle *vitalisme abstrait*.

Les caractères de la nouvelle école vitaliste se ramènent donc tous à un seul, c'est-à-dire que tout ce qui la différencie découle, comme autant de conséquences, du principe d'où elle part, savoir l'observation de la nature douée de la vie, des réalités vivantes; c'est l'école de tous les temps, rajeunie, enrichie des conquêtes des siècles, éclairée par les erreurs et les connaissances de l'école anatomique, débarrassée de toutes les spéculations systématiques qui se sont usées à travers les révolutions médicales.

Disons en terminant que nous ne saurions trop féliciter ces esprits généreux, ces hardis travailleurs qui, comme M. Chauffard, appellent la jeunesse à la méditation de ces grands problèmes, et cherchent avec elle à sonder ces redoutables mystères de la vie, à passer au creuset d'une savante analyse toutes ces notions transcendantes, cette énigme de la science.

AUG. HASPEL.

(1) Paracelse osa, dit Zimmermann son contemporain, avancer qu'au moyen de la chimie il produirait un enfant vrai et vivant qui, à la grosseur près, ressemblerait dans toutes ses parties aux enfants ordinaires.

VARIÉTÉS.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort imprévue et prématurée de M. le docteur Marcé, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de la Salpêtrière et l'un des propriétaires du bel établissement d'Ivry. M. Marcé était une des espérances de la science contemporaine, et les premiers travaux sortis de sa plume dénotent une observation sagace, un esprit fin et une raison sûre. M. Marcé était en outre doué des plus aimables qualités du caractère; une grande aménité de formes, des manières distinguées, rendaient son commerce on ne peut plus agréable.

— M. le docteur Sistach, notre collaborateur, vient d'être nommé médecin major de première classe.

— Le docteur Lucien Papillaud, l'un des collaborateurs de la *Gazette médicale*, vient de recevoir de S. M. le roi de Portugal la croix de l'ordre du Christ.

Cette décoration a été conférée à notre collaborateur sur la proposition de S. Exc. le ministre ambassadeur de Portugal, en récompense de services rendus à la presse médicale portugaise. Les articles de climatologie et de bibliographie publiés par le docteur Papillaud dans la *Gazette médicale* ont contribué à lui mériter la distinction qui vient de lui être accordée.

— M. le docteur Wecker vient d'être attaché par S. M. l'Impératrice au service médical de la maison impériale Eugène-Napoléon, en qualité de médecin-oculiste.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE DE LISBONNE EN 1857, PAR LE CONSEIL DE SANTÉ DU ROYAUME DE PORTUGAL.

Les grandes épidémies qui, de distance en distance, frappent les populations, sont des fléaux pour les générations qu'elles atteignent, mais elles deviennent une source d'enseignements pour la science qui les observe et qui peu à peu apprend à les combattre et surtout à les prévenir; ce qui fait qu'en définitive des maux passés et prévus sortira le bien pour l'avenir. Les générations passées ont travaillé et souffert (ce qui est tout un) au profit des générations actuelles, et celles-ci auront rendu et légué des services analogues à celles qui devront les suivre. Cependant il est à remarquer qu'autrefois on ne songeait guère qu'à la défense du moment contre le fléau dont on éprouvait les atteintes, tandis qu'aujourd'hui non-seulement on observe et l'on étudie le mal pour le combattre quand il est présent, mais encore dans le but d'organiser contre lui des moyens de défense pour l'avenir. L'intelligence humaine a commencé à comprendre et elle comprendra de plus en plus qu'une inévitable solidarité existe entre tous les temps et entre toutes choses, et maintenant qu'elle est engagée dans cette voie, il est permis d'espérer que la science, avec les acquisitions qu'elle doit au passé et les tendances qu'elle manifeste pour l'avenir, finira par arriver non-seulement à l'atténuation des grandes maladies pestilentielles, mais même à leur extinction complète.

Si, à chaque grande épidémie, l'administration et la médecine se fussent concertées pour en limiter autant que possible les ravages, pour éclairer et raffermir les populations, pour affirmer et vulgariser les connaissances acquises et pour indiquer les progrès à accomplir, certes la marche de la médecine sanitaire eût été moins lente. Chaque apparition des grands fléaux eût été pour elle une occasion d'appliquer les moyens déjà connus de contrôler les propositions encore douteuses et enfin d'accroître de plus en plus ses ressources pour prévenir et pour guérir. L'histoire scientifique des épidémies est donc un bienfait pour l'humanité.

C'est un document historique et scientifique de ce genre que nous avons à examiner aujourd'hui, document officiel qui honore le gouvernement qui l'a ordonné, l'administration qui y a concouru et les hommes de science qui l'ont rédigé.

Ce travail commence par établir que le Portugal est un des pays les plus salubres de l'Europe, mais que cette salubrité, inhérente à son climat, ne l'a pas préservé des importations qui venaient du dehors, typhus apportés à la suite des armées, pestes nées en Orient et propagées par les communications qu'entretient le commerce; mais cela lui a été commun avec les autres contrées de l'Europe. La peste a sévi en Portugal, surtout au seizième siècle; au dix-septième, ses apparitions ont été moins fréquentes et, à partir de l'épidémie de 1679, ce fléau a cessé de s'y montrer.

Le choléra, qui a parcouru l'Europe à trois reprises, n'a paru que deux fois en Portugal.

Pour ce qui est des épidémies de fièvre jaune, on n'en compte qu'une antérieure aux cas qui se sont montrés dans ce pays depuis 1850 : c'est celle de 1723 qui régna à Lisbonne et qui, d'après le rapport que nous analysons, est la première qui ait paru en Europe. Depuis cette époque et en commençant par 1731, plusieurs invasions du typhus américain eurent lieu en Espagne, en Italie et même en dernier lieu, aux îles du cap Vert sans que la portion continentale du Portugal ait eu à en souffrir, et cela malgré les épidémies qui désolaient le nord du Brésil, qui était alors en étroites relations avec sa métropole.

Depuis 1849, époque à laquelle le Brésil a été atteint de nouveau par la fièvre jaune qui, cette fois, s'est étendue à tout son littoral, sans en excepter les provinces du Sud qui jusqu'alors avaient été épargnées, il est certain que quelques cas se sont montrés à diverses reprises en Portugal, principalement à Porto et à Lisbonne, mais sans faire beaucoup de ravages et en passant pour ainsi dire inaperçus. Cependant, en 1857, la maladie fit de nouveau invasion et prit le caractère d'une épidémie grave et opiniâtre, épidémie qui demeurera une des plus considérables qui aient régné en Europe, bien qu'en définitive elle ait été moins meurtrière que celle de 1723 qui fit périr un bien plus grand nombre de malades sur une population qui était de beaucoup inférieure à celle de la Lisbonne contemporaine.

Le travail du conseil de santé considère l'épidémie de 1857 sous le rapport des relations qu'elle peut avoir eues avec les petites épidémies circonscrites et les cas isolés qui s'étaient montrés en 1850 et en 1851 à Porto et en 1856 à Belem et à Lisbonne.

Pendant l'automne de 1850, on sut qu'à bord du navire de commerce *Edouard IV*, provenant du Brésil, cinq douaniers étaient tombés malades et que trois étaient morts. On s'occupa beaucoup plus de cacher ou de déguiser ce fait inattendu que de l'étudier et d'en donner connaissance à qui de droit, comme cela aurait dû se faire.

En août 1851, nouvelle importation de la fièvre jaune par la galère *Tentadora* venant de Rio de Janeiro et ayant eu cinq décès pendant sa traversée. Ce furent encore des douaniers, que leurs fonctions avaient appelés à bord, qui furent victimes. Le 10 septembre suivant, le même navire *Edouard IV* qui avait apporté la maladie l'année précédente, l'apporta encore cette année. Ce navire avait eu, pendant la traversée, des malades et des décès; il fit une quarantaine de douze jours, puis fut admis à la libre pratique. Bientôt après deux douaniers qui avaient été de garde à bord tombèrent malades et moururent; trois autres, qui avaient assisté au déchargement, devinrent, eux aussi, malades et très-gravement, et enfin d'autres personnes qui avaient eu des relations avec ces deux navires furent atteintes à leur tour, et la maladie se répandit dans les quartiers bas de la ville, Miragaia et Massarellos, et fit dix-sept victimes chez lesquelles les caractères de la fièvre jaune furent constatés.

Un troisième navire le *Santa-Cruz*, venant également du Brésil, occasionna des accidents analogues. Ces faits finissaient par inquiéter la population et l'administration, et une commission fut nommée pour les étudier. Cette commission hésita à prononcer le nom de fièvre jaune dans la crainte, très-louable d'ailleurs, d'alarmer à un trop haut degré les habitants de Porto, et elle se borna à prescrire quelques mesures de précautions. Il vaudrait mieux cependant, dans ces cas, savoir décidément à quel ennemi on a affaire pour l'envisager de face et prendre ses mesures en conséquence.

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE DE LOUIS.

(Suite. — Voir les nos 33, 34, 35 et 36.)

V.

Pour interroger l'histoire avec fruit, il faut que l'esprit se dégage de toute préoccupation mesquine. Les investigations historiques n'ont d'autre objet que la vérité, et la vérité veut être cherchée de bonne foi et avec ardeur. Ni la sagacité ni la patience ne suffisent à l'historien; l'érudition n'est qu'un moyen et comme un instrument pour défricher le champ du passé. La critique, dont les droits interviennent dans toutes les questions possibles, discerne et juge, compare, rapproche les faits, induit et raisonne, et de l'étude attentive des documents retire des leçons utiles. Aux morts on ne doit que la vérité, et, par respect pour la vérité, on doit parler des morts aux vivants sans timidité comme sans complaisance.

L'essentiel, en ce temps de compromis où l'on ne redoute rien tant que l'expression franche, claire et nette de toute pensée indépendante, l'essentiel pour la critique qui a conscience de ses devoirs, c'est de s'affirmer sans crainte et de maintenir ses franchises contre toute censure même bienveillante qui voudrait s'établir ouvertement ou d'une autre façon, au nom des bienséances ou sous tout autre prétexte. Dans le domaine scientifique la liberté absolue est de rigueur, et la publicité ne doit souffrir aucune atteinte. C'est à ceux qui comprennent toute l'importance de ce principe qu'il appartient de le défendre contre toute tentative de restriction.

Tout ce qui est bon à dire peut et doit être dit hautement et sans réticence. Les avantages de la science, qui sont communs à tout le monde, doivent passer avant les intérêts ou les convenances de quelques particuliers, et les institutions avant ceux qui les représentent bien ou mal.

Nous tenons que les académies n'ont pas été fondées uniquement pour les académiciens, et nous croyons que le premier devoir d'un académicien est de faire honneur à l'Académie comme collaborateur actif. Quand la haute administration prodigue ses faveurs à une association savante, c'est qu'elle la reconnaît comme un établissement d'utilité publique. Mais si fréquentes et si importantes que soient les relations d'une société reconnue et établie avec l'administration supérieure, sa mission principale est de travailler au progrès de la science.

Tel était le but que poursuivait, avant tout, l'Académie royale de chirurgie, différente en cela de la Société royale de médecine.

Celle-ci avait un caractère plus administratif, et tout en contribuant

Mais les faits qui continuaient à se produire devaient faire cesser les doutes et, dans l'espace d'un mois, on vit la maladie se développer à bord de deux navires anglais qui avaient été ancrés auprès des bâtiments infectés et aussi sur deux navires portugais qui avaient été dans ce dangereux voisinage, lesquels étaient partis pour Pernambuco, emportèrent avec eux la fièvre jaune qui leur causa pendant le voyage plusieurs maladies et plusieurs décès. Quarante personnes succombèrent dans le cours de cette petite épidémie.

La fièvre jaune fit une troisième apparition à Porto en 1856, toujours importée par des navires venant du Brésil, toujours frappant d'abord les douaniers de service à bord, puis les gens employés au déchargement, puis se propageant dans la ville par les relations de ces premières victimes. Cette fois la maladie pénétra jusque dans les garnisons, l'autorité fut avertie, des mesures sanitaires furent prises, ce qui n'empêcha pas l'épidémie de s'étendre dans le quartier de Miragaïa.

Dans la garnison, qui n'avait pu recevoir la maladie que de seconde main, il y eut 27 malades et 10 morts, presque les deux tiers de guérisons, ce qui est l'inverse de la proportion ordinaire et ce qui prouve un moindre degré d'intoxication. L'hôpital civil reçut 21 malades qui tous avaient pris le mal à bord, et par conséquent de première main. Sur ces 21 cas il y eut les énormes proportions de 16 morts pour 5 guérisons seulement.

Cette troisième épidémie, commencée le 21 juillet, se terminait le 2 octobre ayant eu un chiffre de 120 malades et la proportion de 63 morts et de 57 guérisons. Parmi les mesures sanitaires qui avaient été prises, se trouvait l'ordre de faire sortir du port tous les navires suspects et de faire immerger ceux qui ne pouvaient effectuer cette sortie. Ces mesures furent mises à exécution malgré la plus vive résistance de la part du corps de commerce de la ville de Porto.

Pendant que ces faits se passaient dans la seconde ville du royaume en 1856 et au moment où l'épidémie de choléra, qui régnait en Portugal depuis 1855, allait en décroissant à Lisbonne, il se développa à Belem, auprès de cette capitale, et même dans quelques quartiers de la capitale, une épidémie de fièvres graves qui, dans le plus grand nombre des cas, furent appelées du nom de typhus, mais qui, sur beaucoup de sujets présentèrent, à n'en pas douter, les caractères de la fièvre jaune. En même temps la constitution pathologique de Lisbonne se manifestait par une tendance plus prononcée aux fièvres graves qui se montrèrent plus nombreuses que pendant les trois années précédentes.

Si l'origine des trois épidémies de Porto fut évidemment l'importation du mal par les navires infectés, les choses ne purent être aussi clairement établies pour l'épidémie de Belem. Elle commença dans cette ville par la femme d'un pharmacien. Dans une des provinces de Lisbonne, elle commença aussi par la femme d'un pharmacien. Quelques malades de fièvre jaune au début de l'intoxication n'étaient-ils pas venus peut-être demander des médicaments dans ces pharmacies, ou n'était-ce là qu'une circonstance fortuite?

Quoi qu'il en soit, il faut ne pas perdre de vue que la fièvre jaune régnait à Porto qui a des relations continuelles avec Lisbonne et que le port de Lisbonne lui-même recevait en grand nombre des navires venant du Brésil où cette fièvre était en permanence. Mais, en l'absence des preuves de l'importation par un ou plusieurs navires infectés et en raison de la bénignité de l'épidémie, nous admettrions plus volontiers la transmission d'individu à individu et de seconde main. Notons que le lazaret de Lisbonne est à Belem.

On remarque dans cette circonstance la coïncidence d'une épizootie de pneumonies malignes ou typhoïdes qui sévit dans les écuries royales de Belem et d'une épidémie de scorbut qui régna avec une opiniâtre gravité dans les prisons du Linrociro de Lisbonne, et cela contre les habitudes sanitaires de cet établissement.

Nous arrivons à l'épidémie de 1857. Avant d'entrer en matière, le rapport constate la régularité des six premiers mois de cette année sous les rapports météorologique et pathologique. La mortalité se trouvait inférieure à la moyenne des années antérieures, et cela se continuait même pendant le mois d'août, mois dans lequel la fièvre jaune comptait déjà de nombreuses victimes.

Ce fut en juillet qu'elle commença par un marin venu de l'Algarve et qui tomba malade dans une maison où il s'était logé et où, depuis et successivement, neuf autres personnes furent atteintes avec les mêmes symptômes que le premier. Néanmoins la maladie se borna pour le moment à ce foyer restreint. Le rapport ne nous apprend pas l'issue de ces neuf ou dix cas.

Le 22 juillet, un nouveau cas se montra dans une autre maison sur un ouvrier employé aux travaux de la douane, lequel mourut au cinquième jour de la maladie après avoir eu des vomissements bilieux d'abord, puis mêlés de noir, la teinte ictérique et le délire. Le 29, autre cas sur une femme qui était en relations journalières avec les ouvriers de la douane et qui succomba également en cinq jours. A partir de ce moment les cas se multiplièrent dans les maisons qui avaient eu les premiers malades, puis dans les maisons voisines situées dans la même rue, puis dans les rues adjacentes, et la maladie s'étendit ainsi de proche en proche, tantôt gagnant d'une maison à l'autre, tantôt transportée à de plus grandes distances par ceux qui avaient approché les malades et vécu dans leur atmosphère.

Le rapport du conseil de santé recherche avec soin l'origine de la maladie chez les sujets atteints les premiers dans une maison, dans une rue ou dans une paroisse, et toujours le lieu de cette origine se trouve être la douane. Toujours ce sont des ouvriers ou des employés de cette administration ou des gens qui avaient avec elle des relations pour leurs affaires qui emportaient de là le germe morbide qui allait éclater dans un lieu plus ou moins éloigné et y créer un nouveau foyer d'infection, d'où la maladie s'étendait plus loin.

Cependant, contrairement à ce qui a lieu dans les importations de fièvre jaune, aucun des navires ancré dans la rade ne présentait des cas de maladie; au contraire le port était manifestement épargné, les douaniers de garde à bord faisaient leur service en pleine santé et les ouvriers employés aux déchargements n'étaient point atteints pendant leur travail ou immédiatement après. Il faut donc rejeter l'importation par les individus ou par les navires considérés comme foyers d'infection. Le conseil de santé n'en admet pas moins l'importation, et il croit avoir constaté que si elle n'a eu lieu ni par les hommes ni par les navires, elle a été effectuée par les objets qu'ils avaient apportés et surtout par les bagages venant du Brésil.

En effet, les bagages des passagers passent tous à la douane, soit

---

au perfectionnement de l'art médical et à l'acquisition de nouvelles connaissances, elle travaillait surtout à éclairer l'administration sur les questions d'hygiène générale et de police sanitaire. C'est par là que l'Académie actuelle de médecine ressemble beaucoup à la Société royale. Mais l'Académie de médecine a cet avantage de réunir les attributions des deux associations savantes dont elle a recueilli l'héritage, et de réunir les deux éléments qui étaient jadis séparés. La fusion de la médecine et de la chirurgie s'est opérée définitivement dans son enceinte, et pour la première fois, en France, l'art tout entier a été représenté académiquement.

C'est un grand bien. Mais il s'en faut que tout ce qui était de bon exemple et d'utilité incontestable ait été maintenu, et qu'on ait pris tout ce qu'il y avait à prendre dans les deux célèbres institutions du dix-huitième siècle. N'est-il pas opportun d'appeler l'attention des médecins sur un point tellement essentiel, dans un travail entrepris précisément en vue de montrer le profit que le présent peut retirer des enseignements du passé? Quelques générations nous séparent à peine de cette glorieuse époque comprise entre la fin de la Régence et la grande Révolution; et ce que nous faisons ici n'est pas de l'histoire ancienne. Il s'agit d'institutions qui ont immédiatement précédé les nôtres, de fondations qui ont préparé celles qui sont aujourd'hui florissantes, et d'hommes qui sont nos prédécesseurs et nos vrais maîtres dans cet art que leur initiative a émancipé de la tyrannie des écoles. Ce sont nos anciens si l'on veut, mais non des anciens.

Si nous consacrons notre temps à mettre leurs travaux en lumière et leurs services en relief, ce n'est point, comme dirait Rabelais, « par révérence de l'antiquaille. » Mais nous sommes las d'entendre les ignorants et les orgueilleux se vanter d'avoir tout fait, et nous souffrons avec impatience ce dédain insolent et inepte pour tout ce qui n'est pas moderne. On affecta jamais un tel mépris de la tradition. Au delà de cinquante ou soixante ans, tout ce qu'ont essayé ou laissé nos prédécesseurs n'est qu'un fatras de vieilleries inutiles, *vetera et inania*.

Répondre à ceux qui raisonnent de la sorte, — et le nombre n'en est pas petit, — ce serait entamer un nouveau sujet, et ce serait aussi peine perdue. Il vaut mieux reprendre notre démonstration et produire des exemples qui prouveront avec évidence qu'il nous reste beaucoup à faire pour profiter, non-seulement des leçons que contient l'histoire de notre art, mais encore des modèles qu'il nous offre.

Certes nous ne sommes pas de ceux qui pensent que tout était pour le mieux dans le passé, et que nos prédécesseurs étaient nos maîtres en tout : *Nec omnia apud priores meliora*, pour emprunter une phrase de Tacite. Penser ainsi, c'est obéir à un esprit paradoxal de réaction et se mettre en contradiction flagrante avec le principe même du progrès. Avec les années sont venues les réformes et les améliorations, et à tous les points de vue, notre art a gagné prodigieusement. Quel médecin éclairé, à moins d'être entiché d'archéologie, voudrait aujourd'hui défendre et justifier les pratiques meurtrières des trois premiers médecins

venant directement des navires, soit venant par l'intermédiaire du lazaret, lorsqu'ils ont été soumis aux précautions quarantenaires; mais il faut ajouter qu'au lazaret les soins d'assainissement auxquels ils sont soumis sont tout à fait insuffisants et à peu près illusoires. Dans l'édifice de la douane, la pièce où s'ouvrent et se visitent les malles, caisses et paquets est située au rez-de-chaussée, basse, petite et très-mal ventilée. Il est remarquable que parmi les divers employés de cette administration, ce furent ceux affectés au service des bagages qui tombèrent malades les premiers et qui commencèrent l'épidémie. Ce fâcheux privilége devint si notoire que plusieurs douaniers refusèrent de travailler dans ce service qui mettait leur vie en péril, et il n'en resta qu'un seul qui eut le courage de continuer ses fonctions pendant l'épidémie et qui, en définitive, fut atteint par elle.

A côté de la salle des bagages, il existe à la douane une autre salle suspecte, c'est le magasin des dépouilles qui contient les effets de corps et autres objets personnels ayant appartenu à des sujets portugais morts hors du royaume. La plus grande partie de ces dépouilles arrivent du Brésil où sévit la fièvre jaune et où elles ont dû appartenir dans une assez notable proportion à des individus morts de cette maladie. Elles arrivent en malles, caisses ou paquets fermés qui restent dans cet état et qui ne sont ouverts que lorsqu'ils sont réclamés.

Le conseil a pris des informations auprès des employés de ces services qui ont déclaré que les bagages comme les dépouilles contenaient le plus souvent des objets en très-mauvais état sous le rapport de la salubrité, et notamment du linge sale quelquefois souillé de sang, de pus et d'excrétions. Des choses d'une telle provenance renfermées et empaquetées dans un tel état de malpropreté peuvent sans aucun doute être des sources d'infection.

Ce n'est pas à dire pour cela que les navires du commerce aient été à l'abri de tout soupçon; au contraire, il est certain que plusieurs d'entre-eux venant du Brésil avaient eu à bord des malades et des morts pendant leur traversée, qu'ils étaient même entrés avec des malades qui avaient été déposés au lazaret. Mais ni les observations faites dans cet établissement ni les déclarations des capitaines des navires ne purent faire constater avec certitude des cas de fièvre jaune.

Le vapeur *Tamar* fut le seul dont le capitaine avoua avoir perdu deux personnes de cette maladie peu après avoir quitté les ports du Brésil. Cependant ce navire était entré en mars et ne retourna qu'au mois de septembre; mais il paraît qu'à ce dernier voyage il avait importé la fièvre jaune même à Southampton.

Un autre vapeur, *Genova*, toujours de la ligne du Brésil, parut encore plus suspect que le précédent. Il était entré à Lisbonne en juillet portant des passagers presque tous plus ou moins malades. Ils durent faire quarantaine à Belem et lorsque après cette quarantaine ils débarquèrent à la douane, leur aspect était si profondément maladif qu'ils étaient un objet de pitié. La plupart de ces voyageurs furent se loger dans les hôtelleries de Ribeira-Velha. Le conseil manque de renseignements ultérieurs pour savoir quelle part ils ont pu prendre au développement de l'épidémie.

Dès que l'épidémie fut généralisée et reconnue et dès que le conseil de santé eut été convoqué, d'importantes mesures furent prises en vue de la salubrité générale pour l'assainissement des établissements publics et privés, pour l'organisation du service des malades dans des hôpitaux spéciaux, pour l'établissement de secours à domicile etc. tout marcha avec ordre, chacun fit son devoir avec zèle et dévouement, depuis le roi lui-même, dont on connait la ferme et courageuse conduite, et ses ministres et les hauts fonctionnaires jusqu'aux plus humbles infirmiers; aucun conflit ne s'éleva entre les administrations qui concouraient à cette œuvre de bien, et le peuple, comprenant la sollicitude dont il était l'objet, ne se laissa aller à aucun de ces mouvements d'irritation et de désordre qui sont ordinaires dans les grandes calamités publiques. Nous nous plaisons à reconnaître que dans cette longue et douloureuse crise le Portugal a donné un noble exemple aux autres nations et que, de même que son jeune et tant regretté souverain, il a bien mérité de l'histoire et de l'humanité.

D[r] LUCIEN PAPILLAUD.

(La fin à un prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES SUR L'OPIUM ET SES ALCALOÏDES; par M. CLAUDE BERNARD. (Communication faite à la Société de biologie, séance du 30 juillet 1861.)

J'ai fait cet hiver au Collége de France des expériences sur l'opium et ses alcaloïdes. Je désire en communiquer quelques résultats à la Société.

J'ai expérimenté sur six des principes de l'opium, savoir : la morphine, la narcéine, la codéine, la papavérine, la narcotine et la thébaïne. Je ne parlerai pour aujourd'hui que des propriétés *soporifiques* et *toxiques* de ces substances.

Il n'y a parmi les principes de l'opium que trois substances soporifiques qui sont dans l'ordre de leur activité : la narcéine, la morphine et la codéine. De plus ces trois substances font dormir d'une manière différente : la morphine avec un sommeil lourd suivi de demi-paralysie du train de derrière et un effarement très-grand des animaux au réveil; la codéine avec un sommeil léger et beaucoup d'excitabilité et pas d'effarement ni de demi-paralysie du train de derrière au réveil. Quant à la narcéine, elle donne un sommeil profond et très-calme sans excitabilité; l'effarement et la demi-paralysie au réveil sont beaucoup moins prononcés qu'avec la morphine.

Je vais me borner à montrer à la Société la puissance dormitive de la narcéine. On peut mettre ainsi les animaux dans un état de sommeil qui rend très-faciles les opérations physiologiques les plus délicates. J'injecte sur un jeune chien dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'aisselle, à l'aide d'une petite seringue à bout piquant, 1 centimètre cube et demi d'eau contenant en dissolution environ 7 à 8 centigrammes de narcéine très-pure. Cette narcéine m'a été fournie par M. Guillemette.

Au bout d'un quart d'heure à peu près, l'animal qui était criard s'est calmé et entre dans un sommeil des plus profonds. On peut tirer

---

de Louis XIV, dont nous avons les mémoires authentiques? Et quel est celui d'entre nous qui voudrait soutenir que l'enseignement médical, si détestable qu'il soit de nos jours, est inférieur à celui que distribuaient les docteurs-régents de l'ancienne Faculté?

S'il n'était ici question que des systèmes et des méthodes didactiques, nous ne ferions aucune difficulté d'accorder que ce qui est présentement vaut incomparablement mieux que ce qui était autrefois. Mais outre que l'examen de cette question nous entraînerait loin, notre dessein n'est pas de toucher pour le moment à un point de l'organisation médicale qui s'offrira à nos réflexions lorsque nous toucherons à la fin de ces études. Il sera temps alors de montrer la salutaire influence de l'Académie royale de chirurgie et de la Société royale de médecine sur la rénovation des études médicales en général. Beaucoup de bien a été fait par ces deux grandes associations, et c'est notre intention de montrer la part qui doit leur être faite dans les améliorations introduites.

Mais il est un autre point de l'organisation médicale qui nous touche de plus près dans cette étude comparative des académies : c'est la transformation des mœurs et des usages académiques. La vaine curiosité se contenterait peut-être d'analyser les statuts et règlements de ces compagnies savantes, comme on démonte une machine pour en connaître toutes les pièces en détail. Mais il faut bien se garder aujourd'hui, quand on aborde l'histoire de notre art, de n'étudier qu'en simple curieux : ces études rétrospectives doivent être pratiques et fructueuses, telles que les plus indifférents puissent en sentir, sinon en apprécier l'utilité. Loin de fuir les rapprochements, il convient au contraire de suivre la comparaison jusqu'au bout et de mettre en plein jour les analogies et les différences.

Nous n'avons pas la prétention d'écrire l'histoire de l'Académie de médecine, et quand ce serait notre volonté, le temps nous manquerait; car ce ne sera pas une petite entreprise que de mener à terme cette collection de documents que nous formons lentement pour servir à l'histoire de l'Académie royale de chirurgie et de la Société royale de médecine. Mais tout en préparant des matériaux pour l'histoire, nous n'avons garde de supprimer les réflexions que l'étude attentive de ces documents nous suggère, et encore moins de négliger le spectacle d'une association savante qui fonctionne sous nos yeux, pour mieux comprendre le mécanisme des deux associations éteintes et disparues qui ont servi d'exemple, sinon de modèle.

Il est juste de remarquer qu'un intervalle de trente ans environ sépare la fin des deux associations médicale et chirurgicale du siècle passé, de la naissance de l'Académie actuelle de médecine. Naturellement, cette dernière se ressent dans son organisation de la différence des temps et des circonstances. Bien des modifications importantes ont été introduites comme conséquence inévitable d'un régime nouveau substitué à un ancien ordre de choses. L'égalité, qui n'était qu'un vain mot dans les anciennes académies, quoi qu'aient pu dire les défenseurs d'un état social à jamais disparu, l'égalité n'est pas aujourd'hui un prin-

la langue, ouvrir la gueule de l'animal sans qu'il fasse aucune résistance; son corps est flasque, ses membres relâchés, et l'animal ne manifeste aucune excitabilité quand on frappe sur la table.

Quant aux propriétés toxiques des alcaloïdes de l'opium, elles n'out aucun rapport avec leur action soporifique. L'alcaloïde le plus toxique est la thébaïne. Ensuite dans l'ordre de toxicité viennent la codéine, la papavérine, la narcéine, la morphine et la narcotine. Pour faire ces expériences comparatives, il faut avoir des animaux très-comparables; aussi ai-je pris pour cela des jeunes moineaux qui sont très-sensibles aux actions toxiques. A l'aide de la petite seringue de Pravaz, on peut injecter goutte à goutte des solutions au vingtième et avoir des effets très-comparables. Je vais injecter sur trois moineaux dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie interne de la cuisse (en faisant faire quatre demi-tours au piston de la seringue) 2 gouttes de narcéine, 2 gouttes de chlorhydrate de codéine et 2 gouttes de chlorhydrate de thébaïne; toutes les solutions sont au vingtième, c'est-à-dire à 5 pour 100. Le moineau à la thébaïne meurt au bout de deux ou trois minutes dans de violentes convulsions et avec roideur cadavérique très-rapide. Le moineau à la codéine s'endort d'abord un peu et reste calme; mais bientôt il est pris d'agitation et de mouvements comme tétaniques, puis il meurt en quelques minutes avec de violentes convulsions. Le troisième moineau à la narcéine dort tranquillement; on peut le prendre dans la main et le mettre entre les pattes du chieu, son compagnon de sommeil.

La codéine est donc beaucoup plus toxique que la narcéine et la morphine. L'opinion contraire règne parmi les médecins, et voici comment je l'explique: c'est que la morphine cause facilement des vomissements et des accidents qui ne sont pas mortels, mais qui en ont imposé, tandis que la codéine ne produit pas ces accidents aussi vite, quoiqu'elle tue à des doses beaucoup plus faibles. J'expliquerai ultérieurement tout cela en détail en donnant à la Société mon mémoire complet, qui ne renferme pas moins de deux cents expériences sur l'opium et ses alcaloïdes.

Le moineau et le chien à la narcéine dorment toujours profondément jusqu'à la fin de la séance.

Dans la séance suivante, M. Claude Bernard renvoie au président le chien avec la note qui suit:

Le chien qui a été opéré samedi dernier devant la Société de biologie était encore à neuf heures du soir profondément endormi, comme on l'a vu. Le lendemain il a été trouvé éveillé et gambadant joyeusement.

Le chien était alerte et bien portant, et le profond sommeil narcéique dans lequel il avait été plongé n'avait eu aucune conséquence sur l'état normal de sa santé.

OBSTÉTRIQUE.

De l'hydrocéphalie du fœtus considérée comme obstacle à l'accouchement; par le docteur R. Chassinat, médecin à Hyères (Var), lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Monthyon) et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

(Suite. — Voir les nos 29 et 30.)

DEUXIÈME CLASSE. — PRÉSENTATION DU SIÈGE.

Obs. XXII. — Il s'agit d'une femme de petite taille, mais bien constituée, qui était accouchée déjà d'un premier enfant, dont les temps étaient plus saillantes qu'à l'ordinaire, et qui mourut au bout de trois semaines. Trente-sept semaines après ce premier accouchement, elle devint de nouveau enceinte. Quelques semaines avant son terme, elle fut prise de dyspnée, et les membres inférieurs puis les grandes lèvres devinrent le siége d'un œdème.

Le 14 décembre 1675, après quarante semaines de grossesse, elle commença vers midi à éprouver les premières douleurs pour accoucher; à trois heures elles étaient très-violentes. Elle avait toujours senti remuer son enfant, mais depuis ce jour-là, elle ne le sentait plus. Il se présenta par les fesses, et le tronc sortit assez facilement; la tête resta longtemps à franchir; enfin après de longues et fortes douleurs, l'enfant naquit, mais mort; il était du sexe masculin.

Sa tête était beaucoup plus volumineuse que celle d'un adulte, et il avait une tumeur sur le dos. Le front, l'occiput et les tempes étaient très-saillantes; le sinciput s'élevait en pointe; les sutures étaient très-écartées. A leur niveau, on sentait une fluctuation évidente. La peau adhérait fortement aux os; elle était dépourvue de cheveux. La face était naturelle. On ouvrit le crâne du côté droit; il sortit une grande quantité de liquide, semblable à de la lavure de chair. Il était contenu dans un espace existant entre la dure-mère et l'arachnoïde; le cerveau était semblable à une vaste bourse à parois épaisses comme le petit doigt; il était rempli de liquides, et la capacité de ses deux ventricules aurait pu contenir les deux poings. Au niveau des lombes, existait une petite tumeur contenant du liquide sanguinolent. L'enfant, du reste, était bien constitué et assez gras; les ongles étaient bien formés: il était à terme (1).

Obs. XXIII. — Ch. C..., âgée de 45 ans, primipare, d'un tempérament sanguin, peu intelligente, ne peut rendre compte de l'état de sa santé durant sa grossesse. Elle était presque à terme quand les eaux s'écoulèrent le 4 novembre à une heure du matin. Les douleurs, peu vives d'abord, se réveillèrent avec intensité vers trois heures après midi. L'enfant se présenta par les fesses et s'engagea facilement dans l'excavation du bassin; quelques légères tractions furent exercées sur les hanches avec les doigts, en guise de crochets. La tête s'arrêta au détroit supérieur: l'occiput dirigé à gauche vers la cavité cotyloïde. On chercha à abaisser la tête sur la poitrine, par des tractions exercées sur la mâchoire; la tête resta enclavée, malgré l'intensité des douleurs. La matrice conservait toujours un volume assez grand. A quatre heures la tête restant au même point, quoique le bassin fût bien conformé, on résolut d'appliquer le forceps. Plusieurs tentatives infructueuses furent faites pour introduire la branche à mortaise derrière le pubis; la pres-

(1) Wepfer, ouv. cit., obs. XXVIII, p. 53.

---

cipe seulement, mais un fait. Les droits sont égaux entre académiciens, je parle des titulaires et non des académiciens *ad honores*. L'Académie représente en fait une république, avec un président électif et un conseil d'administration qui est le pouvoir exécutif. Elle se gouverne elle-même, et le pouvoir de chacun, ou mieux son crédit et son influence, sont en raison du mérite ou de l'habileté. Sa constitution est telle, que l'anarchie n'y est guère plus possible que l'oligarchie permanente. Qu'il y ait des meneurs, c'est possible; mais il n'y a plus de maîtres, et le despotisme d'un homme ou d'un groupe ne peut s'y établir sérieusement. Aussi ne voit-on plus de ces oppositions obstinées qui ne manquaient point de prétextes dans les anciennes académies et qui pouvaient aller jusqu'à rendre inutiles les travaux académiques.

Nous avons dit comment les ennemis de Louis parvinrent à suspendre la publication des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*. Soutenu par les premiers chirurgiens du roi qui se succédèrent dans la place de président de l'Académie, le secrétaire perpétuel, au dire des mécontents, des ambitieux et des impatients, qui flairaient une révolution prochaine, était un tyran qui exerçait par délégation le pouvoir absolu. Il y avait en effet quelque chose à reprendre dans cette organisation qui ne répondait pas tout à fait aux idées que nous avons aujourd'hui de l'égalité des droits et de la liberté individuelle. Il faut remarquer toutefois qu'avec des présidents à vie tels que Lapeyronie et Lamartinière et un secrétaire perpétuel tel que Louis, l'Académie royale de chirurgie pouvait se passer d'une révolution. La théorie du pouvoir absolu n'est pas d'une absurdité tellement évidente qu'on ne puisse la soutenir, en invoquant au besoin le témoignage d'Homère. Malheureusement tous les maîtres absolus n'ont pas la sagesse d'un Trajan, d'un Marc-Aurèle et de deux ou trois autres chefs suprêmes qu'on peut nommer, à côté de tant de fous et de scélérats qui ont déshonoré le trône.

Ne regrettons pas les anciennes coutumes, et applaudissons-nous de nos institutions plus constitutionnelles; mais déplorons la diminution d'influence des présidents de nos académies. Le premier chirurgien du roi, chef de toute la chirurgie du royaume, tout-puissant à la cour, pouvait beaucoup pour l'association dont il était président de droit. Grâce à ses présidents, l'Académie royale de chirurgie fut fondée, honorée et logée magnifiquement. Un palais n'est pas inutile à la considération d'une société savante. L'Académie royale de chirurgie était chez elle dans cet élégant édifice qui abrite aujourd'hui la Faculté de médecine, et la Société royale tenait ses réunions au Louvre. Si l'on s'avisait de loger l'Institut de France dans un grenier, il y a grande apparence que le prestige de ce grand corps en serait diminué.

Tout ce que nous prétendons conclure de ce rapprochement entre les deux académies, celle d'aujourd'hui et celle d'autrefois, pour ce qui est de la hiérarchie, c'est qu'un seul, pourvu qu'il eût bonne volonté, pouvait plus que tout un conseil, composé de huit ou dix membres. Certes, la maison qui appartenait à l'ancienne Académie royale de chirurgie est de celles qui peuvent servir de modèle à nos architectes. De même les

sion de la tête s'y opposait. On se décida à appliquer le forceps latéralement à peu près. L'enfant était mort, on ne sentait plus les pulsations du cordon. Le forceps fut appliqué exactement à deux reprises différentes; et chaque fois, au plus léger effort de traction, il glissait sur la tête. On renonça au forceps, on attendit. Pendant ce temps, on reconnut que la tête s'engageait un peu au delà du détroit supérieur; le toucher faisait reconnaître la face abaissée vers la poitrine, les douleurs étaient très-fréquentes, la femme faisait de grands efforts et l'enfant fut expulsé à sept heures et demie du soir; il était mort; sa tête était énorme. Elle fut examinée le lendemain avec soin; sutures et fontanelles très-larges; ventricules latéraux énormément distendus, surtout vers les lobes antérieurs du cerveau et contenant beaucoup de sérosité transparente; à la surface du cerveau, circonvolutions à peine dessinées. Les deux substances cérébrales indistinctes étaient semblables à une pulpe gélatiniforme. L'enfant paraissait être à terme, les suites de couches furent très-heureuses; la femme sortit en très-bon état le 8 novembre de l'hôpital Saint-Louis où son accouchement avait eu lieu (1).

Obs. XXIV. — Dans le courant de janvier 1835, une femme était en travail à l'hospice de la Maternité de Paris. L'enfant présentait le siége; cette partie et le reste du tronc franchirent avec assez de facilité, mais un obstacle invincible s'opposa à la sortie de la tête; on recherche quel pouvait être cet obstacle, on supposa toutes les causes de dystocie, excepté la véritable. Enfin on se décida à aider la nature par de fortes tractions sur le tronc de l'enfant qui, du reste, était mort. Ces tractions furent faites avec force et continuité pendant un certain temps, mais inutilement. Enfin, dans un effort violent de la sage-femme, les articulations du cou ayant paru se déchirer, ce que l'on sentit par un espèce de craquement qui eut lieu; tout à coup on vit le tissu cellulaire sous-cutané de la région cervicale et d'une grande partie du tronc s'œdématier. Cette infitration séreuse fixa de suite sur le diagnostic. On attribua l'obstacle à l'accouchement, à la présence dans la tête du fœtus d'une grande quantité de liquide plus ou moins considérable. On supposa que le liquide par suite de la solution de continuité opérée au niveau de l'occipital, par les tractions de la sage-femme, s'échappa hors de la tête dans les parties voisines, aidé encore par la pression exercée sur la tête hydropique par l'utérus contracté. En effet, peu de temps après, la tête s'engagea, franchit, et l'on reconnut une hydrocéphale.

Cette observation a été citée par M. le professeur Paul Dubois, dans ses leçons orales de clinique obstétricale, à la Faculté de Paris.

Un fait tout à fait semblable est rapporté par Baudelocque (*Art des accouch.*, t. II, ch. v, n° 1914). L'enfant présentait le siége; le tronc franchit; on abaissa les bras, mais la sortie de la tête fut impossible. On fit quelques tractions sur le tronc; tout à coup il se fit une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-cutané, laquelle s'étendit du cou aux extrémités inférieures avec une promptitude remarquable. La tête alors franchit; l'enfant était mort. Le crâne, par suite de l'hydrocéphale, pouvait contenir une pinte de liquide.

Obs. XXV. — Delamarre fut appelé pour une femme dont l'enfant était déjà sorti par les pieds, et demeurait étranglé et mort au passage où il était arrêté par la grosseur extraordinaire de sa tête. Il avait même les bras fracturés par les tiraillements de la matrone. Il introduisit les doigts et reconnut *aisément*, dit-il, l'étendue et le volume extraordinaires de la tête mollasse et hydrocéphale. Il fit la ponction du crâne avec un instrument délié et pointu, conduit entre deux doigts. Il sortit environ une demi-pinte de liquide. Alors la tête fut extraite en appuyant seulement sur les épaules (1).

Obs. XXVI. — Une juive, âgée de 18 ans, était au terme de sa grossesse. Les douleurs surviennent, le col de l'utérus se dilate; l'enfant présente les fesses. Le corps sort avec facilité jusqu'aux épaules; mais alors on reconnait que la grosseur de la tête ne permet pas d'espérer son passage à travers les détroits du bassin. Le cordon ombilical ne donnait plus de pulsations. On se décide à pratiquer la perforation du crâne, au moyen du trocart de Fleurant. Cette opération donne issue à une énorme quantité de sérosité limpide, et l'application du forceps achève l'accouchement. Le fœtus présente extérieurement partout, excepté à la tête, les proportions et l'aspect d'un enfant à terme et bien conformé; il pèse 7 livres.

A l'autopsie, on trouve beaucoup de sérosité sous la dure-mère; le cerveau existait, mais les ventricules étaient énormément distendus. Il y avait transposition générale des viscères thoraciques et abdominaux (2).

Cette observation a été recueillie par moi à la clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, dans le service de M. le professeur Paul Dubois. J'ai suivi le travail depuis son début jusqu'à sa terminaison et j'ai été témoin de toutes les manœuvres qui ont été employées pour délivrer la malade.

Obs. XXVII. — Marie H... âgée de 20 ans, domestique, d'une constitution lymphatique, ayant les chairs pâles et flasques, était bien réglée et jouissait habituellement d'une bonne santé. Elle devint enceinte pour la première fois, dans le courant de juillet 1834. La grossesse ne fut accompagnée d'aucun accident; seulement son ventre acquit un volume plus grand que cela n'a coutume d'avoir lieu. Le 16 janvier 1835, étant arrivée à peu près au septième mois sans aucune cause appréciable, ni à la suite d'aucune violence extérieure de quelque nature que ce soit, car depuis deux mois elle vivait dans une oisiveté complète, elle éprouva quelques douleurs utérines, à la suite desquelles les membranes se rompirent et les eaux s'écoulèrent. Cet écoulement, accompagné continuellement de douleurs légères, se prolongea jusqu'au 23 janvier, jour de l'entrée de la malade à la clinique. A peine entrée, elle fut tout de suite conduite à la salle d'accouchement; il était quatre heures du soir; l'orifice de l'utérus était complétement dilaté; l'enfant présentait le siége, en position sacro-cotyloïdienne droite, les douleurs étaient faibles et séparées par de longs intervalles de rémission. Cependant le siége franchit le détroit supérieur et apparut à la vulve à quatre heures trois quarts; il était accompagné du pied droit. Ce pied se dégagea bientôt, ainsi que la jambe et la cuisse, par un mouvement d'allongement, à la production duquel il sembla que le fœtus n'était pas tout à fait étranger. Le membre pelvien gauche était relevé sur l'abdomen; on le dégagea; les douleurs étaient à peu près nulles. On se décida alors à faire quelques tractions sur les membres inférieurs; elles suffirent pour faire traverser la vulve, au siége, puis à l'abdomen. On chercha alors à dégager les bras; on s'aperçut qu'ils étaient relevés sur la tête; la règle voulait que le bras placé en arrière fût dégagé le premier, on le tenta,

(1) *Journ. hebdom. de méd.*, t. I, novembre 1828, n° 8, p. 311.

(1) *Anc. journ. de méd. de Vandermonde, etc.*, t. XXX, 1770, p. 519.

(2) Nœgelé. Klin. Jahrb. Heidelberg, 1825, st. IV. — *Arch. gén. de méd.*, 1826, t. XI, p. 123.

---

travaux de cette illustre compagnie méritent la considération et l'estime des juges les plus difficiles.

Les *Mémoires* sont les monuments écrits d'une grande école chirurgicale, et les *Prix*, qui soutiennent dignement la comparaison, nous montrent les disciples marchant sur la trace des maîtres et fondant avec eux l'art sur des bases inébranlables. Rien ne ressemble à ces deux collections. Nous reviendrons sur les *Prix* quand il en sera temps. Disons brièvement comment se faisaient les *Mémoires*.

Dans la belle préface du tome premier, l'auteur expose les fonctions des associations savantes, et il en démontre l'utilité en ces termes: « L'art trouve dans de telles sociétés des ressources qu'il ne trouve jamais dans les travaux des particuliers: elles sont des espèces de bureaux qui appellent de toutes parts les travaux des savants, pour les consacrer à l'utilité publique et aux progrès des sciences; elles établissent un commerce où le public gagne plus que ceux même qui en font les frais; il sera d'âge en âge une source féconde de nouvelles richesses (1). »

Le plan des travaux est aussi nettement défini dans ce passage que le but de l'institution. L'Académie recevait des renseignements et des informations qu'elle mettait en œuvre, de manière à étendre les connaissances de l'art, à les rectifier, à les rendre plus certaines. Un mémoire, tel que le concevait l'Académie royale de chirurgie, n'était point un simple travail individuel, fait à l'aide de livres et d'une expérience plus ou moins bornée, mais le résumé d'un grand nombre de faits et de réflexions, le résultat d'un travail multiple qui se concentrait en préceptes. « Le plan que se propose l'Académie, pour emprunter un autre passage de la même préface, est d'élever la chirurgie sur les observations, sur les recherches physiques et sur les expériences (1). » Cette phrase dit tout ce qu'il est utile de savoir pour l'intelligence de ce qui va suivre.

L'Académie conviait tous les chirurgiens à travailler en vue de l'art chirurgical; elle se réservait l'examen des faits et des observations qu'on lui communiquait, et lorsque son choix était fait, les matériaux inutiles ou suspects éliminés, elle élaborait cette matière première, et par la considération des rapports qui rapprochaient les faits les uns des autres, elle arrivait aux vues générales et à l'unité. Aussi faut-il distinguer avec grand soin, en étudiant la collection, les mémoires des observations. Celles-ci sont consignées dans les mémoires avec les noms des observateurs; mais le mémoire qui renferme les observations fournies à l'Académie est l'œuvre de l'Académie elle-même, c'est-à-dire d'un comité dont le travail était soumis avant la publication à la sanction de la compagnie tout entière.

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. I, p. xxx-xxxj de l'édition in-4° de 1787.

(1) *Id.*, p. xxxj.

mais on ne put réussir; on se décida à agir snr celni qui était en avant, même insnccès. On retourna au premier et, avec de grandes difficultés, on parvint à le dégager. Le bras placé en avant fnt dégagé ensnite avec plus de facilité, alors les épaules franchirent. Avant de dégager les bras, on avait essayé de relâcher le cordon ombilical qui était fortement tiraillé, cela fut impossible; il resta tendu sur l'abdomen, à la surface duquel il creusait nn sillon assez marqué; on pensa que le cordon était entortillé autour du con dn fœtus et que de là venait son tiraillement. Toutes ces manœuvres furent opérées en vingt-cinq minutes environ; on avait pressé un peu les choses sans trop se fier aux forces de la nature, qui du reste, étaient très-faibles, car on vnulait augmenter pour l'enfant les chances de vie qu'il pouvait avoir; on pensait qu'il était encore vivant; quelques légers monvements opérés par lui inspiraient cette opinion.

Mais quand les épaules eurent franchi on acquit la certitude que l'enfant était mort; alors on crut devoir laisser reposer un pen la mère; on attendit quelque temps. On espéra que les contractions utérines se réveilleraient; il n'en fut rien, la matrice resta dans une inertie complète et cependant la femme éprouvait de vives douleurs dans les lombes, le bassin et les membres inférieurs; elle s'agitait et se plaignait beaucoup, on se décida à opérer des tractions pour faire franchir la tête; ces tractions, très-fortes et continnes, furent prolongées pendant vingt minutes, sans aucun résultat; on essaya alors d'appliquer le forceps, mais le tronc qni était en dehors des parties gênait beaucoup la manœuvre; il fut impossible de faire pénétrer la première branche à travers l'orifice du col; on préféra renoncer à l'emploi de l'instrument plutôt que de chercher, par des efforts violents sur les organes de la mere, à triompher des difficultés qui se présentaient pour son application; on laissa alors la malade en repos, et comme on pensait que si la tête ne franchissait pas, cela pouvait tenir entre autres causes à un état de contraction spasmodique et permanente de l'orifice du col; on frictionna les lèvres avec un peu d'extrait de belladone. Après vingt minutes on recommença les tractions sur le tronc du fœtus pendant un quart d'heure, mais encore en vain; sous l'influence des tractions, l'utérus s'abaissait, le col descendait jusqu'à une petite distance de la vulve, mais la tête n'avançait pas d'une ligne. Alors comme la longueur du travail affaiblissait visiblement la femme, que la matrice était complétement inerte, on se décida à terminer l'accouchement à tout prix, l'enfant ne fut plus considéré que comme un corps étranger dont il fallait, par nn moyen quelconque, débarrasser la mère. Dans cette pensée, on réséqua le cou du fœtus et on sépara le tronc. Pour cette opération, M. Paul Dubois employa de longs ciseaux très-forts, courbes sur le plat, qui lui sont particuliers; elle fut faite avec une facilité et une rapidité très-grandes, sans que les parties génitales fussent exposées au moindre danger d'être blessées.

Ensuite sur la tête restée dans l'utérus on appliqua le forceps ordinaire; son application fut méthodique et facile, mais malgré des tractions vigoureuses, il fut impossible de faire franchir la tête et même de la faire avancer le moins du monde. Cela parut fort extraordinaire, car le tronc de l'enfant était peu volumineux; la main de l'accoucheur avait pu pénétrer assez facilement dans l'ntérus pour l'application du forceps; l'orifice n'était donc pas contracté spasmodiquement comme on l'avait pensé ou du moins il ne l'était plus. Quel obstacle pouvait donc s'opposer à la terminaison de l'accouchement? Il ne vint nullement à la pensée que la tête du fœtus pût offrir un vice de conformation qui s'opposât à sa sortie. Cependant on retira le forceps simple et on se décida à diminuer le volume de la tête au moyen du forceps céphalotribe de M. Baudelocque neveu. On introduisit séparément les deux branches dans l'utérus sans avoir, au préalable, fait une ouverture au crâne avec les ciseanx perforateurs de Smellie; comme M. Paul Dubois est dans l'habitnde de le faire en pareil cas, car le cou occupait seul l'orifice ntérin. Il y avait de la place pour le passage des cuillers de l'instrument et d'ailleurs, en égard à la partie qui se présentait, cette perforation eût été fort difficile, impossible peut-être et non exempte de dangers pour les parties de la mère. Les branches du forceps céphalotribe étant introduites, on l'articula pnis on serra la vis de pression fixée à sa partie inférieure; les os du crâne furent brisés avec la plus grande facilité. Alors au moyen de tractions assez violentes qui produisirent de très-vives douleurs à la malade; on amena au dehors une tête hydrocéphale volumineuse, il était six heures trois quarts. Le forceps n'avait été appliqué que sur la base dn crâne, il dépassait à peine le niveau des orifices auriculaires externes, mais une portion assez étendue de la tête avait été laissée pour que l'écrasement qui eut lieu fût suffisant.

Pendant toutes ces tractions et ces manœuvres, il s'était écoulé une assez grande quantité de sang, cet écoulement de sang continua jusqu'à la délivrance qni eut lieu naturellement à huit heures; il se modéra après et n'eut plus que l'abondance des lochies ordinaires. Le placenta était à l'état normal, mais le cordon ombilical n'avait que dix pouces de long ($0^{m},27$). La tête très-volumineuse n'avait pas néanmoins la rénitence qu'elle anrait dû avoir, il semblait qu'elle avait perdu un peu du liquide qui la distendait pendant la vie du fœtus; il est vrai qu'un peu de sérosité était venu délayer le sang qui sortait de la vulve pendant le travail, mais on avait pris cet écoulement pour une excrétion d'urine sollicitée par la pression de la tête du fœtus sur la vessie. On chercha sur le cuir chevelu l'ouverture qui avait pu livrer passage au liquide, on n'en trouva ancune, on pensa alors que l'écoulement avait pu se faire par le canal rachidien ouvert par suite de la décollation.

L'état de mollesse de la tête, dont les os étaient vacillants et incapables de prendre aucune forme, empêcha que l'on n'en mesurât exactement les dimensions; seulement il me parut que la portion cranienne pouvait avoir le volume de celle d'un enfant de 6 à 7 ans. La tête ne fut pas ouverte, car on voulut la préparer pour la conserver.

Cette tête, examinée plus tard et après une préparation qui la réduisait à ses os et à ses sutures et fontanelles, et après une dessiccation complète qui nécessairement avait diminué les dimensions qu'elle avait au moment de l'accouchement, offrait encore les dimensions suivantes: diamètre occipito-frontal, 4 pouces 3 lignes ($0^{m},11$); diamètre bipariétal, 3 pouces 9 lignes ($0^{m},10$); diamètre sous-occipito-bregmatique, 3 pouces 10 lignes ($0^{m},102$); d'un trou auditif à l'autre il y avait 9 pouces 10 lignes ($0^{m},26$); circonférence horizontale de la tête, 13 pouces ($0^{m},35$). La fontanelle antérieure avait la forme ordinaire, mais ses deux côtés antérieurs avaient chacun 2 pouces de longueur ($0^{m},05$), et les deux postérieurs un peu moins. La fontanelle postérieure n'était pas proportionnellement aussi étendue. Les sutures étaient élargies: la sagittale, en quelques points, avait 6 lignes ($0^{m},014$) d'étendue; elle offrait à sa partie moyenne un espace arrondi simulant une fontanelle de 9 lignes ($0^{m},02$) environ de diamètre. La suture temporo-pariétale, dans sa moitié postérieure, avait une largeur de 9 lignes ($0^{m},02$); la portion condylienne de l'occipital était séparée de l'autre par un intervalle membraneux de 4 à 5 lignes ($0^{m},01$). Les os, plus larges que dans l'état normal, surtout les deux pariétaux, étaient tres-minces et presque transparents, surtout au voisinage des sutures, mais ils n'offraient pas de solution de continuité notable; toute leur circonférence paraissait constituée par une série d'aiguilles osseuses rayonnantes, convergeant toutes vers le centre de l'os, et maintenues en position par une membrane. En général, toutes les sutures présentaient des sillons longitudinaux assez marqués, indice certain de leur affaissement par suite de la préparation anatomique.

Dans le premier volume, les mémoires sont des travanx individuels, et cela se comprend : l'Académie devait donner l'exemple, et elle proposait des travaux élaborés par ceux de ses membres les plus remarquables par le savoir et l'expérience. Mais dès le second volume, on a des mémoires soigneusement élaborés avec des observations choisies parmi celles d'un grand nombre d'observateurs. C'était donc l'intelligence et l'expérience de tous les chirurgiens capables et laborieux qui concouraient à la formation de ce trésor. Chaque minenr envoyait sa trouvaille, et toutes les parcelles du métal, fondues dans le creuset de l'Académie, donnaient un lingot, ou mieux une médaille ayant le poids et le titre et marquée en outre d'une ineffaçable empreinte. C'est ainsi qn'on travaillait à la collection des mémoires : on pent dire qu'ils étaient l'œuvre même de la chirurgie.

On voit, d'après ces courtes indications, que les mémoires de notre Académie de médecine n'ont rien de commun que le titre avec cenx de l'Académie royale. Nous en dirons autant de cenx de l'Académie des sciences, qui ont excité, et justement, selon nous, la verve raillense de Broussais. Un mémoire, en ce temps-là, était un chapitre complet d'un traité dogmatique. On y établissait nn point de doctrine en invoquant le témoignage des plus habiles praticiens; on y notait les dissidences, mais sans jamais s'écarter des résultats de cette expérience générale qui dictait elle-même les règles et les préceptes de l'art. Les observations étaient les arguments et les preuves; on les donnait, selon les circonstances, intégralement ou par extraits; et un chirurgien était désigné à l'opinion publique, par la seule mention de son nom dans une collection qui était considérée, à bon droit, comme le code même de la chirurgie. Le comité de la librairie ne se bornait pas à désigner des travaux tout prêts pour l'impression, mais les cartons de l'Académie fournissaient amplement les matériaux des mémoires, dont on arrêtait le plan, les doctrines et les conclusions après des discnssions quelquefois très-vives, dont nns documents nous ont conservé le résumé.

Cette manière de travailler était extrêmement avantageuse pour les progrès de l'art. Celni qui tenait la plume était contenu par les matériaux de choix, dont l'usage n'était pas arbitraire; mais il pouvait marquer son originalité dans la rédaction Louis excellait dans cette besogne. Doué d'un rare discernement et d'une prodigieuse facilité, il portait l'ordre et la lnmière dans nne masse de faits, et il réduisait en théorie, avec nne grande clarté, l'expérience qui résultait d'un nombre infini d'observations. Celles-ci devaient être authentiques, bien faites et ntiles pour être employées. Aussi ne trouvera-t-on pas étrange qn'il répondit sévèrement à des observateurs crédules, superficiels on vulgaires qni fournissaient à l'Académie des communications impertinentes.

Vnici en quels termes le secrétaire perpétuel écrivait le 15 septembre 1757 « à M. Boduer, chirurgien-major du Régiment de la Marche Prince, » d'après le rapport de M. Pibrac :

« La commission que l'Académie royale de chirurgie a nommée, monsieur, pour l'examen de votre observation sur un pouce *totalement*

Les pariétaux chevanchaient de 1 ligne à 1 ligne 1/2 (0m,003); les deux portions du frontal chevauchaient aussi l'une sur l'autre. Les bosses frontales faisaient une saillie assez considérable.

On voit que malgré le retrait considérable qu'ont subi les parois du crâne, les diamètres surpassent encore d'une quantité notable ceux d'une tête normale recouverte de ses téguments. J'ai cru devoir rapprocher les mesures de cette tête de celles de la tête d'un fœtus à terme, dont les sutures étaient très-étroites. Elle était préparée et réduite aux os et aux espaces membraneux qui les séparent. Il est utile d'avoir égard à l'affaissement considérable qu'a subi la tête hydrocéphalique; ce qui n'a pas eu lieu pour l'antre, à cause de l'étroitesse normale des sutnres et fontanelles.

	Tête hydrocéphalique.			Tête normale.		
	p.	l.	m.	p.	l.	m.
Diamètre occipito-frontal............	4	3	(0,110)	3	6	(0,093)
— bipariétal...................	3	9	(0,100)	3	—	(0,080)
— sous-occipito-bregmatique...	3	10	(0,102)	2	10	(0,072)
Distance d'un trou anditif à l'autre....	9	10	(0,260)	7		(0,190)
Circonférence horizontale............	13		(0,350)	11	2	(0,300)

La face n'avait subi aucune déformation : elle avait à peu près l'étendue et la forme normales chez un enfant de cet âge. Voici ses mesures comparées à celles de la tête précédemment examinée :

	Tête hydrocéphalique.			Tête normale.		
	p.	l.	m.	p.	l.	m.
Diamètre occipito-mentonnier.........	4	6	(0,120)	4	3	(0,110)
Distance d'une apophyse orbitaire à l'autre..............................	2	9	(0,070)	2		(0,050)
Distance de la racine du nez au menton..............................	2		(0,054)	2	1	(0,057)
Distance d'un angle de la mâchoire inférieure à l'autre..................	1	3	(0,033)	1	5	(0,038)

On voit que la plus grande différence des deux têtes se remarque dans la distance qui sépare les apophyses orbitaires, ce qui se conçoit facilement, d'après le développement du crâne.

Le tronc du fœtus avait le volume que l'on observe à 7 mois. La mort paraissait remonter à peu de temps; il est très-probable qu'elle avait eu lieu durant le travail.

Les suites de couches furent assez pénibles; dès le lendemain de l'accouchement, le 24 janvier, il survint des symptômes de métro-péritonite assez intenses, qui plus tard se compliquèrent de phénomènes gastro-intestinaux. De sorte que la malade, après avoir donné quelques inquiétudes, eut beaucoup de peine à se remettre: elle ne put sortir de l'hôpital que le 8 mars, quarante-quatre jours après son accouchement.

Obs. XXVIII. — Cette observation provient de ma pratique personnelle. elle a pour sujet madame Arnaud (d'Hyères), âgée de 24 ans, bien conformée, d'une bonne constitution, primipare. La grossesse s'était passée sans accidents d'aucune sorte et était arrivée à son terme normal.

Le 21 mars 1861, à dix heures du matin, il y eut évacuation des eaux par anticipation, sans douleurs préalables. Dans le courant de la journée, les douleurs apparurent, mais faibles et très-éloignées les unes des autres. Le 22, vers dix heures du soir, les douleurs devinrent plus fréquentes. La sage-femme et une de ses compagnes qui l'assistait constatèrent une présentation des fesses en première position. Le travail marcha lentement, et ce ne fut que le 23, dans la matinée, que le tronc du fœtus fut expulsé; l'enfant était vivant. A partir de là, le travail s'arrêta. On administra un bain à la patiente, mais sans résultat.

Vers midi, les sages-femmes firent appeler un médecin. Celui-ci, sans s'être rendu compte de la nature de l'obstacle qu'il avait à vaincre, opéra sur le tronc des tractions assez vigoureuses pour rompre la colonne cervicale et arracher la mâchoire inférieure : ce fut sans aucun résultat. Il appliqua ensuite trois fois le forceps, mais sans succès. Il se retira alors, laissant la femme dans la position la plus critique.

A quatre heures du soir environ, je fus appelé. Je trouvai la femme très-affaiblie, mais cependant encore pleine de courage et de résolution, et demandant qu'on la délivrât à tout prix. Le corps de l'enfant était pendant entre les cuisses, froid et sans vie. Il était atteint d'hydrorachis; mais il était du reste volumineux et paraissait bien conformé. Le cou, par suite de la rupture de la colonne cervicale, était réduit à un cylindre membraneux mou et flasque. La mâchoire inférieure, déchirée et en partie détachée, tombait sur le devant du cou. Le cordon ombilical, d'une longueur normale, pendait hors de la vulve. Le toucher faisait sentir un os occipital large et résistant, que recouvrait en très-grande partie le hord antérieur de l'orifice utérin, dont l'état de mollesse et de laxité faisait contraste avec la persistance de l'arrêt de la tête au-dessus des pubis. Le ventre de la femme était très-volumineux, comme s'il eût renfermé un second fœtus; mais il était flasque, il cédait facilement à la pression, et le palper ne faisait point reconnaître la présence d'un corps d'enfant.

Quelle pouvait être la cause qui s'opposait au dégagement de la tête et à la terminaison de l'accouchement? Provenait-elle de la mère ou du fœtus? La mère était jeune, bien conformée, sans aucune apparence de cachexie scrofuleuse ou rachitique; le bassin avait extérieurement une ampleur remarquable; les sages-femmes qui avaient pratiqué le toucher à tant de reprises, pendant ce long et pénible travail, avaient trouvé intérieurement toutes les conditions normales; la santé de la femme avait été très-bonne pendant la grossesse; toutes les fonctions s'étaient faites avec une régularité parfaite et sans aucune difficulté pouvant faire soupçonner la présence de quelque tumeur qui aurait pu échapper au doigt explorateur des deux sages-femmes; d'un autre côté, l'orifice de l'utérus n'était point contracté spasmodiquement, il était au contraire mou et très-facilement dilatable. Ce ne pouvait donc être de la mère que provenait la cause de l'obstacle à l'accouchement. Elle devait provenir du fœtus, et elle ne pouvait dépendre que d'une augmentation excessive du volume de la tête. Or le palper abdominal ne faisait pas constater deux têtes appartenant au même fœtus; idée qui du reste était encore écartée par la bonne conformation et le volume normal du cou; tandis que la mollesse de la masse qui remplissait l'utérus et faisait saillie au dessus du détroit supérieur; puis la largeur insuitée de l'os occipital engageaient fort à faire soupçonner une hydrocéphalie.

Je m'arrêtai à cette idée et comme du reste l'enfant était mort, je n'avais pas à hésiter un instant afin d'assurer le diagnostic pour faire la ponction du crâne. Elle fut pratiquée en effet avec le seul instrument que j'eusse sous la main; une paire de ciseaux de trousse ordinaire. Les points réunis de ces ciseaux fermés furent portés sur le point le plus élevé de l'os occipital que je pus atteindre, et, par un mouvement de rotation imprimé aux ciseaux et plusieurs fois répété, l'os fut assez facilement perforé. Il s'écoula aussitôt un jet de liquide, qui ruissela sur le dos du cadavre; j'agrandis ensuite l'ouverture d'un coup de ciseaux, ce qui donna lieu à une abondante évacuation de liquide. J'introduisis le doigt indicateur, recourbé en forme de crochet, dans l'ouverture faite au crâne; de l'autre main je saisis le tronc, j'opérai ainsi quelques

---

coupé, et réuni, a discuté les raisons et les exemples qui paroissent pouvoir établir la probabilité de la réussite que vous annoncés. Le fait est de nature à trouver des incrédules; c'est pourquoy l'Académie vous exhorte à le faire certifier d'une manière non équivoque, afin qu'il ne puisse rester aucun doute sur les ressources merveilleuses de la nature dans des cas de cette espèce. J'ay l'honneur d'être, etc. »

En s'exprimant ainsi, Louis répétait en autres termes un avis que l'on trouve consigné en note dans la préface du premier tome des mémoires, à propos des observations qui ont quelque chose d'extraordinaire et le merveilleux : « On prie ceux qui enverront de ces sortes d'observations, de les appuyer de tous les témoignages nécessaires, pour qu'on puisse les donner au public » (1).

Une autre lettre de Louis prouve que tous les chirurgiens qui communiquaient des observations à l'Académie ne tenaient pas compte de cet avis. Voici comment il répond « à M. Alteyrac, chirurgien à Beaumont-sur-Oyse, » auteur d'une observation des plus extraordinaires, à la date du 15 décembre 1757 :

« On a lu, monsieur, à l'Académie royale de chirurgie la lettre que vous avés écritte à M. le premier chirurgien du Roy, au mois d'août dernier, à l'occasion d'une playe transversale à la trachée artère et à l'œsophage. L'on ne peut regarder cette lettre que comme l'annonce d'une observation à faire sur ce cas fort grave. Vous pourriés consulter ce que M. Verdier a dit dans le troisième volume des mémoires de notre Académie sur une playe à la trachée artère; il rappelle plusieurs observations qui se trouvent dans les auteurs, et l'on y voit une circonstance bien essentielle à discerner, qui prouve que le passage des liquides, de la bouche par la playe, n'est point un signe certain que l'œsophage soit coupé. Ambroise Paré rapporte quelques cas où il a vu cette partie divisée par cause extérieure, et les blessés n'y ont survécu que trois ou quatre jours : il seroit bien intéressant qu'on eût des connoissances plus étendues sur ce point : vous rendriés, monsieur, un service important à l'humanité, et vous contribueriés bien utilement aux progrès de la chirurgie, en nous enseignant la méthode par laquelle vous avés réussi à réunir l'œsophage entièrement coupé, et à rétablir la voye naturelle des alimens, ce qui a été regardé comme impossible par les plus grands maîtres. L'Académie verroit avec un grand plaisir le fruit de vos réflexions et de votre expérience sur un sujet aussi digne de son attention. Je suis, etc. »

A la marge, on trouve la note suivante de la main de Louis : « A répondu en envoyant le procès-verbal donné à la justice : il ne prouve rien sinon que la playe étoit semblable à celle dont M. Verdier a donné la description dans le 3e volume. »

Comme l'Académie n'était point convaincue de l'exactitude de cette observation par la lecture du procès-verbal, ou comme nous dirions du rapport médico-légal, l'observateur, au lieu de produire des témoignages et de détailler toutes les particularités du cas en question, écri-

(1) *Mém. de l'acad. roy. de chir.*, préf. p. xxxij.

tractions modérées qui suffirent pour extraire une tête hydrocéphalique énorme. L'accouchement fut terminé de cette manière, presque sans douleur pour la mère, vers cinq heures du soir, cinquante-cinq heures environ depuis le début du travail.

La délivrance s'opéra naturellement un quart d'heure après. Elle fut suivie d'une légère perte de sang qui s'arrêta spontanément, et une demi-heure après la délivrance, l'utérus bien rétracté sur lui même, globuleux et légèrement douloureux, occupait la fosse iliaque droite.

Examen du fœtus. — Le corps est gras et très-développé; il mesure 0m,37 des talons à la base du cou, là où il a été rompu pendant le travail; d'une épaule à l'autre, au centre des deltoïdes, on trouve 0m,15 de diamètre. Une hydrorachis considérable occupait la région dorso-lombaire, depuis la sixième vertèbre dorsale jusqu'à la troisième lombaire. L'ouverture de communication de la tumeur avec le canal vertébral avait lieu au sommet de cette tumeur. Le sac rompu et déchiré avait 0m,05 de largeur transversale et 0m,09 de longueur verticale.

La cavité cranienne n'était plus qu'à demi remplie de liquide; la tête faisait l'effet d'une vessie à parois épaisses, pleine d'eau; elle n'avait plus une forme régulière, ce qui empêcha de mesurer ses diamètres. La circonférence horizontale de cette tête, au niveau des bosses frontale et occipitale, mesurait 0m,50. Les fontanelles étaient très-larges et les os étaient séparés par de grands espaces membraneux. Ainsi on trouvait 0m,015 entre les deux moitiés de l'os frontal, 0m,06 entre les pariétaux, au milieu de la suture sagittale; la fontanelle postérieure mesurait 0m,10 entre les angles des pariétaux et 0m,08 de l'angle occipital à l'angle correspondant de chacun des pariétaux; la fontanelle antérieure était large en proportion; la suture lambdoïde avait 0m,04 de largeur de chaque côté; la suture temporo-pariétale, au niveau du trou auriculaire, avait 0m,035. Les os étaient amincis et comme frangés sur leurs bords libres, mais ils étaient durs et résistants à leur partie centrale. Ils étaient très-larges; les pariétaux avaient 0m,14 de largeur diagonale; chaque moitié du frontal mesurait 0m,11 de la racine du nez à leur bord supérieur, et les deux moitiés réunies 0m,16 transversalement; l'occipital avait 0m,11 de largeur transversale.

Le tissu cellulaire péricranien était très-infiltré de sérosité.

Le cerveau, dont les circonvolutions étaient entièrement effacées, était converti en un sac membraneux à parois minces, blanches, formées au niveau des circonvolutions par une lame de substance cérébrale tapissée en dedans et en dehors par un feuillet séreux transparent, d'une texture serrée et résistante. Au niveau des intervalles des circonvolutions la substance cérébrale avait disparu, et les deux feuillets séreux étaient adossés immédiatement l'un contre l'autre. Le liquide de l'hydrocéphalie était constitué par une sérosité légèrement sanguinolente; il était contenu dans ce sac qui avait été formé par les deux ventricules latéraux énormément distendus. Les parties constituant la base du cerveau semblaient à l'état normal.

Les suites de couches furent des plus heureuses pour la mère, qui ne tarda pas à reprendre ses forces et sa santé habituelles. Elle a eu depuis lors un second enfant sain et bien conformé.

On voit que sur les vingt et un cas de présentation du sommet, l'accouchement fut naturel dans sept cas, et il fut terminé par le secours de l'art dans les quatorze autres cas; sur les sept cas de présentation du siége, l'accouchement fut naturel dans trois cas et artificiel dans les quatre autres. Quant au diagnostic, on voit que sur les vingt et un cas de présentation du sommet, douze fois la cause de l'obstacle à l'accouchement a été méconnue, et que sur les sept cas de présentation du siége, cinq fois le diagnostic n'a pas été posé exactement.

Je n'ai parlé que de la présentation du sommet et de celle du siége dans les observations qui viennent d'être rapportées, parce que jusqu'ici on n'a pas cité de faits dans lesquels l'hydrocéphalie du fœtus se soit montrée avec une présentation d'une autre partie du corps. Il est vrai que Dugès (mém. cit.) dit avoir observé une fois une hydrocéphalie avec présentation de l'épaule; mais il indique le fait sans aucun détail, et alors j'ai dû le considérer comme non avenu, relativement aux préceptes qui pouvaient en être déduits.

Je vais maintenant examiner jusqu'à quel point il est possible de reconnaître l'hydrocéphalie du fœtus pendant le travail et de la distinguer de tout autre cause d'obstacle à l'accouchement.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

IV. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

ÉTUDE SUR LE TRICHINA SPIRALIS; par M. le docteur KESTNER.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le résumé de ce travail, qui a été consigné dans les procès-verbaux de la Société médicale du Haut-Rhin.

La trichine, *trichina spiralis*, découverte par Hilton en 1832, et reconnue, en 1835, par Owen pour une espèce d'helminthe non encore observée, est un ver blanc de l'ordre des *némotoïdes* ou *cavitaires*, appartenant à l'espèce porcine et pouvant se transmettre à tous les carnivores. Très-petite, d'un millimètre environ de longueur et de la grosseur d'un cheveu (θριξ), elle s'enroule sur elle-même, d'où son nom. Elle est de forme cylindrique, un peu plus obtuse à son extrémité caudale qu'à son extrémité céphalique.

On ne connut point tout d'abord la forme sexuelle de cet helminthe, étudié en Allemagne par des observateurs du plus grand mérite, MM. Kuchenmeister, Wienland, Zenker, Virchow, Henle, etc. En 1859, on crut pouvoir admettre qu'en se développant dans le tube intestinal des carnivores, il se transforme en trichocéphale; mais bientôt il fut prouvé que les trichines jouissent d'une individualité réelle, qu'elles sont à sexes séparés et d'une fécondité vraiment prodigieuse.

Du tube digestif où elles ont été introduites par quelque aliment fourni par un animal infecté, et où elles se sont rapidement multipliées, les trichines se répandent dans presque tous les organes, mais de préférence dans le tissu propre des muscles striés.

Cet envahissement se fait par automigration, peut-être aussi par transport de germes à travers toute l'économie par le torrent circulatoire; arrivés au terme de leur voyage, sans avoir jamais forcé la résistance du tissu tendineux, les trichines s'enferment dans des kystes calcaires où elles finissent par périr. Un verre d'un grossisse-

---

vit à l'Académie pour affirmer, sans autres preuves, la vérité de sa relation. Voici la réponse que lui fit Louis, le 23 février 1757 :

« Lettre en réponse à M. Alteyrac, à Beaumont-sur-Oyse. — V. 15 décembre précédent. »

« Je viens, monsieur, de recevoir votre lettre du 22 de ce mois. L'Académie royale de chirurgie ne pense pas que vous ayiés eu la moindre intention de luy imposer sur le fait que vous luy avés communiqué. Elle ne révoque point en doute que vous n'ayiés donné vos soins à un homme qui s'étoit coupé la gorge avec un rasoir; que cet homme ne se soit fait une playe transversale qui vous a paru très-profonde, et qui l'étoit en effet; que les alimens n'aient passé de la bouche par cette playe, circonstance qui a paru faire croire que l'œsophage étoit coupé. Nous connaissons, monsieur, ces sortes de cas, et nous vous en avons indiqué des exemples qui nous prouvent que la sortie des alimens n'est pas un signe qui caractérise essentiellement la lésion de l'œsophage; nous savons d'ailleurs tout ce qu'on doit penser d'une playe qui couperoit transversalement ce conduit. Vous avés fait une belle cure, cela est sans contestation; on ne conteste pas non plus l'exposé que vous avés fait d'après le témoignage de vos sens; la défiance qu'on apporte dans l'examen des faits est toujours un moyen d'éclaircir les difficultés, et jamais un sentiment injurieux aux auteurs. Je vous prie d'en être persuadé, aussi bien que de la sincérité (mot peu lisible) avec laquelle j'ay l'honneur d'être, monsieur, etc. »

Cette lettre, aussi habile que ferme, est la dernière du premier cahier. Avant de passer aux deux cahiers qui suivent, il faut citer encore une lettre d'un caractère essentiellement pratique du 26 janvier 1758, lue dans la séance du 9 février. Elle est à l'adresse de « M. Augier, lieutenant de M. le premier chirurgien du roy, à Carcassonne : au rapport de M. Levret. » Ce nom dit assez qu'il s'agit d'observations communiquées par un accoucheur.

« L'Académie royale de chirurgie a entendu, monsieur, la lecture de votre mémoire sur les accouchements laborieux, et l'académicien qui a été nommé commissaire pour son examen, en a fait l'analyse la plus exacte.

« 1° On loue avec raison la méthode que vous suivés dans les cas où l'enfant présente le bras, et qui consiste à aller chercher les pieds, sans s'amuser à repousser inutilement les bras. Vous imaginiés que l'Académie trouveroit cette façon d'opérer fort étrange et nouvelle. Je suis, au contraire, chargé de vous assurer que c'est une méthode connue, pratiquée généralement, et qu'aucune de nos matrones n'ignore, par le soin qu'on prend de leur instruction dans les cours qui se font publiquement chaque année en leur faveur dans les écoles de chirurgie par les libéralités de feu M. de la Peyronie.

« 2° La cheville de bois que vous proposés pour tirer la tête enclavée, est un moyen qu'on ne croit pas devoir adopter : elle n'a point d'avantage sur le crochet, qui dans une main habile et expérimentée sera bien plus efficace. Mais l'usage même de ce dernier instrument est bien res-

ment peu considérable peut faire reconnaître ces petites masses crétifiées, qui simulent assez bien des grumeaux de graisse pour induire aisément en erreur.

L'animal auquel on a fait manger des trichines ne tarde pas à maigrir, à perdre les forces à mesure qu'augmentent l'infection et l'atrophie du système musculaire, puis à tomber dans un état de langueur et d'épuisement qui, en fin de compte, le conduit à la mort.

Chez l'homme, d'après les observations de MM. Zenker, Virchow, Küchenmeister, l'affection trichinale se traduit par des douleurs musculaires parfois violentes et que provoque le moindre mouvement, par un ensemble de symptômes d'apparence rhumatismale et typhoïde plus ou moins graves, souvent mortels.

On a remarqué que cette affection s'était déclarée toujours sur des personnes qui avaient fait usage de viande de porc. Les trichines du porc sont douées d'une résistance vitale non moins déplorable que leur puissance de reproduction : elles résistent, surtout quand elles sont enkystées, à plusieurs jours d'immersion dans l'eau, même contenant en dissolution certaines substances corrosives, l'acide chromique, par exemple; à la décomposition de la chair dans laquelle elles se sont prises à pulluler; à la cuisson dans l'eau et à feu nu, quand celle-ci n'est pas poussée très-loin. Elles ne périssent et ne perdent leur influence nuisible que par le fait d'une cuisson et d'une préparation parfaites, par exemple dans un jambon bien cuit, bien fumé et conservé assez longtemps avant d'être livré à la consommation.

L'histoire du *trichiniasis*, bien que ne datant pas encore de loin, est riche déjà en preuves trop nombreuses du danger auquel expose l'ingestion de viande de porc fraîche ou mal apprêtée, renfermant des trichines. M. Kestner rappelle ce fait, rapporté par le professeur Langenbeck, de sept personnes qui, trois ou quatre jours après une collation où figuraient jambons et saucisses, ont été prises toutes les sept de diarrhée intense, de douleurs au cou, d'œdème de la face et des extrémités; quatre ont succombé à ces accidents, les trois autres ne se sont rétablies qu'après une longue maladie.

A Plauen, petite ville de Saxe, où a éclaté, en 1862, une véritable épidémie de trichiniasis, relatée par le docteur Boehler, une trentaine de personnes qui avaient mangé de la chair d'un porc mis à l'étal tombèrent malades et présentèrent tous les symptômes graves de l'infection trichinale; deux d'entre elles sont mortes, l'une après neuf semaines de maladie, l'autre deux ans plus tard.

Au mois d'octobre dernier, une épidémie plus grave encore a éclaté à Hettstaedt, village des environs de Magdebourg. Ici encore le point de départ du mal se trouve dans l'ingestion de chair de porc, viande rôtie et saucisses, d'une cuisson probablement insuffisante. Sur 135 malades, il y a eu 20 décès.

A Colbe (Prusse), sur 38 personnes empoisonnés, en 1862, par de la viande trichinée, 8 décès.

Passant au traitement des accidents causés par l'intoxication trichinale, M. Kestner est obligé de reconnaître que de ce côté la question n'est guère avancée. M. Küchenmeister l'a bien abordée en 1861, mais sans avoir pour lui la sanction d'une expérience sérieuse, et alors seulement que la maladie, encore à ses premières périodes, en impose pour une affection typhoïde ou rhumatismale et s'accompagne parfois d'enronement, de dysphagie, de strabisme, de motilité très-limitée de l'œil. Pour assurer le diagnostic, il suffira d'examiner au microscope une parcelle de muscle, soit que l'on ait pu l'emprunter à quelque plaie préexistante, soit que l'on ait dû, pour l'obtenir, faire usage du trocart explorateur à crochet. Une fois qu'on a constaté la présence dans l'économie de trichines libres ou enkystées, il devient certain que le tube intestinal recèle des parasites adultes, cause incessante d'infection.

La première indication est de provoquer leur expulsion par l'administration de deux ou trois purgatifs (calomel et jalap). La seconde indication, plus difficile à remplir, a pour objet de poursuivre les trichines qui voyagent dans toute l'économie; ici M. Küchenmeister propose l'usage fréquemment répété de petites doses d'essence de térébenthine à laquelle on pourrait ajouter soit de la poudre de racine de fougère, soit quelques gouttes de créosote.

Sur la régénération des os et sur les resections sous-périostées; par M. le professeur Sédillot.

M. Sédillot poursuit sa campagne contre les resections sous-périostées. Il a fait sur ce sujet deux communications à la Société de médecine de Strasbourg (séances du 7 avril et du 12 mars derniers). Dans la première, M. Sédillot expose les résultats des expériences de Heine, expériences qui ont été souvent invoquées à l'appui de la régénération des os et en faveur des resections sous-périostées appliquées à la pathologie humaine. La collection des pièces provenant des expériences de Heine est conservée au musée de Wurzbourg, où M. Sédillot est allé l'étudier. Après avoir procédé à cette enquête, le professeur de Strasbourg ne pense pas que les résultats obtenus soient de nature à inspirer beaucoup de confiance aux chirurgiens; ils lui semblent au contraire de nature à confirmer le jugement qu'il a porté dans son *Traité de l'évidement* sur la valeur des resections appliquées à l'homme jusqu'à ce jour.

Du tissu osseux, dit-il, a été produit sans aucun doute, mais aucun os reséqué en totalité ou en partie n'a véritablement recouvré sa forme, sa longueur et ses usages. Nous n'en avons pas observé un seul exemple dans la collection de Wurzbourg, sur un très-grand nombre de pièces appartenant au genre *canis*. Nous possédons néanmoins des reproductions de portions de diaphyses reséquées sur des animaux, et des préparations semblables ont peut-être existé à Wurzbourg, mais nous ne les y avons pas rencontrées.

M. Sédillot expose ensuite les résultats obtenus dans les expériences les plus importantes, et il fait suivre cet exposé des remarques générales suivantes :

Les resections sous-périostées de Heine, répétées un grand nombre de fois sur des chiens, ne laissent aucun doute sur la possibilité d'obtenir, sur ces animaux, non-seulement du tissu osseux, mais de véritables os. Les irrégularités d'épaisseur, d'étendue, de contour, de saillie, de direction ne sont pas assez considérables pour faire méconnaître les formes principales de l'os régénéré, et l'omoplate (obs I et le calcanéum (resection des os courts) en sont des exemples incontestables. Les resections sous-périostées des os longs, dont nous avons rapporté les plus beaux succès, ont présenté des résultats moins satisfaisants. Au bras et à la cuisse, de nouveaux os se sont produits,

---

treint depuis qu'on a perfectionné les forceps au point où ils sont, et qu'on a établi les règles les plus sûres pour s'en servir avec utilité. En consultant les ouvrages modernes écrits sur cette matière, et principalement ceux de MM. Levret et Smellié, vous verrés, monsieur, qu'avec les forceps on a l'avantage de pouvoir tirer les enfans en vie; votre cheville les tue, et la précaution de les ondoyer ne rend pas la méthode moins cruelle. L'humanité et la religion ne permettent l'usage du crochet que dans les cas où les signes de la mort de l'enfant ne sont pas équivoques. Votre cheville est dans le cas du crochet : ce sont des instrumens meurtriers sur des enfans vivans; comment donc pourroit-on les croire préférables aux forceps?

« 3° On ne peut donner trop d'éloges à votre procédé dans le cas des grandes pertes de sang. Vous déterminés l'accouchement le plus promptement qu'il est possible. Cette pratique est devenue celle de tous les accoucheurs éclairés depuis l'excellent mémoire que M. Puzos a donné sur cette matière dans le premier tome des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, ouvrage qui probablement ne vous est pas inconnu.

« Enfin, monsieur, vos observations sur la tête restée dans la matrice sont semblables à celles qu'on trouve sur ce cas dans les meilleurs auteurs. Vous participés à leur gloire par l'adoption de leurs principes, et vous avés eu la satisfaction d'avoir été utile au public, lorsque vous avés mis en pratique les excellents préceptes qu'ils ont donnés. J'ay l'honneur d'être, etc. »

Il ne se peut rien de plus sensé. La franchise de l'expression et la fermeté de la critique n'excluent point cette ironie légère qui assaisonne si bien la leçon infligée avec toute l'élégance possible à ce Gascon vaniteux qui se croyait un inventeur parce qu'il était ignorant et un peu sot. L'Académie royale de chirurgie accueillait toutes les communications qu'on voulait bien lui faire; mais elle faisait un choix sévère, et ne recevait dans ses mémoires que les observations authentiques, bien faites, qui pouvaient servir utilement à rendre la pratique plus sûre et la théorie plus certaine.

J. M. Guardia.

— Dans sa séance du 22 décembre 1863, la Société médicale d'Amiens a décidé qu'une médaille d'or de la valeur de 200 fr. serait accordée en 1865 à l'auteur du meilleur travail sur l'hygiène publique et privée des industries dans lesquelles on utilise les débris, les détritus des animaux et les matières fécales.

Les mémoires devront être remis au secrétaire de la Société, sous la forme académique, avant le 30 juin 1865.

mais avec de telles modifications dans la direction et la longueur des diaphyses, la forme des extrémités articulaires, que les usages du membre étaient nécessairement très-compromis, si ce n'est perdus. Dans la troisième observation, l'humérus au bout de huit mois et quinze jours, n'avait pas acquis le quart de la longueur de l'humérus normal, ne s'articulait pas avec l'avant-bras et touchait à peine à l'omoplate.

Dans l'obs. IV, l'humérus, après onze mois, n'avait pas la moitié de sa longueur. L'obs. VI fait voir que le fémur ne s'était pas reproduit au quatrième mois, et qu'il était remplacé par trois fragments non encore réunis. Le fémur n'avait pas la moitié de sa longueur le quarantième jour, et ses extrémités étaient très-petites et irrégulières (obs. VII). Simples dépôts osseux, en noyaux et en lamelles, à la suite de la resection du fémur, au trentième jour (obs. VIII); insuffisance des os pour le tibia et le péroné (même observation). Le fémur était courbé en demi-cercle, raccourci de plus de moitié et sans extrémités articulaires au bout de huit mois (obs. IX). Une seule fois le fémur régénéré dépassait la moitié de sa longueur normale de 0m,015, ce qui le laissait encore très-raccourci, et ses extrémités rudimentaires semblaient seulement, au onzième mois, se dessiner nettement (obs. X).

Ces resections, d'une insuffisance chirurgicale manifeste, conservent toute leur valeur au point de vue physiologique. Le périoste a reproduit de l'os, on peut même dire des os, mais ces os étaient trop courts, trop irréguliers, trop incomplétement unis aux os voisins, pour être d'une grande utilité, et de pareils exemples ne sauraient être invoqués en faveur des resections de même nature pratiquées sur l'homme.

Heine, dans plusieurs de ses expériences, a répété que « les fonctions s'étaient rétablies. » Il ne faudrait pas se faire d'illusions sur la valeur de cette assertion. Chez les quadrupèdes, les usages d'un membre semblent assez faciles à récupérer, parce qu'en réalité l'animal s'appuie sur les trois autres et que la faiblesse et les défauts du membre affecté se trouvent dissimulés; mais rien de pareil ne pourrait avoir lieu sur l'homme, et un fémur raccourci de moitié, mal articulé et incapable de servir même à la sustentation, ne présenterait aucun avantage. La manière dont se sont produites les nouvelles ossifications confirme en tous points la théorie cellulaire et la transformation des cellules plasmatiques et médullaires en cellules osseuses. Ce sont, au début, des noyaux isolés déposés les uns à côté des autres, tantôt par petites masses irrégulières, tantôt par séries linéaires. Ces dépôts, plus abondants dans le périoste auquel ils sont généralement bornés, s'aperçoivent aussi parfois dans les intervalles musculaires (obs. IV). Ils se tassent, se rapprochent, se réunissent et finissent par représenter une sorte de diaphyse plus ou moins épaisse et résistante. Nous avons cherché par quel mécanisme les rudiments, souvent très-reconnaissables, des extrémités osseuses se reformaient. Les saillies décorées par Heine du nom de *tête humérale* ou *fémorale*, s'étaient-elles développées à la manière des véritables épiphyses et par une sorte de cartilage intermédiaire? Nous n'avons rien découvert de semblable, et il y a dans ce fait les éléments d'une étude que nous nous proposons de poursuivre.

Nous croyons devoir insister sur les différences qui séparent les opérations faites sur des animaux en parfaite santé d'opérations pratiquées sur l'homme, pour des affections ordinairement chroniques, toujours graves et ayant entraîné des conditions anatomo-pathologiques plus ou moins profondes.

Je suis disposé à admettre, par suite de mes propres observations, qu'on pourra, en certains cas, tirer partie des changements morbides survenus ou provoqués dans l'appareil osseux pour arriver à de meilleurs résultats cliniques; mais en attendant ce progrès, si l'on juge, d'après les expériences de Heine, les chances plus ou moins favorables des resections sous-périostées, on conserve peu d'espérance de succès quand on voit toutes ses opérations aboutir à d'énormes raccourcissements de l'humérus et du fémur, après plusieurs mois d'ossification. On est dès lors peu disposé à croire à la régénération complète de la diaphyse de l'humérus, en quarante-cinq jours, sans changements de longueur, telle qu'elle a été annoncée par le docteur Larghi et acceptée et défendue par quelques personnes amies du merveilleux et certainement douées de la foi la plus robuste.

Le docteur Larghi a raconté cependant qu'après sa resection, le membre avait subi un raccourcissement énorme et que des tractions manuelles répétées avaient suffi pour en rétablir définitivement la longueur; nous avons eu recours au même moyen et à des attelles dans quelques-unes de nos expériences pour prévenir ce raccourcissement de l'os nouveau, et nous n'avons pas réussi.

L'âge, la race, la vitalité exercent une influence considérable sur la régénération des os, et les deux plus belles pièces de la collection de Heine (obs, I *Omoplate*; obs. X, *Fémur*) ont été fournies par le même animal.

Les resections articulaires conservées à Würzbourg sont évidemment d'une haute importance pour la question dont nous nous occupons.

Nous les trouvons pratiquées avec le plus grand soin, dans tous les cas où l'humérus et le fémur ont été enlevés en totalité, et sans faire usage des mots de *resections sous-capsulo-périostées*, le fait existait et jamais les extrémités articulaires ne se sont régénérées. Nous avons bien signalé des rudiments de têtes osseuses, une sorte de bifurcation osseuse, en forme de condyles, mais ce n'étaient pas de véritables os, et les usages en étaient abolis ou insuffisants. Une seule fois, une extrémité articulaire s'est reformée, celle de l'omoplate; mais ce succès exceptionnel s'explique en partie par la présence de la tête humérale et surtout par l'âge et la vitalité exceptionnelle de l'animal en expérience, et l'on ne saurait en tirer aucune certitude pour la pathologie humaine.

Quant aux régénérations des os de la tête, à la suite de la trépanation et de tout autre mode de résection, toutes les expériences de Heine ont donné des résultats négatifs.

Toutes les fois où la perte de substance atteignait quelques millimètres, la consolidation osseuse n'avait pas lieu.

La question ne nous paraît pas cependant définitivement jugée.

Dans sa deuxième communication, M. Sédillot expose les résultats obtenus dans une autre série d'expériences par M. le docteur Marmy. Ces expériences sont au nombre de 30, parmi lesquelles 24 ont été pratiquées sur des chiens et les 6 autres sur des lapins.

M. Marmy n'a pas enlevé, comme Heine, les os en totalité. Il en a conservé les extrémités articulaires et il s'est borné, malgré la plus plus grande difficulté de ces opérations, à reséquer dans leur longueur des portions plus ou moins étendues de diaphyses, afin de se rapprocher davantage des conditions cliniques dans lesquelles intervient le plus habituellement la chirurgie. Dix expériences ont été consacrées aux resections sous-périostées des os longs, et huit aux resections ordinaires, sans conservation du périoste. Sept autres sont relatives aux ostéoplasties par détachement, glissement, duplicature et transplantation de lambeaux périostiques. M. Marmy a enfin entrepris trois évidements sous-périostés par resection longitudinale des os, une resection sous-périostée de la voûte palatine et une trépanation des os du crâne.

M. Sédillot, après avoir décrit les résultats de ces expériences, les résume en ces termes :

Les expériences dont nous venons d'exposer les principaux détails portent avec elles de précieux renseignements; nous essayerons de les résumer dans les propositions suivantes :

1° Les expériences entreprises sur le périoste et sur les os donnent des résultats très-variables selon l'espèce, l'âge et même selon la race des animaux; ainsi le périoste chez le lapin est épais et peu adhérent, et les os se régénèrent facilement, tandis que le chien présente des conditions moins favorables. Il faudrait donc chercher des termes de comparaison pour la pathologie humaine dans les espèces les plus élevées, et accorder moins d'importance aux résultats offerts par des lapins, des pigeons, des cabiais, des grenouilles et autres animaux d'un ordre inférieur.

L'influence de l'âge est également très-considérable. Pendant la période de développement l'activité cellulaire jouit de la plus grande énergie, puis se ralentit quand l'accroissement est devenu complet, et s'arrête presque entièrement dans les dernières années de la vie. Les phénomènes observés pendant l'enfance ne sauraient donc être justement imputables à la vieillesse. La plus ou moins grande vitalité de la race agit de la même manière, et ces différences méritent d'être prises en sérieuse considération.

2° Insuccès habituel des resections sous-périostées des diaphyses osseuses au point de vue de la régénération d'un nouvel os, comme le prouvent les expériences 1re, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e. En ajoutant à ces expériences celle pratiquée sur la voûte palatine (n° 29) et la trépanation sous-périostée (n° 30), on aurait *douze* resections sous-périostées, parmi lesquelles on compterait : *un* succès complet (voy. exp. 10) sur un lapin, *un* succès presque complet (voy. exp. 9) sur un jeune chien, et *dix* insuccès. Ces résultats ne confirment pas ceux de Heine. Ce dernier opérait sur l'humérus et le fémur enlevés en totalité, tandis que M. Marmy s'est borné à reséquer des portions de radius, de cubitus et de tibia, dans leur diaphyse, et semblait réunir de plus grandes probabilités de réussite. Il y aurait à rechercher la

raison de ces différences, dont la durée de l'expérience ne saurait être la principale cause, puisque, dans les deux cas de régénération diaphysaire précédemment cités (exp. 9 et 10), les animaux avaient été sacrifiés, le premier (jeune chien), au bout de trois mois, et le deuxième, au trente et unième jour (lapin). Heine avait parfois attendu une année entière la régénération des os (réparation presque complète de l'omoplate, exp. 1re, *Gaz. méd. de Strasbourg* du 31 mai 1864). La question du temps nécessaire à de nouvelles ossifications reste soumise, comme nous l'avons fait remarquer (proposition 1re), à des conditions assez complexes. Chez l'homme une fracture simple exige un ou deux mois, selon l'âge, pour sa complète consolidation, et une fracture compliquée de plaie, avec suppuration du foyer, de trois à quatre mois à une année; mais ce ne sont là que des données approximatives.

3° Insuccès habituels, quoique moins nombreux, des régénérations osseuses, à la suite des resections diaphysaires partielles, sans conservation du périoste.

Contradictoirement à l'opinion générale et au plus grand nombre des faits observés par les expérimentateurs, les resections non périostées de M. Marmy ont donné plus de succès que les resections sous-périostées. L'exemple le plus remarquable de régénération diaphysaire a été offert par une resection simple (exp. 13, chien), et trois autres fois la réparation osseuse était très-avancée (exp. 15, 16 et 17). Quatre fois seulement on n'obtint pas d'os (exp. 11, 12, 13, 14). De sorte que les succès furent dans sa proportion de moitié pour les resections non périostées, et de deux sur douze, pour les resections avec conservation du périoste. Toutes expériences répétées sur les mêmes animaux et par conséquent comparables sous ce rapport. Ici l'importance de l'espèce se dégage très-clairement. Dans les deux expériences pratiquées sur le lapin, on obtient deux succès, et la régénération de l'os avait eu lieu en conservant ou en sacrifiant le périoste, quoique, dans ce dernier cas, la réparation du nouvel os fût un peu moins régulière.

4° Dans toutes les resections partielles des diaphyses du radius, du cubitus et du tibia, l'os congénère s'est ordinairement courbé ou fracturé, pour contribuer au rétablissement des usages du membre, soit par un cal commun aux extrémités resequées, soit en aidant au rapprochement de ces extrémités. Si la régénération osseuse manquait plus ou moins complétement, l'os conservé doublait ou triplait même de volume pour remplacer l'os enlevé. Cette tendance au rétablissement de la fonction par des voies diverses dans la forme, mais communes dans leur but, nous a paru des plus remarquables, et nous comptons en faire le sujet d'un travail particulier.

5° Insuccès constant de toutes les tentatives de reproduction d'un nouvel os par des lambeaux périostés détournés de leur situation première, avec ou sans section de leur pédicule. Les expériences 19, 20, 21, 23, 24 ont complétement échoué, et les lambeaux examinés au 23e, 83e, 70e, 44e, 54e jour n'offraient aucune trace d'ossification. Il n'en fut pas de même dans l'expérience 22e; le lambeau périosté, muni d'un pédicule et enroulé autour d'un tendon voisin, était devenu résistant le 16e jour, et une épingle enfoncée dans son épaisseur y avait rencontré du tissu osseux au 32e jour. La dureté semblait encore augmentée le 83e jour; mais, vingt-deux jours plus tard, toute apparence osseuse avait disparu, et le lambeau, étalé avec soin, avait perdu son ossification passagère. Dans l'expérience 25e, le lambeau ne s'était pas ossifié le 22e jour, mais une petite exostose s'était produite à l'insertion du pédicule périosté. Faut-il en conclure que tous les essais d'ostéoplastie par des lambeaux détachés du périoste resteront frappés de stérilité? Nous n'oserions pas soutenir une opinion plus favorable, mais il y aurait peut-être une distinction à établir selon que ces lambeaux sont placés dans des points où n'existe pas normalement de tissu osseux, ou dans ceux où il s'en rencontre. Dans le premier cas, l'ossification, constituant un état étranger aux lois de l'organisation, tendrait à disparaître, tandis que, dans le second, l'ossification produite pourrait persister. Cette hypothèse, entièrement appuyée sur l'importance capitale de la forme dans les êtres vivants, est sans doute très-contestable, mais pourrait être soumise à un contrôle expérimental. En attendant, on est en droit de soutenir, d'après les faits de M. Marmy, que l'ostéoplastie par les lambeaux de périoste manque habituellement, ou ne présente que des résultats incomplets et sans persistance.

6° Succès constants de tous les évidements osseux sous-périostés, alors même que l'on a seulement conservé la moitié ou le tiers de la circonférence des diaphyses, avec rugination du canal médullaire. Les plus minces surfaces osseuses, doublées de leur périoste normal, réparent et reforment les os, et ouvrent des voies véritablement nouvelles et d'une heureuse efficacité à la chirurgie. Les trois expériences 27e, 28e et 29e, consacrées à ce sujet, ont paru tellement concluantes qu'on n'a pas jugé nécessaire d'en multiplier le nombre. Ces résultats sont entièrement conformes à ceux que nous avons obtenus, et confirment les observations cliniques déjà recueillies et publiées.

7° Insuccès complet au deuxième mois de la resection sous-périostée partielle de la voûte palatine. Nous ne concluons pas de ce fait et d'une expérience négative semblable, dont nous avons rapporté l'histoire, que toute réussite est impossible et qu'aucune régénération osseuse ne peut s'accomplir ultérieurement; c'est une question à discuter. Nous nous bornons à cette considération, que l'expérience 29e de M. Marmy et la nienne montrent le peu de valeur de l'affirmation de quelques chirurgiens qui ont annoncé la régénération osseuse de la voûte palatine en un temps beaucoup plus court, à la suite de pertes de substance comblées par des lambeaux périostés. Une simple assertion de succès en présence de pareils faits négatifs reste nulle et non avenue.

8° La dure-mère est susceptible, dans certains cas de trépanation, de fournir des ossifications réparatrices, alors que le périoste n'a pas donné d'ossification.

Conclusion. Les expériences de M. Marmy, comme celles de Heine, montrent le peu de confiance que doivent inspirer aux chirurgiens les resections sous-périostées appliquées à la pathologie. L'ostéoplastie périostée ne paraît pas plus favorable, malgré les réserves que nous avons établies en sa faveur. L'évidement sous-périosté a seul réalisé les avantages qui lui avaient été attribués et cliniquement reconnus.

Dans une prochaine communication nous aurons l'honneur d'exposer à la Société le résultat de nos propres expériences sur cette question si actuelle et si curieuse de la régénération des os.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. DECAISNE.

M. J. Cloquet dépose sur le bureau un exemplaire imprimé du discours qu'il a prononcé le 15 août à Tarbes à l'occasion de l'inauguration de la statue de feu M. le baron Larrey, et rend compte de cette solennité, dans laquelle il représentait l'Académie des sciences.

— M. Claude Bernard lit un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur l'opium et ses alcaloïdes.* (Voir plus haut.)

Sur la présence des bactéridies dans la pustule maligne chez l'homme. Note de MM. Davaine et Raimbert, présentée par M. Rayer.

(Commissaires : MM. Milne Edwards, Rayer, Bernard.)

Les médecins s'accordent généralement à croire que, dans la plupart des cas, la pustule maligne reconnaît pour cause l'introduction sous l'épiderme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un virus spécifique qui a pris naissance chez les animaux atteints de maladies charbonneuses. Si la pustule maligne a cette origine, les bactéridies doivent s'y rencontrer comme dans les maladies charbonneuses, localisées, toutefois, dans une partie, avant de se répandre dans la circulation générale.

M. le docteur Raimbert, médecin à Châteaudun, qui a souvent l'occasion d'observer la pustule maligne et qui a publié sur cette maladie un traité très-estimé, a bien voulu s'adjoindre à moi pour étudier diverses questions qui s'y rapportent. La pustule maligne n'est pas assez commune pour que toutes ces questions puissent être bientôt résolues; nous avons donc cru devoir, dès maintenant, porter à la connaissance de l'Académie le fait intéressant de l'existence des bactéridies dans cette affection.

Un charretier, attaché à une ferme dont les moutons étaient attaqués de la maladie du sang de rate, fut atteint le 14 de ce mois (août) d'une petite pustule à la paupière inférieure. Le 17, le docteur Raimbert ayant été appelé trouva que les deux paupières, la joue, la tempe et le front du même côté étaient déjà très-tuméfiés. Sur la paupière inférieure existait une pustule maligne qui, par son apparence, fut jugée très-grave. Elle était formée par un point jaune brunâtre, déprimé, ayant 2 à 3 millimètres de diamètre, entouré d'un anneau vésiculeux de 2 millimètres de large au plus et d'une aréole d'apparence chagrinée, c'est-à-dire parsemée de très-petites vésicules rudimentaires. Le centre de cette pustule ne paraissait pas être une véritable escarre, mais une simple ecchymose gangréneuse.

Cette pustule fut enlevée par le bistouri, et la plaie fut immédiatement après cautérisée par le fer rouge.

La partie enlevée fut séchée rapidement, afin d'empêcher que la putréfaction ne détruisît les bactéridies, s'il y en avait, et elle me fut envoyée.

Une parcelle extrêmement mince fut détachée au centre et à la surface de la pustule desséchée; placée sous le microscope et traitée par une solution concentrée de potasse caustique, cette parcelle fut bientôt en partie dissoute, et alors des filaments tout à fait semblables à ceux du sang de rate se montrèrent isolés sur les bords, puis ensuite le centre même parut formé uniquement par un feutrage de ces filaments. Il fut facile d'y reconnaître des bactéridies avec tous leurs caractères ordinaires.

Cependant, pour avoir sur la nature de ces filaments une certitude plus complète, le reste de la pustule desséchée fut divisé en quatre fragments qui furent introduits par quatre petites piqûres sous la peau d'un cobaye (20 août). Cinq jours après (25 août), le cobaye mourut et son sang m'offrit des bactéridies en quantité considérable. Ces bactéridies ne différaient point de celles qui surviennent après l'inoculation du sang de rate.

Nous nous bornons à communiquer ce fait à l'Académie. L'étude des bactéridies dans la pustule maligne jettera de nouvelles lumières sur quelques points restés obscurs dans l'histoire de cette maladie. Dans les cas douteux, l'existence des bactéridies fixera le diagnostic et dirigera le médecin dans le choix du traitement le plus convenable.

— M. Jousset lit un travail intitulé : *De la nature et des caractères de l'aliénation. La folie divisée en cinq formes naturelles.* (Nous publierons ce travail *in extenso*.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. MALGAIGNE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements de la Somme et de l'Algérie. (Commission des épidémies.)

2° Le rapport de M. le docteur Niepce, sur le service médical des eaux minérales d'Allevard (Isère) pour l'année 1862. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. Larrey offre à l'Académie :

1° Au nom de M. le docteur Leclerc, un volume intitulé : *Une mission médicale en Kabylie*;

2° Au nom de M. le docteur Wecker, le troisième fascicule du premier volume de son *Traité élémentaire d'ophthalmologie*;

3° Au nom de M. Gibson, la statistique médicale de l'armée anglaise pour l'année 1862.

— M. Béclard présente, au nom de M. Giraldès, une brochure *sur la fève de Calabar*.

— M. Girard de Cailleux lit une note dont voici les conclusions :

1° Il est une maladie qui se développe chez l'homme sous l'influence d'une disposition *sui generis* et de causes occasionnelles.

2° Cette maladie, par ses symptômes (exaltation de la sensibilité, actes délirants, horreur ou répugnance extrême des aliments et des boissons, fureur, fièvre, convulsions, altération des sécrétions, etc.) par la rapidité de sa marche (quelques jours de durée), par sa terminaison funeste et par les résultats nécroscopiques, se prête à un tel rapprochement avec la rage, que les auteurs l'ont confondue avec cette affection sous le nom de rage spontanée.

3° Cette maladie, qui emprunte à l'espèce dans laquelle elle se développe des caractères spéciaux, et qui se manifestent sous la forme de délire aigu fébrile hydrophobique, a une si grande affinité, une si profonde analogie avec l'affection appelée rage chez les animaux, qu'elle me semble digne de fixer l'attention de l'Académie et des médecins qui ont occasion de l'observer.

M. Bouley : Je suis la cause de la nouvelle communication que vient d'entendre l'Académie, je ne puis ici que répéter ma protestation; mais je sais que M. Baillarger est prêt à réfuter les assertions de M. Girard de Cailleux.

M. Girard de Cailleux : Je n'affirme rien.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PUSTULE MALIGNE ET LES MALADIES SPÉCIFIQUES.

M. Briquet : Pour bien discuter la question de la pustule maligne, il faut que cette étude soit faite comparativement avec celle des autres maladies contagieuses. Nous avons entendu émettre à cette tribune des opinions que j'appellerai antiélémentaires et anticlassiques; on a discouru longtemps et finalement on a cru mettre tout le monde d'accord par une espèce de compromis; ce compromis, fait de concessions réciproques, n'a en rien avancé la question au point de vue capital, si bien que M. Gosselin pourrait venir vous répéter : Messieurs, j'admets la possibilité de la production spontanée de la pustule maligne. C'est parce que je ne puis accepter l'opinion de M. Gosselin ni le compromis dont je viens de parler et qu'on fait trop souvent de guerre lasse, que j'ai cru devoir vous soumettre quelques considérations sur la question en litige.

Etudiées sous le rapport de la contagion, les maladies peuvent se diviser en deux classes : 1° celles qui se communiquent par imitation, l'hystérie, par exemple; 2° celles qui se communiquent par l'intermédiaire d'une matière, germe ou contage. Cette matière peut se présenter sous forme solide (les croûtes de la variole), ou bien sous forme liquide (les virus sont dans ce cas), ou enfin sous forme pulvérulente. Quand la matière contagieuse affecte cette forme pulvérulente, quelle que soit sa ténuité, elle n'en jouit pas moins des mêmes propriétés que lorsqu'elle est sous forme solide ou liquide; elle est impalpable, elle est invisible, si l'on veut, c'est un miasme; mais parce qu'elle est plus divisée, elle n'en doit pas moins être considérée comme une matière : croûte, liquide, miasme, sa nature ne change pas. Le pus de la variole se dessèche, se réduit en poudre, se mêle sous cette forme à l'air et va porter ainsi la contagion. La matière contagieuse pulvérulente peut se mêler à l'eau, et par suite être entraînée lorsque celle-ci se réduit en vapeur. Ainsi donc le miasme, quelque impalpable qu'il soit, n'en est pas moins un virus matériel. Il se comporte du reste comme tous les virus; comme ces derniers, il ne produit pas infailliblement la contagion; on sait en effet, et notre savant collègue M. Ricord est là pour appuyer le fait, que la syphilis manque plus souvent son sujet qu'elle ne l'attrape. On peut en dire autant de la variole, de la rage, etc. Le virus ne produit donc pas toujours son effet; il y a des circonstances accidentelles qui favorisent ou empêchent son action, il y a aussi à faire la part de la prédisposition individuelle.

Voilà la théorie de la matière de la contagion.

Quant aux maladies contagieuses, leur nombre, autrefois assez restreint, s'est considérablement accru : aujourd'hui on en compte au moins 33. Au premier rang, nous trouvons les maladies considérées par tout le monde comme contagieuses : variole, vaccine, scarlatine, charbon, pustule maligne, syphilis; puis viennent celles qui sont contagieuses accidentellement : morve, rage, diphthérite, pneumonie du gros bétail, bronchite épidémique, clavelée, pourriture d'hôpital, fièvre puerpérale, fièvre typhoïde, typhus, fièvre jaune, peste, choléra, érysipèle. Pour le choléra cependant, par respect pour l'Académie, je mettrai un point d'interrogation.

Si maintenant nous passons à la question de l'origine des maladies contagieuses, nous voyons que les unes ont été observées de tout temps, d'autres au contraire sont de date relativement récente. A ce sujet, quelques médecins un peu fantaisistes ont prétendu que de grands cataclysmes, des bouleversements du globe accompagnaient ou précédaient la naissance de ces maladies : rien de plus inexact que cela; c'est donc ailleurs qu'il faut aller chercher une origine, et je crois qu'on peut la rattacher au contact avec les animaux. Il semblerait que la Providence nous a imposé des maladies pour nous avertir des écarts auxquels nous ne devons pas nous livrer. Aussi, pour la syphilis, si les faits historiques peuvent ici être d'une valeur incontestable, on pourrait penser que l'homme a gagné la maladie syphilitique par des contacts impurs avec les animaux. Les relations des médecins du temps disent que la vérole a fait son apparition en France au temps de Charles VIII, après la campagne de Naples, et l'on ajoute que des troupeaux de chèvres qui suivaient l'armée étaient infectées aux parties génitales et affectées d'ulcères sordides, et ces maladies semblaient de nature syphilitique. On sait qu'en Italie les mœurs étaient alors très-relâchées; cela n'a rien d'impossible. Prenons une autre maladie : on a dit que la variole venait d'Arabie; les recherches modernes semblent prouver que la variole du cheval, de la vache et de l'homme sont une même maladie, et l'on sait qu'en Arabie les animaux vivent en commensaux de l'homme. Le charbon et la pustule maligne sont évidemment d'origine animale, cela n'est contestable pour personne.

Nous arrivons au mode de développement des maladies contagieuses. Les unes sont dues à une cause spécifique, un virus; la variole, la rougeole, la pustule maligne, sont dans ce cas, et elles sont caractérisées par ce fait qu'aucune cause générale ne les produit, que nul empoisonnement, nulle maladie ne les simule. Ce ne sont pas les éruptions provoquées par le tartre stibié qui causent la variole, et il n'y a que les homœopathes qui aient pu rapprocher la rubéfaction due à l'empoisonnement par la belladone de l'éruption de la scarlatine; les maladies contagieuses virulentes ne peuvent se produire que d'une seule manière, la contagion par un virus. Sur les 33 maladies contagieuses, 9 seulement sont dans ce cas. Les 20 autres se produisent sous l'influence de conditions particulières et quelquefois sous l'influence d'un virus.

Pour en revenir à la pustule maligne, nous dirons que cette maladie se produit toujours directement, elle se manifeste toujours avec les mêmes caractères, et ne naît jamais sous l'influence de causes étrangères, générales ou autres. Elle se comporte donc absolument comme la variole, comme la syphilis. Or depuis qu'on observe ces deux maladies,

jamais on ne les a vues naître spontanément, en dehors du virus qui les produit; par conséquent la pustule maligne ne saurait être spontanée.

M. Ricord : Une simple observation à propos des chèvres dont nous a entretenus M. Briquet. Je n'ai pas connu les chèvres du temps de Charles VIII, mais je connais celles d'aujourd'hui, et je puis affirmer qu'elles sont indemnes de toute affection syphilitique. Du reste, les rapports des hommes avec les chèvres ne datent pas seulement du moyen âge, on les a constatés bien antérieurement, et à une époque où on ne connaissait pas la syphilis. Moi aussi j'ai cherché une origine à la syphilis, car je ne crois pas, — bien qu'il y ait là encore un point d'interrogation, — qu'elle naisse spontanément. Nous n'avons pas de source animale, quoi qu'on ait dit. Cependant j'y ai cru un instant, au début de mes recherches sur cette intéressante question. On sait en effet que la morve et le farcin sont les maladies qui, par leurs symptômes, se rapprochent le plus de la syphilis. Un moment donc j'ai cru que la morve ou le farcin en passant par l'organisme de l'homme pouvaient bien devenir la syphilis. Depuis que j'ai vu combien ces maladies se transmettaient facilement à l'homme et avec tous leurs caractères, j'ai renoncé à mon idée. Du reste, rien ne ressemble plus à ces cas de syphilis galopante du quinzième siècle que la morve et le farcin, et il est très-probable que des erreurs de diagnostic ont souvent dû se produire antérieurement. En effet, quand j'émettais le rapport d'analogie que je viens de signaler, M. Beau, s'occupant de recherches historiques sur ce sujet, trouva qu'à l'époque de l'invasion de l'armée française en Italie, il y eut en même temps que les cas de syphilis galopante, une épidémie très-forte de morve et de farcin.

Jusqu'à présent on n'a pas trouvé la vérole chez aucune espèce animale; non-seulement on ne l'a pas trouvée, mais encore on n'a pas pu la transmettre à aucune espèce animale. On a transmis le chancre mou, comme accident purement local, mais jamais d'infection, jamais la vérole avec tous ses caractères — passez-moi le mot — la vérole faite homme.

M. Briquet : J'objecterai à mon savant collègue que si la morve ou le farcin avaient pu produire autrefois la syphilis chez l'homme, ils la produiraient encore aujourd'hui.

C'est mon objection contre la maladie des chèvres, origine première de la syphilis.

M. Depaul : La vérole se transmet-elle de l'homme aux animaux? Je proteste qu'elle s'inocule; je l'ai vu inoculer avec la lancette aux singes en particulier et à d'autres animaux.

M. Ricord : J'ai suivi ces expériences dont parle M. Depaul, et pour lesquelles une commission fut nommée. Eh bien! c'est parce que j'ai vu que j'ai pu affirmer. On a inoculé à des singes des chancres mous disparaissant rapidement et n'entraînant même pas d'accidents locaux; on n'a pas constaté d'autre manifestation. Une fois pourtant on a cru à l'inoculation complète, un singe a failli nous jouer un vrai tour de singe : au moment où l'on allait l'inoculer, on remarqua qu'il avait un prurigo pustulo-crustacé, qu'on n'aurait certainement pas manqué d'attribuer à l'inoculation si on ne l'avait constaté avant. L'Académie sait combien j'abandonne volontiers mes opinions dès qu'elles se trouvent en contradiction avec les faits, par conséquent je maintiens mon affirmation.

M. Depaul : Lors de la discussion qui eut lieu sur ce sujet, je rappelai à M. Ricord l'observation d'une chatte qui avait donné la vérole à ses petits. M. Ricord le nia, mais il niait aussi que les accidents secondaires fussent transmissibles, et les faits nombreux qu'on lui a présentés l'ont obligé à changer d'opinion. Il pourrait en arriver de même pour la transmission de la vérole aux animaux.

M. Ricord : Qu'on me montre une fois la vérole chez un animal, mais une vérole bien franche et bien nette, je serai le premier à l'admettre.

M. Malgaigne : Au nom de l'Académie, je crois devoir protester contre les assertions prétendues historiques qu'on nous a racontées tout à l'heure. La variole, a-t-on dit, est née en Arabie; eh bien! messieurs, elle était connue en France déjà du temps de Grégoire de Tours, qui l'appelait du nom qu'elle a encore aujourd'hui. A propos de l'origine de la syphilis, on a parlé de rapports de l'homme avec les animaux, on l'a fait naître au quinzième siècle : tout cela est inexact. La syphilis remonte plus haut, car les historiens français antérieurs à cette époque l'ont décrite parfaitement.

M. Bouley : On a fait intervenir la Providence dans l'histoire et pour la moralité de la syphilis. Je voudrais faire remarquer que les chevaux sont sujets à une maladie que l'on nomme la *maladie du coït*, maladie presque toujours mortelle. Est-ce la Providence qui punit aussi les chevaux parce qu'ils ont sailli les juments?

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

BIBLIOGRAPHIE.

Du goitre et du crétinisme endémiques, et de leurs véritables causes; par M. le docteur Chabrand, médecin-inspecteur des eaux minérales du Monétier, médecin des épidémies et de l'hôpital civil de Briançon (Hautes-Alpes).

La direction que l'on imprime à ses études dépend assez généralement du milieu où l'on vit, des ressources que l'on possède autour de soi pour les étendre, et arriver ainsi à un résultat utile à la science ou à l'humanité. L'auteur du travail que nous avons à analyser exerce, depuis plus de vingt ans, la médecine dans un pays où le goître et le crétinisme règnent endémiquement; vivant au milieu d'un grand nombre de malheureux, déchus en quelque sorte de la dignité humaine, on comprend sans peine qu'il ait consacré ses facultés à étudier les causes de cette triste dégradation, les moyens de l'arrêter, surtout ceux de la prévenir. C'est le résultat de sa longue observation qu'il publie aujourd'hui.

Dans un premier chapitre, M. Chabrand recherche la nature et les lésions anatomiques du crétinisme. Pour M. Ferrus, le crétinisme est une hydrocéphalie œdémateuse chronique, paraissant parfois guérissable, ainsi qu'il semblerait résulter des succès obtenus par le docteur Guggenbühl à l'établissement qu'il a fondé sur la montagne de l'Abendberg. Selon d'autres auteurs, tels que le docteur Stahl et M. Baillarger, le crétinisme est le résultat d'un arrêt de développement du cerveau, c'est une monstruosité; il est donc incurable, comme l'idiotie; M. Guggenbühl n'a pas guéri de crétins; il y a eu erreur de diagnostic. L'opinion des auteurs varie ainsi suivant l'importance qu'ils attachent à tel ou tel phénomène anatomo-pathologique. Les principales lésions observées à l'autopsie sont en effet, à part le goître, des suffusions séreuses qui ont pour siége, non-seulement le cerveau et les méninges, mais encore les principales cavités du corps; la petite capacité de la cavité crânienne, dont les os épaissis donnent un étroit passage aux vaisseaux et aux nerfs; le petit volume du cerveau et du cervelet, le peu de développement des lobes antérieurs et postérieurs, leur plus grande densité ou leur ramollissement; un défaut de symétrie dans les différentes parties qui composent le cerveau; une diminution dans le nombre des circonvolutions, dont les anfractuosités sont peu profondes, etc. M. Chabrand attache plus d'importance à ces dernières lésions qu'aux suffusions séreuses qui ont fait regarder le crétinisme comme une conséquence de l'hydrocéphalie; il a tendance à le considérer comme une variété de l'idiotie. Il consacre un chapitre tout entier au parallèle de ces deux affections. Après avoir rappelé l'opinion des principaux auteurs qui ont écrit sur cette matière, il conclut que la seule différence qu'on puisse admettre entre les crétins et les idiots, résulte de la conformation extérieure, et du développement plus ou moins incomplet de l'organisme. Tandis que chez l'idiot la constitution acquiert son entier développement, et l'arrêt ne porte que sur l'évolution du cerveau, chez le crétin, il y a développement incomplet, irrégulier et plus lent de l'organisme. Entre le crétinisme et l'idiotie, il n'y a donc qu'une différence du plus ou moins : le crétinisme n'est que la forme la plus abjecte de l'idiotie.

Quelles relations y a-t-il entre le goître et le crétinisme? La plupart des auteurs, entre autres Fodéré, MM. Ferrus, Bouchardat, Niepce, Fabre (de Meironnes), etc., considèrent ces deux affections comme étant intimement liées l'une à l'autre, et dues le plus souvent aux mêmes causes; là où il y a des goîtreux, il y a des crétins; les premiers engendrent les seconds.

L'étiologie du goître et du crétinisme est certainement la partie la plus importante de leur étude; aussi c'est le point auquel M. Chabrand consacre les plus longs développements. Il commence par énumérer rapidement les contrées où le goître est endémique, et par montrer ainsi qu'on le rencontre dans les cinq parties du monde, sous toutes les latitudes, par conséquent dans les conditions les plus variées de climat et de civilisation. On comprend par là combien l'étiologie du goître et du crétinisme est difficile à établir, et l'on ne s'étonne plus du grand nombre d'opinions émises à cet égard. M. Chabrand passe en revue les principales.

Plusieurs auteurs voient l'origine du goître dans la composition des eaux potables, mais ils varient d'opinion sur la nature de la substance délétère qu'elles contiennent. Ainsi la viciation des eaux serait due à ce qu'elles contiendraient en dissolution des sels de magnésie (M. Grange), du sulfate de chaux et surtout des matières animales (M. Bouchardat), des sels calcaires (M. Mac Clelland), de l'argile et une substance nuisible indéterminée (M. Rilliet); à ce qu'elles

sont insipides, qu'elles dissolvent mal le savon et cuisent mal les légumes (M. Fabre, de Meironnes); qu'elles sont désoxygénées soit par l'élévation des lieux, soit par leur contact prolongé avec des matières organiques avides d'oxygène (M. Boussingault); qu'elles sont trop froides et peu aérées, comme provenant de la fonte des neiges; qu'elles ne contiennent pas d'iode (M. Chatin), etc. D'autres auteurs ont accusé le sol, d'autres l'atmosphère; de là encore plusieurs théories. Pour M. Chatin, l'absence de l'iode se fait remarquer dans l'air et dans les produits du sol, comme dans les eaux. M. Ferrus admet des causes multiples, le passage des eaux à travers des prairies ou des terrains cultivés, les dispositions locales, en tant surtout qu'elles peuvent vicier l'atmosphère. M. Niepce reconnaît également plusieurs causes, les unes directes, les autres indirectes; la plus importante pour lui est l'air humide et non renouvelé des vallées profondes; Fodéré avait signalé aussi l'humidité permanente de l'air, jointe à la chaleur. M. Marel admet un principe intoxicant, agissant sur le système nerveux comme un miasme délétère, et renfermé dans le sol. Cette idée de miasme spécifique est adoptée aussi par M. Vingtrinier (de Rouen). M. Foissac considère le crétinisme comme la plus haute expression de la constitution scrofuleuse.

Nous ne pouvons suivre M. Chabrand dans la discussion de chacune de ces opinions, pas plus que dans ses études géographiques sur le Briançonnais; nous arrivons de suite à l'opinion qu'il professe lui-même. Il attribue le goître et le crétinisme « *à des perturbations profondes et fréquentes de la respiration et de la circulation.* Ces perturbations ont pour *cause essentielle* le *passage brusque et fréquemment renouvelé d'une température froide à une température très-élevée*, et *vice versâ*, et pour causes secondaires les *efforts*, le *travail excessif* et l'*alimentation*. Ces maladies une fois produites s'aggravent par la transmission *héréditaire*. »

Dans des considérations topographiques sur la partie du Briançonnais qu'il a explorée, M. Chabrand divise ce pays en quatre régions; les régions où les variations de température sont les plus grandes entre l'été et l'hiver, et les plus brusques du jour à la nuit, sont celles qui contiennent le plus de goîtreux et de crétins. Ces alternatives de froid et de chaud troublent la respiration pulmonaire, les fonctions de la peau, et par suite altèrent profondément l'hématose et la production de la chaleur animale; de là atonie générale, faiblesse de résistance aux causes morbides. Le trouble de la respiration et de l'hématose produit des congestions dans le corps thyroïde, qui a dès lors tendance à s'hypertrophier; cette tendance est accrue, d'un côté par l'action du froid qui développe parfois dans la glande une véritable inflammation, de l'autre par les travaux durs, qui exigent de grands efforts, enfin, chez la femme, par la grossesse et les troubles de la menstruation. L'hypertrophie de la glande thyroïde amène dans la respiration et la circulation de nouveaux troubles qui agissent à leur tour comme cause dans l'accroissement du goître; cet état morbide complexe trouve un nouvel élément dans les mauvaises conditions hygiéniques soit des habitations, soit de l'alimentation, et l'on arrive ainsi, par une pente toujours croissante, à la dégénérescence crétinique. L'hérédité s'ajoute à toutes ces causes pour favoriser cette dégradation; cependant le goître n'est pas nécessairement le père du crétinisme, ainsi qu'on l'a dit; on rencontre des crétins sans goître et, dans certains pays, des goîtreux sans trouver de crétins. Néanmoins le goître conduit en général au crétinisme, rarement à la première génération, mais à une génération rapprochée, si les individus restent soumis aux mêmes conditions qui ont développé le goître chez leurs ascendants.

Telle est, en résumé, la théorie de M. Chabrand; cause première et efficiente du goître : alternatives brusques et considérables de température, produisant des troubles dans la respiration et la circulation; causes secondaires : efforts, travail excessif, habitations malsaines, alimentation; cause aggravante : hérédité.

Cette théorie satisfait-elle plus l'esprit que celles que nous avons rappelées plus haut? Nous ne le pensons pas. Si elle était fondée, en effet, et que les milieux n'eussent pas plus d'influence sur la production du goître et du crétinisme, ces affections ne seraient pas seulement endémiques dans un petit nombre de contrées circonscrites; on les trouverait bien plus répandues. En effet, ces conditions de variations brusques de température, de travail excessif, de mauvaise hygiène, se rencontrent dans une foule de pays où le goître est inconnu; il est même de règle générale que ces diverses conditions marchent de pair, c'est-à-dire que ce sont les gens qui travaillent le plus qui sont à la fois exposés à toutes les vicissitudes atmosphériques et à la plus mauvaise hygiène; il n'est pas de campagne qui ne dût à ce titre avoir des goîtreux.

M. Chabrand dit que les militaires qui arrivent à Briançon contractent promptement le goître, et cela dans une proportion parfois énorme (1 sur 25 en 1857). Certes, au point de vue du travail, de l'alimentation, de l'habitation, l'hygiène du soldat est à peu près la même dans toutes les garnisons; aussi M. Chabrand invoque le froid, l'habitude qu'ont les soldats d'ôter leur cravate et de boire froid après un exercice qui les a échauffés, la gêne qu'ils éprouvent dans la respiration pour faire l'ascension des forts. Or, quelles que soient l'altitude et la température du Briançonnais, les militaires ne rencontrent-ils pas dans le cours de leur carrière, surtout en campagne, des conditions bien plus mauvaises, ne font-ils pas partout les mêmes imprudences, et le goître est-il fréquent dans l'armée? Il suffit de poser ces questions : elles se résolvent d'elles-mêmes.

Nous le répétons donc, M. Chabrand ne nous a pas convaincu. Ce n'est pas que les causes qu'il assigne à la production du goître n'aient pas une certaine action, mais ce ne peut être qu'une action secondaire. Pour nous, c'est dans les conditions climatériques, dans l'influence des milieux, et nous comprenons par là l'air, l'eau, le sol, les productions, etc., qu'il faut avant tout chercher l'étiologie du goître et du crétinisme, comme celle de toute affection endémique. Malgré les travaux des auteurs que nous avons cités, ceux de la commission piémontaise, malgré les discussions académiques, on ne sait pas encore au juste à quelle modification des milieux est due l'endémicité de ces deux affections; il faut espérer que de nouvelles recherches conduiront à des résultats plus précis.

Le traitement d'une maladie varie nécessairement avec l'étiologie qu'on lui attribue. M. Chabrand reconnaît à l'iode une action heureuse chez les goîtreux, en même temps qu'on améliore leurs conditions hygiéniques. Quant au crétinisme, on ne peut guère se flatter d'obtenir une guérison, malgré les succès attribués à M. Guggenbühl; on ne peut qu'améliorer l'état de ces malheureux par une éducation physique et morale. Le traitement prophylactique est ici le plus important : assainir les pays infectés, creuser des routes, développer parmi ces populations déshéritées l'instruction, l'industrie, le commerce, la culture; mettre à bas prix certains objets de consommation, tels que le sel et le café dont l'usage devrait être répandu; en un mot accroître le bien-être par tous les moyens possibles : tel est le programme des mesures prophylactiques proposées par M. Chabrand. Il n'est pas partisan de la prohibition du mariage chez les goîtreux, et même chez les semi-crétins; il y voit de trop grandes difficultés. Sans doute une interdiction absolue serait une mesure bien rigoureuse; mais s'il était reconnu que ce fût le seul moyen de faire disparaître le crétinisme, il faudrait bien y recourir. Dans tous les cas, la tolérance doit être moins grande que dans les autres pays, et les prohibitions plus fréquentes; les mariages consanguins surtout doivent être sévèrement proscrits, parce que les dangers en sont là encore plus imminents qu'ailleurs.

Comme on le voit, le traitement prophylactique proposé par M. Chabrand n'est que palliatif; les traitements qui reposent sur les autres théories n'ont pas une plus grande valeur. Tous les moyens que l'on a indiqués peuvent avoir et ont même certainement de bons effets, mais on ne travaillera sûrement à l'extinction du crétinisme que lorsque l'étiologie en sera parfaitement connue, et, nous le répétons en finissant, elle ne l'est pas encore.

Dr F. de Ranse.

VARIÉTÉS.

Hôtel-Dieu de Paris. — Le plan adopté pour la construction d'un nouvel Hôtel-Dieu vient d'être déposé à la mairie du IVe arrondissement; nous extrayons de la légende explicative qui accompagne ce plan les renseignements suivants :

Le nouvel hôpital sera construit sur la place du Parvis-Notre-Dame, sur laquelle il aura sa façade principale au sud; il sera limité par le quai Napoléon, au nord; par la rue d'Arcole redressée et élargie de 20 mètres, à l'est; par la rue de la Cité élargie de 20 mètres, à l'ouest.

La superficie comprise dans ce périmètre est d'environ 22,000 mètres carrés. L'Hôtel-Dieu actuel et ses annexes n'ont pas, au total, beaucoup plus de la moitié de cette contenance.

Le nouvel hôpital aura la forme d'un rectangle : sa construction va faire disparaître les rues les plus anciennes et les plus mal famées de Paris; telles sont les rues des Trois-Canettes, de la Licorne, de Perpignan, Cocatrix, Saint-Christophe, des Marmousets, Glatigny, Haut-Moulin, Haute-des-Ursins, Milieu-des-Ursins, etc., foyers d'épidémies où la lumière pénètre à peine pour éclairer de misérables chambrées de 8 à 10 mètres de superficie, où couchent cinq à six individus entassés les uns sur les autres.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA PUSTULE MALIGNE ET LES MALADIES VIRULENTES. — CLÔTURE DE LA DISCUSSION.

La discussion sur la pustule maligne et les maladies virulentes est close. Une lecture de M. Leblanc, une allocution dont nous l'avons fait suivre, quelques mots de M. Briquet et un court résumé de M. Gosselin, ont fait les frais de la dernière séance. C'est donc le moment de revenir sur cette importante discussion pour la résumer à notre tour, afin de mettre en relief les points éclaircis, sinon résolus, et signaler ceux qui pourront être repris pour former une nouvelle étape de la question.

La pustule maligne est-elle toujours d'origine externe ou peut-elle être quelquefois spontanée? Tel était le point principal à résoudre. Les auteurs du mémoire examiné, M. le rapporteur, et après lui MM. Bouley et Magne, sans nier la plus grande fréquence de l'origine communiquée, ont penché pour l'hypothèse d'un certain nombre de cas de pustules spontanées. Le plus grand nombre, au contraire, MM. Velpeau, Ricord, Gibert, Briquet, Piorry, auxquels nous nous sommes joint, se sont prononcés pour l'origine extérieure dans tous les cas, ou du moins n'admettent comme démontré que cette origine, reléguant au rang de pure hypothèse l'idée d'une origine spontanée. Mais, ainsi que nous l'avons fait remarquer, de part et d'autre il n'y avait eu jusque-là qu'affirmation et négation, et c'est dans cette situation du débat que nous sommes intervenu avec l'intention d'ajouter quelque chose de plus à la négation du parti auquel nous nous étions joint. Nous avons entrepris en effet de démontrer qu'il n'y avait pas un cas de pustule maligne spontanée bien établi dans la science, mais que tous ceux qui étaient connus portaient avec eux le cachet d'une origine extérieure. Cette démonstration, nous l'avons établie à l'aide de la méthode étiologique, c'est-à-dire à l'aide des caractères qui trahissent la véritable origine de la maladie. Cependant notre démonstration n'a pas porté la conviction dans tous les esprits, et ceux des orateurs qui ont pris la parole après nous, ou n'en ont pas tenu compte, ou l'ont infirmée comme ne reposant pas sur les faits. M. Bouley, en disant que le grand nombre de cas dans lesquels les renseignements propres à montrer l'origine communiquée manquaient, pouvait faire présumer que quelques-uns appartenaient à l'origine spontanée; M. Magne s'est borné à dire que son sentiment le portait à partager cette opinion, et M. Gosselin a ajouté que l'opinion opposée, c'est-à-dire celle que nous avons soutenue, ne reposait que sur le raisonnement et l'induction. Il est donc utile, dans l'intérêt de la question spéciale d'abord, et dans l'intérêt des idées générales que nous avons cherché à faire prévaloir, et de la méthode employée dans ce but, d'examiner rapidement l'opposition de nos contradicteurs.

Les partisans de l'origine spontanée de la pustule maligne ne se fondent que sur cette circonstance, à savoir que dans un certain nombre de cas il a été impossible de remonter à une origine communiquée; on n'avait observé dans le pays ni charbon ni pustule maligne, les malades n'avaient eu aucun rapport apparent avec des sujets affectés, ni avec des matières suspectes. Mais qu'est-ce que ce mode d'observation et d'argumentation? n'est-ce pas se fonder sur un manque de renseignements, sur une insuffisance d'informations pour affirmer une chose évidemment contredite par des principes d'un ordre très-certain et très-élevé? Or de ce qu'il n'a pas été possible de démontrer la filiation de l'inoculation à la maladie, de voir la mouche, de toucher la parcelle virulente apportée par l'air ou par tout autre véhicule, était-ce une raison de fermer les yeux à ce qui est évident pour la science bien interprétée? Qu'avons-nous objecté, en effet, à cette manière de maintenir le doute à la place de la certitude? Nous avons dit et nous répétons que si dans les cas d'inoculation manifeste, les caractères de la maladie, ses symptômes, sa marche, son traitement, sa terminaison, sont les mêmes que ceux des cas plus obscurs, il est permis de conclure de l'identité des uns à l'identité des autres. Qu'est-ce que cela, sinon l'application d'un axiome de géométrie et du bon sens qui proclament que deux choses égales ou semblables à une troisième sont égales ou semblables entre elles? C'est du raisonnement, c'est de l'induction, dit M. Gosselin; oui, sans doute, mais c'est du raisonnement et de l'induction basés sur les faits. Quand on dit, en effet, que la pustule maligne inoculée ne présente jamais de prodromes, de symptômes d'intoxication générale préalable, on exprime un fait, mais un fait général qui devient une loi, et ce fait et cette loi sont d'un ordre aussi certain que ce qui est rouge ou blanc, rond ou carré, c'est-à-dire ce qui tombe sous nos sens. Quand on ajoute ensuite sous une forme plus générale que les caractères de la pustule maligne trahissent son origine extérieure, fait-on autre chose que d'appliquer une méthode qui, pour être un peu vulgaire, n'en est pas moins sérieuse et certaine? Au sortir de la séance, nous disions à notre savant collègue M. Gosselin que lorsqu'un malade se présente à lui, porteur d'une plaie faite avec un instrument tranchant, il n'avait pas besoin pour se prononcer sur la nature de la plaie et son origine, d'avoir vu le couteau agir et la main qui s'en était servi; il lui suffisait de voir les caractères de la plaie, sa forme, son aspect, ses apparences en un mot; et avec ces seules apparences, il se croyait en droit de conclure que cette plaie avait pour cause l'instrument tranchant, et toutes les plaies pareilles la même origine. Voilà notre raisonnement, voilà notre argumentation pour démontrer l'origine extérieure, l'inoculation de la pustule maligne. Nous espérons donc que ceux qui voudront combattre cette méthode de démonstration, et substituer leur opinion à la nôtre, voudront bien s'abstenir désormais de leurs fins de non-recevoir, et opposeront aux faits que nous invoquons d'autres faits que ceux qu'ils ont apportés, lesquels ne tirent leur valeur que de leur insuffisance et de leur obscurité.

Nous croyons cette première difficulté résolue. Passons à la seconde.

Nous avons dit que l'observation attentivement appliquée à tous les cas de pustules malignes rapportés par les auteurs ou observés dans les lieux où règne cette maladie, permettent d'admettre pour la pustule maligne comme pour toutes les autres maladies virulentes et contagieuses, une forme ébauchée. En fait, personne n'a contesté cette nouvelle confirmation de la loi générale que nous avons posée depuis la première épidémie du choléra, on s'est borné à critiquer l'expression de *forme ébauchée*, de *pustule maligne ébauchée* : les uns parce qu'ils n'aiment pas cette expression, les autres parce qu'ils

FEUILLETON.

LA MÉDECINE AMUSANTE.

S'il faut l'avouer, en commençant, ce titre n'a été adopté qu'après bien des réflexions; il est un peu leste, et la gravité médicale pourrait s'en offenser comme d'une impertinence. Plus d'un docteur sérieux trouvera peut-être qu'il est malséant d'associer deux mots si disparates, et déclarera cette alliance détestable. Il est certain que la médecine n'a rien par elle-même de bien divertissant; le plus souvent elle amuse aussi peu ceux qui en vivent que ceux qui... en meurent, dirait un mauvais plaisant. Mais le feuilleton est bien appris et plein de respect pour les deux corporations les plus intéressantes qui soient au monde, les malades et les médecins. Ceux-ci doivent passer après ceux-là, parce que, quoi qu'en aient dit quelques sophistes, il n'y a point de médecine sans maladie, de même qu'il n'y a point sans médecin.

Hippocrate, qui ne donnait pas, autant qu'on l'a cru, dans les entités abstraites ou fictives, Hippocrate avait remarqué avec un grand sens que dans la pratique de l'art trois termes concourent, ou mieux trois éléments essentiels : le malade, le médecin et la maladie. Il ajoute même un peu subtilement, à la grecque, que les deux premiers doivent s'entendre pour combattre et vaincre l'ennemi commun.

Quel beau commentaire ne ferait-on pas sur le texte hippocratique, tout à l'avantage de la médecine, si l'on prenait seulement la peine d'expliquer pourquoi le médecin grec n'a pas voulu faire la partie carrée en opposant, par exemple, le médecin au malade et la médecine à la maladie. Il y a là un grand mystère, qui n'est point impénétrable pour l'amour-propre médical. Le médecin est la personnification de l'art; mais l'ennemi est redoutable, et, si puissantes que soient les ressources de l'art entre les mains de l'artiste, celui-ci a besoin du concours du malade qu'il s'agit de sauver. D'après le précepte hippocratique, le médecin se conduit avec le malade exactement comme l'exorciste avec le possédé : l'ensorcelé et le prêtre font cause commune avec le diable, qu'il faut expulser; et ce n'est qu'à cette condition que Dieu l'emporte.

Les commentaires de Galien sur Hippocrate seraient infiniment plus agréables qu'ils ne sont, s'ils étaient faits à ce point de vue. Mais Galien ne plaisantait guère, et ce n'est pas lui qui aurait songé à faire de la médecine amusante. Aussi n'est-ce point de Galien qu'il est ici question, mais d'un homme qui s'intéresse fort peu aux anciens, et qui ne s'inquiète guère plus des modernes, et qui se mettant, en vrai philosophe, au-dessus du ridicule, résume sa vie médicale en un volume qu'il faut regarder comme un catéchisme (1). Le mot n'est que juste, car l'auteur

(1) *La Médecine du bon sens*, de l'emploi des petits moyens en mé-

n'ont guère de meilleure raison à donner. Nous ferions bon marché du mot si la chose était généralement admise et reconnue, et nous donnerions volontiers aux ébauches des maladies, à leurs manifestations incomplètes ou arrêtées dans leur développement, un nom qui dit mieux la chose. Jusqu'ici personne ne nous a rendu ce service, et du moment que l'on comprend bien ce que nous voulons dire, nous persistons à croire que le mot de *forme ébauchée* aura l'avantage, même un peu à cause de sa bizarrerie, de son étrangeté, de répondre au but que nous nous sommes proposé. Nous persistons donc à dire qu'il y a pour la pustule maligne comme pour le choléra, comme pour la fièvre jaune, comme pour la morve, comme pour la rage, une forme ébauchée, une *pustule maligne ébauchée*, et nous n'avons pas besoin de rappeler ici les mérites de cette observation, pas plus que les services qu'elle est appelée à rendre.

Seconde difficulté résolue, je pense.

Reste une troisième et dernière difficulté, et celle-ci est des plus considérables. On s'est demandé s'il y avait réellement besoin d'un virus, d'un principe spécifique, pour engendrer la pustule maligne; si toutes les matières putréfiées n'avaient pas ce privilége, et si bon nombre de causes générales et indifférentes en apparence ne seraient pas susceptibles de faire ce que nous déclarons un principe spécifique apte seul à faire. Ces trois points forment eux-mêmes trois questions différentes à examiner.

Nous avons soutenu avec MM. Bouillaud et Briquet que c'est une loi générale, à savoir : que les maladies virulentes procèdent toujours d'un principe spécifique virulent; et nous avons cité les maladies virulentes les mieux connues et les plus vulgaires : la syphilis, la variole et toutes les affections exanthématiques. A cette doctrine de tous les temps on a opposé certains faits, entre autres les cas rapportés par Morand, de bœufs sains et simplement surmenés, lesquels auraient communiqué la pustule maligne sans avoir présenté le moindre symptôme de charbon.

On a encore cité d'autres faits, si ce n'est d'autres opinions, qui tendraient à faire croire que de simples altérations septiques auraient la même propriété; les mouches qui inoculent le principe qu'elles ont pris sur des cadavres putréfiés ne seraient pas nécessairement atteintes du charbon ni les animaux sur lesquels elles ont posé. Mais ces arguments négatifs n'ont de valeur que comme faits négatifs, c'est-à-dire comme faits manquant d'éléments suffisants et n'opposant aux faits positifs que cette insuffisance de leurs éléments. Sur quoi repose en effet la doctrine du principe spécifique nécessaire pour la reproduction des maladies virulentes? Elle repose sur des faits innombrables, observés partout, dans tous les temps et dans toutes les maladies virulentes et spécifiques : or si des faits obscurs et incomplets témoignent en apparence contre le principe du fait général établi par tant de faits particuliers, c'est qu'ils renferment une inconnue, ou manquent d'un élément, absolument comme les cas de pustule maligne obscurs, incomplets, qu'on a supposés d'origine spontanée parce qu'on n'avait pas pu y découvrir la filiation de leur origine : on ne les a invoqués comme tels que pour cette unique raison. Les cas de ce genre sont propres cependant à étendre le cercle de la recherche scientifique. Il n'est pas impossible que plus tard on n'arrive à se rendre mieux compte du mode de putréfaction morbigène du charbon et de la pustule maligne. On comprendra peut-être comment et en vertu de quelle transformation ou fermentation l'animal surmené et le tissu putréfié deviennent aptes à engendrer le virus de ces deux formes de l'affection charbonneuse.

Le point qui a le plus préoccupé et défrayé la discussion, c'est la question de savoir comment avec la doctrine de la génération des maladies virulentes subordonnées à l'inoculation de leur principe spécifique, on peut admettre et comprendre le développement spontané de ces maladies sous l'influence de causes non spécifiques. Déjà la même difficulté s'était présentée lors de la discussion sur la morve. Nous l'avons résolue à cette époque en disant ce que nous avons répété dans notre dernière allocution, à savoir : que les causes de l'ordre général n'agissent que comme *causes éloignées* et en se résolvant dans la création du virus spécifique qui constitue la maladie virulente proprement dite. Ces causes, en effet, n'agissent ni seules ni directement par elles-mêmes, mais elles s'associent à d'autres causes ou conditions concomitantes ou antérieures pour former avec elles un tout systématique, lequel acquiert ainsi le caractère d'une combinaison nouvelle, d'une cause nouvelle, d'une action nouvelle, aptes à engendrer le principe spécifique imputé à tort à un seul de ses éléments. On trouvera cette doctrine complètement développée dans notre second discours sur la morve (1). L'explication a paru assez importante et assez nouvelle pour être revendiquée par qui n'y avait aucun droit. Mais les dates et l'ensemble systématique des idées sont là pour que personne ne puisse avoir à un titre quelconque une semblable prétention. Nous maintenons donc et la théorie et son application à la pathogénie des maladies virulentes spontanées dans leurs rapports avec les causes dites générales ou non spécifiques des maladies; et si la discussion a fourni ce trait d'union et de conciliation entre la médecine vétérinaire et la médecine humaine, nous en revendiquons ouvertement la priorité et le mérite (2).

Pour les conclusions générales à tirer de ce qui précède et des discussions agitées dans la discussion, nous renvoyons le lecteur aux conclusions que nous avons formulées à la suite de notre allocution devant l'Académie. Ces conclusions nous paraissent constituer le produit net de la discussion.

(1) Gazette Médicale, 1862.

(2) Le rédacteur de la Gazette hebdomadaire, bien connu par ses rapports antérieurs avec la Gazette Médicale et son rédacteur, a cité, pour diminuer l'originalité de cet ordre d'idées, le passage d'un ancien article où il les avait reproduites à l'occasion de la discussion sur la morve. Mais il pourra en retrouver la première et originale exposition dans notre second discours sur la morve prononcé un mois environ avant la publication de son article.

Jules Guérin.

---

de ce volume est animé de cette confiance absolue, qui est plus forte que la foi, et tellement sûr de ses moyens, qu'il pourrait dire hardiment : « Prenez et lisez; je suis la voie, la vérité et la vie : hors de mon domaine point de salut. »

Ce domaine, c'est toute la médecine, non pas la médecine vulgaire et routinière, scolastique et classique, officielle et académique, mais la médecine du bon sens. Ce mot dit tout, et le nom de l'auteur nous dispense d'un commentaire. Avec un tel nom et un pareil titre, le volume est amusant dès le frontispice.

Nous avons mieux que Rabelais en fait de plaisanterie; car Rabelais, en écrivant ses facéties, se proposait d'amuser et réjouir ses malades seulement; et le professeur de clinique médicale de la Faculté de Paris veut intéresser et divertir les médecins. C'est pour eux en effet qu'il a écrit; et, suivant la bonne et antique méthode des moralistes, il n'a pas voulu que l'instruction qui leur est offerte, allât sans l'agrément. Il y en a beaucoup dans ce volume, et il faut rire à toute force en le lisant. C'est gai, très-gai et du plus haut comique. Vive donc la joie, et béni soit l'éditeur de cette publication réjouissante, en ce temps si triste où les auteurs de comédies s'évertuent en vain à nous égayer.

Le volume est engageant : on n'y traite que des petits moyens bénins et innocents qui, sans effrayer le malade, chassent bien loin les maladies. Et qu'on ne s'imagine pas qu'il s'agit uniquement des maladies légères, des petites incommodités, des indispositions passagères, en un mot de la médecine facile. Le contenu dépasse de beaucoup les promesses du titre, et le lecteur étonné et ravi admire la modestie de l'auteur de tant de guérisons miraculeuses.

Vous croyez peut-être qu'on se contente de divulguer les moyens infaillibles de guérir les engelures, les cors aux pieds, les rhumes de cerveau, le panaris et la gale, et qu'on veut tout bonnement répandre quelques instructions utiles et de bons préceptes d'hygiène. Il y a mieux que cela dans ce volume qui est destiné aux médecins, — on a soin de le déclarer dans l'avant-propos et à la dernière page; — et comme c'est la science qui a guidé l'auteur vers l'humanité souffrante, les plus graves maladies n'ont pas été oubliées dans cette thérapeutique populaire, et d'une simplicité prodigieuse.

« Ce n'est point assez de vous apprendre à guérir en un tour de main une vieille surdité ou une amaurose. Ne serez-vous pas bien aises de savoir au besoin comment on fait prompte justice d'un abcès par congestion, du mal vertébral de Pott, de la maladie de Bright d'une phthisie pulmonaire? Voilà des affections pathologiques qui valent bien la peine que la médecine montre ce qu'elle sait faire! Vous guérissez, en y mettant tout le temps voulu et non sans frais, des maux dont on peut ne pas mourir à la rigueur. Il y a bien là de quoi se vanter! Et c'est

decine et en thérapeutique, par P. A. Piorry, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Adrien Delahaye, 1864, 1 vol. in-18 de iii-540 pages.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES COÏNCIDENCES PATHOLOGIQUES DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE; par V. CORNIL, interne des hôpitaux, membre de la Société de biologie, etc. (Lu a la Société de biologie.)

(Suite. — Voir le n° 36.)

3° MALADIES DES ORGANES DE LA CIRCULATION.

Sur nos neuf observations avec autopsie, nous avons trouvé quatre fois, presque dans la moitié des cas, une péricardite, deux fois aiguë et récente, deux fois ancienne et donnant lieu à des adhérences généralisées avec oblitération complète du péricarde dans un cas, partielle dans l'autre.

Cette coïncidence de la péricardite, qui donne au rhumatisme chronique une ressemblance de plus avec le rhumatisme articulaire aigu, n'avait pas été observée dans les autopsies faites par MM. Charcot, Trastour et Vidal, lors de leurs premières publications; M. Charcot l'a rencontrée depuis ce temps plusieurs fois, et Romberg (*Klinische Wahrnehmungen*, t. I, p. 16, et t. II, p. 101) en a cité plusieurs observations.

Il est vrai que la péricardite pourrait appartenir au rhumatisme articulaire aigu qui, dans un petit nombre de cas, précède le rhumatisme chronique, ainsi que Romberg l'a signalé; mais nous verrons par les deux observations suivantes que la péricardite était bien postérieure à l'invasion du rhumatisme noueux. La péricardite est incomparablement plus rare dans cette dernière maladie; nous ne pouvons toutefois admettre qu'une coïncidence observée quatre fois sur neuf soit simplement un de ces effets du hasard qui se jouent des observateurs dans certaines séries morbides. Pour juger la fréquence de la péricardite dans ces cas, c'est exclusivement à l'anatomie pathologique qu'on doit avoir recours, car on sait que dans l'état actuel de la science il est le plus souvent impossible de diagnostiquer pendant la vie une péricardite chronique ayant laissé des adhérences organisées entre les deux feuillets du péricarde.

Voici nos deux observations de péricardite aiguë, développée dans les deux cas peu de temps avant la mort des malades :

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE DATANT DE QUATORZE ANS; ŒDÈME ÉLÉPHANTIAQUE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES; ABCÈS DE LA JAMBE; PÉRICARDITE FIBRINEUSE RÉCENTE.

OBS. III. — L..., âgée de 66 ans, entrée comme infirme à la Salpêtrière en juin 1854.

Note prise par M. Charcot en 1862.—Le rhumatisme chronique pour lequel on l'a admise à l'hospice date de 1849; il a débuté après la ménopause par le cou-de-pied gauche. Mais déjà après avoir habité de l'âge de 35 à 38 ans dans une habitation humide, la malade avait éprouvé pendant plusieurs mois une douleur dans toute l'étendue du bras gauche. La malade n'a jamais eu de maux d'yeux, ni de maladie cutanée, ni de glandes au cou, ni d'érysipèles; elle n'a jamais été sérieusement malade; ses parents, père, mère, frères, n'ont jamais eu de rhumatismes.

Presque toutes les jointures, bien qu'elles ne soient pas déviées ni très-déformées, sont noueuses; pas d'ankylose, si ce n'est peut-être aux genoux. Les deux coudes, les poignets, présentent un certain degré de rigidité. Presque toutes les jointures ont été ou sont actuellement encore douloureuses, sans rougeur. La marche est impossible à cause d'un œdème éléphantiaque des membres inférieurs qui date presque du commencement de l'affection. La malade est presque constamment assise dans un fauteuil. On la couche et on la lève sans qu'elle puisse pour ainsi dire s'aider. Les moindres mouvements qui ébranlent la totalité du corps lui font pousser des cris. Elle mange difficilement toute seule, bien que faisant usage d'une cuiller et d'un couteau à longs manches; mais elle est incapable de boire elle-même.

Les bains de vapeurs au lit et l'iodure de potassium dont elle fait encore usage semblent avoir produit une légère amélioration.

La malade entre à l'infirmerie, salle Saint-Alexandre, n° 17, le 1er juin 1863.

Le 31 mai, une éruption s'est montrée sur la jambe et la cuisse droites, avec coloration rouge, diffuse, ressemblant à l'érysipèle sur la jambe droite, tandis qu'au mollet et à la cuisse, elle est d'un rouge violacé, ecchymotique, et ne disparaît pas à la pression du doigt. Cette éruption n'est pas douloureuse, et ne s'accompagne pas de fièvre. Les jours suivants, se manifestent à la jambe les signes physiques d'un vaste abcès avec décollement de la peau, qui s'ouvre spontanément le 15juin. Il en sort une grande quantité de pus mêlé de sang. La malade meurt le 25 juin des suites de cette suppuration.

AUTOPSIE faite le 26 juin. Les cartilages costaux sont ossifiés. Le *péricarde* est rempli de sérosité rousse, sur laquelle on voit des globules graisseux. Les deux faces du péricarde sont tapissées par des *pseudo-membranes fibrineuses* non adhérentes et récentes. Le *cœur* est gros, mou, ses muscles présentent une coloration jaune; il contient un sang noir, fluide. Les *plèvres* sont adhérentes en certains points, les deux *poumons* sont congestionnés, sans ecchymoses ni abcès.

Le *foie* est sur une coupe, de coloration brun olivâtre sans destruction des lobules. Le microscope révèle une altération graisseuse générale.

La *rate* est grosse, molle.

Les *reins* sont flasques, assez gros; le rein gauche présente à sa surface des saillies mamelonnées, le bassinet et l'uretère sont distendus. La couleur des reins sur une coupe est normale.

La *vessie* est remplie d'urine claire.

L'*estomac* est sain.

L'*utérus* contient dans la cavité du corps un polype rougeâtre vascularisé à la surface, dont le pédicule est mince et dont le volume égale celui d'un œuf de poule.

Les deux ovaires contiennent un assez grand nombre de petits kystes manifestement produits par la distension des follicules de Graaf.

A la jambe gauche existe l'ouverture d'un abcès qui a décollé la peau dans une grande étendue. La peau et le tissu cellulaire du derme a une épaisseur de 1 centimètre; sur la coupe de la peau, on a un tissu lardacé, dur, rougeâtre ou jaunâtre, infiltré et contenant beaucoup de globules huileux. Les veines de la jambe et de la cuisse ne sont pas remplies par des caillots.

Les articulations des deux genoux et les métacarpo-phalangiennes présentent toutes les lésions du rhumatisme chronique (apparence veloutée, usure et ulcération des cartilages, éburnation des têtes osseuses, injection de la synoviale, etc.).

Y avait-il dans notre observation un rapport de cause à effet

---

pourtant tout ce que vous pouvez faire à grand renfort de moyens héroïques, et de médications savamment combinées. Pauvres routiniers! La tradition vous paralyse, et si petites sont vos ressources, que vous ne sauriez rien imaginer en dehors de l'empirisme.

« Vraiment, vous nous faites pitié, et par pure compassion nous voulons bien vous révéler quelques-uns de nos secrets. Sachez donc une fois pour toutes, comment on rappelle à la vie un pauvre diable qui n'a plus de sang dans les veines! Allons, ne perdons point de temps, et en moins de rien rétablissons dans leur volume normal ce foie hypertrophié, cette rate énorme, ces reins envahissants qu'il faut réduire de 3 ou 4 centimètres. Vite, videz-moi comme il faut cette vésicule biliaire distendue à en crever. C'est bien. Et maintenant, percutez-moi ces malléoles. Comprenez-vous?— Non.— Patience; et en attendant, appliquez le plessimètre au sacrum et dessinez-moi, mais exactement, à une ligne près, le volume de l'utérus. Nous y voilà. Mais il vous faudra quelque temps pour arriver à manier dextrement la plaque d'ivoire et le crayon dermographique.

« Ce n'est pas une petite affaire que de dresser la carte des lieux qui échappent à la vue. Après cela, vous êtes docile et de bonne volonté; vous savez l'anatomie descriptive comme un perroquet. A merveille, et surtout gardez-vous de penser. Il faut voir et toucher; cela suffit. Exercez vos sens, mettez, s'il est possible, votre intelligence au bout de vos doigts. Quand votre préparation sera suffisante, j'ai de quoi satisfaire votre curiosité. Contentez-vous pour le moment de savoir que l'épilepsie naît dans l'œil, que vos diathèses, cachexies, etc., ne sont que des mots vides de sens, et que la poudre de lycopode est un remède souverain contre la gangrène.

«Voulez-vous faciliter l'accouchement? enduisez-moi les voies génitales de la femme avec ce mélange graisseux, ou si vous aimez mieux avec cette pommade; mais point de lésinerie; mettez-en une épaisse couche. Bon! voilà le fœtus. Ah! les petits moyens, c'est la grande médecine. Ils viennent à bout des affections les plus rebelles.

« Votre Hippocrate n'était qu'un idiot avec son aphorisme : « Ce que les médicaments ne guérissent point, le fer le guérit; ce que le fer ne guérit point, le feu le guérit; ce que le feu ne guérit point, il faut le réputer incurable.» Belle sentence, en vérité, et tout à fait consolante! On n'a pas eu tort de dire que cette méthode hippocratique tant vantée n'était qu'une méditation sur la mort. Et voyez cependant combien le préjugé a de prise, même sur les têtes les mieux faites. J'avoue franchement, — il faut confesser ses erreurs quand on a des vérités de reste— j'avoue donc que, sur la foi de cet aphorisme, j'avais conçu le dessein de renouveler entièrement le traitement de la phthisie pulmonaire, en m'aidant du fer et du feu : du fer, pour m'ouvrir une voie dans le poumon à travers les parois thoraciques et la plèvre; du feu, pour aller par cette voie cautériser les cavernes.

«Le projet était admirable, bien qu'un peu hardi. J'ai ouï dire depuis qu'un médecin italien, qu'on nomme Baglivi, je crois, avait, en son

entre les deux affections qui ont causé la mort, la péricardite et l'abcès de la jambe? Et dans ce cas quelle était l'affection primitive? Nous n'en savons rien, mais il paraît bien certain que toutes les deux tenaient à l'espèce de cachexie particulière où se trouvent les malades affectées depuis longtemps de rhumatisme chronique, que cette cachexie tienne à la nature occulte de la maladie, ou, ce qu'il est beaucoup plus naturel de penser, aux vices de la nutrition dépendant d'une immobilité longtemps prolongée et des difficultés qu'elle entraîne dans l'accomplissement de toutes les fonctions.

Dans l'observation qu'on va lire, on trouvera un exemple de péricardite et de pleurésie aiguë survenues sous nos yeux dans une recrudescence aiguë d'un rhumatisme chronique datant de dix-sept ans.

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE PROGRESSIF; ALBUMINURIE CHRONIQUE; PÉRICARDITE ET PLEURÉSIE; AUTOPSIE; PÉRICARDITE HÉMORRHAGIQUE AVEC DES NÉO-MEMBRANES VASCULARISÉES; DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DES MUSCLES DU COEUR; NÉPHRITE ALBUMINEUSE; EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Obs. IV. — P... (Léonie), âgée de 29 ans, célibataire, admise comme infirme à la Salpêtrière depuis le 5 septembre 1861, entre à l'infirmerie le 23 avril 1863, salle Saint-Paul, n° 5, dans le service de M. Charcot.

Son père était, à ce qu'elle nous dit, asthmatique, sa mère est morte à 67 ans d'une maladie du pylore (probablement cancéreuse); ni son père ni sa mère n'avaient eu de rhumatismes ni d'éruptions cutanées. Ses frères et sœurs sont bien portants et n'ont pas eu de gourmes dans leur enfance.

Pendant son enfance, elle habita dans le rez-de-chaussée d'une maison exposée au midi et sans humidité. Elle couchait sur un simple matelas étendu immédiatement sur le carreau.

Sa maladie débute à l'âge de 12 ans par une attaque de rhumatisme suraigu. A la suite de cette attaque, les petites articulations des phalanges des doigts et des orteils et des poignets sont restées noueuses et déformées. La malade a présenté depuis, à diverses époques, des exacerbations aiguës caractérisées par la douleur, la tuméfaction et la rougeur de la peau au niveau des jointures primitivement envahies. Les coudes, les épaules et les genoux sont aussi depuis plusieurs années le siége de douleurs qui limitent et rendent difficiles leurs mouvements.

Elle a été réglée à 18 ans et a eu un enfant. Depuis quinze jours, recrudescence aiguë de ses douleurs accompagnées de fièvre et de sueurs nocturnes.

État actuel. — 24 avril. Tempérament lymphatique, cheveux blonds, taille au-dessus de la moyenne. La face est amincie, la peau couverte de sueur; le pouls plein à 96 pulsations. Température du rectum, 37° 1/5. Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes des deux mains sont noueuses, les phalanges sont dans la flexion et l'abduction. Les poignets sont immobiles, la peau est lisse et rosée au niveau de ces jointures. La malade y éprouve de vives douleurs spontanées s'exacerbant aux moindres mouvements. dont elle a cruellement souffert pendant la nuit qui vient de s'écouler. Les genoux sont aussi douloureux et tuméfiés. Les règles ont paru le 20 avril et n'ont pas cessé de couler.

Examen des urines le 25 *avril.* — Elles sont limpides, décolorées, précipitent très-abondamment par la chaleur et l'acide nitrique. Le précipité floconneux obtenu par la chaleur ne se dissout pas quand on ajoute l'acide nitrique. Après avoir laissé reposer l'urine pendant vingt-quatre heures, on examine le dépôt au microscope. On y trouve des globules rouges, du sang en petite quantité, des cellules épithéliales du rein, de la vessie et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Il y existe en outre une assez grande quantité de *dépouilles épithéliales des tubes urinifères.* Les unes sont larges, peu longues, et formées de cellules granuleuses agglutinées par une substance également granuleuse. Les autres sont très-longues, peu larges, possèdent des bords bien nets, sont formées d'une substance hyaline granuleuse çà et là, et contiennent dans leur intérieur et à leur surface des cellules épithéliales des tubes urinifères également granuleuses. Ces dépouilles et les granulations fines et brillantes qui se trouvent dans leur intérieur et dans les cellules épithéliales pâlissent et se dissolvent par la soude.

Ces caractères des urines révèlent une *albuminurie* bien caractérisée et la malade nous dit que *ses jambes étaient œdématiées depuis plusieurs mois.*

27 avril. Cessation des règles. Les douleurs sont toujours très-vives pendant les nuits et s'accompagnent de sueurs abondantes.

30 avril. Mêmes symptômes; le pouls est à 92 pulsations, la température du rectum donne 37° 1/5. On prescrit 6 gouttes de solution de Fowler à prendre après les repas.

5 mai. Il n'y a pas eu jusqu'à présent d'amélioration sensible. On prescrit 8 gouttes de la solution de Fowler.

6 mai. La malade accuse avoir éprouvé hier, deux heures après avoir pris les quatre premières gouttes de la potion, des engourdissements dans les articulations affectées. Cet état dura jusqu'à cinq heures du soir. Elle reprit alors les quatre autres gouttes, et les douleurs articulaires durèrent jusqu'à minuit.

7 mai. La malade n'a pas ressenti d'engourdissements dans les jointures; mais elle se plaint de maux d'estomac et de coliques. On constate un peu moins de douleur et plus de mobilité dans les articulations. On ajoute 5 centigrammes d'extrait thébaïque à sa potion, qui contient déjà 8 gouttes de solution de Fowler.

8 mai. Elle n'a pas eu de coliques dans la journée précédente : exacerbation des douleurs des mains, des épaules et des genoux.

10 mai. Engourdissements d'une assez grande intensité dans la journée du 8 et du 9. Les articulations malades sont plus libres et moins douloureuses. On prescrit 12 gouttes de solution de Fowler.

12 mai. A la suite d'engourdissements et d'élancements assez vifs dans les articulations, celles-ci sont aujourd'hui plus mobiles et moins douloureuses.

13 mai. Elle a éprouvé pendant la nuit des coliques et de la diarrhée.

14 mai. Elle a beaucoup souffert des genoux et des épaules pendant la nuit.

Examen des urines. Pâles, transparentes, elles donnent par la chaleur et par l'acide nitrique employés isolément un abondant précipité floconneux. Le précipité, obtenu d'abord par la chaleur seule, ne se dissout pas lorsqu'on y verse à chaud de l'acide nitrique. Elles contiennent par conséquent une quantité assez considérable d'albumine. On trouve à l'examen microscopique du dépôt des cylindres hyaliens à bords bien arrêtés, qui présentent à leur surface et dans leur épaisseur des cellules épithéliales des tubes urinifères granuleuses. Quelques-unes de ces dépouilles des tubes urinifères sont opaques et granuleuses, contenant aussi des cellules en assez grande quantité. Ces cylindres pâlissent et se dissolvent par l'addition de soude.

15 mai. Vomissements; suspension du traitement.

On redonne la solution de Fowler pendant deux jours, du 17 au 19 mai, puis on la suspend définitivement.

---

temps, conçu la même ambition, après avoir beaucoup réfléchi à l'occasion d'une plaie pénétrante de la poitrine. Vous pouvez m'en croire sur parole; j'ignorais cet antécédent, car je ne lis guere : dans notre art, a dit quelqu'un, dont le nom ne me revient pas, il faut voir beaucoup et lire le moins possible. C'est précisément ce que répète en autres termes un de mes confrères, un collègue de la Charité, qui ne cesse de dire à qui veut l'écouter qu'il n'y a qu'à lire sans cesse le grand livre de la nature. C'est ce que je fais, sans m'aider des commentateurs qui me gâteraient ce texte admirable avec leurs sottes annotations et leurs explications impertinentes.

« Mais revenons à mon invention. Elle est excellente théoriquement, puisqu'elle est une démonstration sans réplique de la vérité de cette doctrine des états organopathiques, qu'on s'obstine à repousser comme toutes les innovations utiles. L'exécution offrait, à vrai dire, quelques difficultés, et quoique habitué à pénétrer par la pensée *in interiora rerum*, comme dit le bonhomme Bacon, j'hésitai, et n'eus pas plus de résolution que le médecin romain qui était un médecin du pape. L'aphorisme d'Hippocrate est à peine recevable en chirurgie, ou médecine externe. J'ai imaginé d'ailleurs mieux que cela.

« Au lieu d'arrêter la fonte tuberculeuse par le cautère actuel, j'ai cru qu'il serait mieux de la prévenir. Comment? c'est mon secret, qu'on saura plus tard quand les faits pratiques m'auront donné raison. Sachez seulement qu'il s'agit de surprendre les tubercules à l'état de crudité, et de les solidifier au moyen de certaines substances alimentaires et médicamenteuses douées de cette vertu. Les tubercules endurcis ne sauraient se ramollir; semblables à un corps étranger de consistance très-solide, comme seraient une balle ou des grains de plomb, ils s'envelopperont d'un kyste, et les voilà prisonniers. Si vous m'avez suivi, vous devez comprendre qu'il n'y aura ni ramollissement, ni fonte tuberculeuse, ni cavernes, ni le reste. La phthisie sera jugulée à son premier degré, exactement comme une phlegmasie aiguë.

« Ah! cela vous étonne! mais vous en verrez bien d'autres. Patience. Quoique à l'œuvre depuis un demi-siècle, ou peu s'en faut, il y a encore là bien des nouveautés qui auront leur tour. Je ne vous parle aujourd'hui que des petits moyens. Ce sont bagatelles que je vous laisse ramasser; mais tout cela n'est que la menue monnaie de mon trésor. Voyez-vous, mon pauvre novice, il n'y a au monde qu'une bonne médecine, et vous comprenez enfin que ce n'est ni celle d'Hippocrate ni celle de Hahnemann; la vraie médecine est celle qui guérit tous les maux simplement, sans tout cet attirail de drogues dont s'alimente la polypharmacie.

« Entre nous, vos médecins sont des ânes. Un rien les embarrasse. Leurs théories ridicules ne sont bonnes qu'à enrichir les pharmaciens. Parlez-moi du bon sens, qui va droit au but et frappe toujours juste. Vous avez affaire à une ostéo-malaxie, eh bien! administrez à hautes doses le phosphate de chaux et vous m'en direz des nouvelles. Vous traitez un diabétique, dont les urines abondantes sont extrêmement su-

Sortie de l'infirmerie le 16 juin 1863, sur la demande de la malade.

Au moment de sa sortie, les douleurs articulaires sont supportables, et l'acuité de son attaque de rhumatisme a cessé. Les *jambes sont œdématiées*, ainsi que les chevilles et les pieds, bien que les forces de la malade soient conservées, et *qu'elle n'ait aucunement l'apparence cachectique*.

Les *urines* examinées le jour de sa sortie donnent exactement le même résultat avec la chaleur, l'acide nitrique et au microscope que dans les deux précédents examens.

Notre malade retourne dans son dortoir (bâtiment Saint-Jacques), où elle reste trois mois. Pendant ce temps, elle ne souffre pas de ses articulations; elle peut se promener dans les cours, et son état général est bon. Néanmoins les extrémités inférieures sont toujours plus ou moins œdématiées, et l'urine continue à éliminer une assez grande quantité d'albumine.

Elle rentre à l'infirmerie le 28 septembre 1863.

Pendant la nuit du 27, elle a éprouvé une vive douleur à la région précordiale, bientôt suivie de frisson avec tremblement des membres.

Le 28, à la visite du soir, on prescrit huit ventouses scarifiées à la région du cœur.

Le 29, à la visite du matin, elle est très-oppressée, la région précordiale est douloureuse, on y sent à la palpation des battements tumultueux. Le pouls est petit, caché, presque insensible, formicant à 115 ou 120 pulsations. A l'auscultation du cœur, on entend un bruit de souffle dont le maximum est à la pointe. A la base du cœur, on entend un bruit de cuir neuf péricardique aux deux temps. En auscultant la poitrine en arrière, les deux bruits du cœur paraissent normaux.

La respiration est pure.

La température du rectum est de 38° 1/5.

Pas de douleurs aux articulations.

On prescrit huit ventouses scarifiées et une potion avec dix gouttes de teinture de digitale.

Les urines sont pâles, opalines, avec un très-faible dépôt blanc. Elles contiennent une quantité considérable d'albumine.

30 septembre. 104 pulsations; pouls très-faible; oppression; la température du rectum est à 37° 1/5. Nausées. Dans les deux tiers inférieurs de la région du cœur, on entend très-nettement un bruit rugueux péricardique imitant le cuir neuf.

On prescrit deux verres d'eau de Sedlitz.

1er octobre. Selles abondantes hier. Elle a été reprise à trois heures d'une douleur fixée à la pointe du cœur; elle a passé la nuit sans dormir et a été obligée de se mettre plusieurs fois sur son séant pour respirer.

Le matin, peau chaude, pouls régulier, mais caché à 100 pulsations. Température du rectum à 37° 4/5. Respiration anxieuse, 40 respirations par minute, râles sous-crépitants et ronflants des deux côtés. La douleur précordiale s'étend en arrière entre les deux épaules à la manière d'un clou.

On prescrit un vésicatoire à la région du cœur.

2 octobre. Douleur et oppression moindres, 96 pulsations. Température 37° 4/5; mêmes symptômes à l'auscultation.

3 octobre. Le pouls est plein, à 76 pulsations. Température 37° 2/5. L'oppression est moindre. On n'entend pas ce matin les bruits péricardiques.

Il n'y a pas eu de douleurs articulaires.

4 octobre. La douleur précordiale persiste. Les bruits du cœur sont marqués par un bruit de corde de basse.

A la percussion de la poitrine en arrière, on constate de la matité à la partie inférieure du poumon gauche. A l'auscultation on perçoit du souffle dans l'aisselle, et de l'obscurité du murmure vésiculaire au lobe inférieur du même poumon.

Pouls, 84 pulsations; température 37° 2/5.

On prescrit un vésicatoire à la partie postérieure de la poitrine à gauche.

6 octobre. Amélioration. Pouls à 76 pulsations. Température 37°. La malade commence à manger.

7 octobre. Oppression qui a forcé la malade à rester assise toute la nuit sur son lit. Les bruits anormaux du cœur ont disparu; les bruits normaux sont sourds, éloignés. La respiration est moins obscure au lobe inférieur du poumon gauche. Pouls à 88 pulsations. Température 37°.

Pendant toute la durée du mois d'octobre le mieux persiste; et l'appétit se soutient; mais souvent la malade a des vestiges et de l'oppression pendant les nuits. Elle n'a de douleurs articulaires pendant tout ce second séjour à l'infirmerie qu'une seule fois au genou pendant une journée seulement.

Elle sort le 3 novembre. Les urines, examinées quelques jours avant sa sortie, ont montré en même temps que le précipité albumineux, des cylindres hyalins et épithéliaux.

Notre malade *rentre pour la troisième fois à l'infirmerie le* 5 *novembre* 1863. Elle n'a fait aucune imprudence les jours précédents, elle ne s'est pas levée et ne s'est pas exposée au froid. Le soir de son entrée, elle éprouve une vive douleur à la région précordiale, les battements du cœur sont tumultueux, la température du rectum est à 38° 3/5.

Le 6 novembre. Mouvements du cœur très-précipités, matité absolue et étendue de la région précordiale, sans bruit de souffle ni de frottement. Température 39° 1/5. On prescrit quatre ventouses scarifiées.

Le 7 novembre. Même état du cœur. Pouls irrégulier très-fréquent. Température 38° 2/5. Point douloureux à la pointe de l'omoplate gauche. Matité de la partie inférieure du poumon gauche, bien nette surtout sur la ligne verticale, passant par l'aisselle. On prescrit six ventouses scarifiées.

Le 9 novembre. Pouls toujours irrégulier. Température 37° 4/5. Dans toute l'étendue de la matité de la partie inférieure du poumon gauche, on perçoit à l'auscultation un bruit de souffle aux deux temps de la respiration, sans râles. On prescrit un vésicatoire.

Les jours suivants la malade est toujours oppressée, surtout la nuit; le poumon gauche présente, avec la matité, des râles crépitants fins, sans souffle ni égophonie. Il se déclare en outre des nausées et des vomissements de matières alimentaires.

Le 14 novembre. On trouve la malade dans un état de prostration complet; elle a passé toute la nuit assise sur son lit, le corps penché en avant, la figure sur ses genoux. Ce matin, la face est pâle, elle répond avec peine aux questions qu'on lui pose; se plaint de mal au cœur et d'oppression. Le pouls est caché, très-faible, la température à 38°; à l'auscultation du cœur on entend un bruit de frottement péricardique; en arrière, à l'auscultation du poumon gauche, du souffle et du râle crépitant fin. Tout ce qu'elle prend, bouillons ou tisanes, la fatigue, et ne tarde pas à être vomi.

On prescrit des lavements avec 200 grammes de bouillon et 60 grammes de vin.

Le 16. Même prostration, selles involontaires, liquides, verdâtres; on n'entend plus les râles crépitants au poumon gauche. Même prescription.

---

crées. Gardez-vous des moyens que prescrivent vos médicastres, et administrez du sucre autant qu'il en faudra. La règle est d'une simplicité prodigieuse : votre malade rend, je suppose, une livre de sucre; eh bien! donnez-lui en deux; il rendra l'une et gardera l'autre. Est-ce clair?

«Vous avez un client qui commence à se courber sous le poids des années, et vous croyez peut-être qu'il n'y a rien à faire. Point du tout : dites au vieux bonhomme qu'il faut marcher droit, et qu'il suffit de le vouloir pour qu'il en soit ainsi. La volonté, une volonté ferme et toujours vigilante, c'est le moyen le plus efficace en pareil cas. Quant à ces atrophies musculaires, à ces paralysies progressives des membres, que je vous plains d'y croire. Mais réfléchissez seulement un peu, examinez de près, et vous trouverez que c'est uniquement faute d'exercice qu'un muscle s'amaigrit et perd son ressort. La cause du mal vous en indique suffisamment le remède. Faites seulement que votre malade s'agite un peu et mette en mouvement le membre ou le muscle intéressé, et vous verrez des merveilles.

«Comprenez bien que, dans les cas les plus graves, où il y a diminution, altération ou perte de substance, il s'agit tout bonnement de réparer, de substituer des matériaux frais aux matériaux usés et corrompus. Un corps malade se raccommode comme une toile usée, se radoube comme un navire délabré. Tout le secret consiste à réparer l'avarie. La physiologie ne vous démontre-t-elle pas la vérité de cette médication réparatrice? Il est vrai que les difficultés ne sont pas petites, à cause de la grande inexpérience; car vous n'ignorez pas qu'on a perdu plus de deux mille ans à disserter inutilement sur les maladies sans les guérir. Aussi la tâche est immense. Mais nous avons déjà de très-beaux résultats.

«Nous arriverons tôt ou tard à supprimer le cancer. Je songe depuis quelque temps à détruire cette horrible affection, toujours par les petits moyens. Il ne faut pas désespérer. N'avons-nous pas remédié aux ramollissements de la substance des centres nerveux? Il faut traiter les nerfs dont la substance s'altère exactement comme les os dont l'organisation est en souffrance. Encore une fois, il ne s'agit que de substituer des matériaux frais aux matériaux altérés. Pour les os nous avons le phosphate de chaux, et pour la masse cérébrale et la moelle, nous avons les parties nerveuses des animaux et l'albumine des œufs.

«Mais je ne vous donne là que des moyens appréciables dans votre pratique, au lit du malade. J'en ai aussi qui pourront vous servir dans le monde et montrer vos talents en société. Vous rencontrez, je suppose, dans un salon un pauvre diable de banquier qui s'égosille à parler bas, mais si bas qu'on ne saurait comprendre ce qu'il marmotte entre ses dents. Avancez-vous poliment, et priez-le de se laisser guérir en cinq minutes. On se moquera de vous, n'en doutez pas; mais on voudra essayer de votre remède. Il est des plus simples. Priez-le de dire en criant aussi fort que possible, de toute l'énergie de sa volonté et de ses poumons : « *Je voudrais pour tout au monde être guéri.* » Il dira cela

Le 17. Même état. La malade est continuellement assise et fortement courbée; ses genoux relevés, la tête entre ses genoux. Elle ne parle pas, ouvre à peine les yeux. Température 37° 2/5. Selles liquides, involontaires.

Matité et affaiblissement du murmure respiratoire à la base du poumon gauche. Bruit de souffle dans l'aisselle.

Le 18. Même état. Écorchure du sacrum.

Le 19. Vomissements verdâtres. Extrémités froides. Pouls à 84. Température 37° 3/5.

Le 21. Elle paraît moins abattue et peut dire quelques mots. Langue sèche. Pouls un peu plus fort à 100 pulsations. Température à 38°. Selles verdâtres; émission involontaire de l'urine.

A la partie inférieure et postérieure du thorax à gauche, on entend un bruit de frottement continu, croquant, analogue à celui que fait la neige écrasée sous les pieds. Ce bruit se perçoit jusque sous l'aisselle et se sent très-bien avec la paume de la main.

Le 24. Même état, même position; elle est toujours assise sur son lit, la tête sur ses genoux. Le bruit de frottement pleural est le même.

A deux heures de l'après-midi, elle a présenté des convulsions des paupières et de la face, mais sans mouvements convulsifs des membres; cet accès a duré un quart d'heure et a été suivi d'écoulement de sang spumeux par la bouche. Elle a eu un accès tout à fait semblable, quatre heures avant sa mort qui a eu lieu le 25 novembre à quatre heures du soir.

Autopsie faite le 27 novembre. Les *méninges* et le *cerveau* n'offrent aucune lésion.

A l'ouverture du *thorax*, le *péricarde* est énorme et contient une assez grande quantité de liquide sanguinolent. Les deux faces viscérale et pariétale de la séreuse sont unies par des adhérences partielles, fibrineuses, se décollant facilement; ces deux faces du péricarde sont couvertes par des *exsudations fibrineuses villeuses* en quantité considérable. Au milieu d'elles existent des plaques membraneuses rouges qu'on peut isoler et décoller. En les examinant au microscope, on voit qu'elles sont constituées par une trame de tissu conjonctif avec des noyaux, et par un réseau très-riche de vaisseaux à parois minces. Entre ces vaisseaux, dans le tissu même de la néo-membrane existent des extravasations sanguines consistant en globules et en pigment sanguin. Ce sont là *des néo-membranes vascularisées* tout à fait semblables à celles qu'on trouve si souvent sur la dure-mère.

Le *cœur* est volumineux, de consistance molle. Les ventricules mesurent de la pointe du cœur au sillon auriculo-ventriculaire, 11 centimètres. Les cavités du cœur sont dilatées; les orifices et l'endocarde sont tout à fait sains; les parois musculaires des ventricules sont minces, peu épaisses, molles, et présentent une coloration jaunâtre bien marquée, surtout dans les couches musculaires superficielles. *Ces muscles jaunâtres examinés au microscope* montrent des tubes primitifs granuleux qui ont perdu en partie leur striation. Ces granulations, qui siégent dans la fibre musculaire même, sont fines, jaunes, formées par de la graisse.

Les *plèvres* sont unies par des adhérences anciennes celluleuses dans presque toute leur étendue, excepté au niveau du lobe inférieur du poumon gauche. Dans cette partie, les séreuses costale et pulmonaire sont séparées l'une de l'autre sans interposition de liquide; mais elles sont recouvertes par des productions fibrineuses villeuses, minces et dures comme les papilles de la langue du chat. Lorsqu'on les frotte avec la pulpe du doigt, on obtient le même bruit croquant qu'on entendait pendant la vie de la malade. En les décollant, on voit que la plèvre est injectée et vascularisée sous elles d'une façon anormale.

Rien de notable aux *poumons*.

Le *foie* présente à sa surface de petites plaques blanches lenticulaires arrondies qui sont dues à des épaississements partiels de la tunique de Glisson. Leur structure est celle du tissu cellulaire. Sur une coupe du foie, le centre des globes est rouge, la périphérie grise. Cette partie grise est constituée par des globules graisseux.

La *rate* est assez grosse, de consistance normale; on voit sur la surface de section les corpuscules de Malpighi qui sont petits.

L'*estomac* et les *intestins* sont normaux.

Les *reins* sont petits; la capsule est adhérente et s'enfonce dans de petites excavations irrégulières creusées à leur surface. La surface des reins est granuleuse. Les *granulations* qu'elle présente sont du volume d'un grain de millet, saillantes, nombreuses, de coloration jaunâtre, opaques, et elles sont entourées à leur base par un lacis vasculaire injecté. Sur une surface de section du rein, sa *substance corticale* est atrophiée, de coloration jaunâtre, opaque. Les glomérules y sont petits. La substance des *pyramides* est également atrophiée, peu injectée et creusée çà et là de petits kystes. Les artères se dessinent sous forme de tractus fibreux résistants. La muqueuse du *bassinet* est vascularisée et épaissie.

La *vessie* contenait un liquide puriforme, et la muqueuse offrait de petits îlots d'une coloration ardoisée.

L'*utérus* est normal.

Examen microscopique des reins. — Sur les reins frais, examinés aussitôt après l'autopsie et sur ceux qui avaient séjourné dans l'acide chromique, nous avons constaté les mêmes résultats. Dans la plus grande partie des tubuli de la substance corticale, les cellules épithéliales sont troublées par des granulations protéiques ou graisseuses. Ces granulations graisseuses sont surtout accumulées dans les points où siégent les granulations opaques microscopiques, miliaires qui caractérisent le troisième degré de la maladie de Bright. Dans ces points, la dégénérescence graisseuse est si avancée qu'ils donnent à un faible grossissement l'apparence d'un îlot opaque. En examinant des coupes de la substance corticale perpendiculaire à la surface du rein et passant à la fois par les saillies et les enfoncements atrophiques que présente cette surface, on voit que les tubes urinifères offrent de grandes différences dans leurs dimensions; les tubes qui existent dans les parties déprimées sont beaucoup plus petits que ceux des parties saillantes. Tandis que les premiers mesurent seulement de 0,024 à 0,036 en diamètre. Les seconds mesurent de 0,070 à 0,90, ce qui est à peu près leur diamètre normal (Kœlliker donne 0,07 pour ce diamètre). On voit donc que dans les parties atrophiées et déprimées de la substance corticale, les tubes urinifères sont trois fois plus petits qu'à l'état normal. Ces mensurations ont été obtenues sur le rein durci dans l'acide chromique, en ayant soin de ne pas recouvrir la préparation d'un petit verre qui pourrait l'aplatir et modifier le résultat. Les tubes ainsi atrophiés possèdent des cellules épithéliales plus petites qu'à l'état normal et granuleuses. Les glomérules sont un peu troubles, et ils ont aussi diminué de volume dans les parties déprimées. Les tractus que forment les mailles circonscrivant les éléments du rein, présentent une épaisseur à peu près normale, mais un grand nombre des noyaux et corpuscules de tissu conjonctif qui s'y trouvent (qu'ils appartiennent au tissu conjonctif ou aux vaisseaux capillaires) sont infiltrés de granulations graisseuses ainsi que la substance fondamentale fibrillaire de ces tractus. Les artérioles rénales sont très-notablement épaissies par l'augmentation de leurs éléments circulaires; il en résulte que le vaisseau est transformé en un cylindre rigide dont la lumière est rétrécie.

Articulations. Le genou droit est complétement ankylosé. La rotule

---

en criant si fort, que lui-même en sera tout surpris. Il est certain que qui peut le plus peut aussi le moins. Et quel fruit retirez-vous de cette cure miraculeuse? Peut-être une petite pièce d'or, comme il m'est arrivé à moi-même en pareille circonstance, et peut-être rien du tout, pas même un remerciment.

« J'en ai fait une fois l'expérience au théâtre. C'était à l'Opéra, dans *Herculanum*. Le premier ténor s'efforçait en vain. Sa belle voix s'arrêtait au passage; il avait un *chat* dans la gorge, c'est-à-dire des mucosités épaisses au voisinage des cordes vocales, qui empêchaient la production des sons. Le chanteur perdit la tête, et quittant brusquement la scène, il alla se désespérer dans les coulisses. J'arrive en toute hâte, et lui recommande de faire des inspirations profondes, et immédiatement après des expirations forcées : l'air expulsé entraîna les mucosités; l'artiste retrouva sa voix, reprit confiance, et grâce à moi, la représentation ne fut point suspendue. Mais le médecin du théâtre ne put me pardonner un tel succès, et l'artiste oublia complétement le service qu'il avait reçu.

« Qu'importe? quand on aime la science et l'humanité, on est philosophe et l'on se décide à faire le bien gratuitement.

« Vous en ai-je assez dit pour vous convertir à la thérapeutique par les petits moyens? Et ne serez-vous pas bien aise de savoir comment on traite un agonisant, de façon à lui prolonger la vie ou même de l'empêcher de mourir? Voilà un homme qui râle! Allez-vous le laisser périr suffoqué? Non certes; mettez-lui la tête en bas, et vous verrez comme il se débarrasse des matières visqueuses qui obstruaient les conduits bronchiques. Il suffit de cette position pour retenir l'âme qui s'en allait. Vous n'ignorez pas que l'âme est pour moi quelque chose de réel, non-seulement en poésie (vous savez si je m'y connais), mais encore en médecine. Il faut s'entendre seulement sur les mots. Je ne suis pas un matérialiste organicien; mais je n'entends pas que mon animisme soit confondu avec celui de Stahl. J'appelle mon âme un *psychatome*. C'est joli, n'est-ce pas? et original.

« Il faut apprendre ma langue médicale; elle exprime en un seul mot tont ce qu'il faut savoir d'une maladie. Grossesse, par exemple, est un mot qui s'entend; mais on dit mieux *embryutérisme*. N'est-ce pas plus expressif et plus scientifique? Vous voyez tout de suite l'embryon dans l'utérus. Et à propos d'embryutérisme, vous avez un moyen de ménager la pudeur des femmes dont vous désirez constater l'état intéressant. Prenez votre plessimètre et un bon crayon dermographique, et allez frapper à la région du sacrum. Vous n'êtes pas sourd; le bruit perçu vous donnera exactement le volume de la matrice, et vous saurez s'il y a embryutérisme, et à quel degré.

« On a ri de ma nomenclature. Preuve évidente qu'elle est bonne. On y viendra tôt ou tard. N'avez-vous pas remarqué combien on a déraisonné sur cette prétendue maladie qu'on a nommée tour à tour aphémie, aphasie, alalie, et que sais-je encore? Mais je m'arrête. Voici mon tableau synoptique du *pathonomisme*. C'est là clef de tout mon système.

est unie aux condyles fémoraux par un tissu fibreux dense; en voulant fléchir l'articulation on brise et l'on enlève avec la rotule une partie des condyles du fémur. Les têtes osseuses sont raréfiées, friables, formées par les lames osseuses amincies au milieu d'une moelle huileuse jaunâtre.

Le genou gauche présente sur la face articulaire de la rotule l'altération velvétique parfaitement marquée; le cartilage fendillé et segmenté suivant son épaisseur, de manière à ressembler au velours d'Utrecht. Sur les condyles fémoraux le cartilage a presque entièrement disparu, et est remplacé par une surface osseuse éburnée avec des dépressions fortement vascularisées. A la limite du cartilage et du périoste, au bord interne du condyle interne existe une ligne composée de granulations osseuses du volume d'un grain de chènevis, régulières, parallèles à la ligne de limitation du cartilage. Les articulations des phalanges et du poignet ouvertes offrent des lésions moins avancées, mais bien caractérisées du rhumatisme, érosion des cartilages, altération velvétique, injection de la synoviale, etc.

Dans cette observation se trouvent réunies la plupart des complications du rhumatisme chronique: la péricardite, la pleurésie, et surtout l'albuminurie due à une maladie de Bright, complication sur laquelle nous attirerons bientôt l'attention. On pourrait supposer, ce qui n'est pas sans exemple, que la péricardite était dans ce cas consécutive à la maladie de Bright; mais même en admettant cette supposition sans preuves, il est rationnel d'admettre que les deux affections du rein et du péricarde ont une même cause, le rhumatisme chronique.

Dans les deux cas précédents, la péricardite était de date récente; il n'en est pas de même de nos deux cas de péricardite chronique dont le début nous échappe, et qui n'avaient pas été reconnues pendant la vie. Mais il est probable que dans un de ces deux derniers cas, où le rhumatisme chronique durait depuis trente-cinq ans, la péricardite s'était développée après l'invasion du rhumatisme. Dans ces deux observations, l'aorte était athéromateuse à un très-haut degré, et dans l'un d'eux, la lésion aortique portant sur l'origine du vaisseau et les valvules sigmoïdes, il en était résulté une insuffisance de ces valvules.

Outre ces lésions, signalons du côté du cœur l'hypertrophie du ventricule gauche qui s'est montrée dans une de nos autopsies, et rappelons la dégénération graisseuse des muscles du cœur de l'observation 4. Cette altération des fibres musculaires était évidemment sous la dépendance de la péricardite, ainsi que l'ont remarqué la plupart des auteurs, notamment M. Virchow, et par son étendue, par l'obstacle apporté aux mouvements de l'organe, elle a évidemment contribué pour une large part aux symptômes qui ont précédé la mort.

4° MALADIES DU POUMON.

Nous avons noté dans nos 8 autopsies:

L'emphysème du poumon...........	2 fois.
La pneumonie chronique...........	1
La tuberculisation pulmonaire........	2

La tuberculisation est, ainsi que l'a démontré notre excellent ami et collègue M. Moureton dans sa thèse (1863), beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense habituellement comme cause de mort chez les vieillards. Telle a été la cause de la mort de deux de nos rhumatisantes sur huit, et parmi les infirmes vivantes, deux d'entre elles présentaient des signes manifestes de cavernes tuberculeuses.

5° MALADIES DES ORGANES DE LA DIGESTION.

Les désordres de la digestion qu'on observe pendant la vie des rhumatisantes ne sont généralement pas de ceux qui laissent après la mort des lésions persistantes. Ainsi nous n'avons pas trouvé, dans nos huit autopsies, de lésion de l'estomac ni des intestins; le foie était généralement en dégénération graisseuse, tantôt généralisée aux lobules entiers, tantôt limitée à la périphérie des lobules, avec l'apparence qu'on a appelée foie muscade; mais c'est là une lésion si fréquente chez les vieillards qu'on ne peut lui attribuer aucune signification. Mais si l'anatomie pathologique nous fait défaut, il suffit d'observer les malades pendant la vie pour s'assurer que la difficulté qu'elles éprouvent à porter à leur bouche les aliments solides et liquides, que l'immobilité et le manque de tout exercice doivent fatalement troubler la digestion et l'absorption. C'est en effet ce qui a lieu presque toujours. Il en résulte une dyspepsie, qui est l'une des causes les plus puissantes sinon la cause initiale de la cachexie qui survient à une période avancée du rhumatisme chronique. M. Requin a insisté sur ces phénomènes dyspeptiques, et M. Charcot a signalé des douleurs d'estomac et quelquefois des vomissements opiniâtres (*loc. cit.*, p. 36). Les malades perdent l'appétit, ont de la diarrhée et des vomissements. Ces accidents durent de quelques jours à plusieurs semaines et sont sujets à récidiver fréquemment.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

APPRÉCIATION DES BAINS DES PYRÉNÉES ET LEUR COMPARAISON AVEC CEUX DES ALPES; par M. le docteur H. C. LOMBARD, chevalier de l'ordre impérial de Saint-Stanislas de Russie, ancien médecin en chef de l'hôpital général de Genève, etc.

(Suite et fin. — Voir les nos 30, 31 33 et 34.)

5° SOURCES FERRUGINEUSES.

Nous avons décrit les eaux minérales de cette classe que l'on trouve dans le sud-ouest de la France, aussi n'avons-nous besoin que de rappeler les noms des sources sulfatées et ferrugineuses de Bigorre, les bicarbonatées sodiques du Boulou et celles dont le fer est le principal agent thérapeutique, comme le Malou, Campagne, Rennes, Barbotan et Montégut-Ségla. Occupons-nous maintenant de celles que l'on trouve dans les Alpes et dont plusieurs peuvent être classées au nombre des bains les plus fréquentés de l'Europe.

Je l'ai joint, par manière de complément, à ce volume qui renferme en abrégé la médecine du bon sens, et tous les petits moyens dont l'emploi est souverain en thérapeutique. Je l'ai écrit, ce volume, à mes moments perdus, en allant à mes visites, ou en roulant sur le pavé de Paris, en me promenant dans les cours de la Charité, armé de ce crayon qui sans cesse court sur le papier, de même que le crayon dermographique sur la peau de mes malades.

« Ce livre est un trésor. Ne vous arrêtez point à la forme, que je dédaigne, et allez bien au fond des choses. Vous verrez que rien n'a été oublié. J'en suis le héros, car je ne parle jamais que d'après mon expérience personnelle. Pour les malades qui figurent dans les observations, vous remarquerez, s'il vous plaît, qu'il y a des princes, des savants, et des artistes de premier ordre, et que ma clientèle n'est point dans la plèbe. Notez aussi que j'ai donné au bas des pages l'adresse exacte de quelques droguistes, bandagistes, pharmaciens, dentistes et fabricants d'instruments qui méritent toute votre confiance; que j'ai eu soin de citer mes travaux sans fausse modestie, et que ma bienveillance est singulière pour les quelques disciples qui osent me proclamer leur maître.

« Méditez-bien la dernière page, où j'ai résumé mes vœux, et vous apprendrez à me connaître au moral. J'ai écrit pour les médecins, je l'avoue; mais je ne serais point fâché d'être lu par les gens du monde. J'y tiens même, à cause du bien que peut faire un ouvrage qui a été uniquement mis au jour pour glorifier le plessimétrisme et la nomenclature organo-pathologique, détruire les préjugés, ruiner les charlatans, confondre les vendeurs d'orviétan et les somnambules, et glorifier cet art qui est la première des sciences. »

En voilà assez sur ce volume qui aura un grand succès, et dont il nous a suffi de donner une légère idée, pour engager nos lecteurs à le parcourir. Encore une fois, la médecine qu'on y enseigne est très-amusante. Quant à l'auteur, il faut dire, en finissant que la Faculté de Paris est bien heureuse de le posséder. C'est un homme incomparable et unique dans son genre. Sa théorie des maladies mentales le recommande tout particulièrement aux médecins d'aliénés.

J. M. GUARDIA.

NÉCROLOGIE. — Le corps médical des hôpitaux de Paris vient de faire une perte bien regrettable dans la personne de M. le docteur Ernest Goupil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Cet honorable et distingué confrère, à peine âgé de 35 ans, a succombé dimanche dernier, au château de la Baudronnière, près Droué (Loir-et-Cher), à la suite d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu.

Nous décrirons successivement l'Acqua Rossa du Tessin ; San Bernardino, Schulz-Tarasp, Peters, Saint-Moritz et Fideris des Grisons ; Blumenstein des environs de Berne ; Morgins du Valais, et enfin Amphion, situé sur les bords du lac de Genève. Passons en revue ces diverses localités et commençons par un tableau synoptique de la quantité de fer contenu dans les principales sources ferrugineuses de l'Europe.

Proportion des sels ferrugineux contenus dans quelques eaux minérales.

Source.	Proto-carbonates, bicarbonates et crénates de fer.
	gr.
Schwalbach (Allemagne)	1,0542
Acqua Rossa (Tessin, Suisse)	0.5600
Morgins (Valais, Suisse)	0,2056
Salins (Haute-Savoie)	0,1500
Cazaux (Bigorre, Hautes-Pyrénées)	0,0984
Forges (Seine-Inférieure)	0,0980
Bussang (Vosges)	0,0950
Spa (Belgique)	0,0927
Provins (Seine-et-Marne)	0,0760
Rippoldsau (Allemagne)	0,0592
Pyrmont (Allemagne)	0,0576
Passy (Seine)	0,0412
Barbotan (Gers)	0,0310
Rennes (Aude)	0,0310
Vichy (Source Lardy, Allier)	0,0280
San-Bernardino (Grisons, Suisse)	0,0273
Schulz-Tarasp (id.)	0,0265
Saint-Peter (id.)	0,0240
Saint-Moritz (id.)	0,0237
Fideris (id.)	0,0230
Le Malou (Hérault)	0,0221
Blumenstein (Berne, Suisse)	0,0122
Campagne (Aude)	0,0050
Amphion (Savoie)	0,0037

Il résulte de cette comparaison que l'eau la plus chargée en sels de fer est celle de Schwalbach, qui en contient plus d'un gramme par litre, tandis que d'autres, comme l'Acqua Rossa, Morgins et Salins en Savoie n'en renferment qu'un à 6 décigrammes ; plusieurs sources, comme celles de Cazaux à Bigorre, Forges, Bussang et Spa, ont entre 9 et 10 centigrammes ; Provins, Rippoldsau, Pyrmont et Passy, de 4 à 8 centigrammes ; Barbotan et Rennes, de 3 à 4. La source Lardy à Vichy, San-Bernardino, Schulz-Tarasp, Saint-Peters, Saint-Moritz, Fideris et le Malou, de 2 à 3 centigrammes ; Blumenstein, de 1 à 2, et enfin Campagne et Amphion n'en ont pas même 1 centigramme.

Nous pouvons dès lors apprécier le degré de puissance thérapeutique dont ces différentes sources ferrugineuses sont douées et qui sont d'autant plus actives qu'elles contiennent en outre des sels de fer, plus d'acide carbonique libre ou combiné, ainsi que des sels sodiques, potassiques, calcaires ou magnésiens.

Après ces remarques générales, passons à l'examen spécial des diverses sources de ce genre que l'on trouve dans les Alpes, et commençons par l'une des plus singulières qui s'offre à notre observation.

1° L'*Acqua Rossa* sort dans la vallée de Blegno, à 383 mètres d'altitude, sur les hauteurs qui surplombent l'un des affluents du Tessin. Cette eau a une couleur rougeâtre qu'elle doit à des sels calcaires, magnésiens et sodiques, colorés par du sulfate et du carbonate de fer que l'on y trouve en quantité considérable, 0^{gr},2350 du premier, et 0^{gr},2650 du second.

L'établissement qui existait autrefois est maintenant tombé en ruine, ce que l'on doit regretter, puisque l'eau rousse doit être fort active, si l'on en juge par sa composition et la quantité de matières salines qu'elle tient en dissolution, 3^{gr},1500 par litre. Elle serait, sans doute, fort utile pour combattre les hémorrhagies passives, les catarrhes chroniques et les chloro-anémies.

2° *San Bernardino* est l'une des principales sources ferrugineuses et alcalines que l'on rencontre dans les Grisons. Le village est bâti sur la pente méridionale du Bernardin, non loin du passage qui conduit de la vallée du Rhin dans celle du Tessin. A part l'altitude qui le rapproche des hautes Alpes, tout est italien dans l'établissement du Bernardin : la langue, les habitudes et les baigneurs qui appartiennent presque tous aux régions méridionales du voisinage.

Il y a trois hôtels pour recevoir ceux qui viennent faire la cure pendant la très-courte saison qui s'écoule entre la fin de juin et le commencement de septembre. L'altitude ne permet pas un plus long séjour dans un village qui doit être abandonné pendant l'hiver.

Les eaux du Bernardin sont alcalines et ferrugineuses, contenant environ 3 centigrammes (0^{gr},0273) de carbonate de fer (1), 1 gramme et demi (1^{gr},5494) de sulfate de chaux, un demi-gramme de sulfate de soude (0^{gr},6670) et des carbonates de magnésie, ainsi qu'une quantité considérable d'acide carbonique libre, ce qui la rend fort agréable à boire. A la dose de trois à quatre verres, elle augmente l'appétit, et si l'on en prend dix à douze verres, comme le font quelques malades, elle exerce une action purgative assez marquée.

On comprend que la haute situation du Bernardin, ainsi que la composition de l'eau minérale doivent produire des effets toniques et reconstituants. Aussi les anémiques, les chlorotiques, les personnes atteintes de catarrhes vésicaux, bronchiques et intestinaux, les hémorrhoïdaires et tous ceux dont le sang est appauvri, se trouvent admirablement d'une cure de quelques semaines dans cette localité.

3° *Saint-Moritz* est également situé dans l'une des plus hautes vallées de l'Europe : l'Engadine qui s'étend, dans la direction du sud-est au nord-ouest, depuis le passage de la Maloja qui conduit à la Bregaglia et à Chiavenne jusqu'à Inspruck en Tyrol. Les deux bains de Saint-Moritz et de Tarasp se trouvent dans cette belle vallée, qui est surmontée de nombreux *piz* ou pics neigeux ainsi que de vastes glaciers, et dont la végétation est tout à fait caractéristique des hautes régions alpestres, puisqu'on la voit disparaître en plusieurs points qui dépassent la limite des forêts.

L'eau de Saint-Moritz est froide, sa température étant à 4°,5 ; elle est ferrugineuse et très-chargée en acide carbonique libre. Si l'on considère le fer qui y est contenu comme un carbonate de protoxyde, on en trouverait 0^{gr},0237 par litre, et si le fer y existe sous la forme de bicarbonate de soude anhydre, la proportion serait de 0^{gr},0327. Nous avons choisi le premier chiffre comme pouvant servir plus facilement de comparaison avec les autres sources ferrugineuses.

L'eau de Saint-Moritz contient des carbonates de chaux et de soude, ainsi que des sulfates de soude et de potasse, et quelques traces de manganèse, d'iode et de brôme, en tout environ 3 grammes de résidu solide ; composant ainsi une eau gazeuse, ferrugineuse et saline qui doit avoir une action prononcée sur toute l'économie.

C'est, en effet, ce que l'expérience a démontré aux milliers de baigneurs qui viennent se plonger dans cette eau et en boire de trois à six et même neuf verres.

Rien de plus singulier que l'effet du bain alors que l'acide carbonique se dépose en petites bulles sur la peau et se répand au dehors de telle manière qu'il est presque dangereux de le respirer. L'eau destinée aux bains est chauffée par le passage de tuyaux chargés de vapeur en sorte qu'elle n'est point décomposée au contact de l'air.

L'immersion pendant une heure dans l'eau de Saint-Moritz est suivie d'effets toniques et vivifiants très-prononcés ; si l'on y ajoute la boisson, on comprend quels seront les effets reconstituants de la cure dans une localité où l'atmosphère est raréfiée et refroidie par l'altitude. La moyenne de la température pendant la saison des bains, c'est-à-dire du 20 juin au 1er septembre, a été de 10°, et les extrêmes — 2° à 25° ; il n'est pas étonnant d'après cela que la neige remplace souvent la pluie, même pendant les mois d'été, ainsi que j'ai eu l'occasion de le voir au milieu de juillet. Aussi faut-il se munir de vêtements d'hiver que l'on porte constamment le matin et le soir.

Il est facile de comprendre quelles maladies doivent être envoyées à Saint-Moritz ; c'est-à-dire les chloroses, les anémies, les débilités concécutives à de longues maladies, chez les enfants et les personnes scrofuleuses, rachitiques et scorbutiques, celles qui portent quelque affection chronique des reins et de la vessie ou qui sont atteintes de catarrhes bronchiques et intestinaux ; en un mot, toutes les maladies caractérisées par la faiblesse et l'appauvrissement du sang.

Saint-Moritz est un bain de premier ordre par l'étendue et la bonne organisation des établissements, par la qualité des eaux et le nombre toujours croissant des baigneurs. On s'y rend jusqu'à Coire en chemin de fer et de là en 9 à 12 heures par la poste ou par la diligence qui traverse le col de Juliers.

(1) D'après une analyse plus récente, il y aurait 0^{gr},1901 de carbonate ferrugineux (*voy.* Meyer-Ahrens, *Die Heilquellen und Kurorte der Schweiz*, in-8. Zurich, 1860, p. 691).

4° *Schulz-Tarasp*. Nous avons déjà signalé les remarquables sources sulfureuses et salines de cette localité privilégiée, et nous avons encore à parler d'une eau ferrugineuse, celle de Boniface, qui contient 0gr,265 de carbonate de fer, accompagné de sels magnésiens, calciques et sodiques, formant un résidu salin de 3 grammes 1/2 par litre, ainsi qu'une quantité très-notable d'acide carbonique libre (1499cc); constituant de la sorte une source saline et ferrugineuse très-active et pouvant combattre, avec non moins d'efficacité que celle de Saint-Moritz, toutes les maladies asthéniques que nous venons d'énumérer. Les splendides établissements qui viennent de s'ouvrir à Tarasp, répondent à tous les désirs des baigneurs qui peuvent s'y rendre avec confiance pendant la saison chaude. Ils y trouveront un climat alpestre, moins excitant que celui de Saint-Moritz, mais encore assez fortifiant, puisque Tarasp est à 4407 mètres au-dessus du niveau des mers.

5° *Saint-Peter*. On trouve, dans une vallée des Grisons, celle de Saint-Peter, et non loin du village de Platz, une source ferrugineuse longtemps abandonnée, mais qui a été remise en honneur depuis qu'on a reconstruit l'établissement thermal et qu'on l'a muni de tous les appareils convenables pour la cure que viennent y faire les habitants des vallées voisines. Cette source contient 0gr,0240 de carbonate de fer, ainsi que des sulfates de chaux et de soude et des chlorures de sodium. La quantité d'acide carbonique y est plus faible que celle des sources dont nous venons de parler, mais la température en est plus élevée; 22° à 28° en toute saison.

Cette source mériterait d'être mieux connue et répondrait à diverses indications médicales, mais les abords ne sont point commodes; aussi jusqu'à ce qu'une nouvelle route ait été pratiquée, devra-t-on s'attendre à voir peu d'étrangers fréquenter ces thermes.

6° *Fideris*. Si l'on remonte le cours de la Landquart, l'un des affluents du Rhin, dans le canton des Grisons, et que l'on pénètre dans la belle vallée de Prettigau, on trouve, sur le penchant d'une colline escarpée, les bains de Fideris, alimentés par deux sources ferrugineuses froides: la principale contient 0gr,0230 de carbonate de fer, environ 7 décigrammes de carbonate de soude (0gr,718) et 3 décigrammes (0gr,332) de soude; l'acide carbonique libre y est peu abondant. La seconde source est également saline et ferrugineuse, mais beaucoup plus faible que la précédente, qui est exclusivement destinée à la boisson; celle-ci étant employée pour les bains que l'on chauffe à la vapeur, ainsi qu'à Saint-Moritz.

L'établissement de Fideris laisse beaucoup à désirer pour les appareils destinés à la cure. Les cabinets de bains sont placés dans un bâtiment séparé à l'extrémité du jardin, ce qui constitue un grave inconvénient pour une région aussi montagneuse et une altitude de 900 mètres. Souvent même la source destinée aux bains fait complètement défaut, en sorte qu'on doit remplacer l'eau minérale par celle du ruisseau voisin.

Les indications de Fideris sont les mêmes que celles des antres sources ferrugineuses; seulement, étant moins actives et situées moins haut que leurs congénères des Grisons, elles conviennent mieux aux personnes délicates et disposées aux congestions inflammatoires. Les chloro-anémies et les catarrhes chroniques constituent la spécialité de Fideris.

L'eau prise en boisson forme le principal traitement, on l'administre à la dose de 4 à 12 verres qui stimulent les fonctions digestives et activent le mouvement péristaltique après quelques jours de cure. A forte dose, on voit survenir des maux de tête et des congestions passagères; il faut alors en diminuer la quantité. Les bains sont un aide précieux pour calmer la trop grande activité de la circulation et amoindrir l'éréthisme nerveux.

Les eaux de Fideris jouissent d'une grande réputation, principalement chez les habitants des vallées voisines qui s'y rendent en très-grand nombre pendant la saison chaude. C'est à peine s'il y avait une chambre inoccupée lorsque je m'y rendis dans le mois de juillet. L'établissement semblait être une fourmilière humaine, avec ses longs et bas corridors, remplis de baigneurs revêtus des costumes les plus variés, et servant de bazar où les marchandises suisses et tyroliennes s'étalaient de toutes parts.

Les baigneurs qui viennent à Fideris recherchent, pour la plupart, un séjour moins coûteux que celui de St-Moritz, où tout est disposé pour les classes aisées. On se rend à Fideris par la voie ferrée jusqu'à la station de la Landquart et de là en trois à quatre heures par la diligence ou par des voitures particulières.

7° *Blumenstein* est situé près du lac de Thoune, dans un vallon alpestre et pittoresque au pied du Stockhorn. Il y a trois sources ferrugineuses froides (10°), dont la principale contient 0gr,0122 en carbonate de fer et quelques faibles proportions de sels calcaires, magnésiens et sodiques, accompagnés d'une grande quantité d'acide carbonique, ce qui forme une eau très-gazeuse et très-peu minéralisée que l'on n'emploie qu'en bains.

L'établissement est fort simple, contenant des logements petits, mais remarquablement propres et bien tenus. Il y a seize cabinets de bains qui paraissent suffire aux besoins du service.

On se rend à Blumenstein pour combattre les rhumatismes à forme chronique et goutteuse, les gastralgies rhumatismales, ainsi que quelques névroses qui sont avantageusement combattues par l'effet sédatif de ces bains et par le séjour dans un climat à la fois tonique et adoucissant, fort agréable de juin à septembre; mais on y éprouve souvent les retours de froid qui caractérisent les pays de montagnes.

8° *Morgins* est une source ferrugineuse, située dans l'une des localités les plus élevées du Valais, non loin de la Dent du Midi et du Val d'Illier. C'est dans cette contrée alpestre et sauvage que l'on a construit un vaste chalet ou établissement destiné à ceux qui veulent y faire la cure pendant la saison chaude.

Tout est simple, mais commode à Morgins: logements, nourriture et genre de vie. Les promenades sont ravissantes, et le voyageur pourra remarquer de très-singuliers usages dans la population de ce village reculé; mais il ne regrettera pas d'avoir gravi à une si grande hauteur pour boire une eau fortement minéralisée, qui se trouve au milieu d'une contrée alpestre des plus pittoresques.

La source de Morgins est froide (7°,5) et contient du bicarbonate de fer à la dose de 2 décigrammes (0gr,2056), ainsi que près de 1 gramme (0gr,8807) de chlorure de sodium et de chlorure de calcium (0gr,9665), environ 2 grammes d'autres sels calcaires et quelque peu de silice et d'alumine; formant ainsi une eau très-chargée (5gr,0817) en principes minéralisateurs et contenant fort peu d'acide carbonique: si on la laisse couler à l'air libre, il se forme un dépôt ocreux très-abondant; mais lorsqu'elle est à l'abri de l'air, comme dans les conduits qui l'amènent à l'établissement, elle se conserve très-longtemps sans déposer le fer qu'elle contient.

Les maladies chlorotiques et anémiques, toutes celles qui demandent un traitement tonique et reconstituant, sont très-avantageusement traitées par la cure de Morgins.

On arrive dans cette haute vallée par la voie ferrée jusqu'à Montbey, et de là on remonte la vallée du Val d'Illier jusqu'à Troistorrent, d'où, prenant sur la droite, on pénètre dans la vallée de Morgins, au fond de laquelle est situé l'établissement thermal.

9° *Amphion* est situé sur les bords du lac de Genève, non loin d'Evian. La source ferrugineuse froide que l'on y trouve ne contiendrait que 0gr,0037 en carbonate de fer, si l'on ajoutait foi à l'analyse déjà fort ancienne de M. Tingry. Il a été bâti dernièrement un bel établissement où peuvent séjourner fort agréablement ceux qui désirent prendre les eaux d'Amphion, dont la prompte décomposition ne permet pas le transport. Les baigneurs d'Évian viennent la boire sur place et trouvent un aide précieux à la cure bicarbonatée sodique qu'ils font dans le voisinage. Les indications des eaux d'Amphion sont les mêmes que celles de toutes les eaux ferrugineuses.

CONCLUSIONS SUR LES MALADIES QUI PEUVENT ÊTRE COMBATTUES PAR LES EAUX MINÉRALES DES PYRÉNÉES ET DES ALPES.

Comme on le voit, les ressources des Alpes et du Jura en eaux minérales sont aussi nombreuses que variées, et si les habitants des Pyrénées peuvent énumérer les établissements dont la réputation s'étend au loin, les habitants des Alpes peuvent aussi montrer leurs bains européens et raconter leurs vertus thérapeutiques. Mais comme il ne s'agit nullement ici de prééminence, et seulement du meilleur choix à faire entre des thermes également renommés, passons en revue les principales maladies pour lesquelles on recherche un traitement thermal, et voyons comment y répondent les différents bains que nous venons de décrire.

1° *Les maladies névralgiques et rhumatismales* sont le plus avantageusement combattues par les bains d'Aix, de Baden, Ragatz, Saint-Gervais ou Louesch, lorsque les fonctions de la peau doivent être ramenées à leur état normal, tandis que, si le principe rhumatismal a pénétré plus profondément dans l'économie au point de constituer une diathèse prononcée, c'est alors que Luchon, Barèges ou Cauterets,

Dax et Balaruc pourront exercer une modification plus complète et plus profonde.

2° *Les maladies scrofuleuses* recevront une puissante impulsion curative sous l'influence des eaux sulfureuses de Luchon, Baréges, Allevard, Challes et Schinznach, ou par les eaux chlorurées sodiques et calciques d'Uriage, Balaruc, Salins, Saxon, Wildegg, Salze et Salies, avec ou sans addition des eaux mères ou encore par l'action tonique et reconstituante des eaux ferrugineuses de Saint-Moritz, San-Bernardino, Tarasp, Fideris, Morgins, la Malou, Barbotan et Rennes.

3° *Les chloro-anémies* seront traitées avec beaucoup d'avantages par les eaux chlorurées et ferrugineuses que nous venons de nommer et, en particulier, Saint-Moritz, Balaruc, Salins et la Malou.

4° *Les paralysies* doivent être dirigées sur Balaruc, la Malou, Barbotan, les deux Salins et Acqui.

5° *Les dermatoses* reconnaissent une si grande variété d'origine et présentent des formes si diverses, qu'il est difficile de donner un résumé général sur ce genre de mal. Néanmoins, en ayant surtout égard à leur forme plus ou moins sèche et à leur nature plus locale que diathésique, nous conseillerons Louesch, Schinznach, Saint-Sauveur et Bigorre; tandis que, si la maladie est plus diathésique que locale, plus humide que sèche, Luchon, Cauterets, Baréges, Challes et Tarasp doivent avoir la prééminence. Les syphilides viennent se ranger dans cette dernière catégorie de sources minérales, qui paraissent agir avec plus d'efficacité sur le virus caché dans la profondeur des organes et qui manifeste sa présence par des éruptions cutanées.

6° Lorsqu'il existe quelque *embarras des voies digestives* avec congestions hépatiques ou hémorrhoïdaires, les eaux salines de Tarasp occuperont le premier rang, auxquels viendront se joindre Balaruc, Bigorre, Brides, Uriage, Saint-Gervais et le Boulou.

7° *Les affections catarrhales* des voies digestives seront avantageusement traitées par les eaux chlorurées sodiques de Balaruc, la Malou et Salins; ou par les eaux sulfureuses douces de Saint-Sauveur, Amélie, le Vernet et Stachelberg; ou encore par les eaux ferrugineuses de Barbotan, Rennes, la Malon, Saint-Moritz, Fideris et Morgins.

Les catarrhes vésicaux doivent être dirigés sur les eaux de Saint-Sauveur, Cauterets, Molitg, ou la Preste, Uriage et surtout Evian, dont la réputation à cet égard est bien établie sur l'expérience clinique.

Enfin, les maladies catarrhales des voies aériennes trouvent dans les Eaux-Bonnes, la Railliére, la Bassère, Marlioz, Allevard et Weissenbourg, un traitement efficace qui modifie les sécrétions et transforme l'état de la muqueuse pharyngienne, laryngienne et bronchique. Mais n'oublions pas de placer au premier rang et tout à fait hors ligne les Eaux-Bonnes dans cette énumération des eaux propres à amener la guérison de ce genre de maladies.

Les catarrhes utérins avec toutes leurs complications d'engorgements, d'ulcérations et de granulations doivent être dirigés sur Luchon, Cauterets, Schinznach et Lonesch, si les symptômes inflammatoires sont peu prononcés, tandis que la cure de Saint-Sauveur, Ussat, Bigorre (le Foulon), des Eaux-Chaudes, Molitg, la Preste, Olette, Ax, Baden et Stachelberg, seront préférables lorsque l'effet sédatif doit prédominer dans le traitement.

8° Enfin, la *goutte et les rhumatismes goutteux* seront plus favorablement traités par les eaux chlorurées sodiques ou calciques faibles, comme celles du Boulou, de Baden, de Ragatz, ou encore par les eaux sulfureuses faibles, comme celles d'Amélie, du Vernet et de Saint-Sauveur.

Ainsi donc, sur quelque région des Alpes ou des Pyrénées que nous jetions les yeux, nous trouvons de nombreuses sources minérales qui peuvent remplir toutes les indications thérapeutiques que l'on peut désirer pour combattre les maladies très-variées qui réclament un traitement thermal.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA GÉNÉRATION SPONTANÉE DE LA PUSTULE MALIGNE; par M. TEISSIER, médecin de la Société de secours mutuels de la ville de Martigues (Bouches-du-Rhône).

A monsieur le docteur Jules Guérin, membre de l'Académie impériale de médecine,

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie impériale de médecine sur la génération spontanée de la pustule maligne, vous avez émis des opinions si conformes aux faits que j'ai observés dans ma pratique que, dans l'intérêt de la science, j'ai cru devoir vous les communiquer pour en faire tel usage que vous jugerez nécessaire.

Dans la commune de Lançose (Bouches-du-Rhône), où, avant d'habiter la ville de Martigues, j'avais exercé la médecine, il m'a été permis d'observer un certain nombre de cas de pustule maligne dont le tableau synoptique est ci-annexé.

NUMÉR.	ANNÉES.	NOMS DES MALADES.	PROFESSION.	SIÉGE DE LA PUSTULE.	TRAITEMENT.	TERMINAISON.	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.
1	1831	Fille Devonx.	Sans profession.	Joue.	Inconnu.	Mort.	Cette jeune fille fut soignée par un empirique J'ai été appelé la veille de la mort seulement
2	1832	Gueymard (Laurent).	Berger.	Avant-bras.	Potasse caustique.	Guérison.	
3	1832	Boulian.	Sans profession.	Front.	Potasse caustique.	Guérison.	
4	1833	Gros (Antoine).	Agriculteur.	Paupière inférieure.	Potasse caustique.	Gué ison.	
5	1835	Lion (Joachin).	Agriculteur.	Derrière de l'oreille.	Fer rouge.	Guérison.	Il fréquentait les bergeries.
6	1836	Teissier (Joseph).	Agriculteur.	Partie antérieure du cou.	Potasse caustique.	Guérison.	Ce malade fut piqué par une mouche en allant à la campagne le cou découvert.
7	1837	Rostaing (marquis).	Agriculteur.	Paupière inférieure.	Fer rouge.	Guérison.	
8	1838	Cheillan (père).	Agriculteur.	Joue gauche.	Potasse caustique, incision, fer rouge.	Mort.	
9	1837	Roux (de Bernard).	Berger.	Main gauche.	Pas de traitement.	Mort.	Ce malade s'était coupé la main en écorchant une brebis morte du sang de rate.
10	1838	Chave (Jacques).	Berger.	Main droite.	Incision, fer rouge.	Guérison.	
11	1839	Femme Roux (Marie).	Sans profession.	Avant-bras.	Incision, fer rouge.	Guérison.	
12	1839	Boulian (Louis).	Fils de berger.	Front.	Incision, nitrate d'argent.	Guérison.	
13	1841	Donnadieu	Berger.	Région parotidienne.	Incision, fer rouge	Guérison.	
14	1841	Femme Pierre Roux.	Marchande de peaux de lapins et de chiffons.	Main.	Incision, fer rouge.	Guérison.	
15	1842	Angelier (Hippolyte).	Cordonnier.	Pommette gauche.	Incision, fer rouge.	Guérison.	
16	1842	Julien (père).	Marchand de peaux et de chiffons.	Bas de la joue.	Incision, fer rouge.	Guérison.	
17	1843	Boulian (André).	Fils de berger.	Sous la paupière inférieure.	Incision, fer rouge.	Guérison.	
18	1843	Belon (aîné).	Agriculteur.	Avant-bras.	Incision, fer rouge.	Guérison.	
19	1844	Lilamand.	Sans profession.	Joue	Cautérisation tardive.	Mort.	Ce malade avait été piqué par une mouche pendant qu'il graissait des harnais.
20	1844	Femme Granier	Sans profession.	Jambe.	Potasse caustique.	Guérison.	
21	1848	Beaufils (aîné).	Agriculteur.	Bas de la joue.	Incision, fer rouge.	Guérison.	
22	1850	Teissier (Jean-Joseph).	Agriculteur.	A la main.	Incision, fer rouge.	Mort.	
23	1853	Femme Rolland.	Femme de ménage.	Face dorsale du doigt.	Incision, fer rouge.	Guérison.	
24	1845	Femme Ailland.	Femme de ménage.	Avant-bras.	Incision, fer rouge.	Guérison.	Cette femme avait dépécé de la viande d'une brebis morte du sang de rate.
25	1854	Rassen (Augustin).	Agriculteur.	Joue.	Incision, fer rouge.	Mort.	

N. B. Il a été porté à ma connaissance qu'un jeune homme de Salon, doué d'une stature colossale, mourut d'une pustule maligne siégeant au ventre : il était charcutier et avait été piqué par une mouche

Tous ces malades étaient ou propriétaires de troupeaux de bêtes à laine, ou fréquentaient habituellement les bergeries.

Dans tous ces cas et selon la sphère de mes connaissances, il m'a toujours paru que les premiers symptômes observés étaient identiques à ceux décrits par Enaux et Chaussier; mais tous ne m'ont pas montré, dès leur apparition, la même intensité de caractère et la même

marche, et la même célérité dans leur développement; cela m'a paru dépendre ou de l'activité du virus ou de la disposition constitutionnelle des individus malades; ce sont ces signes objectifs qui ont fait varier mes moyens curatifs, ainsi que vous pourrez en juger par le tableau ci-joint. Quand la pustule initiale était à son début et peu développée, je me suis contenté de l'application de la potasse caustique ou du nitrate d'argent; quand, au contraire, la transmission datait de quelques jours et que son développement était plus considérable, j'ai eu recours à l'incision cruciale et à l'application du fer rouge, que dans quelques cas j'ai appliqué deux fois.

L'absence de symptômes généraux et la bénignité des symptômes locaux font rationnellement penser à la transmission de la maladie par voie d'inoculation et font rejeter la spontanéité de la pustule maligne. La profession des personnes atteintes vient militer en faveur de cette assertion, et le siége de la pustule corrobore cette manière de voir: ce sont toujours ou presque toujours les parties découvertes qui sont le siége de la pustule maligne.

Le traitement local employé dès le début est presque toujours suivi d'un plein succès; mais quand l'agent septique est absorbé, les symptômes d'intoxication se montrent alors avec leur triste cortége, et la mort en est la conséquence presque certaine. C'est alors qu'on voit avec anxiété les malades, n'ayant plus de pouls et ne devant plus vivre que cinq à six heures encore, conserver jusqu'à la fin leur complète intelligence. Tels ont été: le n° 8, Cheillan père; le n° 19, Lilamand; le n° 22, Teissier (Jean-Joseph), et le n° 25, Rassen (Augustin). Le n° 9, Roux de Bernard, me présenta des symptômes bien différents. Ce jeune homme s'était coupé à la main en écorchant une brebis morte du sang de rate. Quelques jours après il vint me voir et me montrer sa coupure longue de 1 centimètre, sans me dire dans quelle circonstance il se l'était faite. Huit ou dix jours après on vint m'appeler pendant la nuit pour ce jeune homme, atteint du choléra. En effet, il avait beaucoup vomi et avait eu une forte diarrhée; il avait perdu toute connaissance; la peau était brûlante et sudorale, le pouls précipité, dur et fort, la figure rouge, et il se livrait à des mouvements désordonnés. J'employai les émissions sanguines et les révulsifs; tout fut inutile: il succomba dans les vingt-quatre heures. Après les premiers moyens employés, me rappelant que ce jeune homme était venu me montrer une coupure faite à la main, et sa main étant entourée d'une bande, je la découvris et fut péniblement surpris en voyant la coupure agrandie, toute noire, avec l'odeur caractéristique de la gangrène. Chez ce malade, les symptômes observés dans les derniers moments de la vie et si différents de ceux observés chez les malades morts de la pustule maligne, doivent-ils leur différence à la différence de cause, ou bien à la constitution individuelle, ou à l'intensité d'action du virus?

Tout concourt à prouver, ce me semble, que la pustule maligne est une maladie spécifique. L'observation de pustules différentes dans leur mode d'apparition, dans leur marche, dans leur facies enfin, autorise-t-elle à admettre des pseudo-pustules et partant des pustules non inoculables? Si, comme il le paraît, des observations en ce genre ne font pas défaut à la science, le traitement doit nécessairement s'en ressentir. Cette manière de voir justifierait la différence du traitement employé chez les malades que j'ai soignés et tel qu'il figure dans le tableau; mais dans l'incertitude il est bon de ne pas perdre de vue que le point le plus important, c'est, quand on est appelé à temps, de recourir aux moyens les plus actifs.

Veuillez agréer, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

V. MONTPELLIER MÉDICAL.

Les numéros de juillet 1863 à juin 1864 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Documents pour servir à l'histoire du quinquina, considéré comme fébrifuge*, par M. Janmes. 2° *De la valeur comparative des divers appareils employés dans le traitement des fractures de la rotule*, par M. Moutet. 3° *Étude chimique de quelques produits pathologiques*, par M. Moitessier. 4° *De la fièvre puerpérale dans ses rapports avec les causes débilitantes*, par M. Espagne. 5° *De l'ophthalmie produite par le soufrage des vignes*, par M. Bouissou. 6° *Réflexions cliniques sur les fièvres typhoïdes*, etc., par M. Pécholier. 7° *De l'amputation de la langue dans les cas d'hypertrophie de cet organe*, par M. Pasturel. 8° *Des fongus douloureux du canal de l'urètre chez la femme*, par M. Benoit. 9° *Nouvelle analyse des eaux minérales de Lamalou l'Ancien*, par M. Moitessier. 10° *Quelques mots sur le charbon et sur le développement et les effets constitutionnels de la gangrène chez l'homme et chez l'animal herbivore*, par M. Batut. 11° *Étude d'hygiène sur quelques industries des bords du Lez*, par MM. Pécholier et Saint-Pierre. 12° *Observations sur quelques points de l'industrie et l'hygiène du blanchissage*, par M. Espagne. 13° *Réparation de la lèvre inférieure par la méthode indienne*, par M. Gayrand. 14° *Érysipèle facial épidémique compliqué de symptômes typhoïdes*, par M. Falot. 15° *De la pustule maligne au double point de vue du diagnostic et du traitement*, par M. Montet. 16° *De la période prodromique de la fièvre jaune et des moyens abortifs de cette contagion*, par M. Bertulus. 17° *Examen des principales doctrines médico-légales sur l'âge et la viabilité du fœtus dans leurs rapports avec sa maturité*, par M. Garimond. 18° *Étude sur l'hygiène des ouvriers peaussiers du département de l'Hérault*, par MM. Pécholier et Saint-Pierre. 19° *Étude sur l'hygiène des ouvriers employés à la fabrication du verdet*, par les mêmes. 20° *De la réparation de l'aile du nez et du contour de la narine; double plan de lambeaux empruntés à la joue et à la lèvre supérieure*, par M. Bonisson. 21° *Symptômes du côté du cœur, de la plèvre et du cerveau dans quelques cas de rhumatisme articulaire aigu*, par M. Falot. 22° *De l'analyse en général dans les sciences médicales*, par M. Pasturel. 23° *Considérations sur l'héméralopie*, par M. Nozeran.

Les plus importants de ces travaux ont été communiqués, soit à l'Académie de médecine, soit à l'Académie des sciences, et sont par conséquent connus des lecteurs de la *Gazette médicale*. C'est uniquement en raison de cette circonstance que nous ne trouvons pour cette fois que peu de chose à glaner dans le journal de Montpellier.

DE LA SÉPARATION DE L'AILE DU NEZ ET DU CONTOUR DE LA NARINE; DOUBLE PLAN DE LAMBEAUX EMPRUNTÉS A LA JOUE ET A LA LÈVRE SUPÉRIEURE; par M. le professeur BOUISSON.

Dans les procédés classiques de rhinoplastie, la suppuration de la face saignante du lambeau, qui regarde du côté de la cavité nasale, est inévitablement suivie de la production de tissu inodulaire qui, par sa rétraction, amène le rétrécissement, le froncement, et par suite l'extrême irrégularité et parfois l'oblitération de la nouvelle narine. Les artifices auxquels on a eu recours, faute de mieux, pour remédier à cet inconvénient (introduction de viroles, de corps étrangers divers, etc.), ont été la plupart du temps insuffisants et n'ont pu empêcher, à la longue, la rétraction de la cicatrice et la déformation qu'elle occasionne.

Suivant une autre idée, et afin d'empêcher l'organisation du tissu cicatriciel rétractile, Dieffenbach avait songé à renverser en dedans le rebord du lambeau qui doit former l'orifice, afin que cette espèce d'ourlet cutané s'adossât à lui-même par la face saignante et y contractât adhérence, tandis que sa face épidermique, regardant vers la cavité nasale, devait présenter un aspect conforme à celui de la narine normale.

Cette idée est incontestablement ingénieuse, mais sa mise en pratique n'est pas aussi avantageuse qu'on pourrait le croire d'après les premières apparences.

L'opération ainsi conçue exige, en effet, que le lambeau soit plus considérable, afin de pourvoir à la hauteur qu'exige l'ourlet cutané. Le renversement de la peau en dedans donne précisément au rebord de la narine une épaisseur qui est au détriment de son ouverture. Enfin, l'inflammation qui se produit nécessairement dans la portion non doublée du lambeau peut gagner le sinus résultant du renversement de la peau en dedans, et faire échouer la réunion immédiate ou même l'ourlet, malgré l'application préalable de points de suture.

Ces possibilités, qui ne sont que trop souvent réalisées, même entre les mains de Dieffenbach, expliquent pourquoi il a trouvé peu d'imitateurs.

M. Bouisson rappelle ensuite deux procédés opératoires par lesquels il a cherché à obtenir le résultat que Dieffenbach recherchait. Le premier consiste à utiliser le contour fibro-cartilagineux de la narine, pour l'unir au bord inférieur du lambeau autoplastique. A cet effet, on isole par une incision le rebord de la narine qui termine en bas l'aile du nez, et on laisse en réserve cette espèce d'anneau naturel. « Pour atteindre ce but, dit M. Bouisson, je traverse avec un bistouri aigu l'aile du nez entre la portion la plus basse de la lésion organique qui motive l'opération et le rebord de la narine, depuis la

peau jusqu'à la muqueuse. Je taille ainsi une espèce de virole ou de jonc qui comprend dans son épaisseur le fibro-cartilage du contour de la narine et son enveloppe tégumentaire. Lorsque le reste de l'opération est accompli d'après les règles ordinaires, et que le lambeau emprunté au front ou à la région génienne est ramené à la place qu'il doit occuper, je fixe son bord inférieur sur la zone susindiquée à l'aide de plusieurs points de suture. Ce coté inférieur du lambeau trouve ainsi une bordure naturelle qui reproduit les formules du nez et de ses ouvertures. »

Mais tous les cas dans lesquels la rhinoplastie est indiquée n'offrent pas le moyen d'utiliser cette ressource. La lésion qui réclame l'opération peut avoir détruit le cartilage latéral du nez, la sous-cloison ou le contour de l'ouverture nasale. Faut-il, dans des cas de cette nature, s'en tenir à l'emploi des viroles et des canules pour empêcher le retrait et la déformation des narines, et, si l'on en reconnait l'insuffisance, doit-on se contenter de l'ourlet de Dieffenbach?

M. Bouisson croit que dans ce cas on peut se procurer une bordure résistante en l'empruntant à une autre portion des cartilages respectés par la lésion ; découper sur la partie saine la plus voisine une lanière qu'on laisserait adhérente par son extrémité la plus externe; abaisser cette lanière en la faisant pivoter par son point d'adhésion jusqu'à ce qu'elle eût atteint le niveau de l'ouverture nasale; fixer, enfin, son extrémité mobile à la partie antérieure de la sous-cloison à l'aide d'un point de suture.

Ce procédé suppose toujours qu'on peut disposer d'une portion du squelette fibro-cartilagineux du nez. « Mais, dit M. Bouisson, posons le cas le plus défavorable, celui où aucune ressource naturelle de ce genre ne peut être utilisée. Ce cas s'est présenté deux fois à la clinique de l'hôpital Saint-Eloi. Il s'agissait, chez les deux malades, d'une perte de substance complète; l'aile du nez manquait totalement, depuis et y compris la narine jusqu'à l'os carré. Dans les deux cas, c'était l'application énergique d'un caustique pour remédier à un cancroïde qui avait été suivi de la perte de substance. Je ne désespérai pas de pouvoir faire avantageusement la rhinoplastie latérale, en empruntant un opercule à la joue correspondante, d'après les règles de la méthode française, et en doublant la face saignante de ce lambeau par un second lambeau emprunté à la lèvre supérieure, et relevé de manière que sa face épidermique regardât l'intérieur du nez.

« Le lambeau facial, disséqué obliquement sur la lèvre supérieure, fut renversé de bas en haut sur son point d'adhérence, tandis que l'extrémité inférieure, devenue interne par le renversement et la direction horizontale qui leur était donnée, était fixée par quelques points de suture à l'extrémité de la sous-cloison, préalablement rafraîchie par une petite excision.

« Dans la première tentative, qui eut lieu chez une femme âgée, le lambeau labial que j'avais disséqué très-superficiellement, afin de ne pas donner au lambeau génien une doublure trop épaisse, se mortifia, et l'opération ne fournit qu'un résultat peu satisfaisant; mais, dans le second cas, le lambeau, ayant plus d'épaisseur et étant dans de meilleures conditions de nutrition, s'est parfaitement conservé, et le contour de l'ouverture nasale a acquis après la cicatrisation une régularité qui m'a paru digne d'être mentionnée. » Suit l'observation détaillée.

VI. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros de juillet 1863 à juin 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Quatrième fait de resection du genou, avec conservation des fonctions des membres, sauf la rigidité*, par M. Butcher. 2° *Cas remarquable d'anévrisme de l'aorte abdominale*, par M. Armand de Fleury. 3° *De la pellagre dans le département de la Gironde*, par M. Gintrac. 4° *Clinique d'accouchements*, par M. Sentex. 5° *Etude historique et étiologique sur le delirium tremens*, par M. Gintrac. 6° *Observation d'une chorée mercurielle*, par M. Aynard. 7° *Du chancre de l'utérus*, par M. Venot. 8° *Note sur la contagion de la fièvre typhoïde*, par M. H. Gintrac. 9° *Du chloroforme, des accidents qu'il produit et des moyens d'y remédier*, par M. Labat. 10° *Ossification de la pointe du cœur*, par M. Luzun. 11° *De la compression digitale contre les anévrismes*. 12° *Des teignes*, par M. Garat. 13° *Hypermanganate de potasse et ses incompatibles*, par M. A. B. 14° *Cours de clinique interne*, par M. Gintrac. 15° *Tic non douloureux de la face*. par M. Costes. 16° *Note sur l'orchite chronique double considéré comme cause d'impuissance*, par M. Venot. 17° *Observation de chromhidrose*, par M. Coppée. 18° *De l'emphysème généralisé chez les enfants*, par M. Chatard. 19° *Observations d'intoxication saturnine*, par M. Loignon. 20° *De l'influence des changements rapides de climat sur la chaleur organique, etc.*, par M. Mestivier. 21° *Deux observations suivies d'accidents herniaires*, par M. Labat.

DE L'INFLUENCE DES CHANGEMENTS RAPIDES DE CLIMAT SUR LA CHALEUR ORGANIQUE, ETC.; par M. le docteur MESTIVIER.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La température de l'urine (et du corps par conséquent) suit les variations de la température extérieure.

2° Si les variations de température extérieure sont lentes et peu considérables, on n'observe pas de variations bien notables dans la température de l'urine.

3° Si les variations de température extérieure sont rapides et élevées, on observe des variations analogues dans la température de l'urine.

4° Ces variations dans les deux températures ne sont pas, si l'on veut, mathématiquement en raison les unes des autres. Toutefois, elles suivent une relation à peu près régulière et constante, soit dans leur quantité, soit dans leur rapidité à croître ou à décroître.

5° En passant rapidement d'un pays chaud dans un pays froid, toutes choses étant égales d'ailleurs, l'urine se refroidit moins vite et en moins grande quantité qu'elle ne s'échauffe en passant d'un pays froid à un pays plus chaud. Il en résulterait, comme conséquence pratique, que le passage rapide du froid au chaud serait plus préjudiciable à la santé que le passage rapide du chaud au froid. En effet, on observe des affections plus sérieuses dans la première de ces conditions que dans la seconde. Un exemple de cette influence est le fait suivant : le simple déplacement rapide en latitude plus froide, suffit souvent pour améliorer et quelquefois faire disparaître complètement la fièvre jaune à bord des paquebots.

6° Les conditions dans lesquelles se trouvent les voyageurs qui passent rapidement d'un climat chaud à un climat froid et réciproquement, nécessitent donc pour ces individus des règles d'hygiène particulières pouvant se résumer dans ce précepte : Maintenir la température organique dans des limites moyennes, et surtout l'empêcher, autant que possible, de s'élever dans les pays chauds, en évitant toutes les nombreuses causes d'augmentation de chaleur interne indépendantes de celles qui proviennent de la chaleur atmosphérique.

7° Ces causes sont : l'insolation, l'ingestion d'aliments copieux et surtout des boissons alcooliques, enfin l'exercice musculaire.

VII. UNION MÉDICALE DE LA SEINE-INFÉRIEURE.

Les numéros du 15 octobre 1862 au 15 juillet 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'atrophie musculaire graisseuse progressive*, par M. Duménil. 2° *Moyen auxiliaire propre à favoriser le travail de l'accouchement*, par M. Grout. 3° *Gangrène chez un nouveau-né après l'emploi du seigle ergoté pour hâter l'accouchement*, par M. Duchesne. 4° *De l'hypertrophie du cœur comme cause de souffle bronchique*, par M. Duménil. 5° *Monstre humain anencéphalien d'une espèce nouvelle*, par M. Bouteillier. 6° *Du scorbut des vieillards*, par M. Delabost. 7° *Des coliques sèches*, par M. Desjardins. 8° *Rétention du placenta*, par M. Marquezy. 9° *Etat criblé du cerveau*, par M. Laurent. 10° *Paralysie agitante*, par M. Aroux. 11° *Gangrène chez un nouveau-né*, par M. Duchesne. 12° *Traitement de la congestion et de l'apoplexie imminente*, par M. Massart. 13° *Folie épileptique ; destruction des circonvolutions cérébrales*, par M. Bounaud. 14° *Note sur une tumeur ostéoïde dans le cerveau*, par M. Pennetier. 15° *De la folie des ivrognes*, par M. Desjardins. 16° *Cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal par l'oblitération du sac*, par M. Magne. 17° *Affections nerveuses*, par M. Nicolle. 18° *Traitement des goitreux adopté dans le département de la Seine-Inférieure*, par M. Vingtrinier. 19° *Fracture d'un cartilage costal par action musculaire*, par M. Chabrin. 20° *Quelques mots à propos des becs-de-lièvre compliqués*, par M. Deswastines.

DE L'HYPERTROPHIE DU CŒUR COMME CAUSE DE SOUFFLE BRONCHIQUE; par M. DUMENIL.

M. Duménil rapporte dans ce travail les deux faits suivants qui sont assurément très-exceptionnels, mais qui n'en ont pas moins un grand intérêt :

OBS. I. — Dans le courant de l'année 1859, nous avions observé pendant fort longtemps, à l'infirmerie de l'Hospice Général, une femme septuagénaire qui nous présentait les particularités suivantes :

A gauche, à la partie postérieure du thorax, immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, on entendait à l'auscultation, dans une étendue qui correspondait à peu près au quart inférieur du poumon, un souffle bronchique des plus intenses se rapprochant même du souffle caverneux, avec un retentissement de la voix très-prononcé, sans timbre égophonique. Jamais de râles humides ni de gargouillement. La sonorité n'était que très-légèrement affaiblie dans les mêmes points, et les changements de position ne faisaient nullement varier les résultats fournis par l'auscultation. Dans les autres parties de la poitrine, la respiration était pure. Il n'y avait que peu ou pas de toux; l'expectoration était insignifiante. Après avoir subi l'application d'un certain nombre de vésicatoires volants, cette femme quitta l'Hospice Général, présentant absolument les mêmes symptômes dans la même étendue.

Elle rentra en 1861, et nous retrouvâmes à l'auscultation et à la percussion les même phénomènes. Il y avait une oppression modérée, mais peu de toux et peu d'expectoration; nous ne constatâmes pas plus que la première fois de gargouillement ni de craquements au niveau du souffle bronchique. La respiration était pure dans tout le reste de la poitrine. L'oppression que cette femme éprouvait nous paraît devoir être attribuée en grande partie à une hypertrophie du cœur.

Après être restée plusieurs mois dans le même état, la malade fut atteinte d'une pneumonie du côté droit, et succomba. Pendant cette maladie, les symptômes signalés du côté gauche persistèrent sans subir la moindre modification. Nous avions successivement cherché l'explication de ces symptômes dans un épanchement enkysté, une pneumonie chronique, une dilatation bronchique, mais aucune de ces hypothèses ne pouvait se justifier complétement; l'absence de matité ne s'accordait pas avec l'idée d'un épanchement ni avec celle d'une pneumonie chronique; l'absence d'expectoration et de râles humides rendait peu probable l'idée de dilatations bronchiques, et cependant c'était vers cette dernière opinion que nous inclinions volontiers. L'autopsie est venue démontrer l'erreur.

Le poumon droit présentait les caractères de la pneumonie au troisième degré. Du côté gauche, il existait une hypertrophie considérable du ventricule gauche, qui était très-ferme, arrondi, et portait la pointe du cœur fortement à gauche et en arrière.

Le lobe inférieur du poumon se trouvait refoulé par le cœur et aplati contre la paroi postérieure du thorax; il était réduit à une lame mince dont l'épaisseur ne dépassait pas 1 centimètre 1/2; le parenchyme pulmonaire était du reste souple, d'un gris clair, aéré. Les bronches étaient saines et ne présentaient aucune dilatation, le lobe supérieur avait l'aspect normal. Le poumon était libre d'adhérences dans toute son étendue; il n'y avait pas de liquide dans la plèvre, rien dans la cavité du péricarde.

Obs. II. — La nommée Dourier, âgée de 72 ans, entre à l'Hospice Général vers le milieu de novembre 1862, et nous la voyons peu de jours après son entrée. Depuis au moins un an, cette femme tousse et est constamment oppressée; elle se tient presque toujours assise sur son lit. Elle crache assez abondamment, mais ses crachats n'ont rien de caractéristique.

La percussion fournit un son normal sous les clavicules et dans la région mammaire droite. A la région précordiale, la matité est étendue, et l'impulsion du cœur est forte sur une large surface. En avant, le murmure respiratoire est pur des deux côtés, sans mélange de râles. Les bruits du cœur sont un peu sourds, sans bruit anormal. En arrière, sonorité normale dans tout le côté droit et dans la moitié supérieure gauche du thorax; mais, dans la moitié inférieure gauche, il y a une matité très-prononcée, quoique non absolue : cette matité s'étend en dehors jusqu'à l'aisselle, et se confond en avant avec la matité précordiale. Râles muqueux à droite, sans souffle ni retentissement de la voix. A gauche, bruit respiratoire pur dans la moitié supérieure du thorax, mais dans la moitié inférieure souffle caverneux mélangé de quelques râles consonnants, dont l'expression *gros craquements* donnerait une idée exacte; résonnance de la voix cavernense sans timbre égophonique. Le diagnostic fut : *hypertrophie du cœur et dilatations bronchiques avec induration pulmonaire autour des bronches dilatées*.

L'oppression augmenta, et cette femme succomba rapidement le 3 décembre 1862.

A l'autopsie, nous trouvons le poumon droit fortement engoné; rien dans la plèvre de ce côté. Du côté gauche, cavité pleurale complétement vide, poumon complétement libre d'adhérences dans toute son étendue. La partie supérieure du poumon gauche est aérée, d'un gris pâle. Les trois quarts inférieurs de ce poumon forment une lame ayant tout au plus 2 centimètres d'épaisseur, d'un brun violacé, molle comme un morceau de caoutchouc mouillé, se laissant tirer fortement sans se rompre; le parenchyme pulmonaire ainsi condensé est complétement privé d'air; il ressemble, en un mot, entièrement au poumon qui a été longtemps comprimé par un épanchement pleurétique. La limite supérieure de cet affaissement du tissu pulmonaire est nettement tracée par le relief de la partie supérieure du lobe inférieur aérée. Les bronches ne présentent nulle part de dilatations; la muqueuse est seulement un peu injectée et tapissée de mucus.

Le cœur est considérablement hypertrophié, et cette hypertrophie occupe uniquement le ventricule gauche qui est très-allongé, complétement arrondi, très-ferme, presque incompressible. Les parois de ce ventricule sont très-épaisses: les orifices et les valvules ne présentent pas d'altérations. Le péricarde est libre d'adhérences, et sa cavité ne contient pas de liquide. La partie du lobe inférieur du poumon gauche affaissée et privée d'air, correspond exactement au ventricule gauche hypertrophié.

VIII. UNION MÉDICALE DE LA PROVENCE.

Les numéros de janvier à juillet 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *La lésion rénale est-elle cause ou effet dans l'albuminurie?* par M. Fabre. 2° *Pleurésie; bruit de frottement remarquable*, par M. Marcorelles. 3° *De la maladie des trichines*, par M. Chapplain. 4° *Dysménorrhée membraneuse*, par M. Bourgarel.

IX. UNION MÉDICALE DE LA GIRONDE.

Les numéros de février et mars 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Réflexions pratiques sur les maladies qu'on observe chez les employés de chemin de fer*, par M. Sonlel. 2° *De l'affection typhoïde*, par M. de Bermont. 3° *Même sujet*, par M. Marx. 4° *De l'influence de l'éducation physique et morale sur la santé de la femme*, par M. Dubreuilh.

X. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les livraisons 201 à 211 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation d'arrachement du bras*, par M. Aubinais. 2° *Epidémie de variole*, par M. Pihan-Dufeillay. 3° *De la valeur séméiologique de l'ataxie locomotrice progressive*, par M. Pihan-Dufeillay fils. 4° *Blessure grave*, par M. Gallicier. 5° *Plaie pénétrante du ventricule gauche*, par M. Letenneur. 6° *Note sur les cataractes stratifiées et sur leur traitement*, par M. Zouon. 7° *Constitution médicale de 1862*, par M. Pihan-Dufeillay. 8° *Perforation de la verge chez un enfant nouveauné*, par M. Petiteau. 9° *Du développement imprévu des tubercules et de la phthisie*, par M. Trastour. 10° *Nécrose de la clavicule gauche chez un enfant de 3 ans; ablation de l'os; régénération*, par M. Petiteau. 11° *Description d'un monstre double sycéphalien*, par M. Zouon. 12° *Diverses communications d'anatomie pathologique*, par le même.

XI. BULLETIN DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE MARSEILLE.

Les numéros de janvier et avril 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Etude sur la mort subite dans diverses formes de la variole*, par M. Fabre. 2° *De la laryngite catarrhale étudiée à l'aide du laryngoscope*, par M. Nicolas. 3° *Hernie étranglée; kélotomie; perforation de l'intestin*, par M. Roux.

XII. BULLETIN MÉDICAL DU DAUPHINÉ.

Les douze livraisons de 1863 et les deux premières livraisons de 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Procédé peu usité de pratiquer la version*, par M. Corcellet. 2° *Des accidents cérébraux dans la grippe*, par M. Buissard. 3° *L'ornithomia viridis*, par M. Berger. 4° *De la ladrerie du porc*, par M. Bévière. 5° *De la méthode expectante dans la pneumonie du cheval*, par M. Palat. 6° *De la folie simulée*, par M. Ernah. 7° *De la méthode évacuante et de l'alimentation dans la fièvre typhoïde*.

XIII. GAZETTE MÉDICALE DE L'ALGÉRIE.

Les numéros du 25 juillet 1863 au 25 juin 1864 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations sur les épidémies des armées*, par M. Fritsch. 2° *Appareil applicable aux diverses brisures de la rotule*, par M. Bertherand. 3° *Etude sur les maladies paludéennes*, par M. Ronzier-Joly. 4° *De l'évolution de la phthisie en Algérie*, par M. Puzin. 5° *Sur la douzine*, par M. Vital. 6° *Etude sur l'ergot du diss*, par M. Lallemant. 7° *Réflexions sur la transmissibilité des maladies*, par M. Puzin. 8° *Kystes hydatiques du foie*, par M. Morand. 9° *Influence de la température sur l'accouchement*, par madame Puéjac. 10° *Bandage-appareil pour la hernie inguinale chez les enfants*, par M. Guyon. 11° *Application aux eaux minérales de l'Algérie du procédé de concentration par congélation*, par M. Bertherand. 12° *Sur une des formes de la maladie dite typhoïde*, par M. Puzin. 13° *Bles-*

sures de la rate, par M. Guyon. 14° *Des générations spontanées*, par M. Faure. 15° *Paralysie faciale double*, par M. Ehrmann. 16° *Tumeurs fibreuses de l'oreille*, par M. Guyon. 17° *Sur les circulaires du cordon ombilical autour du cou*, par mademoiselle Puéjac. 18° *Plaie de la face, revivification d'un vaste lambeau*, par M. Vallin. 19° *Abcès du lobe gauche du cervelet*, par M. Fritsch. 20° *Le choléra à Tanger*, par M. Castex. 21° *Considérations sur le climat d'Algérie*, par M. Puzin. 22° *Fracture comminutive du maxillaire inférieur*, par M. Tenin. 23° *Cancer de l'œsophage*, par M. Carreau.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. DECAISNE.

NOTE SUR L'ACTION DES ALCALOÏDES DE L'OPIUM; par M. OZANAM (Commissaires : MM. Rayer, Bernard, Longet.)

Cette question, soulevée dernièrement par M. Cl. Bernard, a été, dit l'auteur, mon étude favorite depuis plusieurs années. Les expérimentations exposées dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie tendent à démontrer les faits suivants :

A. Au point de vue *thérapeutique*, l'opium contient :

1° Des substances *calmantes* : morphine, opianine, narcéine;

2° Des substances *excitantes* : narcotine, thébaïne:

3° Des substances mixtes, alternativement excitantes et calmantes : *codéine*.

B. Au point de vue de la *localisation anatomique*, chaque élément de l'opium paraît avoir, outre une action générale plus ou moins prononcée, une sorte d'électivité sur telle ou telle région du système nerveux.

La morphine, l'opianine, la narcotine agissent sur les *hémisphères cérébraux*, la codéine sur le *cervelet* et le *bulbe rachidien*;

La thébaïne sur la partie supérieure ou cervico-dorsale de la moelle épinière, la narcéine sur la portion lombaire.

Ainsi l'opium constitue un remède précieux et incomparable, aucun succédané ne saurait le remplacer; il pénètre, il dissèque pour ainsi dire le système nerveux, et chacun de ses éléments, qui, pris isolé, pourrait avoir des effets trop déprimants ou trop excitants, trouve son correctif naturel dans son alliance avec les autres.

— M. SCOUTETTEN prie l'Académie de vouloir bien, quand elle aura à s'occuper de la nomination d'un correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, le comprendre dans le nombre des candidats. Il rappelle diverses communications qu'il a faites depuis quelques années et joint à sa lettre une note de ses titres scientifiques imprimée il y a quelques années à l'occasion d'un concours (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

SUR LA VOIX DES POISSONS. Note de M. ARMAND MOREAU, présentée par M. Cl. Bernard.

(Commissaires : MM. Valenciennes, Coste, Bernard.)

L'expérience que je vais citer montre que le son se produit chez certains poissons sous l'influence des nerfs, comme la voix dans le larynx des animaux supérieurs. Les *trigles* font entendre des sons particuliers, qui les ont fait appeler *grondins* par les pêcheurs. Les noms de λύρα (lyre) que l'on trouve dans Aristote, d'*organo* (orgue), qui est employé en Italie pour désigner certaines espèces, semblent empruntés à la fonction de phonation. Voici brièvement les dispositions anatomiques :

Dans le genre *trigle*, et en particulier chez le *trigla hirundo*, la vessie natatoire possède des muscles épais et forts. Ces muscles qui, vus au microscope, offrent la fibre striée, reçoivent deux nerfs volumineux naissant de la moelle épinière, au-dessous des nerfs pneumogastriques et tout près de la première paire dorsale. La membrane muqueuse de la vessie natatoire forme, en s'adossant à elle-même, un repli ou diaphragme qui subdivise la cavité en deux cavités secondaires, communiquant entre elles par une ouverture circulaire analogue à l'ouverture pupillaire. Ce diaphragme est assez mince pour pouvoir être examiné au microscope sans préparation. On distingue nettement des fibres circulaires concentriques, situées au pourtour de l'ouverture centrale, et constituant un sphincter dans lequel viennent se perdre des faisceaux de fibres musculaires dirigées perpendiculairement aux tangentes de ce cercle. Les fibres circulaires et les fibres radiées ne sont point striées comme les fibres des muscles des parois de la vessie natatoire. Elles sont lisses.

Ces diaphragmes existent plus ou moins complets dans plusieurs autres genres de poissons, et, en particulier, chez le *zeus faber*, qui produit des sons analogues à ceux des grondins, comme les pêcheurs l'ont observé de tout temps, et comme je l'ai moi-même constaté. Les muscles de la vessie natatoire du *zeus faber* reçoivent des nerfs venant de trois paires rachidiennes.

Au mois d'août 1863, je sacrifiai un grondin par la section de la moelle au-dessus de la région dorsale, et ayant ouvert l'abdomen, j'appliquai un courant électrique faible sur les nerfs qui vont à la vessie natatoire. Aussitôt les sons caractéristiques, que j'avais entendu l'animal produire volontairement pendant la vie, se répétèrent. J'appliquai le même courant sur les muscles de la vessie natatoire, mais sans résultat; m'étant ainsi assuré que la contraction des muscles n'était pas due à des courants dérivés, mais à l'action physiologique du nerf excité, j'augmentai l'intensité du courant et j'excitai de nouveau les muscles. Les sons caractéristiques déjà observés se reproduisirent; semblables à un grondement sonore et prolongé, ils furent entendus par des personnes situées à plusieurs pas de distance. J'ai ensuite coupé d'un trait de ciseaux l'extrémité inférieure de la vessie natatoire. La cavité inférieure de l'organe a été ainsi ouverte; le diaphragme et l'ouverture centrale qu'il présente sont devenus visibles. Alors j'ai de nouveau galvanisé les nerfs, et j'ai vu d'une manière très-manifeste le diaphragme vibrer pendant toute la durée de la galvanisation. Ces vibrations du diaphragme n'étaient pas sonores dans ces conditions. Il convient d'en appeler à de nouvelles expériences, que je me propose de faire pour déterminer avec précision le rôle de ce diaphragme dans la phonation des poissons.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une observation de luxation de la tête de l'humérus, ancienne et non réduite, envoyée par M. le docteur Am. Paris (d'Angoulême).

2° Une lettre de M. le docteur Brindejonc, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : « Questions d'hygiène publique relatives à la ville de Mamers (Sarthe). »

3° La première partie d'un mémoire sur les kystes hydatiques du foie, par M. le docteur Ladureau, médecin-major de première classe à l'hôpital de Lille.

4° Une lettre du chargé d'affaires d'Autriche, accompagnant l'envoi de la quatrième livraison de l'ouvrage de M. Hébra, sur les « Maladies de la peau. »

5° Un pli cacheté contenant une note sur une question médico-chirurgicale, par M. Vernhes. (Adopté.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce à l'Académie que M. le président GRISOLLE vient d'avoir la douleur de perdre son père.

— M. le Secrétaire donne lecture de la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

« M. Ricord ne s'est pas borné à nier, dans la dernière séance, que les animaux pussent avoir la syphilis. Il a encore parlé clairement, quoique sans me nommer, de mes propres expériences. C'est pourquoi je crois devoir faire quelques remarques à ce sujet. Je serai très-bref, par respect pour les moments et les usages de l'Académie.

« Depuis plusieurs années, j'ai maintes fois communiqué des accidents syphilitiques à divers animaux. Il est difficile à un travailleur sans laboratoire de garder longtemps un certain nombre d'animaux pour les montrer, comme a pu le faire le professeur Sigmund à l'hôpital général de Vienne. Je me suis donc borné au contentement de surprendre à la nature quelques-uns de ses secrets. J'attends avec patience que la *syphilis expérimentale* obtienne son tour de faveur publique.

« Je crois à la transmissibilité de la syphilis aux animaux. Les cas de transmissions accidentelles ont même dû se montrer plusieurs fois au temps et dans les pays où le virus se trouvait plus exalté qu'il ne l'est fort heureusement aujourd'hui parmi nous. Dias de Isla, notamment, en rapporte des exemples observés en Espagne à la fin du quinzième siècle.

« Il est donc possible qu'à cette époque, des chèvres aient eu la syphilis en Italie, et se soient trouvées dans le cas de la transmettre aux hommes; mais alors il est plus que probable que ces chèvres ont dû tenir elles-mêmes des hommes leur maladie.

« Je ne dirai rien de l'expérience que j'ai faite à Saint-Lazare et dont M. Ricord a parlé. Je renvoie aux détails que j'ai donnés dans une lettre adressée au préfet de police, et que j'ai rendue publique. Je prie l'Académie d'accepter l'hommage d'un exemplaire de cette lettre.

« Ceux qui voudront bien prendre la peine d'ouvrir cette brochure aux pages 20, 21 et 22, pourront se convaincre que M. Ricord a exprimé, dans la séance de mardi dernier, des opinions non-seulement différentes, mais encore contradictoires, de celles qu'il avait émises dans le sein de la commission préfectorale.

« M. Ricord a prétendu, par exemple, dans le sein de cette commission, que l'ulcération d'un singe n'était pas syphilitique, parce qu'elle

n'avait pas pu s'inoculer à ce même singe, tandis qu'il déclare aujourd'hui que les chancres qui donnent la syphilis constitutionnelle ne sont pas *auto-inoculables*.

« Je dois dire quelques mots sur cette question :

« La syphilis constitutionnelle peut provenir d'un chancre, qui est d'abord pustuleux, on d'un accident secondaire communiqué directement, qui est d'abord papuleux, et que j'ai appelé *pseudo-chancre* pour consacrer l'erreur de ceux qui l'ont confondu longtemps avec le chancre.

« Le chancre et le pseudo-chancre offrent plusieurs variétés dans lesquelles rentrent ce que M. Ricord appelle le chancre *mou* et le chancre *dur*. Mais toutes ces manifestations et tous ces éléments plus ou moins efficaces de syphilis constitutionnelle sont aisément réductibles les uns aux autres.

« La syphilisation les ayant bien fait connaître, chacun a pu puiser à cette source ce qui convenait pour édifier ou pour reconstruire un système syphilographique.

« Aujourd'hui que la syphilisation a remplacé le mercure dans les hôpitaux de Norwége, on y produit à volonté, pour les besoins du service, le chancre que M. Ricord appelle *mou* avec la matière de celui qu'il appelle *dur*. C'est M. Bidenkap, habile syphilisateur norwégien et élève du professeur Boëck, qui a érigé cette conversion en méthode et en pratique.

« Il n'y a point de doute que, si M. Ricord était témoin de ce phénomène, il ne se rendît à l'évidence avec le même empressement que quand il s'est agi du dogme de la contagion secondaire. Peut-être trouverait-il encore une satisfaction rétrospective à se rapprocher ainsi de son ancien système, qui était entièrement basé sur l'unité du virus et la suprématie du chancre pustuleux.

« En résumé, je déclare que certains animaux, et que les singes en particulier, peuvent contracter toutes les variétés de chancres, et même la *vérole*, pour lâcher le gros mot.

« L'Académie n'a pas d'autre moyen de s'en assurer que de former une commission qui serait chargée d'instituer des expériences *ad hoc*.

« J'ai l'honneur, monsieur le Président, etc.

« AUZIAS-TURENNE. »

— M. JOLLY offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le docteur Guipont (de Laon), un volume intitulé : *Traité de la dyspepsie*; ouvrage qui a obtenu le prix Civrieux en 1863.

— M. RAYER offre, au nom de la Société de biologie, le 5me volume de la 3me série, 15me de la collection, des *Mémoires et Comptes rendus* de cette Société.

— M. DEPAUL, au nom de M. le docteur Gianelli, professeur à l'Université de Pavie, dépose sur le bureau un volume in-4° contenant les tableaux statistiques des vaccinations pratiquées à Milan.

M. le docteur Gianelli partage, à l'égard de la vaccine, les opinions à propos desquelles M. Depaul a « vivement combattu. »

A l'occasion de la correspondance, M. Vernois appuie les observations qui ont été faites par M. Depaul et qui sont reproduites aujourd'hui par M. Auzias-Turenne. En 1833, il était interne à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord, et avait pour collègue M. Nivet, interne en pharmacie, maintenant professeur à Clermont-Ferrand.

M. Vernois et M. Nivet remarquèrent un chat qui avait l'habitude de manger la charpie souillée du pus des ulcérations syphilitiques. Ce chat mourut ayant la gueule complétement ulcérée; tous les os étaient exostosés, et absolument comparables à ceux d'un malade mort cachectique et qui n'avait pas pris de mercure. Ces os ont dû être conservés par M. Nivet, et si la discussion s'engage à ce sujet, M. Vernois pourra les lui demander.

A l'occasion du procès-verbal, M. Briquet demande à présenter quelques observations.

M. BRIQUET : Je crains que mon dernier discours n'ait été mal interprété au sein de l'Académie comme en dehors : aussi je désire un peu m'expliquer. Il est certain que les graves infractions aux lois de l'hygiène sont suivies de maladies spéciales : ainsi les grands mangeurs finissent par avoir l'estomac malade; chez les grands penseurs, c'est le cerveau : ce sont donc les organes qui ont été le plus surexcités qui ont la plus grande tendance à être affectés. Pour la syphilis, on sait bien que ce n'est pas un exercice immodéré des fonctions génitales qui peut la donner; mais qui sait si l'exercice de ces fonctions pratiqué d'une façon anormale ne serait pas une cause de syphilis?

Quant aux chèvres qu'on m'a reproché d'avoir incriminées, je n'ai pas dit qu'elles fussent infectées par la syphilis, et je n'ai pas voulu dire non plus que les animaux pouvaient avoir cette maladie : je fais mes réserves là-dessus : j'ai dit seulement qu'elles étaient malades, et j'ajoute aujourd'hui qu'elles pouvaient être affectées de vaginite. De plus, avec les habitudes de raffinement dans le vice que l'on connaît à l'époque en question, il se pourrait bien qu'on ait choisi de préférence le moment du rut, moment où les parties génitales des animaux sont lubréfiées par un mucus jouissant peut-être de propriétés virulentes.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la pustule maligne.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA PUSTULE MALIGNE ET LES MALADIES SPÉCIFIQUES.

M. LEBLANC lit un discours dont voici les conclusions :

1° Je me crois fondé à dire que tous les virus, c'est-à-dire les causes immédiates des maladies contagieuses non parasitaires sont des produits animaux qui peuvent se former de toutes pièces sous la double influence d'agents indépendants du corps de l'individu dans lequel et aux dépens duquel a lieu leur formation et de dispositions particulières à cet individu.

2° Les produits, qui ne sont jamais innés, ont la propriété, comme les levains, de faire développer, ou plutôt de faire naître dans des individus autres que celui dans lequel ils ont été formés, de nouveaux produits semblables à eux-mêmes, à la condition qu'ils aient été en rapport immédiat, sous une forme quelconque, avec la substance de ces individus, et à la condition aussi que les espèces auxquelles appartiennent ces derniers soient aptes à la transformation par le contact de tel ou tel virus; car le même virus n'a pas toujours la même action sur toutes les espèces.

3° Les médecins doivent apporter une grande attention à l'étude, à la recherche des influences capables de faire développer les virus, afin de pouvoir les éviter, ou les modifier, ou les détruire.

4° Je suis convaincu que l'on arrivera à déterminer un bon nombre de ces influences, et j'affirme que l on est déjà parvenu à ce résultat pour quelques maladies virulentes.

5° Il est au pouvoir de l'homme de prévenir les influences créatrices de certains virus, et même de les modifier de manière à faire avorter les produits qui seraient déjà, à n'en guère douter, en voie de formation.

6° Dans toutes ces circonstances, et je devrais peut-être me dispenser de le dire, il faut éviter les rapports entre les individus atteints de maladies virulentes et les individus sains.

(Je néglige à dessein de parler ici des inoculations préservatrices ou modératrices.)

7° Dans quelques cas, le médecin peut combattre efficacement par ses conseils et par son action certaines maladies virulentes très-graves, notamment le charbon sous forme de tumeurs, et spécialement la pustule maligne, qui est commune à l'homme et aux animaux, et que les vétérinaires traitent souvent avec succès en combinant l'excision partielle des parties malades avec la cautérisation par le fer rouge et par les caustiques potentiels.

M. J. GUÉRIN : Je n'ai pas l'intention de rentrer dans le fond du débat, mais la lecture que l'Académie vient d'entendre et ce que j'ai lu d'ailleurs du discours prononcé par M. Magne dans une des précédentes séances, à laquelle il ne m'a pas été permis d'assister, me prouve qu'au dedans comme au dehors on s'est mépris en plusieurs points sur les doctrines que M. Bouillaud et moi nous avons professées et défendues à l'occasion de la discussion sur la pustule maligne. Dans les discussions qui portent plus particulièrement sur les principes et les idées, il est assez difficile de se faire bien comprendre; soit que ceux qui parlent ne soient pas assez clairs, soit que ceux qui écoutent ne soient pas assez attentifs, il arrive presque toujours que les idées sont mal comprises et les opinions mal rendues; c'est ce qui nous est arrivé à propos de quelques points de la théorie des maladies virulentes et contagieuses, et en particulier de la pustule maligne. L'Académie me permettra donc de préciser une dernière fois ce j'ai dit, en particulier sur la spontanéité des maladies spécifiques, sur leur pathogénie dans leurs rapports avec les causes dites générales, et sur la spontanéité de la pustule maligne.

En ce qui concerne la spontanéité de certaines maladies spécifiques, je n'avais pas attendu cette discussion pour en proclamer la possibilité, et dans la discussion sur la morve j'avais immédiatement admis les deux origines, et j'avais même indiqué dès l'abord les caractères et la différence de gravité que présentent la morve spontanée et la morve communiquée. Je n'avais donc pas attendu sur ce point les enseignements de nos collègues de la vétérinaire, ainsi qu'on l'a dit et ainsi que vient de le répéter M. Leblanc. C'était donc pour nous, et pour moi en particulier, un fait dès longtemps démontré que le développement spontané de certaines maladies spécifiques contagieuses. Mais cette doctrine implique-t-elle, comme on me l'a fait dire, la spontanéité de toutes les maladies de cet ordre? Et y a-t-il, comme on l'a dit, contradiction de ma part à soutenir en fait la spontanéité de quelques maladies spécifiques et la négation absolue de cette spontanéité pour la pustule maligne? L'Académie ne pourra le croire si elle considère que dans un cas, les maladies qui, comme la morve et le charbon, ont le privilége de se développer spontanément sous nos yeux, affectent des caractères et une marche propres à ce mode de développement, caractères et marche tous différents de ce qu'on observe dans le mode de développement par transmission. Or, si l'observation et l'expérience prouvent que la morve et le charbon peuvent tout à la fois se développer spontanément et se transmettre par voie de contagion, et si, d'autre part, l'observation et l'expérience n'ont offert jusqu'ici, pour certaines maladies, et pour la pustule maligne en particulier, que des cas d'origine communiquée, et si tous les cas observés de cette dernière se sont présentés avec

une seule et même physionomie, n'est-il pas logique de conclure, pour les unes, à la spontanéité, et pour les autres, à la transmission ? Cette doctrine, qui s'arrête aux faits observés, n'implique pas plus la nécessité pour certaines maladies, et pour la pustule maligne en particulier, de se développer spontanément, que la spontanéité démontrée de certaines autres n'implique pour elles la nécessité d'un seul et même mode de développement. Nous nous bornons à dire que jusqu'ici les cas de pustule maligne observés se sont montrés avec les caracteres de l'origine extérieure et une identité de caractères dans tous les cas qui ne permet pas d'admettre deux modes d'origine différents. Pour nous, c'est donc une question de fait et d'expérience, et une application de la méthode étiologique.

En ce qui concerne l'action des causes générales et spécifiques dans leurs rapports avec la pathogénie des maladies contagieuses, la méprise a été encore plus considérable. Malgré mes explications réitérées, M. Magne, dans l'avant-dernière séance, et M. Leblanc aujourd'hui, ont reproduit des allégations et des interprétations que je croyais désormais impossibles. M. Magne me prête l'opinion que les causes générales réputées propres à provoquer le développement de certaines maladies spécifiques, de la morve, par exemple, agissent en tant que causes générales, précédées seulement d'une prédisposition. Notre savant collègue m'a mal lu et mal compris. Dans la discussion sur la morve, j'ai admis et soutenu, précisément en opposition avec M. Renault, qui représentait à cette époque l'opinion vétérinaire, que lorsque certaines causes en apparence générales paraissent amener le développement de la morve, ce n'est pas à la faveur d'une action isolée, d'une action banale, mais en s'associant à certaines autres causes, à certaines prédispositions, à certains éléments étiologiques différents, lesquels, en vertu de leur combinaison, réalisent un ensemble systématique tout spécial, ensemble dans lequel chaque élément peut avoir sa part, mais n'agit que combiné, que fondu dans un ensemble, lequel devient ainsi la cause spécifique propre à engendrer le virus spécifique, sans lequel il n'y a pas de maladie spécifique possible. Voilà comment j'ai admis et expliqué, dans certains cas, le concours de causes dites générales. Ces éléments, ai-je dit, sont les causes éloignées de la maladie, et en vertu de leur mode d'association et de combinaison, elles agissent à la façon des éléments primordiaux que la nature combine de tant de manières, et dont la chimie explique la différence par la seule différence de leurs combinaisons. Est-il nécessaire d'ajouter que dans cette façon d'admettre et de considérer l'action des causes dites générales, il n'y a aucune concession à faire, comme le prétend encore M. Leblanc, aux enseignements de la médecine vétérinaire. Nos savants collègues ont pu nous apprendre que dans la pathogénie de la morve certaines causes, telles que l'extrême fatigue, l'épuisement, la mauvaise nourriture, ont une influence évidente : nous avons admis avec grande considération ce témoignage de leur expérience, mais nous ne l'avons admis qu'en conformité de certains principes dès longtemps établis dans notre science et sous la réserve des doctrines que je viens de reproduire. Cela est si vrai que, ainsi que je l'ai rappelé dans une des précédentes séances, M. Renault, en citant les causes dites générales, les opposait à notre doctrine de la spécificité des virus, et du virus de la morve en particulier ; prétendant que ces derniers, considérés comme causes prochaines de ces maladies, n'étaient que des hypothèses, et que les premières avaient seules à ses yeux le caractère de causes, en tant qu'elles pouvaient réaliser l'altération du sang, à laquelle il réduisait la maladie.

De ce qui précède, je crois donc pouvoir conclure :

1° Qu'avant l'adhésion de la médecine vétérinaire aux principes de la médecine humaine, nous professions, M. Bouilland et moi, la spontanéité possible de certaines maladies ;

2° Que cette spontanéité, démontrée pour certaines maladies, la morve et le charbon, n'implique pas la nécessité de la spontanéité de toutes les maladies virulentes et en particulier la spontanéité de la pustule maligne ;

3° Que l'origine extérieure de la pustule maligne, parfaitement démontrée pour un certain nombre de cas, n'implique pas absolument l'impossibilité de l'origine spontanée pour d'autres, mais que l'identité des caractères, des symptômes et de la marche de la maladie dans tous les cas observés jusqu'ici ne permet pas d'admettre un autre mode d'origine que l'origine communiquée ;

4° Que si l'observation révèle des cas de pustule maligne spontanée, c'est à la condition qu'elle y constatera des caractères, des symptômes et une marche propres à ce mode de développement ;

5° Finalement que les causes dites générales ne concourent à la réalisation spontanée des maladies virulentes contagieuses qu'à titre de causes éloignées, et en s'associant et se combinant avec d'autres éléments étiologiques dont l'ensemble se résout dans la formation de l'état ou du principe virulent, c'est-à-dire de la cause prochaine ou efficiente de ces maladies.

M. Gosselin : Je ne voudrais pas laisser clore cette discussion sans rappeler un peu le point de départ, dont on s'est beaucoup écarté depuis le commencement de cette discussion, et comment à cette époque nous nous étions expliqué sur les desiderata de la question. Dans les développements intéressants que nos collègues ont donnés à propos des maladies virulentes, on est arrivé au nom du raisonnement les uns à admettre, les autres à nier la spontanéité de la pustule maligne. Dans notre rapport, nous n'avons voulu invoquer le raisonnement ni l'induction, ce qui ne veut dire nullement que nous dédaignions ces moyens d'arriver à la vérité ; nous n'avons parlé que de l'observation défectueuse quant à la spontanéité de la pustule maligne, et je dois dire qu'après les discours que nous avons entendus, elle l'est encore.

Nous avons accepté depuis Enaux et Chaussier, c'est-à-dire depuis 1785, que la pustule maligne est toujours communiquée, et les faits nous ont paru probants. Cependant cette étiologie était devenue en quelque sorte trop fatale, et c'est pour combattre cette facilité trop grande à admettre l'étiologie généralement admise, et se dispenser ainsi de remonter toujours à l'origine, qu'a été fait le travail de MM. Gallard et Devers.

Aujourd'hui on ne peut établir complétement la question étiologique avec les documents anciens, qui ne sont pas tous le fruit d'une observation exacte. Dans les traités modernes sur la pustule maligne, on peut distinguer deux catégories de faits : ceux dans lesquels les malades avaient été en contact avec des dépouilles fraîches ; dans ces cas, la transmission nous paraît assez évidente, et nous pouvons les admettre sans les voir. Mais à part ceux-là, il y en a beaucoup d'autres où, à côté de la maladie, on ne voit pas l'origine. Dans ce dernier ordre de faits, il y a encore deux catégories : une première dans laquelle on a invoqué la profession (mégissier, tanneur, cardeur, etc.). Cette opinion a besoin d'être soumise à un examen sérieux, et voici sur quoi je me fonde. J'ai mon service chirurgical dans un quartier où abondent les professions qui ont la peau pour base de leur travail. Eh bien ! je n'ai encore observé à la Pitié que quatre cas de pustule maligne, et encore deux s'étaient présentés chez des personnes complétement étrangères à ces professions.

D'un autre côté, un médecin fort distingué, de Montpellier, M. Pécholier, dans un travail publié récemment sur les maladies des ouvriers tanneurs et mégissiers, fait remarquer avec étonnement que la pustule maligne est extrêmement rare chez ces individus ; ce fait l'a frappé d'autant plus qu'il admet que le virus conserve sur les dépouilles préparées sa faculté virulente. Je ne nie pas, quant à moi, cette propriété qu'aurait le virus d'infecter par l'intermédiaire des dépouilles, mais j'avoue que jusqu'à ce que de nouvelles observations précises aient été faites, je ne saurais admettre que tous les lavages et préparations qu'on fait subir à ces matières ne les débarrassent pas du virus. Par conséquent, il me semble qu'il faut laisser un doute sur cette étiologie que nous sommes portés à admettre trop facilement.

Dans des cas où l'on ne trouvait pas d'autre origine, on a admis la possibilité d'une piqûre de mouche. Or il est précisément assez rare que cette coïncidence se soit rencontrée sur les malades observés. Et puis, la mouche a-t-elle pris du virus, et où l'a-t-elle pris, lorsqu'il a été prouvé qu'à une grande distance à la ronde il ne se trouvait pas d'animal charbonneux ?

En somme la question ne peut pas encore être jugée. Que ceux qui sont à même d'observer de près la maladie l'étudient de nouveau, et voient si elle peut provenir des matières septiques aussi bien que du virus.

M. le Président annonce que les conclusions du rapport ayant été adoptées et personne ne demandant plus la parole, la discussion sur la pustule maligne est close.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1864 ;
par M. le docteur Dumontpallier, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Pathologie.

Phlébite spontanée de la veine fémorale chez un jeune sujet ;
par M. le docteur Peter.

Un jeune homme de 16 ans entre le 26 mars 1864 à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau. Il a une fièvre vive, un aspect typhoïde. Il raconte que sa maladie a débuté quatre jours avant son entrée à l'hôpital par une vive douleur dans l'aine droite, et il croit que cette douleur est due à ce qu'il avait beaucoup scié de bois la veille.

Quoi qu'il en soit, le pied droit est rouge et tuméfié, le mollet et la cuisse sont également tuméfiés. Il y a de plus une douleur intense dans toute la partie interne de la cuisse et dans la région inguinale correspondante. Cette douleur augmente par la pression, et l'on sent profondément, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, un cordon dur et cylindroïde au milieu d'un empâtement périphérique. On diagnostique une phlébite.

Violente impulsion du cœur, sans bruit de souffle à la pointe. Soif ar-

dente; fièvre intense. Albuminurie très-légère. Loquacité pendant le jour, délire tranquille la nuit.

Le 29, huitième jour de la maladie, vomissements et délire dans la journée. Mort à six heures du soir.

A l'autopsie, on trouve que la veine *fémorale* est oblitérée dans toute son étendue, c'est-à-dire de l'arcade fémorale jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. La veine poplitée est également oblitérée jusqu'au tiers inférieur de la jambe exclusivement. La veine iliaque externe, la veine iliaque primitive et la veine cave sont complétement perméables.

A l'intérieur de la veine fémorale on constate que les parois du vaisseau ont plus que quintuplé d'épaisseur, l'ouverture restant béante comme le ferait l'incision d'une artère. Cette altération des parois commence au point de jonction de la fémorale avec la saphène interne et se prolonge vers le pli de l'aine. Malgré cette altération des parois, la tunique interne a conservé sa blancheur et son poli habituel.

Dans toute l'étendue où existe l'épaississement des parois vasculaires se trouve un caillot grisâtre, formé de couches concentriques, dont les plus externes sont les plus cohérentes, et dont la couche tout à fait extérieure adhère intimement à la tunique interne, de sorte qu'il faut un certain effort de traction pour l'en détacher; on peut même soulever tout le vaisseau en tirant sur le caillot. La partie centrale de celui-ci est formée de couches mal agrégées, comme pultacées, à demi liquides, et qui s'écrasent à la moindre pression. Cependant il n'y a pas là de collection liquide et jaunâtre, semblable à du pus, et qui en pareille occurrence est formée par de la fibrine à l'état liquide.

Au niveau de ce caillot, la veine fémorale présente une dilatation ampullaire telle que son calibre est plus considérable que celui de la veine cave inférieure.

Ce caillot se termine en haut par un prolongement fibrineux, caudiforme, de 1 centimètre environ de longueur; en bas, au contraire, on n'observe plus qu'un caillot rouge noirâtre, de formation évidemment très-récente.

Le caillot de la veine poplitée est également un caillot cruorique, et à son niveau, comme dans les points de la veine fémorale où le caillot a cet aspect, les parois vasculaires n'ont pas augmenté d'épaisseur.

Sur un point de la tunique interne de la veine fémorale, là où elle a augmenté d'épaisseur et près du confluent de la veine saphène interne, se voit une tache très-blanche, de 2 millimètres de diamètre, très-régulièrement circulaire, faisant à peine saillie au-dessus de la tunique interne. Dans le voisinage on découvre une dizaine de petits points semblables, du volume d'une tête d'épingle. Cette tache est formée par un dépôt interstitiel d'un peu plus de 1 millimètre d'épaisseur, constitué, ainsi que le prouve le microscope, par une matière granuleuse, amorphe, et de nombreux noyaux, c'est-à-dire par une substance qui n'est autre que la matière des exsudats phlegmasiques.

La veine fémorale, au niveau des points où elle est ainsi altérée, est intimement adhérente au tissu cellulaire ambiant, et sa tunique externe est très-dépolie.

Il n'y a pas de caillots dans l'*artère pulmonaire*, examinée dans toutes ses divisions.

Les *poumons* sont absolument intacts.

Il n'y a rien au *cœur*.

Hyperémie notable du *cerveau* à sa surface et surtout à sa base; il y a un peu de piqueté cérébral. Nulle part il n'y a de trace de phlegmasie méningée. Il n'y a d'épanchement ni dans la cavité de l'arachnoïde ni dans les ventricules.

Les *plaques de Peyer* sont saines.

La membrane muqueuse de l'estomac présente quelques érosions longitudinales, probablement cadavériques, car il n'y a pas d'injection à l'entour.

On n'a malheureusement pas examiné les reins.

En résumé, il y a ici tous les caractères d'une coagulation faite sur place dans la veine fémorale, et toutes les altérations anatomiques de la phlébite: épaississement des parois vasculaires et dépôt fibrineux interstitiel.

La cause de l'affection est obscure, et la marche en a été rapidement funeste, sans qu'il soit possible de comprendre la cause prochaine de la mort, sinon par une adultération hypothétique du sang.

Glycosurie aiguë; par le docteur M. Peter.

N... âgé de 28 ans, entre le 24 mars 1864 dans la salle Sainte-Agnès, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau. C'est un homme maigre, chétif, qui depuis deux mois s'est livré à un travail bien au-dessus de ses forces; il a été véritablement surmené. Depuis cette époque il a maigri, pâli et perdu ses forces. Cependant son appétit s'est accru et il éprouve une soif ardente depuis trois semaines.

N... entre à l'hôpital avec un aspect typhoïde type; sa langue est sèche et râpeuse, son œil ébrieux, sa marche hésitante et chancelante. Il a une légère céphalalgie. Il y a huit jours une épistaxis peu abondante a eu lieu. Il tousse un peu depuis six semaines. Pouls à 108; peau sèche.

On constate que le *foie* est volumineux et déborde les fausses côtes de trois travers de doigt; il envahit tout l'épigastre; il n'est d'ailleurs pas douloureux. La *respiration* est normale, le murmure vésiculaire s'entend partout avec une égale clarté.

Le premier jour de sa résidence à l'hôpital, cet homme boit 18 litres d'eau de Vichy et mange deux portions seulement. Il rend à peu près 18 litres d'une urine qui pèse 1040, réduit énergiquement la liqueur de Frommherz et décolore 30 à 40 gouttes de teinture d'iode. Il a pris comme médicament 10 grammes de craie lavée.

Le 28, il ne boit que 9 litres, urine en proportion; le liquide pèse 1029 et présente les mêmes réactions.

A partir du 29, l'urine est rendue en quantité plus considérable que celle du liquide ingéré; ainsi, le 29, le malade boit 8 litres de liquide et rend 9 litres 1/2 d'urine; le 30, il boit encore 8 litres et en urine 9; le 1er avril, il boit 6 litres seulement et urine 9 litres. La densité de l'urine oscille entre 1027, 1023 et 1030.

L'état général est mauvais; il y a de la langueur, de la fièvre, mais pas de malaise nettement accusé. Absence de sueurs.

Le 5 avril, 6 litres de boisson et 8 litres 1/2 d'urine; le 6, 4 litres 1/2 de boisson et 6 litres 1/2 d'urine.

Le 11, la fièvre augmente, le pouls est à 112, le malade ne peut plus se lever, il reste immobile dans son lit; l'appétit a complétement disparu; la soif a notablement diminué; il ne boit plus que 2 litres et a uriné 1850 grammes d'un liquide toujours très-riche en glycose.

Il n'y a pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue.

Le foie est toujours aussi volumineux, toujours indolent. Les reins sont indolents.

La mort a lieu le 13 avril, après une agonie paisible.

A l'entrée du malade on avait été frappé de la coloration presque bronzée de sa face et de la couleur noirâtre de son pénis.

A l'*autopsie*, on ne trouve aucune altération des *capsules surrénales*. Les *reins* ne sont ni plus volumineux ni plus vasculaires qu'à l'état normal. L'intestin, l'estomac et les poumons ne présentent aucune altération. Le foie a doublé de volume; le lobe droit a 19 centimètres de hauteur; le lobe gauche, qui s'étend jusqu'à la rate, est long de 20 centimètres, et la longueur totale du foie est de 34 centimètres. L'organe est granuleux dans toute son étendue; sa couleur est d'un gris jaunâtre uniforme, sa densité considérable; il résiste à la pression et ne se laisse pas pénétrer par le doigt. Il crie sous le scalpel et la surface de sa coupe, au lieu d'être lisse, est granuleuse elle-même. La capsule fibreuse et les trabécules qui segmentent le foie ont augmenté d'épaisseur; mais ce sont surtout les *acini* qui ont notablement augmenté de volume ce sont eux qui font à la coupe cette saillie qu'on a indiquée. Aussi l'hypertrophie ne porte pas tant sur les parties fibreuses que sur la partie fondamentale et sécrétante du foie. Au microscope, on constate que les cellules hépatiques, loin d'être détruites ou atrophiées, ont augmenté de nombre et de volume.

Le quatrième ventricule, comparé à celui d'un individu mort tout autrement, ne présentait aucune différence appréciable. La vascularisation n'y était pas plus considérable et la couleur y était la même. Au-dessous de la membrane ventriculaire on ne trouvait pas au milieu des cellules nerveuses ces dépôts de matières hématiques, ces globules granuleux signalés dans quelques cas de diabète.

Réflexions. — Il est impossible de ne pas être frappé, dans ce fait, de la corrélation qui existe entre l'hypertrophie de la partie sécrétante du foie et la glycosurie. Ainsi, la production de glycose augmente dans l'organisme au point que ce produit doit être éliminé par les reins, et voici qu'on trouve non-seulement une augmentation de volume de l'organe, mais surtout dans l'organe ainsi modifié, une augmentation de volume et de nombre des éléments sécréteurs. Tout cela est d'accord avec la théorie glycogénique de M. Cl. Bernard.

D'un autre côté, l'affection ayant duré peu de temps et la polyurie ayant été peu considérable, il n'y a pas eu hypertrophie notable des reins. Il convient de noter ici que M. le docteur Luys, qui a fait l'examen du quatrième ventricule de notre malade, a affirmé qu'il existait une lésion caractérisée par une coloration jaunâtre de la paroi du quatrième ventricule et un état variqueux des vaisseaux superficiels. Toutefois, M. Luys reconnaît que ces altérations ne sont pas aussi nettement accusées que dans certains faits de diabète à marche chronique.

Ce qui est également remarquable, au point de vue symptomatique, c'est la rapidité insolite de la marche et la ressemblance que cette maladie a présentée avec la dothinentérie (par l'affaissement et la stupeur) et même avec la phthisie aiguë (par le marasme). Combien de diabétiques perdent chaque jour et pendant longtemps de plus grandes quantités de glycose que cet homme, qui ne meurent pas aussi rapidement ni avec le même cortége de symptômes typhoïdes!

SÉANCES DE MAI.

II. — Physiologie et pathologie comparées.

Recherches physiologiques et pathologiques sur les couches optiques a propos du tournis chez le mouton; par le docteur M. Leven.

Les couches optiques sont des centres d'innervation pour les membres supérieur et inférieur.

Une même piqûre des couches optiques détermine le mouvement de manége indistinctement dans le sens du siége de la lésion ou en sens opposé.

La physiologie ne fournit aucun renseignement sur le rôle des couches optiques quant à leur influence sur la fonction de la vision.

La pathologie démontre qu'elles ont une influence indirecte sur la vision.

Certaines lésions pathologiques des couches optiques, et principalement les kystes hydatiques, produisent en même temps que tous les désordres du mouvement propres au lésions du cervelet, le tournis, le tremblement, les mouvements choréiques, l'incertitude dans la marche, l'amaurose, qui simple d'abord et se localisant dans l'œil du côté opposé au siége de la lésion, devient double bientôt, ou bien encore est double d'emblée.

Ce sont là des phénomènes que la physiologie, avec ses procédés d'investigation, n'a encore pu réaliser.

Les lacunes de la physiologie résultent de ce qu'elle est impuissante à réaliser des altérations analogues à celles des kystes hydatiques qui, comprimant les couches optiques, traversées par les pédoncules cérébelleux, déterminent la symptomatologie des affections cérébelleuses.

En sorte que dans la très-grande majorité des cas, le diagnostic des kystes des couches optiques et des kystes du cervelet est impossible.

L'amaurose ne dépend pas directement de la couche optique.

Elle est très-fréquente dans un groupe déterminé des maladies de la couche optique.

Ce fait est d'une haute importance, il montre les liens étroits entre la nature de la tumeur cérébrale et les symptômes qu'elle développe.

Il montre que l'on n'arrivera à éclairer le diagnostic des maladies du cerveau qu'en tenant compte de la lésion et de la composition si complexe des diverses portions de l'encéphale.

Je prouverai, dans une prochaine communication, l'identité des symptômes des kystes hydatiques chez l'homme et les animaux.

III. — Anatomie pathologique.

Épilepsie symptomatique; examen microscopique d'une petite tumeur du pédoncule cérébral gauche; par MM. Cornil et Thomas.

Un homme était entré à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Denonvilliers, pour de larges brûlures superficielles.

Cet homme, âgé de 30 ans, était épileptique depuis l'âge de 12 ans, les accès convulsifs ne revenaient qu'à de longs intervalles.

Pendant son séjour à l'hôpital, ce malade était pris d'attaque épileptique à chaque pansement des brûlures. La cicatrisation des brûlures se fit cependant régulièrement; mais lorsqu'elle fut complète, le malade eut des attaques épileptiques qui se répétaient 7, 8 et 10 fois par jour. Il a succombé au milieu d'un accès.

A l'autopsie, on constate que le cerveau est bien développé, il ne présente point de vascularisation exagérée: mais le pédoncule cérébral gauche est le siége d'une tumeur. Cette tumeur est dure, elle a déterminé l'atrophie d'une partie du pédoncule. Cette atrophie s'étend à la protubérance et à la pyramide antérieure du côté gauche.

Cette tumeur est constituée aussi bien sur des coupes que par la dissection avec les aiguilles, par un tissu composé de fibrilles extrêmement fines, de telle sorte qu'avec un grossissement de 500 diamètres, on leur distingue à peine un double contour, et par des noyaux ovoïdes. Les fibrilles sont flexueuses, assez longues; les noyaux ovoïdes sont pourvus d'un nucléole. Leur longueur est de 6 à 8 millimètres, leur largeur 3 millimètres. On trouve, en outre, dans cette petite tumeur des fibres élastiques et des vaisseaux; il n'y a pas d'éléments nerveux proprement dits, ni tubes ni cellules.

La pyramide atrophiée, examinée comparativement avec celle du côté opposé sur des coupes minces longitudinales ou perpendiculaires à la longueur, après durcissement préalable dans l'acide chromique, nous a donné les résultats suivants:

La pyramide du côté sain offre des tubes nerveux larges, à double contour, formés de leur cylindre-axe et de l'enveloppe médullaire. Ils sont pressés les uns contre les autres, et au bord de la préparation on voit des amas globuleux ou granuleux de substance médullaire.

Du côté atrophié, au contraire, les tubes nerveux sont minces, le double contour est à peine visible et la substance médullaire a disparu presque entièrement; leur cylindre-axe est normal. Ils sont séparés les uns des autres sur une coupe par un tissu fibrillaire qui contient une quantité considérable de corpuscules amyloïdes, et quelques noyaux allongés en moindre quantité. Il n'y a pas de corps granuleux de Gluge.

Cette altération de la pyramide est absolument la même qu'on trouve dans les cordons postérieurs des moelles d'ataxie locomotrice: Atrophie des tubes nerveux, disparition de la substance médullaire et formation de corpuscules amyloïdes. Quant à la structure de la tumeur du pédoncule, elle est la même que celle des parties sclérosées du cervelet que M. Duguest a présentées à la Société anatomique dans trois observations se rapportant également à l'épilepsie.

IV. — Pathologie comparée.

Note sur l'anesthésie de la cornée dans l'empoisonnement par le sulfure de carbone; par MM. Georges Bergeron et P. Lévy.

A l'occasion d'une observation recueillie par mon collègue et ami M. Lévy dans le service de M. Pidoux, et où il s'agissait d'un ouvrier travaillant le caoutchouc soufflé, nous avons cru devoir, M. Lévy et moi, faire quelques expériences. De ces expériences, j'extrais ici ce qui a trait à un point très-particulier de l'intoxication sulfo-carbonée, c'est-à-dire l'insensibilité cornéenne.

Le malade dont nous avons recueilli l'observation présentait cette anesthésie à un haut degré, et cela sans trouble de la vue. Voici ce que deux expériences confirmatives nous ont appris à cet égard.

Dans une première expérience faite sur un cochon d'Inde, soumis, sous une cloche tubulée, à l'inhalation du sulfure de carbone, nous avons noté, au bout de quinze minutes, l'anesthésie de la cornée; elle avait succédé presque immédiatement à la période de résolution et de collapsus, qui survient très-rapidement dans les expériences faites sur les animaux.

La sensibilité de la cornée revint environ vingt minutes après que l'animal eut été retiré de la cloche et mis à l'air libre, la sensibilité cutanée avait déjà reparu depuis environ quatre à cinq minutes.

Dans trois autres expériences faites, deux sur des chiens, une sur un lapin, nous avons noté cette anesthésie, et toujours nous avons reconnu qu'elle apparaissait un peu avant que la sensibilité cutanée eût entièrement disparu.

VARIÉTÉS.

— La commission instituée pour juger du mérite des applications de l'électricité vient de décerner le prix de 50,000 fr. fondé par le décret de l'Empereur, du 23 février 1852, à M. Ruhmkorff.

— La séance solennelle de la Faculté de médecine aura lieu le 3 novembre prochain. Les actes et les cours commenceront immédiatement après. Les amphithéâtres de l'Ecole pratique seront ouverts à partir du 17 octobre.

— L'installation de M. Fonssagrives, premier médecin en chef de la marine, en qualité de professeur d'hygiène à la Faculté, a eu lieu le 22 août dernier. M. le recteur présidait la cérémonie; après avoir prononcé une allocution qui a été fort goûtée, il a reçu le serment du nouveau professeur. M. Bouisson, assesseur, remplissant les fonctions de doyen en l'absence de M. Bérard, a voulu joindre sa parole si animée à celle de M. Donné. Dans sa réponse, M. Fonssagrives s'est su trouver des mots heureux qui, en révélant une émotion réelle, ont montré combien ce digne professeur sentait la portée de l'honneur que lui avait fait la Faculté en l'admettant au nombre de ses membres distingués. (*Montpellier médical.*)

— A la suite d'un concours qui vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un prix de clinique fondé par M. Donné, recteur de notre Académie, le jury a décerné le prix consistant en un microscope d'Oberhœuser, à M. Jean-Félix Chavernac, d'Azillanet (Hérault).

Un autre prix (un mannequin d'Auzoux, petit modèle), dû également à la munificence de M. le recteur Donné et destiné à celui des candidats à la place d'aide-anatomiste qui serait sorti vainqueur du concours, a été obtenu par M. Gonzagues (Eustache), d'Alignan-du-Vent (Hérault).

M. Félix Maillac, de Bazanet (Aude), a été classé second dans le concours pour la place d'aide-anatomiste. (*Id.*)

— Les concours pour les places d'officiers de santé de la marine s'ouvriront le 1er octobre.

Le nombre des places disponibles dans chaque port s'élève aux chiffres suivants:

Port de Brest: deux places de chirurgien de première classe pour le port; huit places de chirurgien de deuxième classe, dont une pour le Sénégal; dix places de chirurgien de troisième classe, dont une pour la Guadeloupe, une pour la Réunion, deux pour la Guyane.

Port de Rochefort: une place de chirurgien de première, de deuxième et de troisième classe pour le port.

Port de Toulon: deux places de chirurgien de première classe, dont une pour le Sénégal; six places de chirurgien de deuxième classe, dont une pour le Sénégal; sept places de chirurgien de troisième classe, dont deux pour la Guadeloupe, une pour la Guyane.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : ORIGINE DES MALADIES VIRULENTES. — LA SYPHILIS EXISTE-T-ELLE CHEZ LES ANIMAUX?

Dans une des dernières séances, M. Vernois avait rappelé succinctement un cas — dont il aurait été témoin pendant son internat à l'hôpital du Midi — de syphilis constitutionnelle chez un chat, lequel aurait contracté la maladie en mangeant habituellement les cataplasmes imprégnés d'humeur syphilitique. Ce fait a été repris incidemment et commenté par M. Ricord comme ne présentant aucun des caractères d'une observation sérieuse, et contraire à ce qu'on sait des tentatives d'inoculation chez les animaux. Notre éminent collègue en a conclu que jusqu'ici il n'y avait dans la science aucun fait, aucune observation qui permît d'admettre l'existence de la syphilis chez les animaux ni leur aptitude à la contracter. M. Ricord a rappelé à cette occasion les nombreuses expériences tentées sans succès sur différentes espèces d'animaux, et sur des singes en particulier; il résulte de ces expériences que l'inoculation syphilitique ne produit d'autre résultat qu'une ulcération traumatique locale, sans aucune extension, ni intoxication générale. M. Velpeau a rappelé à son tour des expériences infructueuses qu'il a faites autrefois dans le même but, avec M. Bretonneau, et il a conclu, comme M. Ricord, que rien jusqu'ici n'autorise à penser que la syphilis soit transmissible de l'homme aux animaux. Enfin M. Bouley a déclaré que les expériences tentées à plusieurs reprises à Alfort avaient toutes échoué. L'inoculation du pus syphilitique à l'oreille d'un chien n'y détermine qu'une simple ulcération toute locale, dont la gravité et la durée sont moindres que les ulcérations chancreuses auxquelles sont sujets les chiens de chasse. La conclusion de l'École d'Alfort est donc aussi qu'il est impossible d'implanter la syphilis chez les animaux.

Cependant il existe chez le cheval une maladie appelée *la maladie du coït*, qui n'a, suivant la médecine vétérinaire, de ressemblance avec la vérole humaine que par son siége : elle n'est jamais accompagnée de symptômes d'infection générale, constitutionnelle. Toutefois la maladie du coït est transmissible, et elle l'est par voie de contact et d'inoculation. Mais notre savant collègue, M. Bouley, a insisté pour faire ressortir les dissemblances qui existent entre la maladie du coït et la syphilis.

Après avoir ainsi confirmé les croyances de la médecine humaine, le savant et ingénieux représentant de la médecine vétérinaire a communiqué à l'Académie une observation émanant d'un homme très-sérieux, du vétérinaire en chef de l'armée d'Afrique, M. Mersch, observation adressée naguère au conseil supérieur d'hygiène hippique et restée jusqu'ici inédite. Il s'agit dans cette observation d'un zouave qui, affecté d'une vérole caractérisée, — obéissant au préjugé répandu chez les Arabes, qui fait croire à la vertu curative du contact du pénis malade avec les muqueuses vaginales de la jument, — aurait cherché ce genre de soulagement sur une cavale saine; de cette cohabitation il ne serait résulté aucun symptôme morbide quelconque; mais un baudet mulassier, ayant sailli cette jument, aurait contracté la maladie du coït, et l'aurait transmise à plusieurs juments. Cette observation, que nous considérons, nous, comme d'une extrême gravité, est restée, ainsi que le mémoire qui la renfermait, entre les mains de notre regretté collègue M. Renault. Cependant elle provenait d'un observateur instruit, intelligent et consciencieux. Comment le savant dépositaire n'y a-t-il pas vu tout ce qu'elle renfermait? Comment la notion traditionnelle qui l'a répandue dans la science vétérinaire n'en a-t-elle pas fait jaillir les conséquences? Comment la connaissance du préjugé et de la pratique arabe n'a-t-elle pas inspiré l'idée de chercher à contrôler le fait par d'autres faits du même genre? Comment les conseillers de l'administration sanitaire en Afrique n'ont-ils pas provoqué une enquête? Car avant de raisonner il faut toujours se demander, suivant le sage précepte de Montaigne : « Le faict est-il? » Or si le fait existe, et il y a de graves présomptions en sa faveur, comment un esprit aussi éclairé que M. Renault, comment des esprits aussi sagaces que nos collègues de la vétérinaire, l'ont-ils laissé dans l'oubli? Comment l'aiguillon de la science ne les a-t-il pas poussés à une importante découverte cachée peut-être sous ce fait considérable? Une prudente réserve a pu sans doute les arrêter; ils ont pu croire que la jument, n'ayant rien contracté du contact impur avec le zouave, ce n'est pas elle, mais une autre jument qui a infecté le baudet mulassier; peut-être le mal s'est-il développé spontanément chez l'âne; enfin, il se pourrait, — et cette dernière supposition a été articulée par une personne aussi compétente que possible en fait de syphilis — qu'au lieu du mal du coït, l'âne mulassier eût contracté et transmis la morve. Le mal du coït ne serait-il pas, au dire d'une dernière personne, une des formes de la morve et du farcin? On sait, en effet, que la maladie farcino-morveuse occupe fréquemment les annexes des parties génitales du cheval. Tout cela, nous devons bien le dire, nous semble moins vraisemblable que le fait mis en question, si ce n'est en suspicion. Mais avant de condamner des esprits aussi distingués et aussi sûrs que ceux qui ont laissé secret et stérile un fait aussi important, il est du devoir de la critique d'invoquer toutes les circonstances atténuantes; car, nous ne saurions le dissimuler, ceux qui ont tenu en réserve, comme une chose indifférente et stérile, l'observation du vétérinaire de l'armée se sont rendus coupables d'une distraction que nous ne saurions mieux définir qu'en citant ce qui suit :

Lorsque Cladny, l'ingénieux auteur de la découverte des images formées par les poussières répandues sur les plaques vibrantes, eut montré toute la portée de cet ordre de phénomènes, il ne manqua pas de gens pour revendiquer tout ou partie de cette féconde idée au profit des morts, si ce n'est des vivants. Parmi les illustres noms qu'on opposa à Cladny se trouvait Galilée, dont une phrase, détachée des écrits de ce grand homme, aurait contenu toute la découverte du physicien allemand. Voici comment l'illustre Savart, le savant modèle par l'élévation du caractère et la profondeur du génie, jugeait dans ses cours le procès fait par de prétendus érudits, à Cladny. C'était, disait-il, une injure faite à la mémoire du grand Galilée que de supposer qu'il eût vu, sans en comprendre la portée, le phénomène découvert par Cladny.

Il convient donc, pour exonérer notre savant et regretté collègue Renault de n'avoir pas compris la portée de l'observation de son

FEUILLETON.

LARREY.

La plus belle page de notre littérature médicale, c'est peut-être ce chapitre incomparable des *Recherches* de Bordeu *sur l'histoire de la médecine*, dans lequel, par une figure hardie, l'auteur transporte tout d'un coup son lecteur au sommet d'un des pics les plus élevés des Pyrénées, et lui montre du haut de ce grandiose observatoire les villes et les bourgs qui ont eu la gloire de donner naissance à des médecins illustres. C'est une énumération pittoresque, poétique et rapide de toutes les illustrations que la féconde terre d'Aquitaine a fournies à notre art; et cette énumération brillante est comme un fragment détaché d'un grand poëme épique.

Certes les noms évoqués par Bordeu dans cette magnifique apothéose sont à jamais mémorables, et pourtant tous ces noms ensemble ne sauraient faire contre-poids à la réputation immense, prodigieuse, inouïe, d'un homme qui naissait dans un obscur village des Hautes-Pyrénées, aux bords de l'Adour, au moment même, pour ainsi dire, où le grand médecin honorait avec enthousiasme la mémoire de ses compatriotes les plus célèbres dans cet art dont il est resté lui-même une des gloires les plus éclatantes.

Jean-Dominique Larrey naquit à Baudéan en 1766, dix ans précisément avant la mort de Bordeu. Celui-ci n'avait rien dit des chirurgiens du midi; à cette époque, la chirurgie et la médecine étaient encore séparées, et une révolution seule pouvait, en détruisant de ridicules préjugés fondés sur une très-ancienne tradition, cimenter une alliance définitive entre les deux branches de l'art de guérir. Il est vrai que cette alliance si désirable avait été préparée par les travaux incessants et impérissables de cette glorieuse Académie royale de chirurgie, dont la mission fut doublement efficace, puisque l'art chirurgical reçut d'elle une constitution qui lui manquait, en même temps que le corps tout entier des chirurgiens renouvelé, discipliné, illustré par des représentants d'un mérite supérieur, se mit au niveau, et peut-être au-dessus de celui des médecins.

Ces derniers, en effet, ne s'organisèrent que beaucoup plus tard, et d'après l'exemple que leur offrait l'Académie royale de chirurgie, en une société puissante, utile et célèbre à juste titre, pour échapper enfin à la routine tyrannique d'une école hostile à tout progrès scientifique, et beaucoup plus jalouse de maintenir des droits contestables et de vieux privilèges, que de mériter la gloire qui s'acquiert par les services rendus.

Il ne faut pas oublier en abordant la partie militaire de l'histoire de

collègue d'Afrique, de supposer qu'il n'y a pas cru. Ne pas croire, c'est le fait des esprits forts; mais savoir croire à l'occasion, n'est-ce pas le fait d'esprits plus forts encore?

A propos du développement spontané de certaines maladies dont l'origine se perd dans la nuit des temps, M. Velpeau a dit très-excellemment que la science n'était retenue par aucune croyance, par aucun dogme pour en faire la recherche; mais il a ajouté, moins heureusement, que nous ne savons rien de cette origine. En fait, la science ignore sans doute d'où nous vient la syphilis et autres affections contagieuses qui passent pour ne se perpétuer que par voie de transmission. Mais ne sait-elle pas en principe que beaucoup de maladies du même genre s'engendrent et se propagent perpétuellement sous nos yeux, et ne commence-t-elle pas à considérer comme possibles ces deux modes de reproduction? Or si dans certains cas la production spontanée nous échappe ou ne rencontre plus les conditions nécessaires à son développement, il est permis d'induire de ce que nous voyons ce que nous ne voyons pas, ou ce qu'on ne voit plus, et de penser que le mécanisme dans les deux cas est le même. En y regardant de plus près, peut-être arrivera-t-on un jour à découvrir pour les maladies dont l'origine passe pour être perdue, la reproduction du fait que nous constatons pour celles qui se reproduisent tous les jours.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES COÏNCIDENCES PATHOLOGIQUES DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE; par V. CORNIL, interne des hôpitaux, membre de la Société de biologie, etc. (Lu à la Société de biologie.)

(Suite et fin. — Voir les nos 36 et 38.)

6° MALADIES DES ORGANES URINAIRES.

Nous avons examiné, M. Charcot et moi, les urines de toutes les rhumatisantes qui ont séjourné à l'infirmerie et de celles qui habitent le bâtiment Saint-Jacques, et c'est en dehors des articulations, dans les organes urinaires, que nous avons le plus souvent trouvé des désordres pathologiques. Ainsi, dans nos neuf autopsies, nous avons noté :

La cystite chronique du col de la vessie...	3 fois.
La cystite généralisée..................	1
L'atrophie de la substance corticale du rein avec distension des calices et du bassinet	3
Un infarctus fibrineux ancien............	1
La néphrite albumineuse (maladie de Bright avec granulations, troisième et quatrième degré de M. Rayer)...................	2

Et dans les malades vivantes, au nombre de 28, dont nous avons examiné les urines, nous avons noté :

L'albumine en grande quantité avec cylindres hyalins......................	3 fois.
Les urines purulentes..................	1

Il est infiniment probable que, pour une bonne part, les lésions des voies urinaires observées dans le rhumatisme chronique reconnaissent pour cause initiale la cystite et ses suites, la dilatation des bassinets et des calices, la pyélo-néphrite, et que la cystite elle-même, ou plutôt les inflammations catarrhales répétées et devenues chroniques de la vessie, sont dues à l'immobilité, au décubitus dorsal ou à la position assise continuelle et à la difficulté de la miction. Cela est du moins certain pour la cystite, qui amène la distension et l'épaississement des calices et du bassinet, l'atrophie de la substance corticale du rein avec production de dépressions atrophiques ou de kystes à la surface des reins (rein contracté, mamelonné, *gouty kidney*, de Todd). Mais on ne peut pas avec la même certitude rapporter à la cystite la production de la néphrite albumineuse. Dans nos cinq observations d'albuminurie persistante, les urines étaient en effet transparentes, limpides, avec un très-léger dépôt et un énéorème peu abondant. Leur couleur était à peine teinte de jaune, la quantité rendue était au-dessous de la moyenne; elles précipitaient très-abondamment par l'acide nitrique et la chaleur employés séparément. Une seule goutte d'acide nitrique produisait un précipité qui tombait au fond du verre. Le précipité obtenu par la chaleur ne se dissolvait pas par l'addition d'acide nitrique. Ce sont bien là tous les caractères distinctifs de l'albuminurie chronique. Ajoutons les caractères fournis par l'examen microscopique du dépôt, qui y faisait reconnaître un grand nombre de dépouilles des tubes urinifères, des dépouilles épithéliales, des cylindres hyalins réfringents, contenant souvent des granulations graisseuses et à leur surface des cellules épithéliales remplies elles-mêmes de granulations protéiques ou graisseuses. Ces dépouilles des tubes urinifères, lorsqu'on les rencontre en assez grande quantité, ne peuvent laisser de doute sur la nature chronique et incurable de la maladie rénale, qui est tantôt une néphrite albumineuse avec les granulations de Bright, tantôt une dégénération graisseuse de l'épithélium rénal sans granulations, tantôt une dégénération amyloïde du rein. Mais les deux autopsies que nous avons faites de rhumatisantes albuminuriques nous ont montré que nous avions affaire à la néphrite albumineuse avec granulations (deuxième degré de Bright, troisième et quatrième degré de M. Rayer), et nous pouvons raisonnablement en induire que les trois autres, qui sont encore vivantes, présentent la même lésion.

Nous avons déjà donné (obs. IV) l'un de ces faits; voici le second, qui est la suite et la fin de l'observation II de la thèse de M. Charcot (*loc. cit.*, p. 31).

OBS. V.— La nommée Étard, âgée de 66 ans, couchée au n° 12 de la salle saint-Paul (service de M. Charcot). Elle est très-pâle; la face est bouffie et la peau a une teinte plombée, les extrémités sont œdématiées. Les urines sont transparentes, donnent par le repos un léger sédiment, précipitent très-abondamment par l'acide nitrique et la chaleur. L'examen microscopique du sédiment fait reconnaître des cylindres hyalins étroits de coloration légèrement jaunâtre, à bords très-nets, souvent couverts de granulations graisseuses et de cellules en dégénération granulo-graisseuse.

---

la médecine en France que la gloire impérissable qui a été conquise par les chirurgiens français sur les champs de bataille, n'a pas été improvisée, pour ainsi dire, et que l'Académie royale de chirurgie, par son influence salutaire et ses solides enseignemets, avait formé la plupart de tous ces jeunes gens qui devaient s'exercer sur le grand théâtre de la guerre en appliquant leurs connaissances théoriques au traitement des cas chirurgicaux peu fréquents dans la pratique civile.

La chirurgie militaire, représentée dans l'Académie royale de chirurgie par des hommes d'une très-grande valeur, parmi lesquels il suffira de citer Louis, pouvait citer d'ailleurs des noms célèbres, et entre tous celui d'Ambroise Paré, qui était incontestablement un grand chirurgien d'armée.

Ce nom, le plus illustre dans l'histoire de la chirurgie française, n'a été égalé en popularité que par celui de Larrey. Ce dernier est devenu, comme Ambroise Paré le fut de son temps, l'incarnation ou le symbole de l'art chirurgical dans la guerre. Un parallèle entre les deux serait ici hors de propos; il faut donc éviter toute comparaison, et remarquer seulement que ces deux noms ont la valeur de deux dates à jamais mémorables, et que les deux hommes se ressemblaient beaucoup par les qualités morales.

A ne considérer que le caractère droit et ferme, la probité inflexible, l'activité prodigieuse et bienfaisante, Paré et Larrey nous apparaissent unis, malgré la distance des siècles, par des liens de fraternité, comme deux membres d'une même famille.

Pariset a bien saisi, en véritable artiste, le côté héroïque de cette vie prodigieusement remplie, et il s'est bien gardé d'emboucher la trompette épique, comme un panégyriste vulgaire. Il a senti que le simple récit des faits, sans réflexions ni commentaires, sans déclamations surtout, vaudrait le plus magnifique poëme, et il n'a point commis cette faute d'envelopper la gloire immaculée de ce grand homme de bien dans la gloire plus bruyante et moins pure de ces armées victorieuses, au milieu desquelles Larrey s'illustra par l'observation constante du devoir et par un dévouement absolu, désintéressé, infatigable à tous les malheureux qui réclamaient ses services.

Entré dans le service de santé des armées au moment où la guerre allait s'ouvrir, à la suite d'un immense bouleversement politique, il montra dès sa vingtième année toutes les qualités que sa vocation devait plus tard mettre en relief. Organisé au physique comme un soldat, au moral comme un héros, Larrey était le type du chirurgien militaire. Il souffrait, ou plutôt endurait sans se plaindre la faim, la soif, la fatigue, le chaud et le froid, toutes les intempéries. Il ne craignait rien, ne s'étonnait de rien, ne se troublait jamais, ne perdait jamais la tête, et sa patience, son sang-froid, sa sérénité inaltérable au milieu des plus grands périls, révèlent une de ces natures héroïques dont l'humanité se fait gloire.

Ce qu'il y a de plus admirable dans cette belle organisation, c'est

La malade souffrait de douleurs articulaires surtout vives pendant la nuit, et on lui avait donné à prendre une pilule de 0,05 d'extrait thébaïque, le 29 mars. Les jours suivants, la malade ne souffrait plus, mais elle avait une certaine torpeur, des vomissements et des sueurs froides; en outre les urines étaient devenues très-peu abondantes, au point qu'elle en rendait à peine 4 ou 5 onces par jour. On supprima l'extrait thébaïque, et les jours suivants, tous les symptômes morbides se dissipèrent en même temps que les urines revinrent à leur quantité habituelle, moindre il est vrai qu'à l'état physiologique, trois quarts de litre environ par jour.

Les caractères des urines restèrent les mêmes jusqu'à sa mort qui eut lieu le 15 février 1864.

A L'AUTOPSIE, faite par M. Charcot, tous les viscères furent trouvés sains, excepté les reins qui présentaient toutes les lésions de la maladie de Bright (2e degré de Bright, 3e et 4e de M. Rayer), c'est-à-dire les dépressions, les irrégularités et les granulations blanchâtres de la surface des reins sous la capsule fibreuse; les mêmes granulations et la couleur jaunâtre opaque de la substance corticale vue sur une coupe, etc.

Remarquons en passant qu'Étard présente, sous l'influence de l'opium, une diminution extrême de la quantité d'urine rendue et des symptômes (vomissements, torpeur) qui sont le début d'accidents urémiques (1).

Ajoutons que dans tous nos faits d'albuminurie il y avait de l'œdème des extrémités inférieures et même des extrémités supérieures; mais ce signe n'a pas une aussi grande valeur dans l'albuminurie qui survient chez les rhumatisantes que dans l'albuminurie liée à une autre cause; car bon nombre de rhumatisants ont, comme on le sait, de l'œdème des malléoles et même, comme le montre l'observation III, un œdème éléphantique sans avoir d'albumine dans les urines.

La néphrite albumineuse, chronique, observée dans la cachexie rhumatismale par M. Charcot et par moi peut être rapprochée de celle qui survient parfois dans la cachexie syphilitique, scrofuleuse, paludéenne et dans celle des ouvriers plombiers. On serait en droit de nous demander si dans nos observations d'albuminurie la maladie rénale ne dépendait pas plutôt de la scrofule que du rhumatisme chronique; à cela nous pouvons répondre qu'une seule de nos rhumatisantes ayant eu dans sa jeunesse des manifestations scrofuleuses est devenue albuminurique: c'est Étard (obs. V); les autres scrofuleuses n'avaient pas d'albuminurie. On peut aussi, à propos du fait bien constaté de la coïncidence de la maladie de Bright avec le rhumatisme chronique, se demander: 1° s'il existe une altération du sang propre au rhumatisme chronique; 2° si cette altération du sang peut amener l'albuminurie. Comme il n'a été fait aucune analyse chimique du sang dans la maladie qui nous occupe, nous ne pouvions répondre à ces questions que par des hypothèses sans fondement. Contentons-nous donc de constater la coïncidence de la néphrite albumineuse assez fréquente pour qu'on puisse la regarder comme dépendante du rhumatisme articulaire chronique.

(1) M. Charcot nous a souvent fait remarquer l'inopportunité de l'administration des préparations opiacées dans les cas de néphrite albumineuse aiguë ou chronique. L'opium dans ces cas-là, même à faible dose, occasionne très-fréquemment des phénomènes cérébraux inquiétants, et il paraît avoir plusieurs fois provoqué l'apparition des symptômes d'urémie comateuse. Ce fait, d'ailleurs, a été remarqué par plusieurs médecins et, en particulier, par M. Todd. (*Clinical lectures, urinary diseases*, p. 341, 342.)

7° LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

Deux de nos malades sont mortes, l'une à la suite d'une hémorrhagie de la couche optique, et l'autre âgée de 80 ans, avec des anévrismes capillaires des vaisseaux de l'encéphale et la production de lacunes dans le cerveau.

8° COMPLICATIONS ULTIMES.

Dans les faits précédents, la mort a été causée par la maladie de Bright deux fois, par une hémorrhagie cérébrale une fois, par la tuberculisation pulmonaire une fois, et par une pneumonie chronique une fois, ce qui fait en tout cinq observations. Dans les quatre autres observations, la mort a été causée par un phlegmon étendu du tissu cellulaire sous-cutané de la jambe dans un cas (obs III), par des escarres du sacrum avec décollement de la peau et fusées purulentes qui communiquaient une fois avec l'articulation de la hanche dans trois cas, par une gangrène de la bouche dans un cas.

Il est facile de se rendre compte du mode de production de ces lésions si l'on réfléchit que les malades sont presque toutes à un moment donné dyspeptiques, qu'elles ont de l'anorexie, des vomissements et de la diarrhée et que leur nutrition languit. Les forces vitales épuisées sont sans réaction contre les inconvénients qui résultent du décubitus dorsal prolongé, et des escarres se produisent aux parties saillantes telles que le sacrum, les malléoles, etc.

Nous croyons avoir démontré par les faits contenus dans ce mémoire:

1° Que les maladies du cœur, spécialement la péricardite aiguë ou chronique, peuvent se rencontrer dans le rhumatisme articulaire chronique, et que si elles ont été méconnues jusqu'à présent, cela tient uniquement à la difficulté de leur diagnostic pendant la vie;

2° Que les maladies des organes excréteurs de l'urine, la cystite, la pyélo-néphrite et l'atrophie consécutive du parenchyme rénal sont assez fréquentes dans le cours de cette maladie;

3° Que dans certains cas on peut trouver comme coïncidence une néphrite albumineuse chronique;

4° Que du côté des voies digestives, survient presque toujours, à une période avancée de la maladie, une dyspepsie caractérisée par l'inappétence, les vomissements et la diarrhée;

5° Que ces diverses complications causent une cachexie particulière qui favorise la production des escarres gangréneuses et des suppurations étendues avec décollement de la peau, accidents qui entraînent la mort des malades lorsqu'ils ont échappé aux causes de mort précédentes.

---

l'empire du devoir et de la discipline sur une âme aussi ardente. Il ne faut pas oublier que Larrey était un homme du midi, que son cœur était chaud, que son activité n'a peut-être jamais été égalée, et que son calme, persistant dans les plus difficiles circonstances, était moins un effet du tempérament et de l'habitude que le résultat d'une volonté ferme qui fait passer le devoir avant toutes choses. Quelqu'un qui connaissait à fond la nature humaine a dit de lui que c'était de tous les hommes le plus vertueux. Appréciation très-juste.

Larrey était tout entier aux obligations que lui imposait sa conscience; il faisait le bien naturellement et avec ingénuité comme un homme qui cède sans effort à un irrésistible penchant, et qui, dans l'accomplissement de ses fonctions, n'a point de ces distractions de l'amour-propre dont les esprits supérieurs ne sont pas toujours exempts. Le plus bel éloge qu'on puisse faire de ce grand bienfaiteur, c'est de lui rendre cette justice que jamais, dans sa longue carrière, il ne céda à aucune de ces petites passions qui tourmentent les plus forts comme pour les humilier.

Il n'était point ambitieux, ni vaniteux, ni intéressé, ni envieux, ni jaloux, et malgré la conscience qu'il avait de sa haute valeur, il savait rester au second rang, sans opposition comme sans murmure. Un autre que lui, avec sa réputation sans pareille, avec l'affection de toute l'armée, eût-il reconnu et respecté, comme il le fit constamment, la supériorité de Percy, j'entends la supériorité hiérarchique? Un autre que lui se serait-il contenté à sa place de ces distinctions qu'il trouvait suffisantes dans sa modestie non affectée, et qu'une vanité ambitieuse eût trouvé bonnes tout au plus pour récompenser un mérite de second ordre et reconnaître des services moins éclatants?

Cet homme qui pouvait tout, à certains moments, qui avait l'oreille du maître, à qui l'on ne pouvait rien refuser, cet homme ne demanda jamais rien pour lui-même, ne se préoccupa jamais de son avancement, et les dons, pensions et gratifications qu'il reçut ne le dédommagèrent pas certainement des sacrifices nombreux qu'il avait faits tant de fois, et sans hésiter, pour remplir consciencieusement les devoirs de sa charge. En lisant l'histoire de sa vie, on le voit à chaque instant se dépouiller de son argent, de son linge, de ses hardes pour soulager les blessés et les malheureux.

Larrey était, sans figure, la providence du soldat. Il était tout à tous, et les marques d'intérêt et d'affection qu'il prodiguait indistinctement à tous ceux qui réclamaient les secours de son art étaient proportionnées, non pas à l'élévation du grade, mais à la gravité du mal et à l'intensité des souffrances. Avec Larrey, les soldats étaient sûrs qu'ils ne seraient point abandonnés après une grande bataille, dans une retraite, sous le feu de l'ennemi. Le chirurgien en chef était là, toujours debout, toujours actif, présent en tous lieux, disputant sa proie à la mort, et d'une vigilance à laquelle rien n'échappait.

Dès son entrée dans la carrière, il avait imaginé ces ambulances légères ou volantes qui ont sauvé tant de milliers de soldats, et qui suffi-

OBSTÉTRIQUE.

De l'hydrocéphalie du fœtus considérée comme obstacle a l'accouchement; par le docteur R. Chassinat, médecin à Hyères (Var), lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Monthyon) et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

(Suite. — Voir les nos 29, 30 et 37.)

SIGNES DE L'HYDROCÉPHALIE DU FŒTUS.

La tête d'un fœtus affectée d'hydrocéphalie interne présente les particularités suivantes : d'abord son volume dépasse toujours le volume normal, mais dans un rapport plus ou moins considérable, selon le développement de la maladie; ainsi elle peut être à peine plus volumineuse qu'une tête ordinaire de fœtus à terme; d'autres fois elle peut égaler une tête d'adulte et même la surpasser, comme dans les observations 11 et 28 et dans un cas cité par Baudelocque (1), où quatre pintes de liquide ne remplissaient le crâne que médiocrement. Entre ces deux points extrêmes il en existe beaucoup d'autres intermédiaires, d'où résultent différents degrés d'hydrocéphalie. Dugès, dans son mémoire, admet trois degrés principaux. Il ne définit pas exactement les caractères de chacun d'eux, mais d'après les observations annexées à son travail, on voit que l'hydrocéphalie est au premier degré quand la tête a les dimensions suivantes : diamètre occipito-frontal, 4 pouces 9 lignes (0m,128); diamètre bipariétal, 3 pouces 8 lignes (0m,094); dans le deuxième degré de l'hydrocéphalie, la tête aura un diamètre occipito-frontal de 6 pouces 8 lignes (0m,180); un diamètre bipariétal de 4 pouces 11 lignes (0m, 133). Le troisième degré est constitué par les cas dans lesquels les diamètres dépasseront ces dernières mesures. En combinant entre eux ces trois degrés, en enlevant à l'un pour ajouter à l'autre, on pourra former tous les degrés intermédiaires que l'on peut observer. Cette augmentation du volume de la tête est bornée exclusivement à la portion cranienne. La face et même souvent la base du crâne restent dans l'état normal.

En même temps qu'elle est plus volumineuse, la tête offre aussi une mollesse remarquable; elle cède facilement à la pression du doigt, et il est facile de percevoir une véritable fluctuation au niveau des sutures et des fontanelles. Il n'y a point à parler de la transparence, ce phénomène ne pouvant être jamais constaté.

La collection de sérosité dont la tête est le siége, nécessite dans l'organisation de la boîte cranienne des modifications notables d'où résultent quelques phénomènes fort importants à examiner. Ainsi les os du crâne, surtout les pariétaux et les deux portions du frontal, ont une étendue plus grande que dans l'état normal; mais leur épaisseur est moindre, surtout sur les bords où ils sont constitués par des espèces d'aigrettes osseuses réunies et assujetties par une trame membraneuse. Dans un cas cependant, ils offraient une épaisseur considérable (obs. 17), mais c'est l'exception. Il résulte de cette disposition qu'ils résistent moins à la pression que ceux d'une tête normale. Cette étendue plus grande des os du crâne n'est jamais portée assez loin pour qu'ils puissent se réunir par leurs bords libres, ou même pour qu'ils puissent n'être séparés que par les intervalles ordinaires que présentent les sutures, sur une tête de fœtus à terme et bien conformée. Cela ne s'est montré qu'une fois parmi les observations citées (obs. 15). Dans l'immense majorité des cas, les fontanelles et les sutures ont une étendue plus considérable que dans l'état normal. La fontanelle antérieure a de 5 à 10 centimètres de largeur, et la suture sagittale de 3 à 6 centimètres. Bien que les autres espaces membraneux, qui sont aussi plus étendus qu'à l'état normal, ne le soient pas le plus souvent dans une proportion aussi considérable, il est en général facile de les reconnaître par le toucher pratiqué avec attention.

Les téguments du crâne, par suite de la distension qu'ils ont subie, présentent aussi quelques particularités à noter. Ainsi la peau est plus mince, plus tendue sur les os, plus difficile à plisser; les cheveux qui la recouvrent sont plus rares et disséminés; ils peuvent même ne pas exister du tout (obs. 22). La dure-mère, le péricrâne, l'aponévrose épicranienne, distendus comme la peau, sont amincis comme elle; il en résulte que les sutures et les fontanelles présentent une résistance moindre que dans l'état normal.

Ces caractères que je viens de donner à l'hydrocéphalie du fœtus seront d'autant plus marqués que la maladie aura atteint un degré plus avancé. D'un autre côté, ils sont généralement en rapport les uns avec les autres; ainsi un plus grand volume de la tête entraînera nécessairement une plus grande mollesse, une plus grande étendue des fontanelles et des sutures.

Le tronc du fœtus est le plus souvent sain et bien constitué, quelque degré de développement qu'ait acquis l'hydrocéphalie. Néanmoins dans certains cas quelques parties ont présenté des vices de conformation, soit un hydrorachis comme dans les observations 22 et 28 (1), soit un défaut de développement dans les membres supérieurs (obs. 13), ou dans les membres inférieurs (2). Une fois l'enfant n'avait pas d'oreilles et il avait en même temps un bec-de-lièvre (3); une autre fois il y avait transposition générale des viscères (obs. 25). Mais si l'on excepte l'hydrorachis, qui jusqu'à un certain point peut présenter quelque analogie avec l'hydrocéphalie, on doit reconnaître que tous ces vices de conformation, d'ailleurs assez rares, ne constituent que de simples coïncidences. Souvent l'embonpoint est remarquable, comme chez l'enfant le mieux constitué et le mieux portant; c'est donc à tort que Desormeaux (4) a donné l'émaciation du tronc comme un caractère général de l'hydrocéphalie du fœtus. Il la confon-

(1) Ouvrage cité, t. II, ch. V, § 1910, note.

(1) Voir d'autres faits de ce genre dans *Ephemerid. nat. cur.*, decur, 9, an II, obs. 158, p. 363. — *Ibid.*, decur. 3, an I, obs. 152, p. 249. — *Ibid.*, centur. 1 et 2, obs. 127, p. 258.
(2) *Ephemerid. nat. cur.*, decur. 3, an IX et X, obs. 167, p. 294.
(3) *Ephemerid. nat. cur.*, decur. 3, an IX et X, obs. 111, p. 202.
(4) *Dict. de méd.*, art. *Dystocie*, p. 163.

raient à sa gloire, si sa gloire ne reposait pas sur des titres si nombreux que l'énumération en serait fastidieuse. Nous le retrouvons sur tous les champs de bataille de l'Europe, en Espagne, en Allemagne, en Russie, en France, en Italie, partout en un mot, tel que nous l'avons admiré en Egypte, marquant déjà sa place parmi les plus illustres par son héroïque dévouement. En Corse, il avait déjà mérité un témoignage de reconnaissance, de la part de la commission générale de santé, pour ses services comme chirurgien en chef.

Bonaparte l'avait distingué en Egypte comme un homme des plus précieux. « Il nous a rendu, écrivait-il le 6 thermidor an VI de la République, au quartier général du Caire; il nous a rendu, au milieu du désert, les plus grands services par son activité et son zèle. C'est l'officier de santé que je connaisse le plus fait pour être à la tete des ambulances d'une armée. »

Moins de deux ans après ce glorieux certificat, délivré par un homme qui se connaissait en capacités, le ministre de la guerre Berthier écrivait à Larrey, encore en Orient ; « Vous avez plus que personne, citoyen, des droits à la reconnaissance nationale; » et continuant sur ce ton, il terminait en disant qu'après avoir rendu un hommage public à son dévouement sans bornes, c'était pour lui un devoir de faire valoir dans toutes les circonstances les droits acquis par le vaillant chirurgien en chef à la reconnaissance de la nation.

Cette formule revient dans tous les décrets de promotion, dans la hiérarchie militaire ou dans la Légion d'honneur. Et ce n'était point une formule banale. La grandeur des services rendus par Larrey était au-dessus des récompenses qui ne flattent que l'ambition vulgaire et la vanité; et la reconnaissance de la nation était bien due à un homme qui travaillait avec autant de zèle que de désintéressement à l'accroissement de la gloire nationale.

La popularité de Larrey était générale en Europe, et il ne pouvait en être autrement. Cet homme de bien laissait partout où le conduisait le sort des combats d'ineffaçables traces de son passage. Après la bataille, il était la providence de tous les blessés; il n'y avait point d'ennemis à ses yeux, mais des hommes souffrants qui réclamaient ses soins, et il les donnait à tous également.

Larrey ne connaissait point le repos, et il mettait à profit les rares loisirs que lui laissaient ses voyages continuels à la suite d'une armée toujours en marche, pour augmenter le capital de son instruction, en fréquentant les grands maîtres. les hôpitaux, les écoles et les musées de l'étranger. Sa clinique à lui était sur le champ de bataille et dans les ambulances; mais les fruits de sa pratique étaient répandus dans des cours qu'il improvisait, pour ainsi dire, entre deux batailles, et qui propageaient parmi les chirurgiens étrangers, très-assidus à ses leçons, les principes de la chirurgie des armées, d'après les doctrines de l'école française.

Les nombreux mémoires de Larrey et le récit de ses campagnes abondent en perfectionnements utiles et en applications ingénieuses. Ce

dait sans doute avec l'hydrocéphalie existant après la naissance dans laquelle, en effet, ce phénomène est presque constant.

Voyons maintenant quels seront les signes par lesquels il sera possible de reconnaître l'hydrocéphalie, quand le fœtus est encore contenu dans l'utérus.

Les particularités que nous a présentées la tête d'un fœtus hydrocéphale sont assez remarquables et assez nombreuses pour que l'on puisse penser qu'il soit toujours facile de reconnaître cette maladie pendant le travail de l'accouchement. Baudelocque (1) disait que le diagnostic pouvait être posé d'une manière certaine *même par de jeunes praticiens*. Je ne sais si Baudelocque a écrit ces lignes sous l'inspiration d'une expérience personnelle acquise par l'observation d'un grand nombre de faits. Il a voulu dire sans doute que quand on promène le doigt sur une grande étendue de la superficie du crâne, on sent facilement que les sutures sont larges, que les os sont minces et peu résistants, etc.; mais la question est de savoir si cet examen est toujours facile et même possible; c'est là ce que Baudelocque aurait dû envisager, et certainement alors sa proposition n'aurait pas été aussi exclusive ni aussi précise. En effet, en reportant nos souvenirs sur les observations qui ont été rapportées au commencement de cette dissertation, il est facile de se convaincre que le plus souvent la maladie a été méconnue, même par des hommes fort exercés et fort habiles; ainsi, parmi ces 28 observations. pour ne parler que de celles-là, l'hydrocéphalie a été méconnue 17 fois. On ne doit donc pas la considérer comme facile à reconnaître. Au reste, un accoucheur du siècle dernier, Delatourette (2) était si convaincu de cette vérité, qu'il disait, avec trop de réserve peut-être : « Nous ne traiterons point de l'accouchement, l'enfant étant hydrocéphalique; car les signes de l'hydrocéphalie sont équivoques. Les auteurs qui ont exposé ces signes et donné les moyens de remédier au mal qu'ils annoncent, la pratique ne leur a probablement pas fait examiner toutes les circonstances de cette matière. D'après cela, je dirai qu'il n'appartient qu'aux maîtres de l'art de décider le cas où un enfant est hydrocéphalique. Ainsi, je conseille à mes confrères de ne point en prendre sur eux la responsabilité.» Voyons jusqu'à quel point on doit partager la confiance de Baudelocque, ou le doute et l'incertitude de Delatourette.

Et d'abord existe-t-il des circonstances dans l'organisation de la mère ou dans sa manière de vivre, ou dans les accidents qui ont pu accompagner la grossesse, dont l'appréciation puisse, je ne dirai pas faire connaître, mais seulement faire soupçonner l'hydrocéphalie du fœtus? On a parlé de l'influence d'une constitution lymphatique ou scrofuleuse de la mère, de la mauvaise alimentation à laquelle elle avait été soumise, de l'existence d'un œdème, d'une ascite, d'une hydropisie de l'amnios, comme pouvant développer une hydrocéphalie chez le fœtus, par suite des connexions intimes qui unissent la vie de l'enfant à celle de la mère; on a parlé de l'hérédité. Ainsi Dugès a vu une femme qui avait eu six enfants hydrocéphales de suite (mém. cité); les observations 9 et 17 citées plus haut ont été fournies par la même femme. J'ai trouvé un fait dans lequel une femme avait perdu deux enfants à la suite d'hydrocéphalie congéniale, et le troisième qui venait de naître en était aussi affecté (1).

Mais ces circonstances, quoique pouvant rationnellement être considérées comme ayant quelque influence sur le développement de l'hydrocéphalie fœtale (bien qu'il reste encore à examiner pourquoi l'hydropisie siége à la tête plutôt qu'à tout autre partie du corps) ne coïncident pas avec cette maladie avec assez de fréquence et d'invariabilité pour que de l'existence des unes on doive conclure à celle de l'autre. Les faits d'ailleurs le prouvent : ainsi un très-petit nombre de femmes, dans les observations précédemment citées, offraient les conditions d'organisation et de vie habituelle qui viennent d'être énumérées.

Je dirai la même chose des accidents, chutes, coups, en général des violences extérieures exercées sur la femme pendant la gestation; à peine si dans les faits connus il en existe deux ou trois où cette circonstance ait été notée (obs. 6 et 8), et d'ailleurs il arrive trop souvent qu'un pareil accident survienne sans qu'il en résulte une hydrocéphalie du fœtus pour qu'il soit possible d'établir entre ces deux circonstances aucune relation de cause à effet. Les anciens attribuaient beaucoup d'importance aux influences exercées sur l'imagination de la mère par la vue d'un enfant hydrocéphale ou d'un objet quelconque ayant quelque ressemblance avec les caractères physiques extérieurs de cette maladie, et si j'avais voulu citer les réflexions accompagnant plusieurs des faits que j'ai rapportés, on eût vu de fort singulières choses; mais j'ai cru devoir me dispenser de mentionner de pareilles rêveries, malgré le sérieux avec lequel leurs auteurs les racontaient.

Toutes ces considérations de causalité provenant de la mère méritent donc à peine d'arrêter l'attention.

Le volume du ventre, sa forme, soit avant, soit après l'évacuation des eaux de l'amnios, fournissent-ils quelques signes utiles? Il est facile de comprendre que non, car l'examen du ventre, jetât-il quelque lumière sur l'état de la tête du fœtus plutôt que sur celui de toute autre partie de son corps, ce qu'il est difficile d'admettre, cela ne pourrait démontrer qu'une chose, la grosseur de la tête au delà du type normal; or bien des causes, comme je le dirai plus tard, autres qu'une collection de sérosité dans sa cavité, peuvent augmenter le volume de la tête. Le raisonnement et l'observation des faits ne permettent donc d'attacher qu'une médiocre importance à l'examen du ventre de la mère. Néanmoins, dans les cas de ce genre, cas très-difficiles, rien ne devant être rejeté, il sera sage de ne pas négliger cet examen comme pouvant fournir au diagnostic quelques données qui, réunies à d'autres, pourront avoir une certaine valeur que seules elles ne sauraient avoir. L'application de ce précepte m'a été utile à moi-même dans le cas que j'ai observé (obs. 28), et il sera avantageux de suivre cet exemple, surtout quand il ne reste plus que la tête dans l'utérus, comme dans le cas dont il s'agit.

(1) Ouv. cit., tom. II, chap. 5, § 1,911.
(2) *Art des accouch.* Paris, 1787, tom. I, p. 186, note.

(1) *Ephemerid. nat. cur.*, decur. 3, an IX et X, obs. 181, p. 323.

---

chirurgien d'un sens si droit n'improvisait guère, comme un brillant fantaisiste; mais il apprenait de l'expérience, qui est un maître quasi-infaillible; de sorte que les acquisitions qu'on lui doit n'ont rien à craindre des caprices de la mode ni de la manie des inventeurs d'instruments et de procédés.

Les théories de Larrey laissent parfois à désirer, notamment en ce qui concerne les questions ardues de la pathologie générale; mais dans sa pratique chirurgicale, il n'y a presque rien qui ne soit parfaitement raisonnable. On peut être un bon chirurgien d'armée sans avoir approfondi les œuvres chirurgicales de Larrey, mais il n'y a pas un bon chirurgien d'armée qui puisse se dire véritablement instruit dans son art s'il n'a point médité les solides enseignements d'un homme qui a tant fait pour la chirurgie militaire.

Il faut recommander aux jeunes gens qui s'engagent dans cette carrière, non-seulement l'étude assidue des écrits d'un maître aussi expérimenté, mais encore l'imitation d'un modèle peut-être inimitable. La vie de Larrey doit être proposée comme un exemple.

Cet homme véritable et habile a travaillé constamment pour son art, au service de l'humanité, et c'est en faisant le bien qu'il a mérité la reconnaissance nationale et tant de bénédictions.

Lorsque la fortune commença à se montrer sévère pour Bonaparte, ses soldats se laissèrent aller jusqu'à l'indiscipline, et bien près de la révolte. Au passage de la Bérésina, l'Empereur humilié ne se sauva qu'à l'aide d'une garde qui protégeait sa retraite; l'armée voyait son idole avec indifférence, tandis qu'elle poussait en l'honneur de Larrey un de ces cris que l'histoire répète : « Sauvons celui qui nous a sauvés, » disaient ces hommes de fer, dans un moment terrible, où chacun oubliait son devoir et jusqu'à ses affections pour échapper à la mort.

Ce jour là, Larrey reçut sa récompense. Et aujourd'hui les honneurs rendus à sa mémoire prouvent assez que le nom de ce bienfaiteur est gravé dans le cœur même de la nation. C'est pour la troisième fois que Larrey obtient les honneurs d'une statue. Sa gloire vient d'être consacrée à Tarbes, comme elle l'avait été au Val-de-Grâce en 1850, et en 1855 à l'Académie de médecine. M. Badiou de la Tronchère a fait revivre, après le célèbre sculpteur David (d'Angers) et son digne élève M. Pierre Robinet, les traits de cet homme que les plus difficiles peuvent admirer sans restriction, et que les plus indifférents ne sauraient s'empêcher d'aimer un peu.

Le département des Hautes-Pyrénées s'est honoré en rendant un public hommage au souvenir d'une de ses gloires les plus brillantes; et les orateurs qui ont pris la parole dans la cérémonie d'inauguration n'ont pas été obligés, comme il arrive quelquefois en pareille circonstance, de faire un panégyrique à côté du héros. Le discours de M. Jules Cloquet, représentant l'Institut de France et l'Académie de médecine, a résumé pleinement cette vie si noble, si pure, si glorieuse, qui a fondé la noblesse d'une famille, et ajouté un rayon de plus à la brillante auréole qui couronne le front de la France.

Pour nous, qui dans les récits de cette fête n'avons eu des yeux que

Mais tous ces signes, quand même ils seraient constants, ne pourront toujours servir qu'à établir des conjectures ; c'est au toucher qu'il faut avoir recours pour reconnaître l'hydrocéphalie du fœtus avant l'accouchement.

Je ferai remarquer d'abord que l'on a constaté la présentation plus fréquente de la tête que de toute autre partie. Sur les 28 observations citées précédemment, les seules où ce détail ait été indiqué, il y en a 7 dans lesquelles le siége se présente; dans les 21 autres, il y eut présentation du sommet de la tête. Mais on a observé que dans les accouchements ordinaires, dans lesquels la tête du fœtus est saine et bien conformée, la présentation de la tête a lieu environ 19 fois sur 20 (19,810 fois sur 20,517 naissances, selon madame Boivin, et 1,913 fois sur 2,020 naissances, selon M. P. Dubois) (1). Il en résulte que si dans les cas d'hydrocéphalie du fœtus, la tête se présente plus souvent que les autres parties du corps, comme cela a lieu dans les accouchements ordinaires, il s'en faut de beaucoup que ce soit dans la même proportion. Ainsi, au lieu de 19 fois sur 20, comme dans les accouchements ordinaires, ce n'est que 21 fois sur 28 ou 15 fois sur 20 que la tête se présenterait dans les cas d'hydrocéphalie. La tête s'est présentée en position du sommet bien plus souvent que toute autre région ; la même chose arrive quand il n'existe aucun vice de conformation de cette partie. Quant aux autres parties du corps du fœtus, à part l'épaule qui s'est présentée une fois à l'observation de Dugès, comme déjà je l'ai dit, on n'a constaté la présence d'aucune d'elles au détroit supérieur.

Dans l'exposé des signes de l'hydrocéphalie fœtale fournis par le toucher, je considérerai le fœtus selon qu'il se présentera par la tête ou par l'extrémité pelvienne.

Signes de l'hydrocéphalie du fœtus dans la présentation du vertex. — Il résulte des faits cités précédemment que quand la tête du fœtus affectée d'hydrocéphalie se présente au détroit supérieur, et qu'elle est assez abaissée pour être accessible au toucher, elle offre les signes suivants : Le doigt sent une surface large et plus plane qu'à l'ordinaire, qui occupe tout le détroit supérieur. La peau qui la recouvre est plus mince que le cuir chevelu, et s'il n'y avait pas les cheveux qui deviennent alors un signe pathognomonique, bien que très-difficile à constater, car ils sont rares et disséminés, on pourrait la prendre pour celle d'une tout autre partie, comme cela est arrivé plusieurs fois. Cette peau, contrairement à ce qui arrive dans les cas ordinaires, ne se fronce pas à chaque contraction de l'utérus, même quand déjà la tête est un peu engagée dans le détroit supérieur : elle reste lisse et polie. La tumeur qui se présente est molle, fluctuante, même pendant la rémission des douleurs, au point que l'on pourrait croire que c'est la poche des eaux qui n'est pas rompue. Cela a induit en erreur quelquefois, quand on n'avait pas assisté à la rupture des membranes et que l'on ignorait qu'elle eût lieu. Cependant, par un examen plus attentif, on reconnaît que les parois de ce sac aqueux sont plus épaisses et plus résistantes que les membranes, et de plus, la présence des cheveux, quand on peut la constater, sert encore à lever les doutes d'une manière plus convaincante. Mais si ce signe précieux vient à manquer comme dans l'observation 21, où il n'a pu être perçu, les autres caractères de l'hydrocéphalie pouvaient fixer le diagnostic. Ainsi, en poursuivant l'examen de cette tumeur molle, fluctuante, contenant évidemment un liquide, on reconnaît bientôt que sa consistance n'est pas homogène ; diverses modifications dans la composition du crâne, que nous avons précédemment notées, se font connaître. On sent bientôt le rebord des os, on peut même distinguer un espace membraneux circonscrit par eux ; on peut dès lors deviner une suture ou une fontanelle. En même temps les os paraissent plus minces et moins résistants à la pression du doigt.

Tels sont les signes auxquels le toucher pourra faire reconnaître une tête hydrocéphalique au détroit supérieur. Ces signes seront plus difficilement perçus avant la rupture des membranes qu'après cette rupture ; dans ce cas, on peut même dire qu'il ne sera possible de les reconnaître que si la tête peu volumineuse est assez engagée, et encore ne sera-t-il souvent possible de constater que la mollesse de la tumeur et la largeur des sutures.

Mais que l'on n'aille pas croire que toujours le toucher soit praticable, que toujours il soit possible d'atteindre la tête avec le doigt, de le promener sur la surface et de reconnaître ainsi les particularités d'organisation qu'elle peut offrir ; cela arrive quelquefois. Mais dans la plupart des cas, et dans ceux surtout où il serait le plus nécessaire d'être fixé sur le diagnostic, cela ne peut avoir lieu. Ainsi, quand l'hydrocéphalie est assez volumineuse pour mettre un obstacle invincible à la terminaison du travail, la tête reste au-dessus du détroit supérieur, et à une assez grande hauteur pour qu'il soit impossible de l'atteindre. Le travail languit, malgré l'intensité des douleurs ; on se perd en suppositions pour expliquer ce qui peut empêcher la tête de s'engager ; on comprend que l'intervention de l'art est ou va bientôt devenir nécessaire ; on sent le besoin de s'éclairer par le toucher, et le toucher est impossible : l'orifice est largement ouvert, les eaux ont percé et sont écoulées depuis longtemps et rien n'avance. Ou bien si la tête vient à faire un peu de chemin, qu'elle devienne accessible, le doigt ne peut être porté que sur une trop petite surface pour qu'il soit possible de retirer de l'examen auquel il pourrait se livrer aucune lumière. Ainsi, on peut ne toucher qu'un espace membraneux, et dans l'impossibilité où l'on est de sentir les rebords osseux qui le limitent, on ne sait à quoi l'on a affaire. Si au contraire le doigt rencontre une surface osseuse, il est vrai que le défaut d'épaisseur et la résistance moindre des os pourront fournir plus de lumière, mais à une si grande hauteur, quand le toucher n'est pratiqué que du bout du doigt et à force d'efforts, il est difficile de se rendre parfaitement compte de la résistance éprouvée. Et d'ailleurs l'expérience montre tous les jours que les os de la tête du fœtus à terme et à l'état le plus normal offrent de notables variétés sous le rapport de l'épaisseur et de la dureté. Dugès nous apprend (mém. cit.) qu'il a vu ces os être excessivement minces et même tout à fait membraneux en certains endroits, quoique la tête fût bien constituée du reste. Il ajoute toutefois qu'ils offrent alors un caractère de résistance particulier, qu'ils cèdent en crépitant comme du parchemin sec.

J'ai vu un fait de ce genre : un enfant fort et bien conformé du reste, né à terme, avait les os du crâne mobiles et peu résistants, sans

(1) Cazeau, *Traité d'accouchements*, p. 301.

---

pour le héros, résumons notre opinion, en disant que Larrey était l'homme carré, ἄνδρα τετράγωνον, selon l'expression du poëte grec, c'est-à-dire une de ces natures rares qui ne prêtent le flanc à aucune attaque. Heureuses les nations qui produisent des héros de cette taille et qui savent les honorer dans la postérité!

J. M. Guardia.

— Le comité médical des Bouches-du-Rhône, reconnu par décret impérial établissement d'utilité publique, promet de décerner, dans sa séance générale d'avril 1865, une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur les questions suivantes :

« 1° Quel est l'état actuel des associations médicales en France?

« 2° Répondent-elles au but principal de leur création qui est de ne « faire des dignes médecins français qu'une seule famille?

« 3° Dans le cas contraire, quels sont les moyens à prendre pour at- « teindre ce but?

« 4° Faut-il admettre les pharmaciens dans ces associations? »

Les concurrents comprendront qu'ils doivent indiquer le nombre d'associations médicales et sa marche ascendante depuis la première qui a été fondée jusqu'à ce jour; qu'ils ont à signaler le chiffre exact des membres de chaque association, ses actes et sa situation financière, aux diverses phases de son existence, ainsi que les causes de sa prospérité ou de sa décadence.

La réponse à la deuxième question réclame un exposé franc, consciencieux, des améliorations dont ces associations seraient susceptibles.

Quant aux troisième et quatrième questions, elles sont soumises, sans commentaires, aux lumières des candidats.

Les mémoires écrits lisiblement et envoyés francs de port, dans les formes académiques, seront reçus jusqu'au 1er mars 1865, terme de rigueur.

Ils seront adressés à M. le docteur P. M. Roux, président perpétuel du comité, rue Mongrand, n° 12, à Marseille.

— Un concours public pour une place de chirurgien au Bureau central des hôpitaux de Paris s'ouvrira le jeudi 13 octobre, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au jeudi 29 septembre, à trois heures.

présenter tontefois cette crépitation dont parle Dugès; les fontanelles et les sutures étaient fort larges, et l'occipital, dans une assez grande étendue, et surtout dans sa portion gauche, était incomplétement ossifié, anomalie qui avait empêché de fixer d'une manière précise le diagnostic de la position.

Il pourrait donc arriver que si, par une cause quelconque indépendante de son volume, la tête restait au-dessus du détroit supérieur, son ossification imparfaite la fît confondre, jusqu'à un certain point, avec une tête hydrocéphalique.

Il faut donc le reconnaître, car les faits cités le prouvent, et la plupart ont été observés par des praticiens dont il est impossible de mettre en doute l'habileté, il arrive fort souvent que l'on méconnaisse l'hydrocéphalie du fœtus quand la tête est encore au-dessus du détroit supérieur. On est alors forcé d'introduire la main dans l'utérus pour examiner quel est l'état de la partie qui se présente. Cette introduction de la main faite méthodiquement et avec les précautions et les ménagements nécessaires, est à peu près sans inconvénients. Et quand même il pourrait en résulter quelques légers accidents par suite du froissement des parties génitales, ces inconvénients seraient certainement bien contre-balancés et au delà par l'avantage que l'on aurait obtenu en fixant le diagnostic d'une manière positive. Ainsi, ayant introduit la main dans l'utérus à une profondeur assez grande pour pouvoir circonscrire suffisamment la tête, on apprécierait les modifications qu'elle a pu subir; la cause de son augmentation de volume sera reconnue par les caractères de l'hydrocéphalie : mollesse, fluctuation, largeur des espaces membraneux, etc. Dans les observations que j'ai rapportées, cette pratique a été suivie quelquefois, et il n'en est résulté que des avantages.

Mais si la tête est engagée en partie, si, eu égard à sa grande mollesse, aux larges connexions qui unissent entre eux les os, surtout quand le fœtus est mort, elle a pu, sous l'influence de contractions longues et violentes de l'utérus, se façonner dans la filière que lui présente le bassin et être descendue assez bas dans l'excavation pour que le doigt puisse librement se promener sur elle, explorer sa surface, apprécier sa consistance, son volume, alors on peut dire avec Baudelocque qu'un jeune praticien, même peu instruit, pourra facilement reconnaître l'hydrocéphalie du fœtus.

Cependant il ne faudrait pas que la tête fût trop engagée, car alors on ne pourrait pas sentir la fontanelle antérieure; en supposant, ce qui est le plus fréquent, que la tête se présente en position occipito-antérieure; or les sutures et même la fontanelle postérieure, seuls espaces membraneux accessibles au doigt dans ce cas, et par la nature de la position, et par l'étendue considérable des os, sont en partie effacées par le chevauchement; de sorte qu'au premier abord, on sent peu de différence entre les caractères d'une tête ainsi conformée et ceux d'une tête saine (obs. 8).

Quoi qu'il en soit des difficultés que puisse présenter le diagnostic quand la tête est fortement engagée dans le détroit supérieur, hâtons-nous de dire que dans ce cas, la fixation d'un diagnostic bien précis aura moins d'importance que quand la tête n'est pas engagée; car dans le plus grand nombre des cas, la tête arrivée à ce point franchira complétement le détroit supérieur sans le secours de l'art et sous l'influence des seules forces de la nature. D'un autre côté, presque tous les accidents que peut entraîner l'hydrocéphalie fœtale comme obstacle à l'accouchement ont été produits et pour la mère et pour l'enfant. Les efforts énormes que la femme a dû faire l'ont beaucoup affaiblie; les parties ont été contuses par ce passage forcé d'une tête trop volumineuse; l'enfant est mort : il importe assez peu alors de savoir que l'on a précisément affaire à un cas d'hydrocéphalie. C'est six heures, un jour, deux et même trois jours plus tôt qu'il aurait fallu reconnaître la maladie, avant que la femme se fût épuisée d'efforts pour triompher, et encore incomplétement de l'obstacle apporté à l'accouchement. Elle sera trop heureuse en effet, quand même on parviendrait à la délivrer par le secours de l'art, si elle résiste aux conséquences de ces longues et inutiles fatigues.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE UND FUR KLINISCHE MEDICIN;

par R. VIRCHOW.

Les tomes XXV et XXVI renferment les travaux originaux suivants : 1° *Contribution à l'optique physiologique*, par A. Classen. (Etudes sur la vision binoculaire. Suivant l'auteur, il faut admettre un travail purement sensitif dans la rétine, travail qui n'a rien de volontaire, et une activité des muscles de l'œil qui rend la vision distincte et donne à la sensation lumineuse de la rétine des propriétés qui mettent la perception en rapport avec la réalité.) 2° *Les médecins de la Suisse au moyen âge*, par Meyer-Ahrens. (Dernier article.) 3° *Pour servir à l'étude de l'urémie*, par Alex. Petroff. 4° *Sur les paralysies à la suite de la diphthérie*, par Hermann Weber. 5° *Analyse du sang et de l'urine dans la leucémie*, par Fr. Mosler et W. Koerner. (Le rapport, en nombre, des corpuscules blancs aux corpuscules rouges s'est trouvé être comme 1 : 4,08. L'analyse chimique du sang fit constater la présence de l'albumine, la glutine, l'acide urique, l'hypoxanthine, l'acide formique, l'acide lactique. Quant à l'urine, sa composition ne différait pas assez de l'état normal pour qu'on pût mettre cette différence sur le compte de la leucémie.) 6° *Paralysies syphilitiques et leur guérison*, par Gustave Passavant. (Premier article. — Dans une de ses observations, l'auteur a constaté la présence du mercure dans les os.) 7° *Petites communications : a. Acide cholatique libre dans les excréments du chien; action de cet acide sur les cellules sanguines pendant la vie*, par Félix Hoppe. *b. Ectasie capillaire des poumons*, par Buhl. *c. Epilepsie avec dégénérescence cystoïde du plexus choroïde*, par C. E. Emile Hoffmann. 8° *Etudes comparatives sur toutes les méthodes opératoires conseillées contre les varices*, par J. Minkiewicz. (Première étude : ligature des veines mises à découvert.—L'auteur déduit de ses études le conseil de faire une plaie aussi petite que possible, afin de ne mettre à nu qu'une petite étendue de la veine, puis de lier celle-ci avec un fil métallique, de réunir avec soin et de chercher à guérir par première intention. Le mémoire se termine par la relation de six expériences de ligatures de veines sur des chiens.) 9° *Du laboratoire chimique de l'Institut pathologique de Berlin : a. Présence du sucre dans l'urine normale*, par H. Tuchen. (L'auteur établit par des expériences que l'urine de l'homme contient constamment et d'une manière normale une certaine quantité de sucre.) *b. De l'action spécifique de certaines substances composant le suc pancréatique naturel ou artificiel*, par Alex. Danilewsky. 10° *Recherches expérimentales sur l'embolie*, par Panum. 11° *Physiologie et pathologie de l'organe auditif*, par Auguste Lucal. 12° *Pour servir à l'anatomie normale et pathologique de l'œil*, par Klebs. (Mémoire avec figures.) 13° *Sur la pathologie de l'affection trichinale chez l'homme*, par Friedrich. 14° *Petites communications : a. Communication relative à l'étude de la chaleur animale*, par A. Walther. *b. Un coup de foudre*, par Edouard Rindfleisch. *c. Cas remarquable de maladie d'Addison*, par Hartung. *d. Tumeur utérine particulière*, par J. A. Glaeser. 15° *Action du tartre stibié sur le cœur*, par Th. Ackermann. (Injection d'émétique dans les veines ou dans les artères des chiens; constatation des effets produits. Chez les chiens tués par une injection dans une artère de 25 à 75 centigrammes d'émétique, l'irritabilité du cœur était considérablement diminuée, quelquefois entièrement éteinte. C'est à cette action du tartre stibié sur le cœur et sur les vaisseaux qu'il faut attribuer l'état de collapsus qui suit l'administration de ce médicament.) 16° *Esquisse physico-médicale sur la ville de Rescht, en Perse*, par J. C. Haentsche. 17° *Etudes anatomiques des articulations des membres chez les nouveau-nés et les adultes*, par C. Hueter. 18° *Petites communications : a. Extension géographique du cancer des lèvres*, par Wilh. Stricker. (Analyse de la thèse du docteur Louis Lortet : Essai monographique sur le prétendu cancroïde labial, 1861.) *b. de l'étiologie de l'urticaire*, par Fr. Mosler. *c. Sur la chorée des femmes enceintes*, par le même. 19° *Le nerf vague et le cœur*, par Fr. Goltz. 20° *De l'éructation chez le cheval*, par A. C. Gerlach. 21° *De l'éructation chez l'homme*, par J. E. L. Falke. 22° *La lèpre des Arabes* (éléphantiasis des Grecs), *d'après des observations faites à l'île de Madère*, par Ch. Wolff. 23° *Quelques expériences sur la production artificielle des os*, par Reinhold

Buchholz. 24° *La lèpre caspienne*, par Fréd. Oldekop. (Travail étendu sur les affections lépreuses observées à Astrakan.) 25° *De la résorption de la graisse*, par F. de Recklinghausen. 26° *Rapport sur le prétendu œstre de l'homme, d'après l'état actuel de la science*, par S. Scheiher. (L'œstre ne vit pas sur l'homme; on a pris pour cet insecte des larves appartenant aux genres mouche, sarcophage, anthomye, etc. Les espèces d'œstres connues semblent n'affecter chacune qu'une espèce animale; le cheval, le bœuf, le mouton, et ont toujours leur siége déterminé, soit sous la peau, soit sur la muqueuse; ainsi la larve du *gastrus equi* ne vit que sur l'estomac du cheval. Cette règle cependant ne s'applique qu'aux œstres d'Europe. Il existe dans l'Amérique du Sud une espèce du genre *dermatobia*, dont la larve vit sur l'homme en même temps que sur les chiens et les bêtes à cornes.) 27° *Petites communications : a. Cas d'oblitération de l'aorte au point d'insertion du conduit artériel de Botal*, par S. H. Scheiber. *b. Mort au bout de quatre jours causée par la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes*, par Hermann Beigel. (Fève avalée par un enfant, accès immédiat de suffocation qui cesse promptement et est suivi de trois jours de bien-être à peu près parfait; mort subite par suffocation le quatrième jour. Le ventricule gauche du larynx offrait un point ulcéré; la fève obstruait la bronche gauche. Il est évident que le corps étranger s'était d'abord logé dans le ventricule et n'était descendu dans la bronche que plus tard.) *c. Picronitrate de potasse comme anthelminthique*, par Walter. (Cas de ténia qui avait résisté à l'écorce de la racine de grenadier et au rousso. L'auteur donna des pilules de 5 centigrammes de picronitrate de potasse, 5 pilules trois fois par jour; au bout de quatre jours, le ver sortit tout entier avec la tête.) *d. Nématode vivant trouvé dans une fibre musculaire vivante*, par W. Kühne. (Observation faite sur une grenouille.) 28° *L'opium et ses bases, leur action physiologique*, par J. F. H. Albers. 29° *Structure et accroissement de l'ovaire de la femme et de quelques maladies de cet organe*, par F. Grobe. 30° *Terminaison des nerfs dans la conjonctive; réponse aux observations de W. Krause sur ce sujet*, par Jules Arnold. (M. Krause révoque en doute le mode de terminaison des nerfs de la conjonctive en réseaux de fibres pâles et prétend que ces nerfs se terminent par des renflements en forme de massue. M. Arnold justifie sa première opinion et combat celle de son antagoniste.) 31° *Un cas de diabète insipide*, par Adolphe Wachsmuth. 32° *Les routes de la lymphe dans une plaque de Peyer chez l'homme*, par H. Frey. 33° *Des fibres élastiques de l'os*, par Rod. Maier. (Etude sur les fibres qui ont été décrites par Sharpey, Henri Müller, Koelliker et Lieberkühn sous le nom de fibres perforantes. L'auteur a déjà traité ce sujet dans un travail publié à Fribourg, en 1856, sur l'accroissement des os en épaisseur. Il le reprend ici avec beaucoup de détail et donne plusieurs dessins qui représentent la disposition des fibres élastiques dans les os du nouveau-né, de l'adulte et dans les os nécrosés.) 34° *Etranglement produit par un nœud entre l'extrémité inférieure de l'iléon et la courbure sigmoïde*, par Wenzel Gruber. 35° *De l'atrophie des cordons spinaux postérieurs*, par N. Friedreich. 36° *Petites communications : a. Cas de cystinurie*, par Bartels. *b. Cas heureux de tétanos rhumatismal*, par Fr. Asschenfeldt. (Observation faite au Brésil sur un mulâtre; la maladie dura près d'un mois; l'opium à haute dose constitua la base du traitement.) *c. Chute pathologique des tissus cornés; fièvre typhoïde desquamatoire épidémique*, par J. Frank. (L'auteur a traité huit malades qui tous, sur la fin de la maladie, ont perdu les cheveux et les ongles.) 37° *Pour servir à l'histologie du tissu pulmonaire*, par H. Hertz. 38° *Détails histologiques relatifs à la dégénérescence grise du cerveau et de la moelle, et remarques sur la formation et la métamorphose de la cellule*, par Edouard Rindfleisch. 39° *Ce que devient la bile dans le canal intestinal*, par Félix Hoppe-Seyler. (Recherches chimiques sur les excréments des chiens, des bœufs et des oiseaux. On trouve dans les excréments de l'acide cholalique et de l'acide glycocholique; l'acide taurocholique est facilement décomposé dans l'intestin; l'acide glycocholique beaucoup plus difficilement. Suivent des recherches sur l'acide lithofellinique, sur le dédoublement des acides de la bile. L'auteur termine par l'examen de cette question : la bile est-elle une excrétion ou est-elle en partie résorbée? Ses recherches n'aboutissent pas à un résultat définitif.) 40° *Contributions à la pathologie du tétanos*, par E. Leyden. 41° *Expériences relatives à l'action de la soude et du picronitrate de potasse sur les trichines*, par Fiedler. 42° *Petites communications : Quelques nouvelles observations sur l'emploi du spectroscope pour reconnaître les taches de sang*, par G. Valentin. (L'auteur a fait des expériences comparatives sur les bandes produites par la fuchsine, l'azaléine et la violine d'une part et sur les bandes produites par le sang, et il indique les différences qu'il a observées.)

Pour servir a l'étude de l'urémie; par le docteur Alexandre Petnoff, à Casan.

Quoique la théorie proposée par Frerich dans son écrit sur la maladie de Bright ait reçu l'assentiment d'un grand nombre de médecins, cependant des doutes se sont élevés sur la possibilité de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans l'organisme. Ces doutes se sont trouvés appuyés par plusieurs observations cliniques d'après lesquelles le sang urémique contenait de fortes proportions d'urée sans traces de carbonate d'ammoniaque.

Pour éclairer cette question, l'auteur a extirpé les reins sur des chiens et sur des chats dans le but de produire des phénomènes d'urémie, et il a examiné le sang de ces animaux à des époques plus ou moins éloignées de l'opération, en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter la transformation ultérieure de l'urée en carbonate d'ammoniaque. De plus, il a injecté dans le sang d'animaux auxquels on n'avait pas extirpé les reins, de l'urée, du carbonate et du sulfate de soude et du carbonate d'ammoniaque, en notant les symptômes provoqués par ces diverses substances.

Les conclusions auxquelles l'auteur se trouve amené sont les suivantes :

1° Quand les fonctions des reins sont supprimées, il se forme dans le sang du carbonate d'ammoniaque.

2° Des injections de cette substance dans le sang produisent des phénomènes en tout semblables aux phénomènes urémiques.

3° Le degré d'intensité des phénomènes produits et leur caractère dépendent de la quantité d'ammoniaque que le sang renferme et de l'état sous lequel cette substance y est contenue.

Des parties constitutives spécifiques du suc pancréatique naturel ou artificiel; par Alexandre Danilewsky, médecin praticien à Charkow.

Le but de ce travail est de montrer que toute action spécifique du suc pancréatique, qu'il soit naturel ou préparé artificiellement, est lié à la présence de certains corps et que quelques-uns de ceux-ci peuvent être préparés sans qu'ils perdent de leurs propriétés. Le résumé suivant, placé par l'auteur à la fin de son mémoire, en fait connaître les résultats.

Le suc pancréatique manifeste, en dehors de l'organisme, trois réactions physiologiques spécifiques :

a. Il change l'amidon en sucre;

b. Il dissout d'une manière caractéristique l'albumine coagulée (fibrine);

c. Il décompose les graisses neutres en acides gras et en glycérine.

Chacune de ces réactions provient d'une substance spécifique particulière.

On peut préparer deux de ces substances, celles qui produisent les deux premières réactions.

L'existence de la troisième substance, celle qui produit la troisième réaction physiologique, est très-probable.

La première substance manifeste son action dans une solution neutre, alcaline ou acide.

La seconde substance, celle qui dissout la fibrine, n'agit que dans une solution alcaline ou neutre.

Un excès d'alcali libre ou la présence d'acide chlorhydrique libre empêche la digestion de la fibrine dans une solution de la substance spécifique.

Les deux corps en question n'appartiennent pas aux substances albuminoïdes, mais aux matières colloïdes.

Sur la pathologie de la trichinose chez l'homme; par le docteur N. Friedreich, professeur à Heidelberg.

La difficulté du diagnostic de cette singulière affection et l'incertitude du traitement nous engagent à reproduire, en l'abrégeant, l'observation qui sert de base au travail de l'auteur.

Obs. — Garçon boucher de 22 ans, robuste et jusque-là bien portant; tombe malade le 14 avril, se plaignant d'une grande faiblesse dans les jambes et d'une vive douleur des muscles du mollet. Ces symptômes augmentent les jours suivants. Il s'y joint des selles diarrhéiques et des douleurs dans les bras et dans les lombes avec roideur des parties souf-

frantes. La pression augmente les douleurs musculaires; les muscles semblent tuméfiés et le malade peut à peine se redresser dans son lit. Fièvre violente; céphalalgie et vertiges; soif; absence d'appétit. Ces symptômes durent jusqu'au 1er mai où l'on remarque une roideur des bras, un commencement d'aphonie et de la douleur en parlant. Les jours suivants l'aphonie et les douleurs musculaires continuent; accélération du pouls; sueurs continuelles; diarrhée; exanthème pustuleux.

On prescrit le 5 mai le picronitrate de potasse en pilules de 5 centigrammes : 5 pilules trois fois par jour. (Prenez : picronitrate de potasse, 3 grammes; extrait de réglisse et poudre de réglisse, Q. S. pour 60 pilules.)

Le 7 mai, à l'aide du harpon explorateur de Middeldorpff, on extrait une petite portion de substance musculaire du mollet dans laquelle on trouve sept trichines. Un furoncle s'étant développé sur l'épaule, le pus qui en sortit (9 mai) entraîna une grosse trichine parfaitement développée. Amélioration sensible, surtout sous le rapport des douleurs et de la roideur des muscles.

Le 13 mai, ces douleurs avaient presque disparu; le malade commence à marcher.

Une nouvelle exploration faite le 18 mai ne montre aucune trichine.

Le 25 mai on cesse le picronitrate.

Le malade sort le 30 juin, très-bien rétabli.

Dans les remarques qui suivent cette observation, l'auteur fait ressortir les principaux symptômes, particulièrement les douleurs musculaires, la sueur, l'éruption pustuleuse et l'affection furonculeuse, en rattachant ces deux derniers symptômes à la présence des trichines. Mais ce qui intéresse particulièrement le médecin dans une affection aussi obscure et aussi rebelle aux traitements, c'est l'action bienfaisante du picronitrate de potasse. M. Friedreich avait essayé l'année précédente l'emploi de cette substance dans les fièvres intermittentes et avait remarqué la coloration ictérique qui suit son administration. L'idée que le médicament, en imprégnant les tissus, pourrait agir sur les trichines reléguées, comme on sait, dans l'intimité des muscles, l'engagea à en tenter l'essai dans l'exemple de trichinose qu'il avait sous les yeux; le succès le plus complet, comme on vient de le voir, couronna son attente. Toutefois l'auteur ne prétend pas que la guérison de son malade soit due exclusivement au picronitrate, mais il pense avec raison qu'il y a lieu de faire de nouveaux essais. Du reste, il regarde ce médicament comme un excellent anthelminthique qui lui a servi à expulser rapidement et facilement un énorme ténia chez un garçon boucher.

(Voici la formule dont l'auteur a fait usage :

Prenez : picronitrate de potasse, 1 1/2 gramme; poudre de racine de jalap, 3 grammes; extrait de réglisse, quantité suffisante, pour 30 pilules A H, prendre 2 pilules trois fois par jour.)

Sur l'absorption de la graisse; par le docteur F. de Recklinghausen.

Ce travail comprend de nombreuses expériences faites sur les animaux, dans le but d'éclairer la question de l'absorption des matières grasses. L'auteur a injecté dans la cavité abdominale de lapins qui avaient été préalablement soumis à un jeûne de plusieurs jours, du lait, du sang, de l'huile et diverses matières colorantes délayées dans de l'huile (cinabre et cobalt); toujours il a vu les vaisseaux lymphatiques du diaphragme injectés et contenant les particules solides des substances employées (corpuscules sanguins, globules laiteux, etc.). L'auteur a été amené à rechercher par quelles voies les substances introduites dans la cavité péritonéale ont pu passer dans les vaisseaux lymphatiques. En examinant l'épithélium, il a constaté dans l'intérieur des cellules la présence des substances injectées; mais ce fait ne s'est pas montré seulement sur l'épithélium qui recouvre le centre tendineux du diaphragme, l'auteur l'a vu aussi sur les cellules des autres parties de la cavité péritonéale et, dans certains cas, il a trouvé les vaisseaux lymphatiques injectés sans rien voir de particulier dans les cellules.

La conclusion la plus générale des recherches de l'auteur est que les vaisseaux lymphatiques superficiels qui recouvrent le centre tendineux du diaphragme communiqueraient avec la cavité du péritoine par des ouvertures ayant environ le double du diamètre des globules sanguins et situées entre les cellules épithéliales.

De la structure, de l'accroissement et de quelques maladies de l'œuf humain; par F. Grohe, professeur à Greifswald

Les principaux faits contenus dans ce mémoire ont été communiqués à la réunion des naturalistes et des médecins qui a eu lieu à Spire au mois de septembre 1861, réunion dont a rendu compte la *Gazette méd. de Paris* (1861, p. 703) (1). La méthode suivie par M. Grohe consiste à durcir l'ovaire dans l'alcool ou dans l'acide chromique. L'alcool rectifié convient surtout pour l'ovaire des enfants; l'acide chromique est préférable pour celui des adultes. On rend ensuite les coupes transparentes par la soude, l'acide acétique ou la glycérine. L'auteur a constaté sur des coupes qui embrassaient toute l'épaisseur de la glande, chez des enfants de 1 à 2 ans et au-dessous, que l'ovaire peut être regardé comme composé d'une substance corticale et d'une substance médullaire. La partie corticale est composée presque exclusivement des ovisacs de Barry enchâssés dans les fibres déliées du stroma, tandis que la partie centrale est surtout riche en fibres et en vaisseaux. Un fait assez curieux, c'est que les follicules, suivant l'auteur, se développent plus rapidement au centre qu'à la périphérie. M. Grohe n'a rien vu, dans les ovaires qu'il a examinés, qui ressemble à la structure tubuleuse décrite par M. Pflüger (2). Du reste, nous ne saurions analyser dans ses détails le travail du professeur de Greifswald. Nous dirons seulement qu'il décrit avec soin tout ce qu'il a vu et qu'il accompagne ses descriptions d'excellentes figures.

Les voies de la lymphe dans une plaque de Peyer, chez l'homme; par H. Frey, professeur à Zurich.

Les plaques de Peyer, après être restées longtemps des organes énigmatiques, ont donné lieu dans ces dernières années à d'importants travaux qui ont eu pour résultat de nous faire connaître leur structure générale, du moins dans ce qu'elle a d'essentiel.

Cependant personne n'a encore établi, d'une manière précise et satisfaisante, les rapports entre les follicules et le système lymphatique. C'est de ces rapports que s'occupe M. Frey dans l'article dont nous allons rendre compte. Les travaux antérieurs de cet auteur et particulièrement ses belles *Recherches sur les glandes lymphatiques* (3) nous inspirent une grande confiance sur l'exactitude des résultats.

M. Frey assigne aux follicules de Peyer la structure suivante :

Le follicule se compose de trois parties : la coupole, la couche moyenne et la base. La coupole fait saillie sur la muqueuse, elle est recouverte d'épithélium cylindrique et entourée d'une enveloppe garnie d'appendices villeux (la *vaginule* de Bœhm). La couche moyenne sert de moyen d'union des follicules entre eux ou avec le tissu muqueux environnant qui renferme les cellules lymphatiques. La partie basilaire est nettement séparée des parties voisines. Le tout est composé d'un tissu réticulé à mailles étroites à l'extérieur, larges au contraire à l'intérieur. D'innombrables cellules lymphatiques remplissent tous les interstices, et le follicule est traversé dans toute son épaisseur par un élégant réseau capillaire.

Voici quelle est, dans les mammifères, la disposition des voies par lesquelles chemine la lymphe. Chaque follicule a des canaux lymphatiques afférents qui sont les conduits chylifères de la vaginule. Ces canaux se répandent dans le tissu réticulé qui unit les follicules, sans pénétrer dans ces derniers. De là les conduits de la lymphe, qui ont perdu leurs parois propres, se rendent dans l'espace qui entoure la base du follicule et qui correspond au sinus alvéolaire des glandes lymphatiques pour pénétrer ensuite dans les canaux lymphatiques du tissu sous-muqueux. Ainsi les parties moyenne et basilaire du follicule sont entourées de conduits lymphatiques; la région supérieure en est dépourvue.

L'auteur passe ensuite à l'exposé de ses recherches sur l'homme. Les dessins joints à son travail permettent de se rendre facilement compte de la disposition des parties. Les villosités contiennent un, deux ou même trois canaux chylifères qui descendent vers les intervalles compris entre les follicules et se jettent dans le réseau lymphatique qui occupe cet intervalle, au milieu de la substance lym-

(1) L'auteur se plaint en note que je lui aie fait dire que l'ovaire n'est pas une glande, tandis qu'il a toujours professé l'opinion que cet organe appartient aux glandes fermées, dont il se distingue toutefois par sa structure. Ces erreurs, que peut commettre un compte rendu, n'existeraient pas si les auteurs, après leur communication, remettaient au secrétaire une note écrite contenant les faits les plus essentiels. C'est une mesure bien simple qui pourrait facilement être adoptée dans les congrès allemands (A. L.)

(2) *Gazette méd. de Paris*, 1864, n° 3, p. 45-46. Ce travail remarquable n'avait pas encore paru quand M. Grohe a publié le mémoire dont nous rendons compte.

(3) *Gazette méd. de Paris*, 1862, p. 778.

phoïde qui unit les follicules entre eux. Le réseau se continue vers la base du follicule pour passer, de là, dans les vaisseaux lymphatiques sous-muqueux. Une des figures montre comment le réseau lymphatique situé à la base des follicules, dans le tissu sous-muqueux, aboutit à un large sinus dans lequel les vaisseaux lymphatiques prennent naissance.

A. Lereboullet.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. DECAISNE.

Sur le traitement de quelques névroses ayant leur siége à la base du cerveau; par M. Remak (de Berlin).

Dans un mémoire lu à l'Académie au mois de septembre 1856, j'ai déjà cité quelques effets du courant galvanique constant sur certaines maladies de la moelle épinière et du cerveau. En poursuivant depuis ce temps ces recherches sur une vaste échelle, je suis parvenu, quant aux maladies de la moelle, à des résultats qu'il serait trop long de développer ici. Je veux donc me borner à mentionner une observation sur le développement et le traitement de certains troubles intellectuels.

Il est connu que ces troubles sont précédés quelquefois d'attaques de paralysie ou de spasmes des muscles de la face ou des muscles oculaires externes et internes. On a pu interpréter ce fait par l'hypothèse que la même altération du cerveau, de laquelle provient plus tard l'aliénation mentale, engendre aussi la paralysie ou le spasme local. Mais d'après une série d'observations que j'ai faites dans les dernières années, je suis porté à croire que le développement de la maladie suit quelquefois une marche tout à fait inverse, c'est-à-dire que la paralysie ou le spasme local sont dus primitivement à un trouble de circulation du sang autour des racines des troncs nerveux à la base du cerveau, occasionné par une méningite ou périostéite, et que ce même trouble en s'étendant par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins et surtout de leurs nerfs sympathiques sur les parties voisines du cerveau lui-même cause ensuite le trouble mental.

Pour faire comprendre comment je suis arrivé à émettre cette opinion, je suis obligé de communiquer quelques faits que j'ai déjà publiés en Allemagne.

Il faut rappeler avant tout que dans l'atrophie musculaire progressive d'Aran, où l'électrisation locale reste sans effet, l'application du courant constant sur la partie cervicale du sympathique peut, d'après mes observations publiées depuis 1860 et confirmées par d'autres médecins, conduire dans certaines limites à une guérison complète.

Occupé ensuite depuis des années de l'application du courant constant au traitement de maladies spasmodiques et névralgiques, j'ai dû observer, dans des cas de tic convulsif et de tic douloureux, que ce courant porté immédiatement sur les parties souffrantes ne produit pas de guérison et qu'il aggrave même quelquefois les symptômes, tandis que le même courant dirigé sur certains points du cou n'est pas seulement d'un effet immédiat, mais peut successivement conduire à un résultat satisfaisant et durable.

Par des recherches comparatives nombreuses dont il est impossible de donner ici les détails, je crois avoir démontré que les points dont je viens de parler correspondent à certains points du nerf sympathique du cou, surtout aux ganglions cervicaux et à la partie vertébrale de ce nerf qui accompagne l'artère vertébrale.

J'ai constaté en outre que dans des cas de paralysie complète des muscles de la face, des yeux, de la langue, de la respiration même, où la faradisation ou même la galvanisation locale ne produisent aucun effet ou un effet très-fâcheux, alors l'application indirecte du courant constant exerce une influence visible, en produisant une amélioration progressive durable, et quelquefois même une guérison parfaite.

On comprendra donc que dans des cas de paralysie et de spasme facial, compliqués d'une faiblesse mentale, j'ai dû suivre la même voie. En effet j'ai été heureux d'observer que l'application du courant donne aussi dans ces cas un effet bien prompt et satisfaisant, et qu'elle rétablit même les forces mentales, avant de faire disparaître tout à fait les symptômes de paralysie ou de spasme.

A l'appui de cette assertion, je citerai le cas d'une femme de quarante ans dont je vais mettre sous les yeux de l'Académie quelques tableaux photographiques. Cette malade a été admise à ma clinique le 11 mai de cette année, et je l'ai présentée le même jour à la Société médicale de Berlin. Quinze mois auparavant elle fut saisie d'une paralysie faciale complète du côté gauche, ensuite de douleurs et d'anesthésie dans le rayonnement du nerf trijumeau et d'une faiblesse mentale progressive très-prononcée. Malgré une médication très-large et la faradisation de la face prolongée pendant des mois, l'état de la malade s'empirait : il se développait des spasmes occupant les muscles de la face, surtout du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé, ce qui, d'après mes observations très-nombreuses, est presque toujours le cas, les accès de convulsions consécutifs à la paralysie faciale se présentant plutôt du côté sain que du côté primitivement affecté, tandis qu'il se forme des contractures très-prononcées sur le côté de la paralysie.

Les premiers deux tableaux photographiques que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie donnent une idée de l'état de la face, le jour même de l'admission de la malade. Aussitôt que la malade fermait les yeux, on pouvait voir que les muscles de la face du côté gauche entraient en contraction au point d'entraîner l'angle de la bouche en haut et en dehors. De l'autre côté, comme on voit sur le second tableau, chaque fois que la malade tentait de froncer les sourcils, le muscle frontal gauche restait sans mouvement, tandis que les autres muscles du même côté montraient les mêmes contractions exagérées que pendant l'occlusion des yeux.

Le côté gauche de la face était le siége d'un état mixte d'anesthésie, de névralgie et d'hyperesthésie, et c'était surtout sous l'influence d'un attouchement léger de la moitié gauche de la face que des convulsions éclataient plus du côté droit que du côté gauche, tandis qu'une pression forte de la région du ganglion supérieur cervical du sympathique, qui était bien douloureuse, supprimait d'un coup les convulsions et les douleurs dans la face.

La faiblesse mentale était arrivée à un degré très-avancé ; surtout la mémoire était affaiblie à ce point, que la malade était presque incapable de raconter les détails de sa maladie, qu'elle était hors d'état de lire et d'écrire comme auparavant, et de faire avec précision les moindres travaux du ménage. Il existait en même temps un abattement moral qui poussait la malade au désespoir.

Déjà le lendemain le courant constant, dirigé sur le ganglion cervical supérieur gauche du sympathique, donnait un effet immédiat et visible, en calmant les convulsions de la face. Ces applications du courant, répétées à peu près trois fois par semaine en présence de mes élèves, amenèrent dans le cours de trois mois une vraie transformation dans l'état de la malade, et c'était avant tout l'esprit de la malade qui s'en est ressenti. Pour les changements visibles à la face, on trouvera confirmé ce que je viens de dire en regardant la seconde série des tableaux photographiques exécutés le 8 août.

— M. Velpeau présente un mémoire ayant pour titre : « Nouveau système de traitement de la syphilis sous le climat du Nord à l'aide de quelques moyens pharmaceutiques particuliers, découverts par *M. J. J. Maslovsky*, médecin accoucheur à Moscou .»

Ce mémoire, qui outre un certain nombre d'observations particulières destinées à faire connaître la manière d'agir des moyens thérapeutiques employés par l'auteur, comprend des considérations générales sur certaines modifications survenues dans le caractère de la maladie et considérées les unes comme l'effet du temps, les autres comme tenant au climat, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Rayer, Cloquet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un exemplaire du rapport de M. le docteur Simonin, sur le service de la vaccine dans le département de la Meurthe, en 1863. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Foucart, sur le service médical des eaux minérales de Billazais (Deux-Sèvres) en 1863. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend l'envoi, par l'Académie des sciences et arts de Montpellier, des fascicules de ses mémoires qui sont relatifs à l'art médico-chirurgical.

— M. le docteur Haime (de Tours), correspondant, assiste à la séance.

— M. Ricord demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

LA SYPHILIS EXISTE-T-ELLE CHEZ LES ANIMAUX?

M. Ricord : Je n'avais pas l'intention de reprendre la parole après la clôture de la discussion qui vient d'avoir lieu. Cependant j'ai cru qu'il

ne serait peut-être pas inopportun de dire quelques mots à propos d'une assertion qui s'est produite dans la dernière séance.

Je n'ai aucun intérêt personnel à nier la transmission de la syphilis aux animaux; je serais même très-heureux, pour ma part, que les animaux voulussent bien l'accepter : nous aurions au moins là une origine possible de la maladie. On dit bien qu'elle est venue d'Amérique, mais d'autres disent qu'elle est venue d'Afrique, et la renvoyer ainsi d'un peuple à l'autre ce n'est, je crois, qu'éloigner la question.

Il faut bien cependant qu'elle ait été créée cette syphilis, il faut qu'elle ait été élaborée quelque part; ce laboratoire, — qu'on me passe l'expression. — où le trouverons-nous, chez l'homme ou chez les animaux? Jusqu'à présent je ne sache pas qu'on ait rencontré la syphilis chez aucune espèce animale; je prierai, du reste, nos savants collègues de la section vétérinaire de nous dire s'ils ont jamais rencontré chez les animaux quelque chose qui pût être une maladie syphilitique.

Donc jusqu'à nouvel ordre la syphilis ne me paraît être l'apanage d'aucune espèce animale, si ce n'est de l'homme. D'où vient-elle? Ici je serai obligé de répondre ce que Voltaire disait des beaux-arts : « On ne sait qui les a inventés. »

J'arrive à un fait assez grave dont on a parlé dans la dernière séance : on a rapporté l'histoire d'un chat qui aurait eu la vérole. — M. Vernois, je puis bien le dire, a un peu éveillé le chat qui dort. — Une assertion avancée par un homme aussi distingué vaut bien qu'on la discute. Le chat de M. Vernois était un chat de mon service, mais je n'ai pas eu l'honneur de le traiter; il paraît cependant qu'il aurait eu besoin d'être traité. Ce chat avait la manie un peu étrange de se nourrir de la charpie souillée et autres objets ayant servi aux pansements des plaies : vous me direz que ce n'était pas là une alimentation bien substantielle; ce chat devait avoir des goûts bien dépravés; — après ça, peut-être que l'influence du milieu ambiant... — Quoi qu'il en soit, et quelque étonnant que cela puisse paraître, je trouve encore plus étonnant que depuis vingt-sept ans on ne m'ait pas montré un fait analogue; et cependant il y a toujours eu des chats à l'hôpital du Midi, et, comme l'autre, ils ont toujours eu de quoi satisfaire leurs goûts les plus bizarres. Décidément le chat de M. Vernois était extraordinaire, je regrette bien de ne l'avoir pas vu. Ce chat, nous a-t-on dit, avait contracté les accidents par la gueule : il avait en cet endroit des ulcérations qui furent jugées de nature syphilitique; mais, chose curieuse, comme effets immédiats consécutifs, il a eu des exostoses. Or nous savons que ce n'est pas là la marche ordinaire de la syphilis. On peut nous objecter, il est vrai, qu'ici ce n'est pas l'homme, c'est le chat, le terrain n'est plus le même; malgré cela, je crois qu'il est permis de conserver un doute. D'ailleurs il a bien pu se faire qu'avec une alimentation aussi pauvre qu'anormale le chat en question ait fini par altérer sa constitution et avoir une affection scrofuleuse des os. Nos collègues vétérinaires pourraient nous dire si l'on observe pareille chose. Je laisse donc ce chat sous la responsabilité de M. Vernois. Si l'on arrivait ultérieurement à prouver la transmission de la syphilis aux animaux, l'histoire de ce chat pourrait à la rigueur servir de point de départ dans la question; mais quant à être une preuve convaincante, nous ne saurions l'admettre.

Je puis donc répéter que, dans les expériences dont j'ai été témoin, instituées pour élucider le point en litige, j'ai vu déposer du pus de chancre mou sur les tissus d'un singe sans que ce pus produisît aucun accident de cette nature, ni aucune manifestation consécutive; j'ai vu de plus ce même pus, inactif chez le singe, être repris sur ce terrain infécond pour être transporté sur un médecin prussien qui voulait bien affronter l'expérience, et là se reproduire dans toute sa splendeur originelle. On peut donc dire, jusqu'à nouvel ordre, que la vérole est l'apanage de l'homme : c'est le *man-pox*, absolument comme on dit le *cow-pox* et le *horse-pox*.

M. Velpeau : Puisque la question de la transmission de la syphilis revient à l'ordre du jour, je désirerais faire part à l'Académie du résultat de quelques expériences faites en 1817 avec Bretonneau, et qui sont restées inédites. Nous avons inoculé sur des chiens, des moutons et des lapins toutes les matières des accidents syphilitiques et nous n'avons jamais produit la vérole. Nous en conclûmes alors que la syphilis n'est pas transmissible. Aujourd'hui j'incline à adopter cette opinion non-seulement d'après l'expérience et l'assentiment général, mais aussi par l'induction. En effet, depuis le temps que la vérole fréquente l'Europe, si les animaux y étaient sujets, très-certainement on l'aurait vu. Or qui a vu la syphilis chez les animaux? A peine cite-t-on une ou deux observations assez discutables. J'en demande pardon à M. Vernois, mais celle de son chat laisse beaucoup trop à désirer pour qu'on puisse l'admettre; ne sait-on pas en effet que le virus peut être impunément absorbé par l'estomac sans produire le moindre du monde son influence?

Deux mots encore sur la question d'origine. Je ne dirai pas, avec M. Ricord, que la vérole est l'*apanage* de l'homme, mais enfin on ne la trouve que chez l'homme. Quant à dire d'où elle vient, je n'en sais rien. M. Ricord a dit qu'il devait bien y avoir un laboratoire ; mais à quoi bon cela? Est-ce que nous sommes obligés d'admettre une création primitive et surtout de la trouver? Ce qu'il y a de plus sage, c'est d'avouer que nous ne savons rien là-dessus.

M. Bouley : M. Ricord vient de faire un appel aux membres de la section vétérinaire à propos de la transmission de la syphilis aux animaux. Je dirai, pour ma part, que j'ai vu faire nombre de fois des expériences à Alfort sur cette question, et en définitive, on n'a jamais observé que des lésions locales, des ulcérations simples, moins marquées même et beaucoup moins persistantes que d'autres lésions de même genre produites par une autre cause. Ceux qui sont chasseurs connaissent très-bien ce qu'on appelle le *chancre des chiens à longues oreilles;* cette espèce d'ulcération est très-tenace, tandis que les ulcérations de l'inoculation syphilitique sont très-fugaces. Je serais donc porté à croire que la transmission ne s'effectue pas.

C'est ici le lieu, je crois, de dire un mot de l'affection qui, dans l'espèce chevaline, est en quelque sorte l'analogue de la syphilis de l'homme : je veux dire la *maladie du coït*.

On ne trouve pas d'observations bien authentiques de cette affection antérieurement à 1796. Passé cette époque, on l'a vue dans les principaux haras de l'Europe, ainsi qu'en Arabie, où elle est assez fréquente. Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'elle ne se transmet que par les voies génitales; inoculée partout ailleurs, elle ne se reproduit pas. Les lésions locales, quand il y en a, sont à peu près insignifiantes : la maladie se caractérise par des symptômes généraux, et particulièrement des troubles graves du système nerveux. C'est en saillissant des juments affectées de cette maladie que les chevaux la contractent, et ces mêmes chevaux, sans avoir la moindre ulcération au pénis, la transmettent parfaitement aux juments. En Afrique, elle est très-fréquente, comme nous l'apprend M. le général Daumas; les Arabes la nomment *el dourin*.

A propos d'un fait très-curieux, observé par un de nos vétérinaires les plus distingués, M. Mersch, je me suis demandé si la maladie du coït ne serait pas la syphilis transmise par l'homme à la jument et ayant subi quelques transformations en changeant de terrain. Voici ce fait : il paraît qu'en Afrique c'est une opinion assez répandue que le meilleur bain thérapeutique pour le pénis malade de l'homme serait l'intromission du membre dans le vagin d'une femelle animale; l'égalité de température, les liquides qui lubrifient cette partie, et surtout le contact prolongé d'une surface saine, leur semblent les conditions de guérison les plus favorables. Une ânesse servit donc de moyen thérapeutique à un zouave; le baudet mulassier qui saillit cette ânesse eut la maladie du coït, et la transmit aux juments qu'il saillit après. La filiation de la maladie a été parfaitement établie, et ce fait, unique dans la science, m'a été garanti comme des plus authentiques. Ce fait est unique, je viens de le dire; mais si des observations ultérieures venaient le confirmer, il faudrait donc admettre la parenté de la syphilis avec la maladie du coït. Maintenant que la maladie se transforme dès qu'elle est sur un terrain différent, quoi de plus naturel? En effet, elle est spécialement constituée par des symptômes nerveux très-graves, puisqu'ils entraînent la paralysie générale et se terminent ordinairement par la mort.

M. Ricord : Tout à l'heure je me demandais quelle pouvait avoir été l'origine de la syphilis :

Felix qui potuit rerum cognoscere causas.

Mais finalement je me suis dit que je n'en savais rien; j'ai donc opiné comme M. Velpeau. Pour corroborer les expériences dont notre collègue nous a fait part, je prendrai la liberté de lire à l'Académie une lettre de M. Leblanc, concernant les essais d'inoculation syphilitique qu'il a tentés sur les animaux (suit la lecture de la lettre). Comme on le voit, le résultat a toujours été négatif.

Quant au fait que vient de rapporter M. Bouley, il ne me paraît pas bien concluant. Je ferai observer d'abord que la maladie du coït est essentiellement différente de la vérole, soit par ses symptômes, mais surtout par son mode de transmission, elle n'est transmissible que par le coït et nullement par l'inoculation. Puis, relativement au fait en lui-même, je vois là une simple coïncidence; retranchez le zouave malade, la filiation n'en existe pas moins, et pour moi je crois que l'ânesse devait déjà avoir la maladie du coït.

M. Gibert : Je veux seulement bien établir les trois points suivants :

1° Que la maladie du coït n'est pas du tout la vérole;

2° Que les expériences faites en vue d'élucider la question de la transmission de la syphilis l'ont jusqu'à présent plutôt embrouillée;

3° Que l'on s'est trop hâté de dire négatives les expériences tentées à ce sujet et que, les effets de l'inoculation étant parfois très-longs à se manifester, on devrait suivre ces expériences avec plus de persistance; peut-être alors arriverait-on à des conclusions différentes.

M. Velpeau : Je désire compléter le récit de mes expériences de tout à l'heure. Nous pensions alors, en 1817, que pour que le virus pût agir avec toute son activité, il fallait qu'il fût transporté immédiatement et quasi encore vivant sur l'animal que nous voulions inoculer. Aussi faisions-nous approcher les animaux des militaires sur lesquels nous prenions le virus syphilitique. C'est peut-être là une précaution favorable à l'expérience et dans tous les cas bonne à prendre.

M. Leblanc : Pour répondre à M. Gibert, je dirai que dans les expériences dont M. Ricord vient de lire le résultat, j'ai pu observer les chiens pendant longtemps, j'ai gardé notamment deux de ces animaux

inoculés pendant cinq à six ans, sans avoir jamais constaté chez eux des traces de l'affection syphilitique.

M. Larrey : Je n'ai qu'un mot à ajouter. Je serais désolé que du fait isolé rapporté par M. Bouley, on en vint à conclure à une généralisation passée dans les habitudes. Ce fait est tout exceptionnel, je le répète : je connais assez l'armée d'Afrique pour l'affirmer.

M. Bouley : Je voudrais protester contre moi-même si l'on pouvait croire que j'ai eu la pensée d'attribuer à nos soldats d'Afrique des mœurs aussi bibliques. Du reste, ce zouave n'était pas Français, c'était un indigène; et encore, dans ce fait exceptionnel, il n'y avait qu'un moyen thérapeutique. Mais j'ai été bien loin de vouloir pour cela incriminer d'immoralité l'armée d'Afrique.

De l'iode a l'état métalloïde dans le traitement des adénites scrofuleuses.

M. Ricord, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gosselin et Devergie, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Prieur (de Gray), ayant pour titre : « De l'iode à l'état métalloïde dans le traitement des adénites scrofuleuses cervicales sus et sous-maxillaires, et des adénites inguinales d'origine syphilitique. »

Ce travail renferme des faits dignes de fixer l'attention, car ils assignent à l'iode métallique une action résolutive très-marquée dans les cas indiqués, en même temps que la propriété de produire des escarres épidermiques qui ne laissent, le plus souvent après elles, ni cicatrices ni taches durables.

Le procédé consiste à appliquer sur les engorgements ganglionnaires des lamelles d'iode enfermées dans l'épaisseur d'une couche de ouate, où elles se vaporisent rapidement sous l'influence de la chaleur.

La quantité d'iode employée est, en moyenne, d'un centigramme par centimètre carré, réparti aussi également que possible à la moitié, au tiers ou au quart de l'épaisseur d'une carde de coton, qui doit être couverte ou débordée par une feuille de gélatine dont la circonférence, adhérente aux téguments, concentre sur ce point déterminé les vapeurs d'iode.

L'appareil est laissé en place vingt-quatre à quarante-huit heures. Il en résulte une phlyctène remplie d'une sérosité louche purulente ou sanguinolente.

M. Prieur affirme avoir traité, depuis dix ans, environ 120 malades par cette méthode, et avoir fait disparaître, calcul moyen, plus de 300 ganglions, tous fortement tuméfiés.

M. le rapporteur regrette qu'en parlant des adénites inguinales, l'auteur du mémoire n'ait pas spécifié s'il s'agissait d'adénopathies symptomatiques du chancre infectant, ou simplement de bubons sympathiques du chancre mou, ou bien encore du bubon virulent consécutif à cette variété de chancre, et recélant lui-même le chancre ganglionnaire.

Mais la région inguinale n'est pas moins que celle du col un siége de prédilection des engorgements strumaux ganglionnaires, et souvent un chancre ou une blennorrhagie urétrale ne sont que l'occasion du développement de ces engorgements. Ces adénites ont la même physionomie et la même terminaison que celles qui sont développées sur des sujets manifestement scrofuleux et cèdent à la médication iodée. Dans ce cas, on rencontre assez fréquemment sur des malades les cicatrices irrécusables d'autres engorgements suppurés de même nature.

M. Ricord a expérimenté le procédé de M. Prieur dans huit cas d'adénites scrofuleuses bien caractérisées, et les résultats qu'il a obtenus sont de nature à confirmer les conclusions du médecin de Gray.

La durée du traitement a été de six semaines à trois mois; — ce qui est une durée relativement courte pour ce genre d'affections.

M. le rapporteur ne partage pas entièrement l'avis de M. Prieur, au sujet du peu d'intensité de la douleur causée par l'iode métallique. Cette application est, en effet, très-douloureuse, et la douleur peut durer de dix-huit à vingt heures. Quant à l'action générale de l'iode, consécutive à son absorption, M. Ricord est porté, sinon à la nier absolument, au moins à la réduire à peu de chose. Chez aucun malade, on n'a observé de phénomènes d'intoxication iodique...

Une seule observation, insérée par M. Tichmann dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1854 (28 juillet), se rapprocherait assez des faits rapportés par M. Prieur pour soulever une question de priorité. Il s'agit d'une tumeur adénoïde du sein traitée par l'application d'un sachet de toile, plein de ouate, et renfermant aussi de l'iode. Mais M. Ricord ne voit pas là matière à revendication.

Ce qui manque au travail de M. Prieur, dit en terminant M. le rapporteur, c'est une forme plus exacte et une détermination plus précise des faits nombreux qu'il se contente d'indiquer. Quoi qu'il en soit, le traitement proposé par ce médecin constitue une application thérapeutique sérieusement utile, et ses efforts méritent d'être encouragés.

En conséquence, la commission propose d'adresser des remercîments à M. le docteur Prieur, et de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

M. Larrey demande si M. Prieur a tenu compte de la fréquence des engorgements ganglionnaires chez les soldats, affection très-commune et qui n'est point d'origine strumeuse. M. Larrey rappelle qu'il a lui-même publié un travail à ce sujet.

M. Ricord répond que M. Prieur paraît avoir négligé ce côté de la question.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Compte rendu des séances pendant le mois de juin 1864; par M. le docteur Dumontpallier, secrétaire.

Présidence de M. Rayer.

Pathologie interne.

Syphilis congénitale; péri-hépatite syphilitique; gommes du foie et décollement des épiphyses; par M. Ranvier.

D... Z..., couturière, âgée de 18 ans, entre le 19 janvier 1864 dans le service de M. Simonet à l'hôpital de Lourcine. Légèrement lymphatique et délicate de constitution, cette jeune fille est enceinte de six mois; elle est atteinte de plaques muqueuses peu saillantes de la vulve et de l'anus, d'adénopathie inguinale, double, spécifique, d'adénopathie cervicale postérieure, de plaques opalines aux amygdales et d'une roséole discrète généralisée.

Tous ces accidents remontent à un mois; il nous est impossible d'avoir des renseignements plus précis sur leur début. Aucun traitement n'a été suivi jusqu'à ce jour.

Dans le service, cette malade ne fut soumise à aucune médication spécifique. Sous l'influence du badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent au centième, les plaques muqueuses disparurent au bout de quinze jours. La roséole s'éteignit spontanément.

Aucun accident nouveau n'était survenu, quand les premières douleurs de l'enfantement se firent sentir dans la journée du 16 mars. On transporta alors cette femme dans le service de M. Verneuil, elle y accoucha dans la soirée, au huitième mois de sa grossesse, d'une petite fille chétive, qui au moment de sa naissance ne présentait aucune manifestation syphilitique.

Cette enfant fut nourrie par sa mère; elle prit bien le sein. Aucun traitement ne fut prescrit ni à l'une ni à l'autre.

Le 10 avril, on examine cette enfant pour la seconde fois, et on lui trouve au niveau de l'olécrane gauche une ulcération d'un centimètre de diamètre à bords réguliers, taillés à pic, épais et décollés, dont le fond est pulpeux et grisâtre. L'os n'est pas mis à nu.

La fille de salle et la religieuse du service racontent alors qu'une semaine après sa naissance, cette petite fille présenta au même point une tumeur, qu'elles avaient d'abord prise pour un furoncle. Cette tumeur dure, rouge et de la grosseur d'une petite noisette, s'est ramollie peu à peu et a donné lieu à une ulcération qui s'est ensuite agrandie. MM. Verneuil et Simonet n'hésitent pas à considérer cette ulcération comme le résultat de la fonte d'une gomme syphilitique.

Le lendemain, on trouve sur les grandes lèvres quelques papules sèches à peine saillantes. On voit aussi à la face trois papules semblables.

L'amaigrissement se prononce davantage, et la mort survient le 13 avril sans être précédée d'aucun phénomène spécial.

La mère a une nouvelle éruption de plaques muqueuses, mais aucun autre accident.

Autopsie trente heures après la mort. Le foie revêt une coloration jaune assez foncée, sans présenter toutefois la nuance indiquée par M. Gubler. Cet organe paraît augmenté de volume; sur sa face inférieure on distingue deux petites tumeurs saillantes de 5 à 6 millimètres, étendues de 3 à 4 centimètres, se fondant par leurs bords avec le reste de la surface hépatique et d'une couleur plus pâle que celle des autres portions du foie. Une tumeur semblable s'observe sur la face supérieure. Sur des coupes on voit qu'à leur niveau le parenchyme est modifié. A côté de ces altérations circonscrites, on remarque encore une lésion généralisée; en effet, l'organe a une consistance augmentée dans toutes ses parties; on en déchire difficilement le parenchyme, quand bien même on a commencé par diviser les tissus avec un instrument tranchant. On distingue alors sur les parties divisées des petits points blanchâtres un peu translucides, ayant d'un demi à 1 millimètre de diamètre. Dans les petites tumeurs dont il a été fait mention, ces points sont plus gros et plus nombreux.

Sur des coupes fines on peut voir, à l'aide d'un grossissement de 250, que ces points blancs sont formés par du tissu conjonctif dont les éléments, en active prolifération, sont traversés par des vaisseaux et des conduits biliaires.

Cette hyperplasie ne s'est pas faite seulement autour des vaisseaux, elle s'est étendue aux îlots hépatiques tout entiers, dont chaque cellule est séparée de ses voisines par une couche de tissu conjonctif semblable à celui qui s'est développé entre les lobules. Ces cellules ont subi des modifications importantes; elles ont perdu leur forme polygonale, sont revenues sur elles-mêmes et se sont chargées de granulations pigmentaires; on ne distingue plus leurs noyaux, même après addition d'acide acétique.

Les poumons, le thymus, les reins, les capsules surrénales et le système nerveux central n'ont pas paru avoir subi des modifications importantes.

Les os présentent une altération curieuse. Toutes les épiphyses sont ou complétement détachées de leurs diaphyses, ou si peu adhérentes qu'il suffit du moindre effort pour les en séparer.

Sur des coupes pratiquées sur ces épiphyses, suivant la direction de l'os, on a pu observer les détails suivants : la prolifération du cartilage est parfaitement normale, dans la portion à laquelle M. Broca a donné le nom de couche chondroïde. Les cellules cartilagineuses sont déversées comme d'ordinaire dans les aréoles osseuses formées par l'incrustation des espaces intercapsulaires. Mais l'ossification est tardive, et ce n'est qu'à 1 centimètre de la limite d'ossification apparente que l'on voit apparaître les premiers corpuscules osseux, tandis qu'à l'état normal on les voit se former au plus à 1 millimètre de cette ligne.

Je ferai suivre cette observation des considérations suivantes :

Dans un travail fait en collaboration avec mon excellent ami, M. A. Ollivier, nous avons soutenu que l'époque d'apparition de la syphilis congénitale varie suivant que la mère a ou n'a pas été soumise durant sa grossesse au traitement mercuriel, et que si les accouchées de Lourcine ne mettent que rarement au monde des enfants syphilitiques, il faut l'attribuer au traitement qu'on leur a fait subir dans l'espace de temps qui sépare leur admission de leur accouchement. En effet, la durée moyenne de ce temps est supérieure à quarante jours.

Cette observation nous fournit donc un des rares exemples de syphilis congénitale observés à l'hôpital de Lourcine. et c'est précisément dans un cas où la mère n'a été soumise à aucune médication spécifique.

Ce fait clinique vient encore à l'appui de l'opinion des observateurs qui soutiennent que la grossesse arrête la syphilis dans son évolution : on y voit, en effet, les manifestations enrayées spontanément pendant deux mois et reparaître après l'accouchement.

Les lésions variées qui ont été trouvées dans le foie sont en rapport avec ce que l'on voit dans la syphilis viscérale, bien plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte, la réunion dans un même organe d'altérations diffuses et circonscrites.

Enfin, sans vouloir avec ce seul cas rattacher à la syphilis cette sorte d'arrêt d'ossification que nous avons observé, nous croyons que la maladie constitutionnelle a pu jouer un rôle important dans la production de ce fait, dont nous n'avons trouvé d'analogue ni dans la science ni dans nos observations antérieures.

Du leptothrix buccalis; par M. G. Pouchet.

Jusqu'ici le *leptothrix buccalis* a été décrit comme naissant sur un *stroma* granuleux formé de matières animales en putréfaction, au milieu duquel on peut apercevoir des vibrions, et qui constituerait pour l'algue parasite un véritable *terroir*.

Nos observations nous ont conduit à envisager tout autrement ce stroma. En étudiant les langues dont l'épithélium tout entier se renouvelle à la fois dans certaines maladies, on peut découvrir, sur les extrémités flabelliformes de certaines papilles caliciformes, de petites masses de matière granuleuse absolument semblable à celle du *stroma* décrit comme *terroir* du leptothrix. Ces masses, qu'on peut étudier au début, quand elles n'ont encore que 0mm,030 à 0mm,050 de diamètre, offrent ceci de particulier d'être nettement limitées, sur les points où elles n'adhèrent pas au tissu épithélial, par une ligne de contour très-fine et très-distincte qui enveloppe les granulations; en sorte que l'ensemble rappelle assez bien ces œufs que certains gastéropodes aquatiques déposent sur les herbes des mares. Ce contour éloignerait seul toute idée de matière animale morte: mais on voit très-bien que cette masse granuleuse grandit jusqu'à envelopper toute l'extrémité flabelliforme de la papille. Elle peut même coiffer celle-ci, et dans ce cas la masse granuleuse, toujours terminée par une ligne de contour extrêmement fine et distincte, rappelle assez bien une petite vessie à couvrir qu'on aurait piquée par le goulot sur un poinçon.

Il suit de là que cette matière granuleuse n'est point un *terroir* pour le leptothrix buccalis, mais bien un *état* du végétal. Celui-ci sous cette forme, grandissant toujours, tend à envelopper totalement la papille, et c'est alors qu'il donna naissance aux filaments décrits depuis longtemps. En même temps la périphérie de la masse granuleuse perd son contour soit par des actions de frottement, soit par la mort partielle de la masse elle-même. Et c'est évidemment dans ce dernier cas seulement qu'on a pu y voir des vibrions.

Séances de juillet.

I. — Chimie physiologique et pathologique.

Recherches de quelques matières organiques par la dialyse; par le docteur E. Hardy.

La pénétration réciproque de deux liquides séparés par une membrane a été l'objet de travaux qui remontent au siècle dernier, et ont entre eux un certain parallélisme.

Le premier, l'abbé Nollet ent l'idée de placer dans un vase d'eau une fiole remplie d'alcool et fermée par une membrane; il constata que l'alcool augmente considérablement de volume et de poids. L'histoire de l'Académie des sciences, année 1748, contient les nombreuses recherches de ce physicien, lesquelles peuvent être regardées comme l'origine de la dialyse.

Plus tard Dutrochet, sur de semblables expériences, établit la théorie de l'endosmose.

Dans ces derniers temps, M. Graham généralisa ce principe et sut le rattacher à la diffusion moléculaire. Au moyen de ce nouveau procédé d'analyse, il a séparé l'acide arsénieux, l'émétique, la strychnine, des matières organiques avec lesquelles ces substances avaient été mélangées. Sur ses traces, d'autres expérimentateurs ont depuis isolé plusieurs agents toxiques, morphine, digitaline, etc.

Par la même méthode, en plaçant sur un dialyseur l'urine d'un malade soumis à l'usage de la santonine, nous avons constaté le passage de ce médicament dans l'eau environnante; quelques gouttes d'ammoniaque ont produit une teinte rouge caractéristique.

Le même moyen nous a servi pour séparer l'acide urique de l'urate de sonde. L'urate de soude se dialyse parfaitement, tandis que l'acide urique ne traverse le dialyseur que d'une manière insensible et imparfaite.

Nous avons également employé la dialyse et l'analyse chimique pour l'étude de concrétion que nous devons à l'obligeance de M. Charcot.

Ces dépôts proviennent de l'articulation du genou d'un malade atteint de goutte. Ils tapissent toute l'étendue de la face articulaire de la rotule, et se présentent au centre sous la forme de filaments réunis en groupes rayonnés, plus épais dans les parties concaves, et s'épanouissant sur les bords en couches à peu près uniformes. Très-adhérents à l'os, ils n'en sont séparés qu'avec effort à l'aide d'un instrument tranchant. Au microscope, à la lumière directe, ils présentent l'aspect de petites masses blanches, en faisceaux radiés, et à la lumière réfléchie laissent apercevoir sur les bords les sommets de quelques cristaux terminés en biseau. Ces formes, trop incertaines pour permettre de déterminer nettement le système cristallin, paraissent dériver du prisme rectangulaire droit.

Ces concrétions, placées sur un dialyseur avec de l'eau à 40°, passent en partie et laissent un dépôt insoluble des matières organisées auxquelles elles adhèrent. On peut les dissoudre également en les traitant par l'eau à l'ébullition.

La dissolution contient des traces de chlorure, de l'acide urique, de la soude et de la magnésie. Par une évaporation ménagée on obtient la séparation des sels. L'acide urique combiné aux bases se dépose en masses blanches, mamelonnées, à texture cristalline. On reconnait l'acide urique en le chauffant avec quelques gouttes d'acide nitrique, et en évaporant à sec. Il se manifeste une coloration rouge due, comme nous l'avons démontré précédemment, à l'alloxane modifié qui, traitée par l'ammoniaque, donne lieu à une couleur rouge intense en se transformant en isoalloxanate d'ammoniaque.

On détermine la présence des bases en calcinant dans une capsule de platine; il reste un résidu blanc alcalin qui a donné les réactions caractéristiques de la soude et celles de traces de magnésie.

Ainsi donc la dialyse et l'analyse chimique démontrent que ces concrétions de nature goutteuse ne sont formées ni par l'acide urique libre ni par l'urate de chaux, mais doivent leur origine à des dépôts d'urates alcalins mêlés à une faible proportion d'urate de magnésie.

II. — Anatomie pathologique.

1° Communication inter-auriculaire avec hypertrophie considérable du cœur droit; par M. Anger, prosecteur des hôpitaux.

Le cœur qui présentait ces lésions appartenait à une femme de 30 ans environ, dont le cadavre a été apporté à l'amphithéâtre des hôpitaux. Le péricarde, énormément distendu, contenait quelques cuillerées d'une sérosité limpide. Le cœur était considérablement hypertrophié. La partie ventriculaire mesure de haut en bas 16 centimètres, et en circonférence 29 centimètres. Il est facile de voir que l'augmentation du volume tient surtout à l'hypertrophie du ventricule droit et de son infundibulum.

La cloison inter-auriculaire présente une large perforation, assez ré-

gulièrement circulaire et à bords arrondis de 5 centimètres de diamètre. Des tractus nombreux s'étendent d'une partie à l'autre de la circonférence de cet orifice anormal et forment une sorte de grillage percé de trous irréguliers qui devaient permettre un libre passage du sang.

Lorsque l'on examine avec soin ces tractus, on reconnait, après macération dans l'alcool, qu'ils sont formés de fibres musculaires recouvertes par un mince feuillet séreux.

Les oreillettes sont dilatées, l'orifice auriculo-ventriculaire droit agrandi, la valvule tricuspide épaissie vers les bords et insuffisante. La valvule mitrale est également épaissie, mais elle ne présente point d'insuffisance.

L'artère pulmonaire, véritablement anévrismatique, a un diamètre de 5 centimètres; ses parois sont un peu amincies, ses tuniques paraissent saines, ses valvules l'obturent complétement.

Le canal artériel était certainement oblitéré depuis la naissance; il nous a été presque impossible d'en retrouver les traces.

Nous n'avons pu nous procurer aucun renseignement sur le sujet présentant cette persistance du trou de Botal. L'autopsie nous a permis de constater l'intégrité des autres organes et l'absence absolue d'hydropisie. Nous avons noté un développement anormal du tissu adipeux avec une teinte très-blanche des téguments dans toute l'étendue du corps. Point de trace de cyanose, point d'altération des phalanges unguéales, comme cela s'est présenté dans quelques observations analogues.

2° Arrêt de développement de l'embryon humain; par M. G. Pouchet.

Une femme D..., âgée de 25 ans, grande et blonde, atteinte d'hystéricisme, jouit, en dehors de ces accidents nerveux, d'une santé satisfaisante. Elle est accouchée une première fois à terme. Les règles, après avoir reparu à la suite de cette couche, firent défaut au commencement de février 1864. La femme D... crut d'abord à un retard et continua de s'occuper aux travaux de sa maison.

Le 18 février, pendant la nuit elle ressentit quelques douleurs dans le bas-ventre, et elle perdit une certaine quantité de sang. Comme elle souffrait de coliques, elle fit demander un médecin vers le matin, dont l'attention fut éveillée par la persistance des douleurs. Le toucher vaginal fit reconnaître une dilatation du col assez considérable pour laisser librement passage au doigt. Il y avait probablement eu fausse couche. En examinant les caillots rendus par la malade, on trouva au milieu de l'un d'eux une vésicule claire, transparente, grosse comme une noix, c'est-à-dire mesurant environ 0,135 de long. Cette vésicule ressemblait assez à une bydatide, et sur un des points de la paroi on distinguait à son extérieur un petit corps blanc gros comme un grain de riz à peu près, recourbé en forme de croissant et paraissant appliqué par sa face concave à la paroi de la vésicule.

On mit ce produit dans de l'alcool affaibli, et il s'y conserva très-bien sans que le liquide, non plus que la paroi de la vésicule perdît rien de sa transparence.

En examinant plus attentivement ce produit pathologique, il fut facile de reconnaître que c'était un produit de conception, en d'autres termes le contenu pathologique d'un œuf.

Le petit corps appliqué contre la paroi de la vésicule à son intérieur était un embryon, et la vésicule elle-même représentait l'amnios; seulement tandis que les dimensions de celles-ci indiquaient comme la suppression des règles de la femme une grossesse de six semaines, l'embryon par son développement semblait indiquer une conception remontant à huit jours. Il y avait eu selon toute apparence mort de l'embryon et continuation de vie et de développement des membranes de l'œuf. On sait depuis longtemps qu'il peut en être ainsi, mais on croit généralement que l'embryon, quand il succombe dans cette première période de son existence, se dissout rapidement dans le cours de l'amnios, en sorte qu'on retrouve à peine la trace de son insertion à l'intérieur de la poche où il vit. Dans le cas présent il n'en a pas été ainsi, et il semblerait qu'on eût plutôt affaire à un cas d'arrêt de développement du fœtus qu'à un cas de mort, tant on retrouve les éléments qui le constituent alors d'une intégrité parfaite.

En examinant l'embryon à la loupe, il est impossible de ne pas le reconnaître pour tel. On distingue l'extrémité céphalique avec les lobes cérébraux nettement accentués. On distingue également très-bien l'extrémité caudale et les quatre moignons qui deviendront les membres. Sur la région convexe on voit également une double ligne plus foncée allant d'une extrémité à l'autre de l'animal, et qui accuse le rudiment du système nerveux. Si l'on poursuit plus loin l'examen et qu'on recherche avec le microscope l'état des éléments anatomiques, on les retrouve également reconnaissables pour la plupart. On voit les grandes cellules pâles, aplaties, polyédriques, à noyau volumineux plus foncé qui forment le revêtement de l'embryon et qui se continuent avec les cellules épithéliales de l'amnios. On distingue en écrasant une parcelle de la masse céphalique les myélocites très-reconnaissables, et appartenant pour la plupart à la variété noyau libre. On voit aussi en même temps au milieu d'eux un certain nombre de cellules polyédriques à noyau qui sont peut-être un état antérieur des cellules cérébrales.

En portant sous le microscope une parcelle de l'embryon prise dans la région de l'abdomen, on reconnaît très-bien, à leurs caractères propres, des cellules embryonnaires très-abondantes, et qui persistent encore malgré la rapidité avec laquelle on croit généralement que ces petits éléments se détruisent quand la vie les abandonne. La présence de ces cellules embryonnaires, encore reconnaissables plus que toute autre chose, pourrait faire incliner à croire qu'il y a eu arrêt de développement de l'embryon plutôt que mort de celui-ci. Il eût alors fallu que tous ces éléments se fussent conservés pendant près d'un mois intacts au milieu du liquide amniotique. Cela est possible, mais ne paraît pas probable. Il semble plus conforme aux idées aujourd'hui régnantes d'admettre que la circulation de l'embryon étant venue à s'arrêter au moins à l'extérieur de celui-ci, il a continué de vivre comme peuvent vivre les membranes de l'œuf elles-mêmes et les expansions placentaires, c'est-à-dire de proche en proche et sans l'intermédiaire d'aucune circulation, aux dépens des tissus de la mère.

La vésicule qui enveloppait cet embryon avorté était dense, résistante, extrêmement mince. Elle était constituée par de grandes cellules polyédriques, très-finement granuleuses, avec de gros noyaux ovoïdes pour la plupart, sphériques quand ils étaient de moindre dimension, mesurant de 0^m,007 à 0^m,014, à contour très-net, à granulations moins fines et plus pressées que dans le corps de l'élément, avec une à trois de ces granulations plus grosses, brillantes. Les cellules mesuraient elles-mêmes de 0^m,020 à 0^m,040. A l'extérieur du tissu amniotique qui forme la vésicule, on distinguait les restes du tissu allantoïdien avec des corps fusiformes déformés et dont le noyau hypertrophié montrait parfois deux ou trois nucléoles brillants. On voyait aussi çà et là des corps fibro-plastiques étoilés également déformés.

Quant à la vésicule ombilicale, elle était représentée par un repli de l'amnios qui commençait à la partie ventrale de l'embryon, et se perdait insensiblement sur la vésicule. Les éléments n'ont pu en être étudiés, non plus que l'organe de la circulation de l'embryon dont l'état histologique eût pu fournir quelque renseignement utile sur la question de savoir si le jeune individu avait continué de vivre sans être relié par la circulation allantoïdienne à la mère.

Séances d'aout.

I. — Physiologie expérimentale.

Sur des reproductions animales; par M. Gros, interne des hôpitaux.

J'ai montré à la Société quelques exemples de reproductions animales: ce sont les expériences de Spallanzani sur les salamandres que j'ai répétées, en examinant jour par jour les résultats obtenus et l'évolution des nouveaux éléments histologiques.

J'ai obtenu la reproduction des queues, des pattes et des yeux de salamandres; voici ce que j'ai observé:

Si l'on coupe la patte d'une salamandre, on voit le lendemain la plaie recouverte de cellules épidermiques; deux jours après l'amputation, une substance amorphe s'épanche entre la couche d'épiderme et la solution de continuité; au bout de cinq ou six jours, cette substance amorphe, demi-transparente, a repoussé l'épiderme et forme une sorte de calotte à l'extrémité du membre. Quinze jours après la section, on trouve un moignon conique; on ne tarde pas à voir se développer à l'extrémité de ce moignon de petits tubercules qui s'allongent peu à peu et forment de petits doigts.

Au bout d'un mois, le membre est complet, c'est-à-dire qu'il contient toutes les parties qui constituent le membre normal; mais ces parties n'ont pas encore acquis le volume qu'elles doivent avoir; l'animal évite encore de se servir de sa nouvelle patte, qu'il rapproche du corps en nageant au lieu de l'écarter; ce n'est qu'au bout d'un mois et demi à deux mois que la patte est vraiment utile à l'animal; à cette époque, elle est à peu près semblable à celle que l'on a enlevée. Je ferai remarquer ici que la nouvelle patte parcourt des phases semblables à celles qui ont accompagné la formation de la patte enlevée; en effet, chez la jeune salamandre, on trouve d'abord à la place des membres des moignons qui ne tardent pas à devenir coniques; au bout du cône naissent les doigts, et la patte se trouve constituée; de plus la jeune salamandre, en nageant, rapproche ses pattes de son corps, comme la salamandre adulte rapproche sa patte régénérée. Mais l'analogie n'existe pas seulement dans la forme extérieure, on la trouve encore dans l'évolution des nouveaux éléments histologiques.

En effet, dans la substance semi-transparente qu'on trouve dès les premiers jours entre l'épiderme et la solution de continuité, on rencontre d'abord une substance amorphe et des granulations, puis des noyaux embryo-plastiques; ces noyaux, beaucoup plus gros que chez l'homme, précèdent toujours la reproduction, comme ils précèdent la formation des tissus dans l'embryon.

Dès le cinquième jour après l'amputation, on trouve des noyaux qui se transforment en corps fusiformes, et des fibres lamineuses ne tardent pas à apparaître.

Du dixième au quinzième jour, on reconnaît près de l'os qui a été

coupé des noyaux de cartilage. Vers le vingtième jour, on trouve un cône cartilagineux qui fait suite à l'os ancien; l'extrémité de l'os est enchâssée dans le cartilage; la reproduction du cartilage marche peu à peu jusqu'à l'extrémité du membre, dont il semble diriger le développement; il précède, en effet, la formation des muscles et des nerfs. Le squelette cartilagineux du membre est tout d'abord d'une seule pièce, même lorsque les formes sont déjà assez nettement accusées; les articulations se montrent peu à peu et progressivement, en commençant dans les parties où a débuté la reproduction. Au bout d'un mois et demi, les articulations sont formées et l'ossification commence.

Le développement des muscles est facile à suivre : des noyaux alignés donnent naissance au myolemme nouveau, qui se continue parfaitement avec l'ancien, et que l'on voit très-nettement vers le quinzième jour; après un mois, de nouveaux noyaux se développent dans l'intérieur du myolemme pour donner naissance aux fibres musculaires.

Quant aux nerfs, voici leur mode de développement : pendant les premiers jours qui suivent l'amputation, l'extrémité des nerfs coupés subit la dégénérescence graisseuse, mais cette dégénérescence ne remonte jamais bien haut; au bout de dix jours, on commence à voir sur les côtés et en avant du tronçon des noyaux un peu allongés, très-rapprochés; ces noyaux s'entourent d'une substance amorphe jaunâtre et forment une sorte de corps fusiforme dont les extrémités effilées se réunissent pour former des fibres de Rémak, qui ne tardent pas à devenir des tubes nerveux.

Il y a de grandes variations dans le temps qu'il faut pour la reproduction d'un membre ou d'un organe, suivant la saison, suivant l'âge des animaux et suivant la nourriture qu'on leur donne. La reproduction est presque nulle en hiver, active au printemps, très-active en été; quelquefois en été, lorsqu'on ampute la patte d'une salamandre, il se fait un véritable phlegmon; cet accident m'est arrivé deux fois, et les salamandres sont mortes.

J'ai donc été forcé, pour indiquer le temps nécessaire aux différentes phases de la reproduction, de prendre la moyenne de tous les résultats que j'avais obtenus.

Les jeunes salamandres régénèrent leurs membres beaucoup plus vite que les adultes; chez une très-jeune salamandre, j'ai vu la queue se régénérer complétement en trois semaines.

Enfin, il est évident que plus on nourrira ces animaux et plus la reproduction sera active.

J'ai essayé de faire des autoplasties sur des salamandres, j'ai constamment échoué; il semble, du reste, qu'il y a antagonisme entre la reproduction animale et la réunion immédiate des tissus; les conditions nécessaires à la reproduction animale sont contraires à la réunion par première intention, et *vice versa*.

On ne connaît pas bien, du reste, les conditions qui favorisent la reproduction des tissus. Certes c'est sur les animaux dont l'organisme est le plus simple que l'on rencontre les plus beaux exemples de régénérations animales : l'hydre, le ver de terre, les colimaçons, les salamandres, les poissons, les lézards; mais il y a des exceptions; ainsi, par exemple, les insectes ne reproduisent pas un de leurs membres coupé. J'ai conservé pendant trois mois un dytique auquel j'avais coupé une patte, il n'y a pas eu reproduction. Les larves des insectes, au contraire, peuvent reproduire certaines parties de leur corps, surtout si l'époque de leur transformation est encore éloignée. J'ai montré à la Société deux larves de fourmilion auxquelles j'avais coupé une patte depuis quinze jours : chez l'une, qui était près de l'époque de sa transformation, il n'y a eu aucun changement; chez l'autre, plus jeune, la patte se régénérait. Si on mutile une larve peu de temps avant sa transformation, l'insecte parfait est privé du membre qu'on a coupé; j'ai fait l'expérience sur des fourmilions et sur des chenilles.

Une patte de salamandre retranchée plusieurs fois de suite peut-elle se régénérer indéfiniment? Cela est probable; j'ai montré à la Société une patte qui se reproduisait pour la troisième fois.

La régénération de la queue se fait tout aussi facilement que celle des pattes et suit la même marche.

Les yeux se régénèrent à la longue, lorsqu'on a eu soin de ne pas toucher au nerf optique; j'ai enlevé, il y a cinq mois, les yeux à plusieurs salamandres en prenant cette précaution, et aujourd'hui ces organes commencent à apparaître; chez une autre salamandre j'ai enlevé un œil, il y a treize mois, en arrachant le nerf optique, et rien ne se reproduit.

J'ai montré un autre fait assez curieux : j'avais coupé une patte longitudinalement, en enlevant la portion externe du membre et deux doigts; les parties enlevées ne se sont pas régénérées, et l'animal a conservé une moitié de patte terminée par deux doigts qui se sont légèrement inclinés en dehors.

On voit donc que le membre nouveau passe par tous les états embryonnaires, et, comme l'embryon, il peut être atteint de monstruosités, de vices de conformation; on trouve quelquefois deux queues aux lézards qui ont été mutilés, et j'ai vu chez une salamandre une patte régénérée qui ne portait qu'un seul doigt.

Il est impossible à l'homme de réparer la perte d'un membre, mais il peut reproduire isolément la plupart de ses tissus (excepté peut-être les muscles); on connaît la reproduction des os, des nerfs, des vaisseaux, des tendons, etc.; on sait que l'inflammation est contraire à la régénération, mais il est probable qu'il y a d'autres conditions favorables ou défavorables, et je crois qu'il n'est pas seulement intéressant, mais qu'il est utile de s'occuper des reproductions animales.

II. — Anatomie pathologique.

1° Étude d'anatomie pathologique sur un cas de pellagre; lésions de la moelle épinière, du cœur et du foie; par M. Bouchard.

Une femme atteinte de pellagre était morte il y a quelques jours à la Salpêtrière dans le service de M. Baillarger, j'ai pu faire l'examen nécroscopique de quelques-uns de ses organes, grâce à l'obligeance de M. Regnard, interne du service, qui a présenté l'observation de cette malade à la Société anatomique.

M. Baillarger, se proposant de mettre en lumière certains points de ce fait important, je ne puis pas reproduire ici l'observation dans tous ses détails. J'en extrais seulement ce qui est nécessaire pour valider le diagnostic.

Cette femme paraissait avoir 35 ans. Elle avait été amenée comme aliénée sans qu'on ait aucun renseignement sur ses antécédents. Elle portait un érythème pellagreux type sur la nuque, le front, les paupières, le nez et le dos des mains; sur cette dernière région l'érythème était bulleux, et sur toute l'étendue l'épiderme était soulevé comme par l'ampoule d'un vésicatoire. On rencontre rarement dans les pays à pellagre des lésions cutanées aussi considérables. Les lèvres étaient couvertes de squammes noirâtres et de gerçures aphtheuses; la langue était lisse, sans papilles et sillonnée de dépressions qui lui donnaient une apparence fendillée. La soif était vive, avec sensation de brûlure à l'épigastre; pas de diarrhée. Le délire était général, avec prédominance d'idées ambitieuses.

On n'avait rien noté du côté de la locomotion.

J'ai pu examiner le foie, le cœur, le cerveau et la moelle.

Le foie était jaune, anémique, de consistance normale, un peu volumineux. A l'examen microscopique, on trouvait de nombreuses gouttelettes graisseuses libres, toutes les cellules avaient plus ou moins subi la dégénérescence graisseuse. Dans quelques-unes la graisse était disséminée en granulations isolées; dans la plupart on trouvait une ou deux gouttes huileuses dont le volume était souvent assez considérable pour masquer le noyau. Sous ce rapport, ce fait vient donc à l'appui d'une autre observation présentée par M. Vidal à la Société médicale des hôpitaux.

Le cœur était flasque, jaunâtre; le péricarde viscéral était partout doublé d'une couche adipeuse qui pénétrait plus ou moins profondément entre les faisceaux musculaires. Le tissu musculaire lui-même présentait au microscope une altération graisseuse très-prononcée. Le plus grand nombre des fibres avait cependant conservé l'aspect strié, mais toutes présentaient en grand nombre des granulations moléculaires, jaunâtres, fortement réfringentes, résistant à l'acide acétique, disposées le plus souvent en rangées longitudinales, mais tellement accumulées de distance en distance, qu'en cet endroit les faisceaux primitifs étaient rendus opaques.

On a vainement cherché dans le cerveau les lésions de la paralysie générale, dont le délire ambitieux et un embarras momentané de la parole avaient pu faire soupçonner l'existence. L'encéphale, examiné minutieusement dans son tissu et dans ses enveloppes, n'a fait découvrir aucune altération. J'ai étudié au microscope plusieurs points des circonvolutions pariétales sans trouver dans les cellules ou dans la substance ambiante aucun caractère anormal.

La moelle vue extérieurement paraissait saine; mais en pratiquant des sections perpendiculaires à son axe, on découvrait des lésions appréciables à l'œil et au toucher. Ces lésions siégeaient dans la substance blanche et suivaient la direction des faisceaux, sans une grande régularité toutefois; mais la partie interne et postérieure des cordons postérieurs et la partie externe des cordons latéraux m'a paru être le siége de l'altération la plus marquée et la plus étendue.

La lésion était caractérisée par une teinte grise rosée du tissu sans transparence, sans aspect gélatineux. La surface de section était rétractée, concave, tandis que tout autour la substance blanche saine faisait saillie et offrait une surface convexe au lieu de la mollesse et de la diffluence du tissu blanc; ces parties altérées avaient une consistance assez ferme, comme élastique.

Quelques parcelles de ce tissu examinées à l'état frais montraient un grand nombre de corpuscules amyloïdes, un nombre exagéré des noyaux du tissu conjonctif de la moelle, des vaisseaux qui ne paraissaient pas altérés, des tubes nerveux très-nombreux parfaitement sains n'offrant aucune trace de segmentation.

Après avoir fait durcir la moelle dans l'acide chromique, j'ai pratiqué des coupes à différentes hauteurs, j'ai traité les surfaces de section par la solution ammoniacale de carmin concentrée, et j'ai vu que pour déterminer une coloration persistante de la substance blanche il fallait un temps considérable, et que la teinte n'était d'ailleurs que fort peu mar-

quée, ce qui s'explique par la quantité minime du tissu conjonctif comparé au grand nombre des tubes. En tout cas, les points qui se colraient étaient précisément ceux qui à l'état frais m'avaient paru altérés.

Ayant enlevé des tranches minces de la moelle perpendiculairement à son axe, j'ai pu constater les altérations suivantes :

Tous les vaisseaux, artères, capillaires, veines, offrent un état de dilatation considérable. La vascularisation semble surtout marquée dans les cordons postérieurs et dans les cordons latéraux.

Les tubes nerveux sont conservés partout, on ne voit pas ces plaques claires à peine parsemées do quelques points opaques, comme cela s'observe dans la sclérose confirmée; mais cependant les tubes nerveux ne se touchent pas comme dans une moelle normale, ils sont dans plusieurs points, et notamment dans les cordons postérieurs et latéraux, circonscrits par des lignes claires. Si l'examen porte sur une préparation préalablement colorée par le carmin, on aperçoit dans ces espaces d'ailleurs très-étroits qui circonscrivent les tubes des noyaux de tissu conjonctif disséminés de distance en distance, et incomparablement plus nombreux qu'à l'état normal. Il n'y a pas de corps granuleux. Si l'on répand sur la préparation une goutte de solution aqueuse d'iode, on aperçoit à un faible grossissement un nombre considérable de corps amyloïdes avec une belle coloration violette. Ces corps amyloïdes sont disséminés partout, dans tous les cordons de substance blanche et même dans la substance grise; mais ils sont de beaucoup plus abondants dans les cordons postérieurs, et surtout vers l'insertion des racines postérieures sur les cornes de substance grise. Si l'on étudie plus attentivement leur disposition, on voit que le plus grand nombre se groupent le long des vaisseaux. Ils sont disposés en chapelet le long des vaisseaux que l'on voit par côté dans une certaine étendue; ils forment parfois une couronne complète à ceux dont on voit une section perpendiculaire à l'axe.

Ces altérations constituent un degré peu avancé, l'état initial de cette lésion de la moelle qu'on désigne à tort ou à raison sous le nom de sclérose et qui, développée dans les cordons postérieurs, produit l'ataxie locomotrice. Dans ce cas, l'altération est diffuse, mais elle porte plus particulièrement sur les cordons postérieurs et sur les cordons latéraux. Je ne sache pas que cette lésion de la moelle ait été déjà indiquée chez les pellagreux. Toutefois il est probable que c'est à la sclérose qu'il faut rapporter un certain nombre de faits rapportés par les auteurs italiens ou observés par M. Gintrac, dans lesquels il est dit sommairement que la moelle était indurée.

Cette lésion de la moelle explique parfaitement les troubles de la myotilité, qu'il est si fréquent de rencontrer chez les pellagreux, au moins à une époque avancée de la maladie, cette faiblesse musculaire plus marquée dans les membres inférieurs et qui, en en général, aboutit à une véritable paraplégie. Toutefois, un certain nombre de malades n'ont qu'une paraplégie apparente : ils ont la démarche titubante, ils font facilement des chutes, mais leurs mouvements peuvent avoir encore une certaine énergie. Les médecins italiens donnent à cet état le nom de *debolezza*. Hameau avait été plus loin dans l'analyse de ce symptôme. Il fait cette remarque que les mouvements simples peuvent conserver toute leur énergie, mais que les mouvements d'ensemble peuvent manquer de coordination. Il écrivait en 1829 les lignes suivantes, qui pourraient encore aujourd'hui figurer dans une description de l'ataxie locomotrice : « Un symptôme très-remarquable, c'est un défaut d'équilibre dans les muscles locomoteurs; de telle sorte que pendant que le malade a réellement assez de force pour marcher d'aplomb, il éprouve tout à coup des tremblements des membres, et il tombe. Il peut se relever lui-même et parcourir encore, s'il veut, un certain espace sans rien éprouver, puis il tombe de nouveau. » J'ajoute que l'ataxie locomotrice vraie a été constatée d'une façon très-précise dans la pellagre. M. Billod, dans une note sur la pellagre et le typhus pellagreux lue à l'Académie des sciences dans la séance du 27 octobre 1862, s'exprime ainsi : « Cette même paralysie pellagreuse s'accompagne, dans quelques cas, d'un sentiment de traction en arrière, et dans quelques autres d'un défaut de coordination dans les mouvements, qui tend à l'assimiler à l'ataxie locomotrice de M. Duchenne (de Boulogne). Ce caractère m'a paru frappant dans deux cas observés par moi, l'un au grand hôpital de Milan, et l'autre à l'asile de Sainte-Gemmes. » Or n'avons-nous pas dans le fait que je viens de signaler l'explication de ces symptômes? N'est-ce pas à la lésion des cordons postérieurs qu'il faut les rapporter?

Quant à la paraplégie vraie, qui n'est pas un symptôme rare de la pellagre, elle pourrait être produite par la lésion des cordons antéro-latéraux.

On pourrait objecter que la paralysie pellagreuse n'est souvent ni la paraplégie proprement dite ni l'ataxie pure, bien qu'elle emprunte des caractères à l'une et à l'autre de ces maladies.

Si le fait que nous avons observé n'est pas une exception, si réellement la pellagre dispose la moelle à devenir le siége d'un processus morbide qui a certaines analogies avec l'inflammation, si la sclérose de la moelle est l'une des causes qui produisent les troubles du mouvement chez les pellagreux, l'objection que je viens de supposer n'aura pas une grande portée. En effet, la malade qui a été l'occasion de cette note n'aurait été ni ataxique ni paraplégique; mais les troubles du mouvement auraient procédé chez elle de la paraplégie et de l'ataxie, puisque la lésion de la moelle portait à la fois sur les cordons postérieurs et sur les cordons latéraux.

J'ajoute que la sclérose a bien pu passer inaperçue pour les nombreux observateurs qui ont cherché, dans la pellagre, des lésions de la moelle autres que le problématique ramollissement. Ils ne devaient pas être plus heureux que les médecins qui pendant si longtemps ont méconnu la sclérose dans la paraplégie simple ou dans l'ataxie. Si cette altération s'observe plus fréquemment depuis quelques années, c'est qu'on commence à la connaître.

Indépendamment de l'intérêt que ce fait peut présenter pour l'histoire des altérations anatomiques de la pellagre, il me semble être de nature à jeter un certain jour sur la nature de la sclérose de la moelle.

On sait, depuis les travaux de Ludwig Türck, que les cordons de la moelle sont pris d'un travail pathologique à la suite de certaines lésions du cerveau. Cette altération descendante occupe la portion interne des cordons antérieurs et la portion postérieure des cordons latéraux. Les observations du même auteur ont appris que dans quelques cas de lésions de la moelle de pareilles modifications de structure surviennent secondairement dans toute l'étendue des cordons postérieurs, au-dessus du point lésé. Nous avons pu étudier récemment ces altérations ascendantes et descendantes dans un cas de compression de la moelle par une tumeur épithéliale. La lésion, dans ce cas, est caractérisée essentiellement par l'atrophie des tubes et par l'hypergénèse des éléments du tissu conjonctif.

Dans l'ataxie locomotrice on trouve également l'atrophie des tubes nerveux et la prédominance des noyaux de la névralgie. Ces deux altérations, qui se séparent d'ailleurs par quelques caractères, dériventelles d'une même lésion initiale ou ont-elles une origine différente?

Dans les faits de L. Türck, les tubes s'altèrent parce qu'ils ont perdu leurs rapports de continuité avec leurs cellules nerveuses d'origine, leurs cellules trophiques; ou parce que ces cellules elles-mêmes sont détruites. Dans ces cas, la multiplication des éléments conjonctifs ne se manifeste dans la moelle que longtemps après le début des accidents, un ou deux mois environ; mais l'altération des tubes, comme cela résulte des expériences de M. Vulpian, commence quatre ou cinq jours après qu'ils ont perdu leurs rapports avec leurs cellules originelles. Ici l'atrophie des tubes est donc manifestement antérieure à la production des éléments conjonctifs.

Pour les scléroses vraies, celles de l'ataxie, par exemple, la question est loin d'être résolue. Il peut se faire, en effet, qu'une altération des cellules encore inconnue entraîne secondairement l'altération des tubes, puis la production des noyaux; ou, au contraire, que, les cellules étant saines, il se fasse dans les cordons de substance blanche une production nucléaire primitive par une sorte d'inflammation subaiguë, et que, consécutivement à la production de cet exsudat, les tubes nerveux comprimés ou lésés dans leur nutrition subissent une atrophie secondaire.

Le fait que nous avons observé semble donner raison à cette hypothèse. Ici, en effet, tous les tubes nerveux sont encore intacts; mais déjà on aperçoit dans leurs interstices de nombreux noyaux de tissu conjonctif, et, en rapport avec ce processus, une dilatation notable des vaisseaux de la partie.

Cette observation semble donc déposer en faveur de l'opinion qui veut que la sclérose proprement dite, et je prends celle de l'ataxie pour type, soit une lésion primitive de la substance blanche, une sorte de myélite chronique, et non une altération secondaire développée consécutivement à une lésion quelconque des cellules nerveuses de la substance grise.

BIBLIOGRAPHIE.

Programme du cours d'histologie, professé à la Faculté de médecine de Paris pendant les années 1862-63 et 1863-64; par M. Ch. Robin, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris. — J. B. Baillière et fils, 1864. 1 vol. in-8 de VIII-280 pages.

M. le professeur Robin vient de publier le *Programme du cours d'histologie* qu'il a professé à la Faculté de Paris pendant les années 1862-63 et 1863-64. Le titre de l'ouvrage annonce sans autre commentaire au lecteur ce qu'il doit y chercher et prévient toute confusion. C'est la simple reproduction, sauf quelques développements surajoutés, des notes qui ont servi de cadre à ses leçons, ou plutôt, comme le dit l'auteur dans sa préface, c'est en réalité le plan d'un traité complet d'histologie.

Les livres de ce genre ont l'inconvénient d'être d'une lecture difficile par l'aridité de leur forme et leur extrême concision; mais, d'autre part, les grands traits, les divisions principales, en un mot le

fond même de l'ouvrage réduit pour ainsi dire à sa charpente, se dessinent avec plus de force et de netteté. Tandis que ces traités *in extenso*, dans lesquels abondent les détails, ressemblent à ces édifices dont les grandes lignes disparaissent sous les richesses de l'ornementation; là, au contraire, tout saute immédiatement aux yeux, les qualités comme les défauts, et l'écrivain doit posséder une force de conception rare et une grande maturité d'esprit pour s'en tirer à son honneur.

On ne peut certes pas refuser ces deux qualités à M. Robin; seize ans d'enseignement sur la matière, une vie entière de travail et de méditation ont bien pu lui donner le droit de se croire appelé à mener à bonne fin l'œuvre hardie commencée par Bichat. Malheureusement (il nous en coûte de le dire, mais s'il est des hommes indiscutables, il n'en est pas de même des doctrines) le système de M. Robin, malgré le talent et la science de l'auteur, malgré la quantité des recherches personnelles, malgré la consécration officielle, nous paraît destiné à périr comme système, laissant seulement épars sur le sol des matériaux précieux qui serviront plus tard à la reconstruction d'un édifice plus solide et plus durable.

Ce qui, à notre avis, frappe de mort ce système, c'est, d'une part, une fausse application des principes de Bichat, de l'autre un exclusivisme scientifique qui, moins que jamais, a sa raison d'être.

Ce qui a fait la gloire de Bichat, c'est non-seulement d'avoir créé l'anatomie générale et d'avoir fondé un corps de doctrine dans la limite des moyens d'observation dont on disposait de son temps, mais c'est encore d'avoir consacré le premier l'indissoluble alliance de l'anatomie et de la physiologie; son grand traité débute par l'étude des propriétés vitales, sa division en systèmes est aussi bien physiologique qu'anatomique, et son livre, malgré son titre, est en même temps une magnifique ébauche de physiologie générale.

Les successeurs de Bichat, au lieu de dégager complétement cette double idée du maître, en ont méconnu toute la portée; la séparation s'est faite de plus en plus profonde entre l'anatomie et la physiologie, et si M. Robin montre, dans sa classification par exemple, la louable intention de rester, sous ce rapport, fidèle aux principes de Bichat, il n'en est plus de même dans l'application: partout domine l'idée anatomique pure dans son sens le plus étroit; on assiste à un interminable défilé de toutes les variétés de cellules, de fibres, de tubes, de cavités, et d'insignifiantes différences de forme extérieure priment les vrais caractères tirés de la fonction et du mode de développement. Pourtant n'a-t-il pas dit lui-même à une page de son livre cette parole profonde qui le condamne et qu'on ne saurait trop méditer: « Ce « n'est pas la forme qui caractérise l'organisation? »

L'étude de l'anatomie générale proprement dite a au contraire été poursuivie avec plus d'ardeur, et de remarquables tentatives ont été faites dans cette direction; mais là encore les disciples, sous prétexte de simplification et de logique scientifique, ont fait dévier la doctrine, et la grande voie tracée par Bichat s'est transformée peu à peu en un labyrinthe inextricable dans lequel errent au hasard quelques initiés, tandis que la foule des profanes reste prudemment à l'entrée.

Quant à l'exclusivisme scientifique, nous comprenons qu'un homme de la valeur de M. Robin soit en droit de choisir ou de rejeter dans une théorie ce qui s'accorde ou non avec ses idées et ses observations; mais l'esprit de système aveugle les plus clairvoyants, et n'y a-t-il pas un peu de prévention systématique dans l'ostracisme dont M. Robin frappe la science étrangère? Il est vrai qu'il n'a eu garde de tomber dans les exagérations de quelques-uns de ses disciples, et je suis sûr qu'il n'approuve pas le donquichottisme de ce chevalier normand prêchant une croisade histologique contre l'Allemagne qui ne fait qu'en rire. Mais il ne faut pas oublier que les exagérations des disciples sont en germe dans les enseignements du maître, et la réserve oublieuse du professeur de Paris est aussi significative et a une bien autre portée que les rodomontades de M. Pouchet fils. Je suis bien loin de vouloir imposer la théorie cellulaire dont je suis le premier à reconnaître les lacunes et les erreurs, et n'ai aucun goût pour les arches saintes de la science; mais telle qu'elle est, c'est encore celle qui répond le mieux aux exigences actuelles de l'histologie, et en tout cas elle mérite au moins les honneurs d'une discussion sérieuse.

On comprend qu'il est impossible, étant donné un livre de cette nature, d'en rendre compte comme d'un livre ordinaire; c'est le plan d'un traité d'histologie; c'est donc le plan surtout qu'il nous faut apprécier.

Tous les lecteurs de ce journal se rappellent certainement dans ses grands traits la classification de M. Robin, classification reproduite dans la plupart de ses ouvrages, et popularisée surtout par la dernière édition du *Dictionnaire de Nysten*. On connaît cette série ascendante qui, partant comme base de la substance organisée, s'élève peu à peu en suivant les lois d'une complexité croissante, des principes immédiats et des éléments anatomiques aux tissus et aux humeurs, des tissus aux systèmes, des systèmes aux organes, des organes aux appareils, et de ceux-ci enfin à l'organisme considéré dans son ensemble; la science se trouve ainsi partagée en six branches: les trois premières correspondant aux trois premiers groupes et constituant l'anatomie générale, les trois dernières l'anatomie spéciale ou descriptive.

Sur cette classification, séduisante au premier abord par sa simplicité apparente et la graduation calculée de ses différents termes, nous aurons pourtant une réserve à faire. Nous serions disposé à admettre, avec quelques restrictions peut-être pour les humeurs, les deux premiers groupes de l'anatomie générale, principes immédiats et éléments anatomiques d'une part, humeurs et tissus de l'autre, mais le troisième groupe qui comprend les systèmes et forme la transition entre les tissus et les organes nous paraît moins justifié.

D'après la définition même de l'auteur « un système est le tout « continu ou subdivisé en parties similaires (dites aussi organes pre« miers, qui réunis avec un ou plusieurs autres d'espèce différente « composent les organes seconds ou proprement dits) que représente « chaque tissu considéré dans son ensemble. » Et pour donner un exemple nécessité par l'obscurité même de la définition: « Ainsi l'en« semble des parties formées de tissu musculaire, abstraction faite « des tendons, constitue le système du même nom. » Or ce groupe des systèmes organiques est une véritable pierre d'achoppement dans tout le courant du livre, et il est facile de se convaincre, en parcourant successivement les articles consacrés à chacun d'eux, que l'auteur, malgré tous ses efforts, n'a pu rester conséquent avec la rigueur de ses principes. Ainsi, au lieu de décrire à part, comme le voulait sa classification, d'abord les éléments, puis les tissus et enfin les systèmes, il a reconnu bien vite que ce serait s'exposer à des redites sans nombre, et il a pris le parti de faire suivre l'étude de chaque tissu de celle du système correspondant. Aussi arrive-t-il que de peur de double emploi, l'un des deux chapitres, tissu ou système, est forcément écourté aux dépens de l'autre. Mais un inconvénient plus grave est qu'il en résulte des lacunes regrettables et qu'on y chercherait vainement, par exemple, les systèmes tégumentaire ou muqueux comme les entendait Bichat, auquel il faut toujours revenir malgré ses erreurs; et ce n'est certes pas des considérations mesquines sur le chorion muqueux ou le système dermo-papillaire qui auraient pu préparer la voie aux grands pathologistes de la première moitié de ce siècle.

C'est qu'en réalité les systèmes, loin d'être intermédiaires entre les tissus et les organes, ne sont pour ainsi dire que des annexes des différents groupes de la série. Ils sont l'ensemble des formations ou des parties similaires (éléments, tissus ou organes) dans l'individu ou dans le règne animal. Leur étude qui, par son importance, mérite toute l'attention des anatomistes doit donc suivre, selon les cas, l'étude de tel ou tel de ces groupes; et, vouloir en faire un ordre à part, situé à une place déterminée et invariable, est s'exposer à des répétitions et à des lacunes. Il nous serait facile de prouver ce que nous avançons ici si l'espace nous le permettait; nous nous contenterons d'une simple indication. Comment appeler l'ensemble des globules sanguins, par exemple, soit chez le même individu aux différents âges, soit dans toute la série animale, sinon système sanguin? Son existence n'est-elle pas pour le moins aussi justifiée, et son étude aussi importante que celle du système tubulo-otolithaire qui clôt la longue liste admise par M. Robin? Le système épithélial correspondant à l'idée de tissu a les mêmes raisons d'être que les systèmes tégumentaire, pileux et dentaire correspondant à l'idée d'organe. Il nous serait facile de multiplier ces exemples, mais il nous semble en avoir assez dit pour valider notre critique.

Nous ne voulons pas prolonger outre mesure cette discussion générale, mais avant de pénétrer plus profondément dans les détails, il est utile de dire quelques mots d'une division qui joue un grand rôle dans tous les ouvrages de M. Robin: je veux parler de la division des parties du corps en constituants et produits. Malgré l'autorité du grand nom de de Blainville, il nous est impossible de nous associer à l'éloge qu'en fait le professeur d'histologie de la Faculté, aux yeux duquel « c'est un des grands progrès qu'ait faits l'anatomie générale,

« bien que pourtant il en soit généralement tenu peu de compte, au « grand détriment de la science. »

Les éléments constituants, d'après la définition, « entrent dans la « constitution de tissus vasculaires, contractiles ou sensibles. » Les tissus constituants « sont formés de plusieurs espèces d'éléments, « parmi lesquels sont toujours des vaisseaux.. Ils composent essen- « tiellement l'économie, *en masse et en action*... » Les produits, au contraire, « *tissus inférieurs*, » doués seulement de propriétés végétatives, privés de vaisseaux, dépourvus de sensibilité et de contractilité, ne sont à côté des précédents « qu'un perfectionnement de « l'organisme. »

Cette distinction nous paraît radicalement fausse. S'il faut, pour avoir un constituant, un de ces trois caractères : sensibilité, contractilité, vascularité, que viennent donc faire là le cartilage avec ses propriétés purement végétatives, et le tissu jaune élastique qui ne les a qu'à grand'peine? Et le tissu connectif n'est-il pas la plupart du temps un simple distributeur de nerfs et de vaisseaux, et ne voit-on pas nerfs et vaisseaux l'abandonner dès qu'il se condense en tendons et en ligaments, c'est-à-dire dès qu'il forme par lui-même des organes ayant leur destination spéciale? Si les produits sont des tissus inférieurs et de perfectionnement, il en résultera donc cette conséquence antiphysiologique que l'épithélium digestif, par exemple, est quelque chose d'accessoire, bon tout au plus pour perfectionner en esclave les actes tout-puissants du derme muqueux intestinal. Cette division a un inconvénient encore plus fâcheux : c'est de séparer violemment les épithéliums et les glandes pour placer arbitrairement ces dernières dans le groupe des constituants, et cela pour rester fidèle à cette logique fausse qui ne veut pas qu'une glande, organe vasculaire, soit dans la classe des produits. Cependant tout les rapproche des épithéliums qui les composent essentiellement *en masse et en action*, pour parler le langage même de M. Robin, et dont elles sont des dérivés immédiats. Il n'y a qu'à considérer leur mode de formation, car la plupart ne sont à l'origine qu'un bourgeonnement des couches profondes de l'épithélium, leur structure, car les cellules épithéliales constituent le principal de leur masse, et le reste n'est qu'accessoire; leurs fonctions mêmes, car la sécrétion de beaucoup d'entre elles n'est pas autre chose qu'une « destruction « naturelle, chute ou mue, » et « une régénération incessante, » ce qui est, d'après l'auteur, un des caractères essentiels des produits. L'histoire du développement combat aussi cette théorie, et ne permet pas d'établir une distinction si tranchée entre les constituants et les produits. Le fait curieux que le système nerveux central naît comme l'épiderme cutané du feuillet externe du blastoderme, présente à ce point de vue une importance réelle, d'autant plus que des recherches histologiques récentes (encore douteuses il est vrai) tendent à faire croire que les affinités entre l'épithélium et les terminaisons nerveuses sont plus intimes qu'on ne le suppose d'habitude. Quoi qu'il en soit, je crois que M. Robin aurait pu trouver dans le parenchyme de nutrition de Bichat et dans l'idée plus moderne des tissus limitants, les éléments d'une division plus rationnelle et plus féconde.

Ces défauts qui, à notre avis, frappent à mort le système considéré dans son ensemble, ne doivent pas empêcher de reconnaître la haute valeur de certaines parties du livre et l'esprit de généralisation qui l'anime d'un bout à l'autre. Malheureusement cet esprit de généralisation qui se révèle dans bien des pages par des pensées d'une profondeur remarquable et d'une réelle originalité, semble abandonner l'auteur quand arrive le moment d'appliquer ses principes; on dirait qu'un génie malfaisant (serait-ce l'esprit du positivisme?) tourne tout à mal et paralyse les meilleures intentions; ces éclairs d'intelligence font immédiatement place à une désespérante obscurité, et une succession d'éclairs, quelle que soit leur intensité, peut bien donner l'éblouissement, mais ne produira jamais la lumière.

On nous pardonnera ces paroles qui peuvent paraître dures, et qui ne sont cependant que justes. Mais quand une doctrine complète, dans une science encore à l'état d'ébauche, descend d'une chaire officielle, sous le patronage d'une grande individualité scientifique, il est du devoir de la critique de donner son opinion quelle qu'elle soit; si elle se trompe elle ne manquera pas de redresseurs; mais en tout cas, un jugement sincère est plus instructif pour le lecteur et plus digne d'un écrivain sérieux que des éloges donnés au hasard, et l'on rougirait d'ailleurs d'offrir à un homme tel que M. Robin l'encens banal qui fume trop souvent en l'honneur des plus insipides productions.

Dr H. BEAUNIS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Prosper Lucas, auteur de plusieurs livres sur l'aliénation mentale, notamment du « Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux, » ouvrage couronné par l'Académie des sciences, vient d'être nommé médecin de l'asile des aliénés de Bicêtre, en remplacement de M. le docteur Marcé, décédé.

— M. le Président de la Société locale du Morbihan a écrit à M. le Président de l'Association générale pour lui demander que l'Association prenne sous son patronage l'œuvre de reconnaissance publique de l'érection d'une statue à Laënnec. Il a été répondu à la Société du Morbihan que le vœu émis dans son sein avait été accueilli avec une profonde sympathie par le conseil général, qui s'empressera de le déférer à l'Assemblée générale des 30 et 31 octobre prochains. Un rapport sera fait à cette assemblée sur cette proposition, et une commission sera élue pour étudier les voies et moyens de son exécution.

De son côté, M. le Président de la Société locale du Finistère, dont le siége est à Quimper, lieu de naissance de Laënnec nous fait l'honneur de nous écrire pour nous assurer que les médecins, compatriotes de Laënnec, s'associeront avec le plus grand empressement à cet hommage dont ils regrettent de n'avoir pas pris l'initiative, quoique nulle part le grand nom de Laënnec ne soit plus honoré et sa mémoire plus vivante et plus vénérée.

Ainsi, née dans le sein de l'Association générale, et placée sous le patronage de cette grande institution qui s'étend à peu près sur toute la France, cette pieuse pensée ne peut qu'obtenir le succès qui lui est dû.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. Le concours pour les prix de l'internat et la nomination des internes des hôpitaux de Paris aura lieu le lundi 17 octobre 1864, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription restera ouvert tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le mardi 20 septembre jusqu'au lundi 3 octobre inclusivement.

— NÉCROLOGIE. — Jeudi 15 septembre, ont eu lieu les obsèques du docteur Ernest Goupil, dont nous avons annoncé la mort prématurée.

M. Boucher de la Ville-Jossy a prononcé, au milieu d'une foule d'amis et de collègues, quelques mots qui, mieux que nous ne saurions le faire, diront quelle était la valeur de l'homme et quels regrets il a laissés autour de lui.

« ...Goupil eut le bonheur d'avoir pour père un de nos plus respectables confrères, qui sut toujours honorer notre profession par ses éminentes vertus; vertus qui de tout temps ont su lui concilier l'estime et l'affection de tous ceux qui le connaissent, clients, amis et confrères. A cette précieuse école, Goupil puisa des principes d'honneur, de probité, de délicatesse, qui ont élevé son caractère et honoré sa trop courte carrière. Aussi, nul de nous n'a-t-il été surpris de voir dans les concours la science et l'érudition de notre ami entourées de cette douce sympathie qui facilite et appelle le succès.

« Chacun de nous applaudit à son entrée dans les hôpitaux. Ses études l'en avaient rendu digne, et l'auréole d'honorabilité qui entourait son père, se reflétant sur lui, semblait le désigner au choix de ses juges. Jamais il n'a trahi les espérances qu'à cette époque il était légitime de fonder sur lui. Esprit juste, il sut féconder cette précieuse qualité par un travail intelligent et soutenu. Guidé par un de ses anciens maîtres, devenu son ami, il publia un livre qui montre les solides qualités de son esprit. Et si dans cet ouvrage la jeunesse du praticien se laisse entrevoir, on y découvre aussi de rares qualités d'observateur, qui présageaient chez Goupil l'avenir brillant d'un grand praticien.

« Dans son service hospitalier, il savait chaque jour faire apprécier sa savante expérience et la bonté de son cœur. C'est assez dire qu'il était aimé de tous, surtout de ses élèves, auxquels il savait inspirer l'amour de l'étude et du bien. Sa mémoire restera chère à ceux dont il a guidé les premiers pas dans les sentiers si ardus de la science appliquée.

« Dirai-je aussi le vide qu'il laisse au milieu de nous, nous ses collègues, qui chaque jour appréciions les précieuses qualités de son cœur et de son esprit, nous qui trouvions toujours en lui l'aménité, la douceur et la bienveillance, qui font le charme des rapports dans la société? Aussi quelle fut notre consternation à tous lorsque nous parvint la fatale nouvelle de la mort de notre regretté collègue! Depuis quelques jours à peine il nous avait quittés plein de vie, d'espérance et la joie au cœur; tous nous étions heureux de son prochain retour. Hélas! nous ignorions encore le danger qui menaçait ses jours, que déjà la mort l'avait frappé! Cher ami, ton souvenir ne périra pas parmi nous, qui avons su t'apprécier et t'aimer. Au nom de tes collègues, je t'en donne l'assurance, et je t'adresse un suprême adieu! »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE DE LISBONNE EN 1857, PAR LE CONSEIL DE SANTÉ DU ROYAUME DE PORTUGAL.

(Suite et fin. — Voir le n° 37.)

Nous allons aborder maintenant les renseignements statistiques que nous donne le rapport du conseil de santé.

Les relevés officiels donnent pour la totalité des cas de fièvre jaune les chiffres de........................ 13,757
Le nombre des malades admis et traités dans les hôpitaux est de........................ 5,915
Et le nombre des cas traités à domicile est de...... 7,842

Ce dernier nombre ne peut être considéré comme exact, il doit être de beaucoup inférieur aux chiffres réels, et l'on peut admettre approximativement un total de 18,000 individus atteints par la maladie, ce qui donne la proportion de 1 sur 11 pour une population de 200,000 habitants.

Le nombre des décès a été, en totalité, de........ 5,652
Dont, à domicile........................ 3,466
Dans les hôpitaux........................ 1,932

Ce qui donne pour la mortalité par rapport à la population la proportion de 1 : 35,4, et par rapport au nombre des maladies, 1 : 3,18. Sur les 3,466 malades qui ont succombé à domicile, il y en avait 2,061 du sexe masculin et 1,405 du sexe féminin. Cette disproportion entre les deux sexes pour l'aptitude à la fièvre jaune existe dans tous les pays. La mortalité absolue comprend plus d'adultes, la mortalité relative comprend plus de vieillards et moins d'enfants.

On a compté parmi les célibataires 14 décès d'hommes pour 10 décès de femmes, parmi les gens mariés 24 décès d'hommes pour 10 de femmes, parmi les veufs 5,3 décès d'hommes pour 10 de femmes.

L'influence des professions a paru nulle. On a constaté pour les militaires la fâcheuse influence de l'exposition à l'air de la nuit. Le docteur Guyon a fait, lui aussi, cette remarque que presque tous ceux qui n'habitaient la ville et ses quartiers infects que pendant le jour et qui allaient passer les nuits à la campagne avaient été épargnés.

La durée moyenne de la maladie fut de cinq jours et quinze heures. Au déclin de l'épidémie cette durée était plus prolongée même dans les cas qui devaient être funestes. La plus grande proportion des morts rapides eut lieu en octobre, mois où l'épidémie sévit avec le plus d'intensité.

Les hôpitaux spéciaux admirent 5,161 malades dont 4,043 hommes et 1,118 femmes; sur ce nombre il y eut 1,932 morts dont 1,544 hommes et 388 femmes.

Sous le rapport de l'âge, la période de la vie qui donna la mortalité moindre fut celle de 1 à 10 ans; celle qui donna la mortalité la plus grande fut celle de 50 à 60 et au delà.

Sous le rapport de la constitution, il y eut égalité à peu près complète devant la fièvre jaune. Dans les hôpitaux, le plus grand nombre des décès eut lien dans les trois premiers jours de la maladie; cette proportion des décès devenait moitié moindre pour les cinq premiers jours et se réduisait encore d'autant pour les sept premiers jours. Pour les malades qui vécurent plus de quinze jours, la mortalité était réduite des trois quarts en comparaison de celle qui avait lieu à la fin du premier septénaire.

344 malades des hôpitaux sortirent guéris après un séjour de trois jours, 757 après un séjour de cinq jours, 762 après un séjour de sept jours, 788 après un séjour de onze jours; 345 malades séjournèrent dans les hôpitaux au delà de quinze jours et quelques-uns au delà d'un mois. Plusieurs de ceux qui guérirent dans l'espace d'un très-court séjour à l'hôpital avaient déjà, avant d'y entrer, subi un certain temps de traitement chez eux, et leur maladie se termina à la première période.

La proportion de la mortalité parmi les sujets vaccinés fut 1 : 3,39 et parmi les non-vaccinés 1 : 2,58; parmi les sujets qui avaient eu la variole 1 : 3,28, parmi ceux qui ne l'avaient pas eue 1 : 2,3. La vaccine et la variole furent donc préservatrices, et la première plus que la seconde.

Le personnel des employés des hôpitaux pour le service de la fièvre jaune fut atteint par la maladie dans la proportion d'un sixième, mais la mortalité fut de moins d'un quart.

La direction des vents paraissait avoir une certaine influence sur la marche de l'épidémie qui diminuait d'intensité quand ils soufflaient du nord, du nord-est et du nord-ouest. Cette relation n'a cependant pas été invariable.

La marche générale de l'épidémie fut modifiée dans quelques établissements. Le rapport du conseil de santé donne quelques détails sur ces anomalies.

Dans l'hôpital de San-Jozé, qui a une population moyenne de 932 individus et qui se trouvait situé dans un des centres d'infection, il n'y eut d'atteints que 34 malades en quatre mois. Pendant ce temps 137 malades de fièvre jaune arrivèrent du dehors déjà atteints, mais avec des symptômes douteux. Dès que la fièvre jaune était parfaitement déclarée, ils étaient renvoyés dans les hôpitaux spéciaux. Il avait été convenu que pendant l'épidémie tous les cas de fièvre jaune de San-Jozé seraient envoyés à l'hôpital spécial de Santa-Anna. Malgré toutes les précautions prises, 64 cas de cette fièvre furent traités à San-Jozé, et il y eut 30 décès. Le personnel du service de cet hôpital fut atteint dans la proportion d'un cinquième, et la mortalité fut de près de moitié. Pendant l'épidémie, la moyenne de la mortalité ne fut pas dépassée dans cet établissement qui se trouvait au centre d'un foyer d'infection.

L'hospice des aliénés se trouvait éloigné des foyers de fièvre jaune; les aliénés y furent atteints dans la proportion d'un vingtième et près de la moitié des malades succomba; les employés furent frappés par la maladie dans la proportion des deux tiers, et ne perdirent pas un seul malade.

A l'hôpital San-Lazaro, habité par 60 malades et 12 employés, il y eut six cas de fièvre jaune et deux décès.

A l'hôpital de la Miséricorde, sur une population de 520 individus, il y eut 12 cas de fièvre jaune, dont 6 venus du dehors, et un seul décès.

FEUILLETON.

LE JARDIN BOTANIQUE DE BRESLAU.

Cher et très-honoré confrère,

Sachant, par une longue expérience, à quel point votre excellent journal donne l'hospitalité à tout ce qui se rapporte par un côté quelconque à notre belle science, sachant qu'aucun journal médical n'est plus large et n'embrasse davantage d'une manière élevée et philosophique tout l'ensemble de la science et de l'art médical, j'ose vous prier de bien vouloir accorder une place dans le feuilleton de la *Gazette médicale* au travail ci-joint de mon très-honorable confrère M. le professeur Goeppert (de Breslau).

La botanique ayant été depuis le commencement de mes études une de mes sciences favorites, je sais par propre expérience tout ce qui m'a manqué dans les meilleurs jardins botaniques de l'Europe pour compléter mes connaissances dans tout ce qui a rapport aux caractères descriptifs, physiologiques, géographiques, à l'emploi médical et technique des plantes.

Aussi, dès mon arrivée à Breslau j'ai été frappé et de la beauté et de l'excellence des arrangements de tout genre pour l'instruction que ce jardin présente. Grâce au zèle infatigable, aux vastes connaissances, au goût exquis, grâce enfin à la longue expérience dans l'enseignement de mon bien cher confrère, le professeur Goeppert, qui joint à toutes ces qualités une bonté, un vrai libéralisme pour tout ce que le jardin botanique et ses grandes collections particulières renferment. Cet établissement modèle augmente d'année en année l'affluence de tous ceux qui veulent étudier la botanique d'une manière sérieuse et approfondie.

Contribuer à répandre l'exécution pratique de tous ces moyens déjà arrangés avec un plein succès à Breslau, les mettre dans tous les grands centres d'instruction à la disposition des savants, des élèves, du public, tel est le but de cette courte esquisse descriptive du jardin botanique de Breslau.

Veuillez, en rendant ce nouveau service à la science, agréer les salutations bien affectueuses de votre tout dévoué confrère,

H. Lebert.

Bex, canton de Vaud, le 25 septembre 1864.

Du jardin botanique de Breslau et de son organisation intérieure; par M. le professeur docteur Goeppert, directeur du jardin botanique, etc.

I. — Coup d'œil général.

En jetant un coup d'œil sur les jardins botaniques de l'Europe, on

A la Casa Pia, maison d'orphelins, il n'y eut qu'un seul cas bien avéré, neuf cas douteux et pas de décès.

A l'asile de Mendicité, sur une population de 580, on compta 4 cas de fièvre jaune et un seul décès. Cet asile se trouvait hors des foyers épidémiques.

Les asiles d'enfants ne fournirent à l'épidémie que 20 cas et 1 seul décès.

Les communautés religieuses eurent très-peu à souffrir de la fièvre jaune, et la plupart des cas qui s'y déclarèrent furent importés du dehors.

Tous ces établissements eurent le bénéfice de l'isolement, et la population malade qu'ils contenaient eut en outre la préservation qu'apportent avec elles les maladies préexistantes.

Usines. Dans les grands établissements où les ouvriers sont réunis en grand nombre, il n'a point été observé de faits prouvant l'influence pernicieuse des grandes réunions ni les fâcheux effets des matières employées. Les usines subirent la loi commune et rien de plus.

On remarqua que toutes les personnes qui habitaient l'usine à gaz ne furent point atteintes par l'épidémie et que les seuls cas de fièvre jaune que compta l'administration de cet établissement eurent lieu parmi les gens du service de l'éclairage qui parcourent la ville (et cela pendant la nuit) pour l'entretien des becs de lumières, et ces cas ne furent qu'au nombre de 3.

Cette immunité excita l'attention et beaucoup de personnes se mirent à fréquenter l'usine comme moyen de préservation, et il paraît que de toutes ces personnes aucune ne fut atteinte. On avait donc de fortes raisons de croire à Lisbonne à la vertu préservatrice du gaz; mais un voyageur arrivé de Montevidéo, où régnait aussi la fièvre jaune, apportait la contre-partie de cette croyance en apprenant aux Portugais que dans cette ville l'épidémie avait ravagé seulement les rues éclairées au gaz et épargné les autres, ce qui avait fait admettre aux Montevidéeus que le gaz avait servi à introduire le fléau dans la cité.

Lisbonne est entourée à l'est, au nord et à l'ouest par les deux municipalités de Belem et d'Olivaes qui ont avec la capitale des relations nombreuses et journalières. Olivaes compte une population de 23,000 âmes qui a fourni 112 cas de fièvre jaune, mais dont 50 au moins ont eu lieu sur des habitants de Lisbonne émigrés dans cette banlieue pour fuir l'épidémie. Tous ces cas se sont montrés isolément et sans suite, et il n'y a pas eu de foyers ni de traînées épidémiques.

Belem a, avec la capitale, des relations encore plus nombreuses et plus suivies qu'à Olivaes. La fièvre jaune y a sévi, comme dans cette localité, sur des Lisbonnais émigrés et sur quelques habitants qui l'avaient prise de seconde main.

Enfin Alnada, en face de Lisbonne, sur la rive gauche du Tage, fut le refuge d'un grand nombre de familles qui avaient émigré de la ville (120 familles environ, soit 600 individus); malgré cette circonstance et de nombreuses et de continuelles communications, l'épidémie ne s'y développa point, et les cas qui s'y déclarèrent frappèrent seulement sur les familles émigrées et sans se propager.

Ce sont là des cas de seconde main comme ceux signalés par M. Rufz dans la discussion académique sur la fièvre jaune, cas qui s'éteignent après la deuxième génération et qui ne propagent pas la maladie.

Après que l'épidémie eut été reconnue comme terminée à Lisbonne en décembre 1857, il y eut encore pendant les deux mois suivants quelques cas isolés de typhus jaune, lesquels causèrent 11 décès. Enfin le levain laissé par la maladie n'était pas encore épuisé six mois après son extinction comme épidémie, puisque dans les mois de mai, juin et juillet suivants plusieurs sujets présentèrent dans le cours de diverses maladies des symptômes insolites qui avaient beaucoup d'analogie avec ceux de la fièvre jaune.

Enfin, chose singulière! le flagrant délit d'importation qui avait été établi pour les petites épidémies antérieures de Porto, mais qui n'avait pu être directement constaté pour celle si meurtrière de Lisbonne, ce flagrant délit d'importation, disons-nous, fut de nouveau vérifié en 1858 dans les ports de Ponto-Delgado, Fereol, Vigo et Porto où il n'eut, du reste, que des conséquences de peu de gravité.

Nous suivrons avec un redoublement d'intérêt ce que dit le rapport du conseil de santé sur la symtomatologie, le diagnostic et le pronostic de la fièvre jaune.

Cette maladie, dans l'épidémie de Lisbonne, a paru commencer le plus souvent presque subitement et sans prodromes; on a constaté cependant dans un certain nombre de cas des prodromes qui duraient un ou même plusieurs jours et qui consistaient en sensations de brisement, douleurs contusives, céphalalgies, étourdissements, anorexie et borripilations.

Il y avait à peu près uniformité dans les symptômes d'invasion; les malades ressentaient un froid plus ou moins prolongé presque aussitôt suivi de fièvre qui revêtait le caractère inflammatoire. Il y avait prostration des forces, céphalalgie sus-orbitaire, sincipitale ou temporale, rougeur de la face descendant jusqu'au cou et à la poitrine, douleur des yeux, injection des conjonctives, chaleur générale avec peau aride d'abord et humide ensuite, violentes douleurs lombaires, malaise épigastrique, nausées, vomissements soit d'aliments, soit muco-bilieux, langue humide, large et blanchâtre, soif, constipation, urine rouge, assoupissement ou insomnie, intégrité des facultés intellectuelles, mais terreur profonde au sujet de la maladie, pouls fréquent et plein, quelquefois dur.

Cet état, qu'on appelait la première période de la maladie, durait deux ou trois jours et était remplacé ordinairement par une rémission notable de tous les symptômes précédents. Cette rémission, qui caractérisait la seconde période, venait souvent à la suite d'abondantes sueurs ou d'évacuations alvines, et elle était tellement prononcée qu'elle en imposait souvent pour un commencement de convalescence, et il arrivait quelquefois en effet que la convalescence était réelle et que la maladie demeurait limitée à sa première période, mais le plus souvent l'amélioration n'était qu'apparente et la fièvre reprenait sa marche. Quand il devait en être ainsi, les malades ne recouvraient pas leurs forces, ils conservaient leurs étourdissements avec un certain degré de rachialgie, et de plus, selon l'observation qui en fut faite à Lisbonne par le docteur Coutinho, l'urine devenait albumineuse, phénomène qui manquait quand la maladie devait se borner

---

n'en trouve qu'un petit nombre qui remplissent véritablement leur but. Celui-ci est de contribuer, par la facilité d'observer sur une vaste échelle, à l'avancement de toute la botanique, d'offrir aux étudiants en médecine et en pharmacie des matériaux suffisants pour leurs études dans cette belle science, et de répandre en même temps l'instruction sur ce sujet parmi le public instruit et éclairé.

Les jardins botaniques de notre époque laissent encore beaucoup à désirer sous ces rapports. C'est ainsi qu'on n'y trouve souvent pas des arrangements pour mettre en vue à part les plantes médicinales et importantes dans l'industrie. Que l'on n'objecte point que quelques-unes d'entre elles sont difficiles à acquérir. Aujourd'hui les rapports et les communications entre les diverses parties du globe sont trop bien établies pour offrir sous ce rapport des difficultés sérieuses. Il n'existe, en outre, point d'ouvrage à l'usage des étudiants pour les instruire sur les plantes que renferme un jardin botanique, inconvénient sérieux qui, à la vérité, trouve sa cause dans les progrès rapides de notre science.

Il est donc essentiel d'améliorer les jardins botaniques de façon que les études puissent y être non-seulement facilitées, mais adaptées aussi aux besoins et à la hauteur scientifique de notre époque. C'est ce que nous avons essayé à réaliser dans le jardin botanique de Breslau, comme le démontreront les détails qui vont suivre.

Le jardin botanique de Breslau renferme, sur une étendue de 26 arpents (morgen de Prusse), environ 12,000 espèces de plantes classées d'après les familles naturelles, avec égard au facies, à l'habitus des plantes. Nous ne pouvons point, en effet, approuver de ranger d'une manière trop absolue les plantes d'un jardin botanique d'après le système seulement, et de placer par exemple ensemble et à côté les unes des autres les légumineuses et les rosacées herbacées avec celles qui forment des arbres et des buissons. Nous nous sommes contentés de n'y planter que des représentants des divers types et de les grouper d'après leur port.

Pour obtenir cependant un coup d'œil général sur la végétation de la surface de la terre, nous avons essayé, depuis quatre ans, de grouper ensemble en pleine terre des plantes qui présentent tout un ensemble de végétation, en réalisant ainsi une des idées de notre immortel Humboldt, qui attachait une si grande importance à la physionomie de la végétation. Nous arrangeons actuellement chaque été 84 groupes de ce genre, et un tableau synoptique, placé à l'entrée du jardin, en renferme les détails essentiels. Avec chaque groupe se trouve, en outre, un tableau plus petit qui renferme ses genres principaux. 56 de ces groupes se rapportent aux principales formes des plantes de toute la terre, et 26 à l'ensemble des plantes d'une pays ou d'une zone. Parmi les premiers se trouvent des groupes de mousses, de lichens, de fougères des zones froide, tempérée et chaude, d'aroïdées, d'orchidées, de plantes grimpantes de toute espèce de famille, de liliacées arborescentes, de graminées des diverses zones, y compris celles en forme d'arbre, de bananes, de zingibéracées, de cannacées, de diverses espèces et formes d'ananas, d'agaves, de bégonies, de casuarinées, de palmiers, d'éricées des diverses zones, de

à sa première période. Ce fait aurait déjà été signalé par les docteurs américains Davy, Calling, Blair et autres.

C'était dans la troisième période, que la maladie se présentait dans toute sa gravité et avec les symptômes spéciaux de la fièvre jaune qui manquaient dans les deux premières. Le phénomène le plus notable et presque constant de cette période était l'hémorrhagie par diverses voies. Elle commençait souvent par une légère épistaxis qui se répétait, s'augmentait et s'aggravait de plus en plus; d'autres fois c'était une gastrorrhagie qui débutait et qui était suivie d'hémorrhagies par d'autres muqueuses. La peau se couvrait de pétéchies et d'ecchymoses, des thrombus se montraient aux membres et au scrotum; chez les femmes il s'établissait une véritable métrorrhagie. Les exutoires, les plaies, les ulcères laissaient suinter du sang, les piqûres de sangsues étaient l'occasion d'hémorrhagies abondantes et quelquefois mortelles.

Le vomissement noir était presque toujours précédé de nausées et vomissements bilieux et accompagné de déjections noires qui avaient lieu quelquefois indépendamment des vomissements. Le vomissement de sang vermeil précédait souvent les expulsions de matières obscures. Quelquefois dans les matières claires se voyaient de très-petits caillots de sang noir, de petits fragments granulés comme des grains de tabac ou laminés comme des ailes de mouches; c'était toujours du sang. L'abondance des hémorrhagies mettait par elle-même la vie des malades en danger; il s'ensuivait toutes les conséquences de l'état exsangue, pâleur, défaillances, refroidissement. Parfois ces symptômes existaient sans hémorrhagie apparente, mais l'autopsie faisait découvrir des épanchements sanguins dans des parenchymes, ou dans des cavités closes, ou dans des cavités ouvertes, mais dont les communications avec l'extérieur avaient été interceptées. Dans un grand nombre de cas les hémorrhagies furent modérées, et de nombreux malades guérirent même après avoir eu le vomissement noir. A propos de ce vomissement noir, le docteur Guyon fait remarquer que ce signe, qu'il avait été accoutumé à considérer comme mortel dans les pays chauds, était loin d'avoir la même gravité à Lisbonne. Enfin certains cas assez graves pour avoir été mortels furent complétement exempts d'hémorrhagies.

La teinte jaune apparut chez tous les malades qui parcoururent la troisième période, et elle se montra aussi chez quelques autres qui n'y arrivèrent pas. Cette coloration commençait ordinairement par les conjonctives, passait à la face, et de là s'étendait à tout le reste du tégument. L'intensité de la coloration variait depuis la teinte de canne jusqu'à celle d'ocre. Elle apparaissait graduellement et disparaissait de même quand cela avait lieu. Par exception, on l'a vue ne survenir que dans la convalescence, les autres fois après la mort. Dans les cas les plus graves, elle était parsemée de larges et nombreuses ecchymoses.

La troisième période se passait chez certains malades sans fréquence du pouls, au contraire avec mollesse et petitesse des pulsations, et ce n'était pas par l'état fébrile qu'on pouvait apprécier la gravité de la situation. La diminution ou la suppression de la sécrétion urinaire, l'albuminurie, une sueur froide et légère annonçaient la mort. Dans un grand nombre de cas, les vomissements étaient si persistants et si opiniâtres qu'ils inutilisaient les médicaments ingérés dans l'estomac. Dans les cas favorables, la convalescence n'était pas longue à s'établir; quelquefois des hémorrhagies emportaient les malades en voie de guérison. Rareté des engorgements parotidiens et inguinaux; rareté des escarres gangréneuses d'origine spontanée, fréquence au contraire de la gangrène dans les plaies préexistantes et complication très-dangereuse.

Dans les hôpitaux on observa souvent la pneumonie et la bronchite comme complication, ce qui fut beaucoup plus rare dans la pratique civile. On n'observa point dans le cours de cette épidémie les phénomènes dits critiques. Il n'y eut point non plus de cas foudroyants; ceux qui se terminèrent le plus rapidement durèrent au moins vingt-quatre heures. Dans les cas mortels et de courte durée, les périodes se confondaient et les symptômes qui leur étaient propres anticipaient ou retardaient. L'albuminurie indiquait un danger toujours présent; les hémorrhagies par divers appareils à la fois étaient un signe de mort. On observait peu de formes intermittentes et rémittentes. Il y eut quelquefois deux atteintes de fièvre jaune pendant l'épidémie, mais les cas en furent très-rares, et l'une des deux atteintes fut toujours très-faible.

Les lésions anatomiques furent celles qui sont reconnues et décrites comme caractéristiques de la fièvre jaune : ecchymoses, pétéchies, épanchements sanguins dans les différentes parties du corps, liquide noir dans l'estomac et les intestins, le plus souvent sous forme d'enduit plus ou moins adhérent à la muqueuse; couleur jaune du foie variant depuis la nuance serin jusqu'à la nuance safran; cellules hépatiques déformées et pleines de globules graisseux.

Les moyens de traitement employés par les médecins de Lisbonne ne furent point uniformes; chacun suivit, dans les commencements de l'épidémie surtout, ses tendances et ses inspirations. Peu à peu l'expérience fit généralement admettre les médications que le raisonnement et l'observation montrèrent les mieux appropriées à la maladie.

En fait de moyens préventifs, le meilleur fut sans contredit l'émigration.

Pendant la première période de la fièvre jaune, on employa généralement les antiphlogistiques, les diaphorétiques et les purgatifs doux. Les limonades végétales et minérales furent données comme tisanes. On fut très-réservé sur l'usage de la saignée.

Dans la seconde et la troisième période, ce furent les toxiques et les excitants qui parurent les plus utiles. Le sulfate de quinine fut très-souvent administré, mais avec des résultats douteux. Le vin parut être un auxiliaire utile, et il fut souvent mieux supporté qu'aucune autre substance. Le camphre fut mal toléré, le musc un peu moins mal, tous deux sans avantage. L'éther fut quelquefois utile, mais exceptionnellement. Les exutoires n'eurent jamais d'avantages bien évidents, et ils eurent quelquefois des inconvénients graves. Le vomissement noir et les autres hémorrhagies furent combattus par les moyens les plus divers. En définitive, ce furent les préparations de fer qui donnèrent les meilleurs résultats. La glace, les astringents végétaux, l'alun, la créosote, furent utiles quelquefois, mais le perchlorure, le sulfate et le citrate de fer eurent des effets beaucoup plus prompts et plus constants. Quelques médecins, enhardis par ces bons effets, insistèrent sur l'emploi du fer et en forcèrent un peu les

---

conifères de l'hémisphère boréal et de l'hémisphère austral (les abiétinées, cupressinées, podocarpées, taxinées), de cycadées, de protéacées, de myrtacées, de cactées, de plantes grasses (crassulacées, aizoïdées, mesembrianthemées, aloïnées, agavées, stapheliées, etc.), d'arbres verts des diverses espèces et contrées, comme les arbres verts à feuilles qui tombent en automne de la zone tempérée de l'Europe, de l'Asie et de l'Amérique, de la zone tempérée plus chaude de l'Europe et de l'Amérique à feuilles simples ou composées; ensuite, d'arbres verts qui gardent leurs feuilles toute l'année, de la zone tempérée d'Europe, d'Amérique, d'Asie, surtout de la Chine et du Japon, des Alpes, de l'Asie subtropicale, de l'Himalaya, de la zone torride. Puis viennent des groupes d'acacias, de mimosas et de plantes de leur tribu, d'ombellifères, de malvacées, de solanées, etc.

Pour donner un coup d'œil général des formes des plantes des divers pays et des diverses zones dans leur ensemble, il y a des groupes de plantes de la zone arctique, subarctique, de plantes des Alpes, dont nous cultivons environ 400 espèces; puis des groupes de plantes de l'Europe méridionale, de l'Amérique du Nord, du Mexique, des tropiques, du Chili, des îles Canaries, du cap de Bonne-Espérance, de la Chine, du Japon, de l'Australie, etc. Tous ces groupes et ces aspects de la végétation d'un pays pourront être beaucoup plus complets ailleurs, selon la richesse des matériaux et selon les localités.

Dans notre jardin, l'étiquette de chaque plante porte non-seulement son nom systématique, mais aussi celui de la famille, du pays, de son emploi médicinal ou technique. En outre, pour les plantes cultivées en plein air, chaque famille possède un tableau spécial et synoptique, ce qui aide considérablement l'enseignement et l'instruction, et mérite, sans contredit, d'être appliqué à d'autres jardins botaniques.

Bien que, comme nous l'avons dit, le système naturel ait servi de base et de norme à tous les arrangements, il a cependant paru désirable de trouver un moyen de donner un coup d'œil d'ensemble, rendu plus difficile par la grande étendue de quelques familles. Pour atteindre ce but, 400 plantes dans des pots ont été placées sur les plates-bandes du jardin, représentant toutes les familles importantes, arrangement qui s'est montré très-instructif aussi. Une disposition toute semblable a été appliquée aux serres du jardin; dans chaque division un tableau synoptique en rend compte. Des arbres officinaux toxiques, des plantes importantes pour l'industrie, ainsi que des plantes de tout climat et de toute famille sont groupées autant que possible, de façon que pendant l'hiver aussi on puisse étudier, grâce à leur concentration et à leur réunion, ce qui en été se trouve disséminé sur tout le jardin.

Les caractères anatomiques et physiologiques des plantes ne méritaient pas moins une attention toute particulière. Dans ce but nous avons réuni toute une section physiologique, entourée de buissons protecteurs, destinée à montrer les détails de l'accroissement normal et de l'accroissement pathologique des arbres. Sur les lieux mêmes des tableaux accompagnés de dessins rendent compte de chaque arbre, au nombre total de 60. Un coup d'œil général en donnera l'idée. L'accrois-

doses, et, loin d'avoir eu à s'en repentir, ils virent leurs malades guérir mieux et plus vite. Les préparations ferrugineuses employées contre le vomissement noir eurent non-seulement une action spéciale sur ce phénomène pathologique, mais de plus elles exercèrent une influence favorable sur l'ensemble de la maladie. L'application du fer au traitement de la fièvre jaune ne fut pas une nouveauté thérapeutique, elle date de l'épidémie de Lisbonne de 1723.

C'est avec une vive satisfaction que nous trouvons ces faits et ces idées dans le rapport, parce que nous y voyons la confirmation de nos idées personnelles sur l'indication des sels de fer contre la fièvre jaune. Il nous avait toujours paru *à priori* que contre la dissolution du sang, si évidente dans cette maladie, les meilleurs remèdes devaient être les reconstituants de ce liquide, et en première ligne le fer et surtout ses sels solubles. La condition de leur succès est de pouvoir être tolérés et absorbés, ce que les vomissements et les déjections ne permettent pas toujours; mais il faut surtout que le sang n'ait pas été irrémédiablement désorganisé par une proportion trop forte ou par une action trop énergique du toxique de la fièvre jaune.

Le rapport constate que pendant l'épidémie de Lisbonne, en 1857, les guérisons de fièvre jaune ont été en plus grande proportion que dans les épidémies précédentes. Ce résultat fait honneur à la médecine en général et au corps médical portugais en particulier.

Le rapport traite ensuite les questions de la transmission et de la propagation de la maladie et de la durée de son incubation.

L'opinion du conseil sanitaire portugais est que la fièvre jaune est transmissible par les objets et par les personnes, et par conséquent contagieuse, mais que sa transmission et sa contagion sont soumises à certaines lois spéciales en vertu desquelles elle se limite aux villes du littoral et même à certains quartiers de ces villes hors desquelles ni les objets ni les personnes ne peuvent la transporter comme épidémie. Ce fait, quoique général, a eu cependant ses exceptions. L'épidémie qui envahit Cadix au commencement de ce siècle se répandit dans les villes et même les villages de l'intérieur de l'Andalousie, le même fait a eu lieu quelquefois aux États-Unis et particulièrement autour de la Nouvelle-Orléans, et enfin la fièvre jaune importée en 1845 par le vapeur *l'Éclair* à l'île de Boa Vista de l'archipel du cap Vert, parcourut tous les centres de population de cette île et attaqua presque tous ses habitants.

A Lisbonne, où l'épidémie parut être importée par les objets, il arriva le plus souvent qu'elle fut propagée d'un quartier à l'autre par des sujets malades ou infectés. Le rapport en cite de très-nombreux exemples.

Un grand nombre de faits authentiques et bien observés ont été recueillis par le conseil de santé pour établir la durée de l'incubation de la fièvre jaune. La durée de ce temps d'incubation a paru être au minimum de deux à quatre jours, au maximum de dix à quinze et en moyenne de sept à huit; ce qui n'empêche pas d'admettre, comme exception, des délais d'incubation plus courts et d'autres beaucoup plus longs (30 et 50 jours), ces deux ordres de faits extrêmes ayant été observés pendant l'épidémie qui fait le sujet du rapport.

Il nous a paru curieux et utile de faire un rapprochement entre le rapport portugais et la dernière discussion de l'Académie de médecine de Paris sur la fièvre jaune, à propos de l'épidémie de Saint-Nazaire en 1861.

Nous avons vu dans cette étude comparative que le fait de l'infection des navires mêmes et de leur transformation en foyers pestilentiels, fait démontré par le docteur Mélier, a été vérifié dans les trois épidémies de Porto antérieures à celles de Lisbonne et par les autres petites épidémies de 1858 à Ponta-Delgoda, Ferrol, Vigo, etc., qui lui furent postérieures; mais ce fait a manqué pour expliquer l'origine de la grande épidémie de 1857.

D'après le conseil sanitaire portugais, cette épidémie de Lisbonne aurait été importée par des bagages de passagers atteints de fièvre jaune. Nous regrettons que les orateurs de l'Académie de médecine de Paris n'aient pas exprimé leurs opinions sur le rôle que pouvait avoir ce genre de colis dans une importation épidémique. Cependant la transmission d'individu à individu étant admise, et l'organisme humain étant reconnu susceptible de devenir foyer d'infection, il est impossible de contester aux objets imprégnés des émanations des malades la propriété de transmettre la maladie.

Le danger, signalé par le docteur Mélier, pour les navires sains de stationner sous le vent des navires infectés a été malheureusement confirmé par les événements de Porto, où plusieurs équipages eurent des malades dans le port même, tandis que d'autres en eurent en pleine mer, après avoir pris le germe du mal dans ce dangereux voisinage.

Les transmissions de troisième, quatrième main et plus, admises par M. l'inspecteur Mélier pour expliquer la durée des épidémies, ces transmissions, disons-nous, n'ont pas eu lieu à Lisbonne hors des foyers épidémiques, et, pour ce qui se passe dans ces foyers, il est difficile ou peut-être impossible de faire la part de l'action du centre pestilentiel et la part de la propagation par les individus.

La durée du temps d'incubation établie par le rapport portugais se rapproche beaucoup de celle qui a été admise par M. J. Guérin, tandis que M. l'inspecteur Mélier croit à un délai plus court.

La période prodromique, contestée par M. Mélier, et à laquelle M. J. Guérin a attaché une grande importance, a été rarement constatée pendant l'épidémie de Lisbonne; mais elle a été constatée, et il est possible et même probable que très-souvent elle ait pu passer inaperçue.

Les atteintes de fièvre jaune atténuée ou ébauchée ont été très-communes pendant l'épidémie de 1857. Il avait été établi théoriquement qu'il devait en être ainsi, et les faits confirmèrent la théorie ou bien la théorie se trouve basée sur les faits.

Le rapport que nous venons d'analyser, et que nous avons cru devoir analyser longuement, nous paraît être un précieux monument historique et scientifique où abondent les idées, les faits et les chiffres, et qui sera toujours consulté avec fruit par ceux qui voudront s'occuper de fièvre jaune, soit théoriquement, soit pratiquement. C'est un travail qui fait le plus grand honneur aux hommes éminents qui l'ont élaboré, et qui témoigne des tendances libérales et patriotiques du gouvernement portugais comme de l'active sollicitude dont l'administration municipale a fait preuve envers les habitants de la ville de Lisbonne.

La question de la fièvre jaune n'est point pour nous, Européens, une

---

sement normal est représenté en partie par des tables, en partie par des coupes verticales de chênes qui ont de 164 à 500 ans (*quercus pedunculata*) et de sapins rouges (*rothtanne*). Parmi ces derniers, il y a une coupe d'un tronc provenant du bœhmerwald à 3500 pieds au-dessus du niveau de la mer, d'un sapin qui avait eu 175 pieds de hauteur avec 507 anneaux annuels, pris à 5 pieds 1/2 au-dessus du sol et de 14 pieds de circonférence. Un autre tronc, provenant de la même localité, offre 448 anneaux annuels du bois; ce tronc avait eu 186 pieds de longueur; un troisième, de la Heuscheuer, offre 395 anneaux.

L'accroissement anormal est représenté par des soudures linéaires, tordues en forme d'anse, de rameaux de hêtres rouges et blancs, de troncs de chêne, de sapins, de tilleuls, par des soudures de racines de troncs de 100 ans. Vient ensuite l'accroissement à la manière des pandanes et des palmiers, de sapins rouges et blancs, dont les troncs, supportés par des piliers de 4 à 5 pieds de haut, sortent de terre et ont poussé partout des racines aériennes; on y voit la formation des veines et des nœuds du bois sur une vaste échelle, à droite et à gauche des troncs tordus, des lésions produites par les insectes, des formations remarquables de champignons, etc. Au milieu de cette partie se trouve debout, comme il a été trouvé, un tronc fossile de *pinites protolarix* M. de 36 pieds de circonférence provenant de la couche de houille (*Braunt. ohle*) de Saarau en Silésie; l'intérieur est creux, mais d'après ce qui existe encore, il doit avoir eu de 4 à 5,000 anneaux. Autour de ce tronc, unique dans son genre, ainsi que dans son intérieur creux, se trouve une plantation des fougères de nos jardins et de celles qui vivent en plein air dans les contrées septentrionales des deux hémisphères, et qui ornent tout ce groupe d'une manière fort agréable à la vue. Dans le voisinage de ce tronc s'en trouvent deux semblables de 8 pieds de hauteur sur 2 d'épaisseur, trouvés dans la même localité; ils sont encore pourvus de nombreux rameaux et, conformes au tronc plus volumineux sous le rapport anatomique; on peut les regarder comme les rameaux de cet arbre gigantesque. Tout près se trouvent encore deux autres troncs aplatis de 6 pieds de haut, contenus par des anneaux de fer, appartenant au genre *cupressinoxylon*. A côté se trouvent sur des piédestaux un tronc pétrifié par du pyrite de fer et un autre par de la calcédoine, ainsi que des masses terreuse, de houille brune. Tout ce groupe donne une idée des diverses manières d'être et des divers degrés de conservation des végétaux de la formation de la houille (*Braunkohlenformation*). Comme le tronc principal ne renferme point de sulfure de fer, sa conservation, malgré l'injure du temps, paraît d'autant plus assurée que neuf hivers en partie très-rigoureux et autant d'étés pluvieux n'ont pu l'endommager en aucune façon.

Nous avons représenté avec tout autant de soin dans le jardin botanique l'époque houillère ancienne, si importante en Silésie à cause de sa grande richesse en houille du commerce. Dans ce but nous avons fait dresser un profil de toute cette formation dans une roche de porphyre soulevée par du granit. La roche porphyrique est traversée par deux

question oiseuse, une étude de luxe, comme on pourrait le croire. Comme on l'a fait remarquer à l'Académie, la vapeur a rapproché de nous les rivages de l'autre côté de l'Atlantique, et, par ce fait, le typhus américain se trouve être à nos portes; quinze ou vingt jours au plus de traversée nous séparent du littoral où il règne endémiquement. Nous l'avons eu en Portugal, nous l'avons eu en France, c'est un ennemi à combattre, il faut trouver des armes contre lui. A force de sévir sur nous, il nous apprendra a le vaincre.

Nous avons entendu prononcer a l'Académie, à propos de la rage, ces paroles consolantes: « C'est une maladie qui doit disparaître, et elle disparaitra. » Eh bien! il en doit être dit autant de la fièvre jaune: c'est une maladie qui doit disparaître, et elle disparaitra. Ce sera dans sa source qu'il faudra l'atteindre; il faudra la neutraliser dans les ports et sur les rivages où elle est endémique, et alors les navires ne la porteront plus d'un hémisphère à l'autre comme une invisible et insaisissable cargaison.

En attendant que la lumière se fasse sur ces problèmes de l'avenir, il faut accueillir toutes les hypothèses, il faut encourager toutes les tentatives, pour les passer au creuset de l'examen et de l'expérience. L'idée émise par M. Mélier sur l'excès de phosphore dans les eaux de certaines mers devra être attentivement étudiée; les essais d'inoculation que l'on a conseillés ou tentés de réaliser, devront être repris dans des conditions mieux précisées, et tôt ou tard une hypothèse se fera vérité et une tentative empirique deviendra un moyen rationnel. L'extension de la fièvre jaune et la multiplicité de ses épidémies finiront par faire découvrir les moyens de la guérir; la volonté de Dieu a toujours été que de l'excès du mal sortit le bien.

D[r] LUCIEN PAPILLAUD.

PATHOLOGIE MENTALE.

DE LA NATURE DE L'ALIÉNATION ET DE LA DIVISION NATURELLE DE LA FOLIE EN FORMES DISTINCTES; par M. le docteur JOUSSET, ancien interne des services d'aliénés à la Salpêtrière et à Bicêtre.

NATURE DE L'ALIÉNATION.

Trois éléments réunis ou séparés constituent toute aliénation. Ces trois éléments sont : l'*hallucination*, l'*impulsion* et l'*idée délirante*.

I. HALLUCINATION. — L'hallucination est la perception d'une sensation dont l'objet n'existe pas.

L'hallucination peut se produire à propos d'une sensation externe ou en son absence; elle peut même se produire en l'absence du sens externe comme les hallucinations de la vue chez les aveugles. La sensation morbide qui constitue l'hallucination se produit donc dans cette partie du cerveau où à l'état physiologique les sensations externes sont transformées en sensations internes; elles sont engendrées, non par un vice des sens externes, mais par un désordre des sens internes.

L'hallucination n'est pas exclusivement propre à l'aliénation, c'est un symptôme commun à plusieurs maladies : l'hystérie, l'hypocondrie, les fièvres, la méningite, mais principalement les empoisonnements par les solanées, l'opium, le haschich, les alcools, etc.

Les caractères distinctifs de l'hallucination propre à l'aliénation, sont : 1° d'entraîner chez les malades une croyance invincible à l'existence de l'objet de la sensation morbide; 2° d'être perçue distinctement par la conscience sensible; 3° de laisser un souvenir parfait de son existence.

Les hallucinations se divisent naturellement en deux classes, hallucinations des sens externes : de la vue, de l'ouïe, du toucher, de l'odorat et du goût; hallucinations des sensations internes : sensations fausses perçues dans le ventre, l'estomac, etc.

Esquirol a séparé à tort sous le nom d'*illusions* les hallucinations qui se produisent à propos d'une sensation. Qu'un malade perçoive distinctement un discours imaginaire à propos du bruit de la pluie, par exemple, ou qu'il le perçoive dans un silence absolu, il y a toujours hallucination.

II. IMPULSIONS MORBIDES. — Dans l'état physiologique, l'homme possède en commun avec les animaux une faculté par laquelle il est porté à l'acte en vertu d'un plaisir à atteindre ou d'une souffrance à éviter : c'est l'*impulsion animale*.

L'impulsion animale devient maladive :

1° Quand l'acte qu'elle détermine n'a nul rapport ou même est contraire à la nature de son mobile : par exemple, impulsion à tuer une personne aimée ou inconnue, impulsion à manger du charbon, du plâtre, etc.;

2° Quand elle tend à se soustraire au contrôle des autres facultés et à dominer la volonté.

L'*irresistibilité* peut être à une certaine période un caractère de l'impulsion maladive, mais ce n'est jamais un signe pathognomonique, puisque d'une part cette irrésistibilité n'est pas constante, et que de l'autre elle se retrouve dans les passions arrivées à leur plus haut degrée.

Une grande difficulté, c'est de séparer nettement l'impulsion morbide des passions; on trouvera cette distinction dans les signes suivants :

1° *Dans les motifs de l'acte* qui dans l'impulsion morbide n'existent pas ou sont sans proportion avec l'effet produit.

2° *Dans le mode de développement*. Les passions ont leur logique, et la connaissance des dispositions naturelles ou acquises du sujet permet de prévoir ce que deviendra une passion; cette logique fait défaut à l'impulsion maladive qui reçoit ses caractères de la maladie dont elle est le symptôme. Ainsi, on peut prévoir qu'elle ne sera pas la même dans l'épilepsie que dans l'hystérie, qu'elle variera dans les différents empoisonnements, etc.

3° *Dans l'acte même*. Rien ne peut se comparer à l'énergie et à la violence des actes dus à l'impulsion maladive. L'impulsion génitale prend la forme du satyriasisme ou de la nymphomanie : l'impulsion homicide détermine des meurtres habituellement accompagnés de coups dont la violence et le nombre n'ont aucune raison; l'impulsion incendiaire se traduit par des incendies multiples, etc.

4° *Dans la manière dont les phenomènes se produisent*. Il y a une

---

couches de houille de 1 à 1 pied 1/2 d'épaisseur, renfermant dans leurs rapports naturels les plantes qui ont composé la houille, comme les conifères, les sigillarias, les lépidodendrées, et cela dans des exemplaires comme aucun musée paléontologique n'en possède. La longueur de ce profil, représenté par un mur solide, disposé en forme de terrasses, fait avec 22,100 pierres de construction, est de 9 à 12 pieds sur 60 pieds de hauteur; la hauteur du cône de porphyre, à partir de la base de toute cette partie, est de 25 pieds. La surface de toute cette représentation du terrain houillier ancien, plantée d'abiétinées, de cupressinées, de fougères et d'équisetums, parsemée de grands troncs de ces plantes fossiles ayant jusqu'à 10 pieds de haut, est de 3/4 d'arpent (Morgen) de Prusse. Le poids de toutes ces masses de pierre est de 4,000 quintaux.

II. — ARRANGEMENTS SPÉCIAUX.

Nous venons de passer en revue tout ce qui se rapporte en fait d'arrangements à l'enseignement théorique dans son ensemble. Il nous reste à parler de ceux qui se rapportent plus particulièrement à la médecine et à la pharmacie.

Il nous importait de réunir, non-seulement les plantes actuellement contenues dans nos pharmacopées d'Europe, mais aussi d'autres plantes intéressantes sous le rapport physiologique, chimique, industriel, historique ou sous quelque autre rapport important.

Nos efforts ont été couronnés de succès en ce sens que de 900 plantes officinales encore actuellement prescrites par les médecins, 780 se trouvent dans notre jardin, et les 120 qui manquent, aucun jardin botanique de l'Europe ne les possède. Nous cultivons en outre 1,800 espèces de la seconde catégorie, de façon que le nombre des plantes intéressantes sous l'un des divers rapports mentionnés est de 2,500 dans le jardin botanique de Breslau. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, toutes sont étiquetées d'une manière complète avec noms de famille, genre, espèce, localité, patrie, avec indication même de leur emploi et des termes officinaux et techniques sous lesquels on les connaît plus généralement.

Bien qu'aucun jardin n'offre une pareille collection, elle me paraît cependant encore insuffisante pour son but pratique, si l'on ne joint pas à l'aspect de la plante celui de son produit. C'est pour cela que nous avons fait placer à côté des plantes en plein air leurs produits dans des exemplaires bien caractérisés, renfermés dans des verres fermés et étiquetés, soit sur des étagères de fil de fer, soit sur d'autres piédestaux. Nous avons étendu cette même méthode d'arrangement aux produits techniques, tels que matières pour la teinture, les tissus, etc., ainsi qu'aux fleurs et aux fruits de plantes tropicales rares (*myristica, caryophyllus, theobroma, cinchona*, etc.), et enfin aussi aux représentants des familles et des genres, tous renfermés dans des bocaux. Nous avons ainsi établi un musée botanique de près de mille exemplaires, comme on n'en a placé nulle part dans le proche voisinage des plantes correspondantes. Parmi ce nombre il y a des objets d'une grande rareté

périodicité régulière ou irrégulière dans l'impulsion morbide, périodicité qui n'existe pas dans la passion. Pour réveiller la passion, qu'est-ce qu'il faut? « *L'occasion, l'herbe tendre*. » L'impulsion morbide revient à son heure comme la maladie. L'ivrogne est toujours ivrogne, tandis que l'œnomanie revient par accès.

Les impulsions se divisent d'après leurs objets : impulsion à la tristesse, au meurtre, à parler, à chanter, etc.

Les impulsions sont *conscientes* ou *inconscientes*. Ces dernières ont reçu le nom d'*impulsions automatiques*.

Les impulsions conscientes sont *anxieuses* ou *expansives*. Les principales impulsions anxieuses sont : la mélancolie, le suicide, l'œnomanie, le vol, etc.

Les principales *impulsions expansives* sont : les impulsions à parler, à chanter, au mouvement, à l'érotomanie, etc.

III. De l'idée délirante. — Voici son mode de production et ses caractères :

L'*imagination* crée une fiction, une idée sans réalité objective : l'idée que je suis mort, pape ou Dieu. La *conscience sensible* troublée cesse de produire la sensation qui, dans l'état physiologique, sert à distinguer la fiction de la réalité. Le *sensus communis*, ce centre de tous les sens internes, ne fait pas ressortir les contradictions qui existent entre l'idée imaginaire et les sensations, par exemple, de manger tout en étant mort, d'être marié sans cesser d'être pape, d'être enfermé tout en étant Dieu. L'*estimativité*, manquant de tous les éléments nécessaires à son exercice, juge qu'il est très-vrai que je suis mort, pape, Dieu, et l'intellect subjugé par ces désordres de l'animalité met toutes ses facultés au service de l'idée délirante.

L'idée délirante est donc une idée fictive créée par l'imagination, échappant au contrôle des facultés animales et intellectuelles, et dominant les unes et les autres. Cette idée délirante se substitue à la lumière de la raison, règne en souveraine sur toutes les facultés, devient le mobile de tous les actes, en sorte que le malade pense et agit comme si en réalité il était mort, pape ou Dieu.

L'idée délirante doit être distinguée avec soin de l'idée fausse et surtout de l'idée extravagante. Le caractère principal qui distingue ces deux derniers de l'idée délirante, c'est qu'il est possible de faire voir distinctement à celui qui a de telles idées qu'elles sont effectivement fausses et extravagantes, et une fois cette démonstration faite, son résultat demeure. Tandis que, même dans les cas de maladie peu avancée et quand on peut encore faire comprendre à l'aliéné l'absurdité de son idée, l'état pathologique subsistant ramène immédiatement l'idée délirante, et tous les raisonnements sont vains.

L'association des hallucinations, des impulsions et des idées délirantes constitue des groupes naturels, des syndromes qui ont toujours été étudiés comme des états distincts : ce sont la *manie*, la *monomanie*, la *lypémanie*.

A. La *manie* est constituée par la succession rapide d'idées délirantes multiples, avec hallucinations en rapport avec ces idées et impulsions expansives.

a. La succession trop rapide des idées constitue l'*incohérence maniaque*.

b. Une impulsion violente, un mouvement à parler, à chanter, constitue l'*agitation maniaque*.

c. L'impulsion violente à crier, à frapper, à exercer des violences, constitue la *fureur maniaque*.

B. La *monomanie* est constituée par un petit nombre d'idées délirantes avec prédominance de l'une d'elles, hallucinations en rapport avec cette idée et impulsion expansive. La monomanie prend le nom de l'idée délirante principale : monomanie des grandeurs, des richesses, etc.

C. La *lypémanie* est constituée comme la monomanie, avec cette différence que c'est une impulsion triste qui domine : lypémanie de persécution, de damnation, etc.

L'aliénation diffère du délire.

L'aliénation diffère du délire, non par l'*incohérence* des idées, puisque nous avons vu qu'il y avait une incohérence maniaque, non pas par l'absence de fièvre, puisqu'il y a des délires sans fièvre (délires de la convalescence), et que l'aliénation se rencontre dans la forme grave de la folie qui est souvent compliquée de fièvre. L'aliénation diffère du délire par la conservation de la conscience sensible et de la mémoire, en sorte que le malade assiste à sa déraison et en conserve un exact souvenir. Il y a, en un mot, la même différence entre le délire et l'aliénation qu'entre le rêve confus et le rêve lucide.

L'aliénation est un symptôme.

L'aliénation n'est point une maladie, mais un symptôme. Pour le démontrer, il suffit de remarquer que l'aliénation s'observe dans la folie, dans l'hystérie, dans l'hypocondrie, dans la chorée, dans l'épilepsie, dans les empoisonnements, et que dans chacune de ces maladies l'aliénation présente des caractères différents. L'aliénation est donc un symptôme commun à plusieurs maladies

De la division de la folie en forme distincte.

Nous avons vu que l'aliénation était un symptôme. La folie, au contraire, est une maladie. En effet, la folie est un état morbide parfaitement distinct et indépendant, ayant des causes, des symptômes et une évolution propre; c'est donc une maladie essentielle, une espèce morbide.

Cette maladie présente à étudier cinq formes :

1° *Forme commune* caractérisée par une marche rémittente; par la succession de la manie et de la monomanie ou de la manie et de la lypémanie; par sa durée constamment longue; par son incurabilité habituelle.

Elle présente deux variétés : la première, qui n'a jamais de rémission complète; la seconde, qui présente des intervalles lucides plus ou moins longs; elle correspond à la folie à *double forme* des auteurs modernes.

2° La *forme bénigne*, caractérisée par ses causes habituellement très-appréciables (accouchement, insolation, excès alcooliques), par sa marche continue; sa durée courte; sa terminaison heureuse, ha-

---

qui seraient l'ornement de tout musée. Nous avons eu le bonheur de ne pas en avoir perdu jusqu'à présent un seul exemplaire, tellement leur conservation a été faite avec soin. La population de Breslau a su apprécier l'abondante matière d'instruction qui est ainsi offerte à chacun, et le jardin est constamment fréquenté pendant la bonne saison par un très-nombreux public.

Nous savons bien que des jardins botaniques munis de dotations financières plus considérables pourraient fournir quelque chose de plus parfait, mais nous nous estimerions bien heureux déjà si notre exemple était suivi et si nous pouvions avoir donné lieu à généraliser ce genre d'arrangement si favorable à une instruction toute pratique.

Nous ajouterons la liste de quelques plantes officinales rares.

Bæmanthus toxicarius dont, d'après Livingston, les Bosjemans se servent pour empoisonner leurs flèches en mélangeant le suc de l'oignon de cette plante avec le suc de l'*euphorbia arborescens* qui ressemble à un cactus. *Vanilla planifolia* Andr. et *V. guyanensis* Splitg, qui fournit aussi bien la vanille du commerce que la *vanilla aromatica*. *Copernicia cerifera* Ht. Amstel., qui fournit la cire du commerce connue sous le nom de *carnauba*. *Borassus flabelliformis*, le principal palmier usuel dans les Indes orientales. *Calamus verus* Lour., une des plantes principales qui fournissent le sang-dragon. *Chamærops excelsa* Thunb. du Japon qui, en Angleterre, peut rester en plein air. Les palmiers-choux du Brésil de *cocos oleracea* Mart. et d'*euterpe oleracea* Mart. La vraie *sabal palmetto* Lodd., plante rarement véritable. Le *pandonus reflexus*, encore peu répandu (*dornia reflexa* de Vriese). Le *Pandanus furcatus* a actuellement dans le jardin des feuilles de 25 pieds de longueur. *Araucaria Biawillii*, *dammara Brownii*, *alba*, *orientalis* et *australis*, plantes mères des diverses espèces de résine de Dammara. *Liquidambar imberbe* Ait d'Asie Mineure, plante mère du *Styrax liquida*. *Artemisia moxa* D. C., plante médicinale japonaise. *Cinchona condaminea* Lam., ainsi que six autres espèces. *C. ovata*, *succirubra*, *pubescens*, *cealisaja* Weld., etc. La belle araliacée *oldfieldia africana* Bertbel et Hook, le bois de teak africain. Les arbres brésiliens contre la fièvre intermittente, *crataeva tapia* L. et *C. tapioïdes* D. C. Le cotonnier des tropiques américains, *bombax ceiba*. *Hebradendron cambogioides* Graham., la plante mère de la gomme-gutte de Ceylan. *Callophyllum* Madrungo, la plante mère du takamahakas du Brésil. Le canellier blanc, *canella alba* Murr. *Xanthochymus pictorius* Roxb., l'arbre de gomme-gutte de Mysore. Les arbres fruitiers déjà connus, mais peu répandus des Indes, de la famille des clusiacées, comme le *garcinia mangostana* dont le fruit est le plus savoureux de toute l'Asie. *Rhedea lateriflora* L. et *mammea americana* des Indes occidentales, arbres des fruits du Mamméi. *Carapa guyanensis* Aubb., la plante mère de l'huile anthelminthique de carapa. L'arbre contre la fièvre des caracas, *cedrela montana* Karst. Croton *electeria* Sw., le buisson qui fournit l'écorce de cascarille. *Bursera gummifera* Jacq., l'arbre de la résine de Caranna. *Guajacum arboreum* D. C., l'arbre du bois d'acajou. *Terminalia bellerica* Roxb., l'arbre de Myrobalanes.

bituellement accompagnée d'évacuations critiques; par la prédominance de la manie.

3° La *stupidité*, caractérisée par la suspension apparente des fonctions cérébrales, avec abolition plus ou moins complète des mouvements d'expression et de locomotion. Cette forme est très-curable.

4° *Forme grave*. Elle est caractérisée par la manie portée jusqu'à la fureur; par un mouvement fébrile intense; par une marche rapide; par une durée qui s'étend d'un à deux septénaires; par une terminaison le plus souvent mortelle. Cette forme a une lésion, c'est l'inflammation de la pie-mère et de la couche superficielle du cerveau; elle est habituellement décrite sous le nom de *délire aigu*.

5° *Forme périodique*. Elle est caractérisée par des attaques semblables entre elles qui reviennent à des époques fixes, mais éloignées; par la marche continue des symptômes pendant l'attaque; par la prédominance de la manie.

La *paralysie générale* doit être distinguée de la folie, et étudiée comme une espèce morbide ayant elle-même plusieurs formes.

La *démence* constitue une autre maladie essentielle ayant ses symptômes, sa marche et ses *lésions* propres; elles se divisent très-naturellement en plusieurs formes.

CONCLUSIONS

1° Si l'aliénation est un symptôme commun à plusieurs maladies, et si, au contraire, la folie est une espèce morbide distincte, comme nous croyons l'avoir démontré, il est absurde d'appliquer à la maladie les dénominations qui servent à désigner les différentes variétés du symptôme. Les expressions *manie*, *monomanie*, *lypémanie* doivent donc rester dans le domaine de la séméiotique, et ne peuvent en aucun cas servir à dénommer une forme quelconque de la folie.

2° L'analyse exacte des phénomènes qui constituent *l'impulsion maladive*, la considération de son mode de production et de son évolution, suffisent à la distinguer de l'impulsion physiologique, des passions. On peut de la même manière distinguer *l'idée délirante* de l'idée fausse ou extravagante; mais cette distinction n'est complète que lorsqu'on a pu remonter du symptôme impulsion ou idée délirante à la maladie.

3° Toute question de médecine légale se résume en une question de séméiotique. Le médecin doit établir avant tout que le phénomène soumis à son examen est bien un phénomène morbide, un symptôme; puis convertissant ce symptôme en signes, il doit remonter jusqu'à la maladie. La même règle s'applique aux questions d'aliénation. Après avoir démontré que l'acte incriminé est le produit soit d'une hallucination, soit d'une idée délirante, soit d'une impulsion maladive, le médecin doit rechercher à quelle maladie : folie, hystérie, épilepsie, alcoolisme, etc., se rattache le symptôme qu'il a constaté.

4° La qualification de *mentale*, appliquée aux maladies, doit être supprimée, parce que cette expression se rapporte aux facultés intellectuelles et que les facultés animales seules sont directement troublées dans le délire et l'aliénation.

5° Les mots *folie d'action*, *folie transitoire*, sont des non-sens qui doivent être remplacés par le mot *impulsion maladive*.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION CURATIVE DES EAUX DU MONT DORE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur JULES MASCAREL. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

(Suite — Voir les nos 15, 16, 18, 19, 22, 24 et 28.)

RÉFLEXIONS SUR LES OBSERVATIONS GROUPE PRÉCÉDENT.

Les observations 36, 37, 38, qui commencent cette série, sont trois privilégiés du mont Dore.

M. M..., qui appartient à M. le docteur Richard, expulse, après une première saison passée aux eaux, de petites concrétions crétacées; nous ne voulons pas dire que les eaux aient produit cette pétrification, car c'est le seul exemple que nous possédions sur nos 61 malades, et tout le monde sait que cette transformation s'opère quelquefois en dehors de toute action hydrothermo-minérale.

Mais ce que nous constatons, c'est qu'après une seconde saison la santé de M. M... a éprouvé une telle transformation, que malade, médecin et amis en ont été les premiers surpris.

La même réflexion s'applique à l'observation 37, et surtout à l'observation 38. Ce dernier, qui vient de faire sa seconde saison et chez lequel nous soupçonnons, avec le docteur Noirmont, une diathèse générale reflétant ses manifestations dans les deux principales cavités splanchniques.

La guérison cesse d'être apparente chez les observations 39 et 40, qui ne sont venus aux eaux qu'une seule fois et qui cependant ont éprouvé un changement favorable dans leur état. On lira avec intérêt l'observation 41, qui est celle d'un phthisique à la troisième période, mais sans fièvre, et qui reprend pendant chaque saison thermale un embonpoint très-notable.

Les observations 42 et 45 viennent de faire leur première saison; il y a peu de changement dans leur état. Le malade de M. le docteur Hybore éprouve une hémoptysie légère pour avoir trop longtemps prolongé son séjour dans le vaporarium et peut-être aussi avoir trop bu d'eau dans la journée. Au départ il tousse, crache moins, et ses crachats sont glaireux.

Celui de M. le docteur Lhomme, M. V..., atteint de laryngite avec affaiblissement de la voix, ressent une amélioration pour le larynx et pour son état général.

Résultat nul pour l'observation 43, qui meurt un an après des suites d'une opération de cataracte faite peut-être imprudemment par extraction chez un sujet très-faible et tuberculeux.

L'observation 44 offre des tubercules doubles avec cavernes, mais sans fièvre continue; il supporte bien le traitement et n'éprouve de changement favorable dans son état que quinze jours après, mais c'est le malade qui le dit et non le médecin; ajoutons que M. J... est un homme lettré et très-bon observateur.

N'oublions pas de noter que l'observation 48, constitution éminemment sanguine, client appartenant à M. le docteur Clauzure, n'a ressenti aucune amélioration et qu'il a succombé à la fin d'octobre.

Eucalyptus globulus le blue gum tree du pays de Van Diemen, l'arbre à violettes qui atteint la hauteur énorme de 250 à 450 pieds, et qui est le rival de la *sequoia Wellingtonia*. *Maluleuca leucadendron*, l'arbre qui fournit l'huile de cajeput, à feuilles de l'odeur la plus fine de cette huile. *Lecythis ollaria*, arbre fruitier en pot du Brésil. *Bertholletia excelsa*, l'arbre des noix de Para. *Hymenæa courbaril* et *H. stilbocarpa* Hayne, arbres mexicain et brésilien qui fournissent le copal. *Copaifera officinalis*, l'arbre du copahu. *Cassia fistula* et *brasiliensis*, les casses officinales en tube et celles du Brésil. *Myrtus pimenta*, etc.

— RÉGIME FAMILIAL DES ALIÉNÉS. La dernière session des conseils généraux a été une nouvelle victoire pour ce bienfaisant système. Sur la proposition de M. le docteur Turck, le conseil général des Vosges a décidé, que tous les parents des fous enfermés à l'hospice de Maréville, seraient invités à les retirer et que le département leur ferait une pension annuelle de 200 fr. pour les mettre à même de les soigner. Déjà depuis deux ans, l'inspecteur de l'Assistance publique du département, M. Lebègue, voyant que le département envoyait chaque année de 48 à 50 aliénés à cet Asile, les soumit à un examen suffisant en les plaçant en observation pendant quelques jours à l'hôpital d'Épinal, et depuis l'emploi de cette mesure, le nombre des insensés admis s'est ainsi réduit de 48 à 15 par année; de telle sorte que dans les 32 cantons, il y a, depuis deux ans, 66 fous, 33 par année, qui jouissent de toute leur liberté, sans que l'on ait connu aucun accident occasionné par eux.

C'est d'après cet exemple que la délibération suivante a été prise :

Rendre aux familles leurs aliénés avec un secours annuel de 200 fr.;

Inviter le préfet à nommer une commission pour la visite des aliénés à Maréville et pour la réintégration la plus large possible de ces malheureux dans leurs familles. Si celles-ci les refusent, en confier le plus possible à des familles de cultivateurs comme cela se pratique avec succès à Gheel et ailleurs. (*Union méd.*)

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. Un concours pour 150 places d'élève externe des hôpitaux de Paris aura lieu le lundi 24 octobre 1864, à 4 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria n° 3.

Le registre d'inscription restera ouvert tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le jeudi 22 septembre jusqu'au samedi 8 octobre inclusivement.

— M. le docteur Ernest Savoye, né à Lille, élève distingué de l'École de médecine de cette ville, est mort à Géryville (Algérie), le 30 juillet 1864, à l'âge de 25 ans.

Enfin l'observation 47 est un de ces cas rares dans lequel un traitement thermal audacieux, j'allais dire téméraire, a produit sur ce moribond une apparence de guérison qui a duré vingt et un mois. Ce malade, en proie à la fièvre de consomption tuberculeuse avec destruction de parenchyme, renaît en quelque sorte sous l'influence du traitement thermal; puis il prend vingt et un mois après une pleuropneumonie suraiguë qui le tue en six jours! C'est de lui que le docteur Noirmont disait que les quatre cinquièmes du lobe supérieur du poumon droit étaient emportés, sans parler des cavernules creusées au sommet du poumon gauche. Il nous a fallu voir cet homme voué à une mort certaine et prochaine pour tenter un moyen extrême, et malgré ce succès nous ne craignons pas d'avouer que nous n'avons pas encore osé tenter la même épreuve.

Deuxième classe, — Deuxième partie.

PHTHISIE CONFIRMÉE ACQUISE.

Deuxième genre : femmes.

Nombre.................. 14
Morte.................... 1

CAVERNES ET CAVERNULES; FIÈVRE; RÉSULTAT THERMAL NUL. (Docteur DEVERGIE.)

OBS. XLVIII. — Madame A'..., est âgée de 41 ans, bien réglée, mais peu chaque fois, surtout depuis deux ans, époque à laquelle elle contracta la grippe; depuis lors elle n'a pas cessé de tousser; un prurit vulvaire qu'elle avait depuis longtemps disparut en même temps que la toux se développait : cette dame travaille depuis quinze ans dans la parfumerie de Paris, elle est grande et pâle, grêle, très-amaigrie et d'un tempérament lymphatico-nerveux. Personne dans sa famille n'a été atteint de maladie de poitrine.

Depuis six mois la toux est excessive, nonobstant toute espèce de traitement; l'expectoration est opaque, abondante le matin, sans qu'elle soit jamais sanguinolente. L'oppression est grande, la voix voilée le soir, l'appétit et le sommeil sont troublés, le pouls est mou, accéléré le soir, avec ou sans horripilations, suivant que la malade s'expose à l'air extérieur ou qu'elle demeure au lit.

La fosse sus-épineuse droite résonne moins bien que la gauche et est le siége de râle sous-crépitant à bulles de moyen volume. En descendant plus bas l'oreille perçoit, surtout pendant la toux, de nombreux craquements humides qui semblent se passer vers le centre même du poumon. La bronchophonie a son summum d'intensité dans la fosse sus-épineuse. Sous la clavicule droite, le râle humide n'apparaît que pendant les efforts de toux, l'inspiration est rude, rapeuse, tuboïde; l'expiration prolongée sans bronchophonie et sans matité bien accentuée.

Du côté gauche de la poitrine la malade accuse des douleurs vives dans l'épaule et vers les côtes aux attaches du diaphragme; le bruit respiratoire, faible en haut, est renforcé dans les régions inférieures. Madame A'..., venue au mont Dore d'après les conseils de M. Devergie vers la fin du mois d'août, repartit après la saison sans avoir éprouvé aucune modification dans son état local et général. Il est juste d'ajouter qu'elle suivait une hygiène détestable et s'abstenait des plus simples précautions hygiéniques.

PHTHISIE A LA TROISIÈME PÉRIODE; FIÈVRE LE SOIR AVEC FRISSONS; HÉMOPTYSIES; AMÉLIORATION PASSAGÈRE; MORTE SEPT MOIS APRÈS LE DÉPART DES EAUX. (Docteur LEVASSEUR.)

OBS. XLIX. — Madame E'..., âgée de 37 ans, mère de quatre enfants qu'elle a nourris, fut prise après de grandes fatigues physiques et morales de plusieurs hémoptysies qui portèrent une grande atteinte à l'état de sa santé. A la suite d'une forte hémoptysie qui eut lieu au printemps de 1859, elle fut prise d'une toux incessante, extrêmement fatigante que rien ne put calmer et qui, d'abord sèche, s'accompagna bientôt d'expectoration et de fièvre le soir avec sueurs nocturnes, insomnie, perte complète d'appétit. Lorsqu'elle arriva au mont Dore, le 2 août 1859, elle était dans l'état suivant :

Pâleur générale, amaigrissement, toux quinteuse extrêmement fatigante rebelle à tout traitement, frissons et fièvre tous les soirs, ayant été en vain attaqués par le quinquina; sueurs copieuses, expectoration le matin de crachats blancs, jaunâtres, opaques, peu abondants, menstruation diminuée des trois quarts avec période rapprochée, inappétence, constipation et insomnie à cause des accès de toux.

Matité dans toute la fosse sus-épineuse droite avec pectoriloquie, râle humide à grosses bulles, surtout pendant les efforts de toux; expiration prolongée et craquements humides sous la clavicule correspondante; bruit respiratoire exagéré dans tout le côté opposé.

Le traitement thermal fit bientôt cesser les frissons du soir et les sueurs; la toux sembla diminuer un peu, mais il n'y eut que très-peu de râle crépitant de retour dans les environs de la caverne. Cependant madame E'... mangeait mieux et toussait moins, l'espérance renaissait au départ; mais de retour en Berri, les accidents reprirent leurs mêmes allures que par le passé, et la malade succomba aux progrès de la fièvre hectique le 8 février de l'année 1860.

CAVERNES SANS FIÈVRE, HÉMOPTYSIE, CESSATION DES HÉMOPTYSIES PAR LE TRAITEMENT; PAS D'EFFET APPARENT SUR L'ÉTAT DE LA CAVERNE. (Docteur JADELOT.)

OBS. L. — Madame la comtesse de l'..., âgée de 67 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est depuis longtemps fort sujette à la toux et aux petites hémoptysies. Elle se rendit aux eaux du mont Dore le 30 juin 1859 d'après les conseils de M. le docteur Jadelot.

Nous constatons dans la fosse sus-épineuse droite et sous la clavicule correspondante, râle de gargouillement avec pectoriloquie, matité, épais crachats opaques, nummulaires fréquemment teints de sang. Disposition aux hémorrhagies nasales. Madame de l'... est grande, maigre, l'œil perlé, les pommettes rosées, les doigts hippocratiques, mais sans fièvre, sans diarrhée et sans sueurs; elle tousse surtout le matin et expectore des matières opaques sous forme de petites masses. Elle nous fait observer qu'ayant pris les eaux du mont Dore transportées, elle s'en est toujours bien trouvée, seulement il faut qu'elle les boive à froid, car si elles sont chauffées au bain-marie, elles donnent lieu à l'hémoptysie.

Nonobstant cette observation, nous prescrivons les eaux hues à la source comme aux autres malades, et, chose remarquable, pendant tout le temps qu'a duré le traitement thermal, il n'y a pas eu une seule hémoptysie. Les seules modifications produites immédiatement furent le retour de l'appétit, la diminution de la toux et des crachats moins opaques et plus diffluents. Comme résultat consécutif, cessation des hémoptysies qui ne se sont pas reproduites pendant l'hiver de 1859 ni même pendant les mois de novembre et décembre 1860. Aucune modification apparente dans l'état de la caverne.

PHTHISIE A LA TROISIÈME PÉRIODE. AMÉLIORATION LÉGÈRE SUR PLACE.

OBS. LI. — Madame O'..., 38 ans, lymphatico-sanguine, quatre enfants, le dernier âgé de 8 ans, accès d'asthme, et depuis avril dernier trois fluxions de poitrine.

Aujourd'hui 30 juillet 1860, matité dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule droite, pectoriloquie, râle de gargouillement, et dans la fosse sus-épineuse râle humide surtout à l'inspiration; respiration tuboïde dans toute la fosse sus-épineuse. Toux fatigante, crachats épais, jaune verdâtre. Pas d'hémoptysie, sueur à la poitrine le soir. Ongles incurvés. Pas de menstruation depuis le mois de mai. Réapparition sous l'influence du traitement thermal. Langue blanche, pas d'appétit. Fièvre tous les soirs.

Au départ, qui eut lieu le 18 août, il y a moins de fièvre, plus d'appétit et moins d'expectoration. Le gargouillement est le même ainsi que la matité, mais la respiration se fait mieux autour de la caverne, et le râle de la fosse sus-épineuse est accompagné d'un râle plus fin. Cette dame était venue au mont Dore dès l'année précédente pour des accès d'asthme; elle avait éprouvé un soulagement manifeste lorsque après avoir essuyé trois fluxions de poitrine, le poumon a été envahi par des tubercules qui se sont bientôt ramollis.

PHTHISIE A LA TROISIÈME PÉRIODE.

OBS. LII. — Madame U'... Pas de changement par le traitement thermal, 47 ans, tempérament nerveux, six enfants, le dernier il y a six ans. Depuis cette époque, tumeur du volume d'une grosse pomme dans le flanc droit, affection pour laquelle MM. Trousseau et Durand-Fardel ont été consultés. Toux depuis deux ans, menstruation irrégulière, diminuée depuis le commencement de la toux, crachats épais le matin et le soir, surtout après les repas; fièvre tous les soirs, précédée de frissons, peu de sueurs, amaigrissement; perte d'appétit, hémoptysies fréquentes. Matité dans les deux sommets du poumon, râle humide à grosses bulles; pectoriloquie à droite, bronchophonie à gauche. Le traitement fut suivi depuis le 8 juillet jusqu'au 25 juillet 1860, sans procurer d'autre amendement qu'un appétit meilleur.

CAVERNE BORNÉE A UN SEUL POUMON. AMÉLIORATION. (Docteur GUIGNARD.)

OBS. LIII. — Mademoiselle de A''... n'a que 15 ans et n'est pas réglée, brune et bien constituée en apparence, elle est pâle, lymphatique, bouffie, et tousse depuis dix-sept mois par suite d'un rhume contracté en pension, et qui a persisté jusqu'à ce jour malgré les efforts de l'art. Aucun parent n'a été atteint d'un rhume semblable. Il y a un frère et une sœur plus jeunes et bien portants.

Poumon droit, rien de particulier.

Le poumon gauche est le siége d'un gargouillement à grosses bulles beaucoup plus fort sous la clavicule et vers l'aisselle que dans la fosse sus-épineuse. La voix et la toux ne retentissent que faiblement, mais la matité est bien facile à constater eu égard à la maigreur des parties; elle comprend toute la moitié supérieure de l'omoplate et les deux côtes sous-jacentes à la clavicule. Néanmoins la toux n'est pas en rap-

port avec cet effroyable désordre, son maximum d'intensité a lieu le matin, elle cesse le jour pour reprendre le soir avec une petite fièvre lente souvent précédée de froid aux pieds. L'expectoration a lieu le matin et une ou deux fois au milieu de la nuit. La mère qui couche à côté de sa fille entend un râle qui l'effraye beaucoup. Les crachats sont plus opaques qu'aérés, tantôt verdâtres, tantôt grisâtres. Il y a dyspnée, l'appétit est presque nul, la langue blanche, le ventre serré. Le sommeil meilleur. Voici ce qui se passe pendant vingt et un jours de traitement au mont Dore en juillet 1859. L'expectoration devient plus abondante, mais aussi plus facile pendant les premiers jours du traitement, le sommeil est plus agité, mais dès le dixième jour la toux et l'expectoration diminuent.

La partie postérieure du sommet gauche du poumon s'enveloppe d'un râle crépitant fin, et le gargouillement diminue avec la quantité des crachats qui deviennent plus aérés et moins chargés en couleur; la fièvre cesse, l'appétit renaît, mais faiblement encore, le teint se déplombe et la dyspnée s'efface. A la place du gargouillement on entend du râle humide rare, et une grande faiblesse dans le bruit respiratoire.

(La fin à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE UND FUR KLINISCHE MEDICIN;

par R. VIRCHOW.

(Suite.)

HISTOLOGIE DU TISSU PULMONAIRE; par le docteur H. HERTZ.

Ce travail a trait surtout à la question de la présence ou de l'absence d'un épithélium dans les ampoules bronchiques terminales. Cette question, longtemps controversée, a été traitée avec talent, dans ce même recueil, par M. Ebert (1), qui fait connaître le mode d'arrangement des cellules épithéliales. Les recherches de M. Hertz confirment en général celles du docteur Ebert. M. Hertz décrit et figure les cellules d'épithélium en pavé sur les vaisseaux et dans leurs interstices; il explique les dissentiments des auteurs par cette circonstance que les cellules ont pu se détacher des parois par l'effet de la préparation. Il a employé diverses méthodes d'observation et il compare ses résultats avec ceux des anatomistes qui ont suivi les mêmes méthodes et qui ont été conduits à nier la présence des cellules épithéliales dans le fond des alvéoles. Il conclut que les ampoules bronchiques sont en réalité tapissées par un épithélium non continu qui occupe surtout les espaces situés entre les vaisseaux.

EXPÉRIENCES RELATIVES A L'ACTION DU PICRONITRATE DE SOUDE OU DE POTASSE SUR LES TRICHINES; par le docteur FIEDLER, prosecteur à l'hôpital civil de Dresde.

Ces expériences ont été faites à propos de l'article de M. le professeur Friedrich dont nous avons rendu compte plus haut. Elles ont été entreprises sur sept lapins, et toutes ont donné des résultats tellement décisifs que l'auteur n'a pas jugé à propos de les continuer plus longtemps. Les lapins supportaient assez bien de petites doses de 3 à 4 grains (15 à 20 centig.) par jour. La dose de 7 à 9 grains était déjà trop forte et ils mouraient au bout de quelques heures quand on portait cette dose à 10 grains (50 centigrammes). Chez tous ces animaux, les tissus, particulièrement les muscles, étaient plus ou moins colorés en jaune rougeâtre.

Les résultats, relativement à l'action de la substance sur les trichines de l'intestin et sur ceux des muscles, ont été complétement négatifs. L'auteur les résume dans ces deux propositions :

1° Le picronitrate de potasse ou de soude ne tue pas les trichines de l'intestin ni ceux des muscles.

2° Il n'empêche pas la migration des embryons, et ne trouble en aucune manière le développement des trichines de l'intestin.

II. ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE UND WISSENSCHAFTLICHE MEDICIN,

Par les professeurs REICHERT et DU BOIS-REYMOND.

Les trois premiers cahiers de 1863 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Nouvelles contributions à l'anatomie et à la morphologie des nématoïdes*, par Antoine Schneider. 2° *Communications du laboratoire de la clinique de l'Université*, sous la direction du professeur Frerichs, par O. Schultzen. a. *Présence de tannin dans l'urine après l'administration de l'acide tannique*. b. *Présence de l'inosite dans l'urine*. c. *Contribution à l'étude du travail nutritif dans un cas d'inanition*. 3° *Sur le cartilage réticulé de l'oreille*, par Rabl-Rückhard. 4° *Remarques sur l'expérience de Pflüger, concernant l'excitation électrotonique*, par Jean Czermak. 5° *Sur le micropyle de l'*osmerus eperlanus, par Reinhold Buchholz. 6° *Des nouvelles réformes dans la théorie de la cellule*, par C. B. Reichert. (Examen des nouvelles théories de la cellule, particulièrement de celles de Max Schultze et de Brücke, travail historique et critique lu à l'Académie royale des sciences de Berlin le 15 janvier 1863.) 7° *Sur la physiologie de l'organe auditif. Rôle du muscle tenseur du tympan et du muscle de l'étrier, basé sur l'observation clinique*, par J. Erhard. (L'auteur adopte l'opinion de Jean Müller qui regarde le muscle de l'étrier comme servant à régler l'action du tenseur du tympan; les deux muscles modèrent et régularisent l'intensité des vibrations sonores. Dans la paralysie du nerf facial où l'action du muscle de l'étrier est annihilée, des bruits même peu intenses produisent, par suite de la pression sur le liquide du labyrinthe, des sensations très-pénibles. 8° *Sur les cellules glandulaires de la muqueuse pulmonaire chez les amphibies*, par O. Gegenbauer. 9° *Un cas de pancréas accessoire dans la paroi stomacale*, par C. Gegenbaer. 10° *Coup d'œil sur la théorie du ton des muscles*, par J. Cohnstein. 11° *De la céphalométrie dans ses rapports avec la phrénologie et l'ethnologie*, par le professeur Mayer. 12° *Recherches sur la tige des vorticelles*, par Elias Metchnikow. 13° *Le parasite de la nouvelle maladie des vers à soie*, par Fr. Leydig. (L'auteur a trouvé dans les daphnies, les araignées, les insectes et d'autres invertébrés, les mêmes parasites qu'on rencontre dans les vers à soie malades. Ce sont de très-petits corps ovoïdes interposés entre les muscles et considérés par les uns comme des algues, par les autres comme voisins des psorospermies et des pseudonavicelles, sans qu'on ait pu encore déterminer leur nature animale ou végétale.) 14° *Quelques mots sur le corps gras des arthropodes*, par le même. (Courte mais très-intéressante notice dans laquelle se trouve pleinement confirmée l'opinion qui regarde le corps gras comme une sorte de magasin ou plutôt de dépôt de diverses substances provenant du travail nutritif, entre autres de l'urée sous forme d'urate d'ammoniaque. La présence de l'urée dans le corps gras n'empêche pas que cette substance excrémentitielle se trouve aussi dans les canaux biliaires ou de Malpighi; mais de l'aveu de M. Leydig, ces derniers ont pour fonction plus spéciale la sécrétion de la bile, d'où il suit que la dénomination de canaux *urino-biliaires* que leur avait imposée un de nos meilleurs entomologistes, M. Audouin, est certainement celle qui doit mériter la préférence.) 15° *De la production d'acide hippurique dans le cas de fermeture du canal cholédoque*, par O. Schultzen. 16° *Sur la fibre musculaire des invertébrés*, par G. R. Wagener. (Travail important d'histologie, accompagné de très-beaux dessins.) 17° *Remarques sur la structure histologique du système nerveux central des mollusques d'eau douce*, par Reinhold Buccholz. (Étude très-détaillée des cellules ganglionnaires, avec de nombreuses figures.) 18° *Pour servir à l'étude de la myosis et de la mydriasis, produites par des médicaments*, par Léonard Hirschmann. (Expériences sur les animaux, faites avec la nicotine et l'atropine.) 19° *Dissection de membres supérieurs avec défectuosité de la main*, par Wenzel Gruber. (Description des os, des muscles, des vaisseaux et des nerfs d'un membre dont la main n'avait que trois doigts, et d'un autre avec le doigt indicateur atrophié.) 20° *Quelques expériences sur le courant du nerf en repos*, par Charles E. Morgan. 21° *Sur la question de savoir où se forme l'acide carbonique dans l'organisme*, par J. Sachs. 22° *Les corpuscules des clostéries et des cosmaries*, par Wilhelm Thelen. 23° *Nouvelles observations sur le micropyle de l'éperlan*, par Reinhold Buccholtz. 24° *Sur les os acromiaux et sur la formation d'une articulation acromiale accidentelle*, par Wenzel Gruber. 25° *Sur les mouvements des granules dans les appendices des polythalames*, par C. B. Reichert.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAVAIL NUTRITIF DANS L'INANITION; par le docteur O. SCHULTZEN.

OBS. — Les observations ont été faites sur une fille de 19 ans qui mourut d'inanition à la suite d'une stricture œsophagienne produite par de l'acide sulfurique qu'elle avait pris pour s'empoisonner.

On constata la présence de trois strictures : l'une près du pharynx, la seconde vers le milieu, et la troisième près de la terminaison de l'œsophage.

(1) Voyez *Gaz. méd. de Paris*, 1863, p. 815, n° 50.

La malade, qui était entrée à l'hôpital trois mois après l'empoisonnement, ne pouvait prendre que des aliments liquides; parfois les contractions spasmodiques de l'œsophage rendaient tout passage impossible. On tenta, mais inutilement, de dilater le tube avec des sondes.

Après un séjour de deux mois, la malade quitta l'établissement pour y rentrer deux mois plus tard. L'état général était assez bon, sauf une grande faiblesse. Les strictures s'étaient rétrécies davantage; au bout de deux mois, seize jours avant la mort, l'occlusion était devenue complète. On chercha à soutenir les forces à l'aide de lavements nutritifs.

Quatre jours après la fermeture complète de l'œsophage, la malade éprouve une grande soif, l'appétence de boissons froides et acides, douleur à l'épigastre et dyspnée, mais aucune sensation de faim. Injections sous-cutanées de morphine, puis de sulfate d'atropine. Au bout de huit jours, la température baisse insensiblement, et tombe à 35,7; somnolence; délires. Ecoulement involontaire de l'urine qu'on est obligé de recueillir avec la sonde; la quantité rendue dans les vingt-quatre heures est de 400 à 500 centimètres cubes. La veille de la mort, le délire devient plus intense; la malade se jette à droite et à gauche, veut se lever et chante continuellement. Rougeur des sclérotiques, larmoiement; peau froide et un peu humide. Le pouls, qui s'était élevé jusqu'à 140, est maintenant à peine perceptible. La vie s'éteint peu à peu seize jours après l'occlusion de l'œsophage.

Autopsie faite quarante-deux heures après la mort. Putréfaction avancée; turgescence des veines de la substance blanche; corps réduit à l'état de squelette, à l'exception des seins qui sont bien développés; rétraction des parois abdominales; intestins grêles presque en entier dans le petit bassin; pas de sérosité dans la cavité abdominale, pas plus que dans la plèvre ni dans le péricarde; poumons dépourvus de pigment, un peu hépatisés du côté gauche; bronches dilatées, remplies d'une sécrétion visqueuse; cœur très-petit, sans trace de graisse; foie excessivement petit; rate petite, pâle; reins gorgés de sang, assez petits; l'œsophage est entièrement fermé, à la hauteur du cricoïde, par une substance fibreuse cicatricielle; plus bas la muqueuse manque par places et est remplacée par un tissu gélatineux, cicatriciel; sur certains points, ulcérations et augmentation de calibre; estomac fortement contracté; un peu de liquide dans le grand cul-de-sac, muqueuse du pylore très-rouge, partout ailleurs boursouflée et brunâtre; gros intestin rétréci, presque vide; sa muqueuse offre çà et là des plaques rouges. Le rectum renferme des masses grisâtres, très-fétides; sa muqueuse est injectée et présente quelques érosions.

Le pannicule adipeux a presque totalement disparu; aux extrémités on trouve encore une graisse d'un jaune foncé.

Examen microscopique. — *Reins.* Graisse assez abondante dans le hile et entre les pyramides; substance corticale d'un brun jaune; glomérules petits. Le tissu du rein est d'une transparence remarquable; épithélium normal. Outre des cellules épithéliales détachées et libres, on trouve un grand nombre de cylindres fibrineux.

Foie. On ne distingue pas les *acini*; cellules biliaires très-petites, quelques-unes remplies de fines molécules graisseuses.

Muscles rouge brun, secs; stries transversales peu distinctes. De grosses gouttes de graisse et de petits granules sont déposés entre les fibrilles.

Examen chimique. Cet examen fait avec soin a porté sur l'urine et sur la chair musculaire. L'urine s'est fait remarquer par un accès d'acide hippurique qui s'est élevé dans les vingt-quatre heures à 1,16 gramme, tandis que l'urine ordinaire n'en contenait que 0,5 gramme. La quantité d'urée au contraire était cinq fois moindre qu'à l'ordinaire. Ce fait est une nouvelle preuve que l'acide hippurique appartient aux produits de métamorphose régressive et provient des tissus décomposés; car, dans ce cas particulier, il est évident que toutes les excrétions dérivaient des organes eux-mêmes, vu l'absence complète d'aliments pendant seize jours.

Les muscles contenaient de la leucine, de l'acide urique en petite quantité, de la créatinine en abondance et pas la moindre trace de créatine.

L'auteur pense que ce dernier fait peut s'expliquer par l'absence prolongée de toute boisson et, par suite, par la perte d'eau qu'a éprouvée l'organisme.

SUR LE CARTILAGE RÉTICULÉ DE L'OREILLE; par le docteur H. RABL-RUCKHARD.

Ce mémoire contenant plusieurs faits intéressants relatifs à l'histogénèse, nous allons reproduire quelques-unes des conclusions que l'auteur a déduites de ses recherches.

Trois parties entrent dans la composition du cartilage de l'oreille : des corpuscules cartilagineux souvent disposés en groupes, une substance hyaline fondamentale et des fibres élastiques.

Le cartilage est d'abord hyalin; les fibres élastiques qui apparaissent dans cette substance fondamentale ne proviennent pas de cellules. On ne voit pas davantage qu'elles dérivent de granules qui se seraient plus tard fondus les uns dans les autres pour former des fibres. Elles apparaissent tout d'abord comme fibres qui se ramifient ultérieurement, forment des anastomoses et augmentent d'épaisseur par une transformation d'une partie de la substance hyaline elle-même.

Pendant le cours du développement du cartilage, on ne peut constater aucune multiplication des cellules existantes...

A. LEREBOULLET.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

M. FLOURENS présente à l'Académie le tome II du choix des œuvres de Buffon, qu'il publie sous le titre de : *Chefs-d'œuvres littéraires de Buffon.* Le tome Ier a été présenté dans le commencement de l'année; celui-ci complète l'ouvrage.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. C. Sédillot, un opuscule ayant pour titre : « De quelque phénomènes psychologiques produits par le chloroforme, et de leurs conséquences médico-légales et opératoires. »

INFUSOIRES DU GENRE BACTÉRIUM.

M. LE PRÉSIDENT présente, au nom de l'auteur, une note qui lui a été adressée de Sienne par M. Tigri. Cette note, qui est écrite en italien, a pour titre : « *Considérations sur les infusoires du genre* bactérium, *présentées à l'occasion des observations de* MM. Jaillard et Leplat. »

Dans un ensemble d'études sur la question du parasitisme, j'avais été conduit, dit M. Tigri, à faire deux groupes distincts des cryptogames parasites, selon qu'ils vivent sur des parties mortes ou qu'ils se développent sur des parties vivantes; quand j'en suis venu à m'occuper, au même point de vue, des infusoires, j'ai senti qu'une semblable distinction n'était pas moins indispensable; en conséquence, j'ai eu grand soin de ne pas confondre, dans mes observations sur ces petits êtres, ceux qui se manifestent dans une des phases de la décomposition des matières organiques et dont l'existence est ainsi nécessairement bornée à la durée de cette phase, et ceux qui, s'alimentant aux dépens de sucs préparés physiologiquement dans l'organisme animal, peuvent y vivre et s'y reproduire indéfiniment. MM. Leplat et Jaillard, faute d'avoir en égard à cette différence si importante de conditions, ont cru à tort que leurs observations donnaient un démenti aux faits annoncés par M. Davaine, par M. Signol et par moi. Elles ne prouvent absolument rien que ce qui était déjà admis, que ce qui est évident par soi-même, savoir : que des êtres organisés ne peuvent vivre dans un milieu où manquent les éléments nécessaires à la conservation de leur mode particulier d'existence. Les deux expérimentateurs ont introduit dans l'organisme d'un animal vivant des bactéries prises sur des substances animales en putréfaction. Je ne doute point qu'il n'y ait dans ce putrilage des infusoires rapportables au genre *bacterium* d'Ehrenberg, mais ce ne sont pas là les bactéries que M. Davaine et M. Signol ont observées dans le sang d'animaux domestiques atteints de certaines maladies, ce ne sont pas celles que j'ai trouvées dans le sang d'hommes morts de fièvre typhoïde...

M. Tigri a joint à la note que nous venons de résumer un article imprimé par lui dans les *Actes de l'Académie des Nuovi Lincei*, t. XVII, concernant les observations sur les bactéries trouvées par lui dans le sang humain.

(Renvoi à l'examen de la commission précédemment nommée, commission qui se compose de MM. Andral, Rayer, Velpeau et Bernard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet une lettre accompagnant l'envoi d'un certain nombre de bouteilles d'échantillon. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance particulière comprend un mémoire de M. A. Renault (d'Alençon), intitulé : « Maladie des enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge de 10 à 12 ans. (Comm. : MM. Blache et Roger.)

— M. LARREY présente, de la part de M. Jourdeuil, médecin-major de première classe, un rapport sur le service des eaux minérales naturelles de Baréges. (Comm. des eaux minérales.)

RAPPORTS. — EAUX MINÉRALES.

M. le docteur SCOUTETTEN lit un mémoire relatif aux eaux minérales et à la cause de leur activité.

L'auteur expose que les eaux minérales ne contiennent aucune électricité libre; les instruments les plus sensibles, l'électroscope à feuilles d'or, restent immobiles et indifférents à leur contact. Mais les nombreuses expériences qu'il a instituées lui ont démontré que les eaux minérales donnent des indices non équivoques d'électro-magnétisme. Tandis que les eaux libres, celles de rivière, de source ou de lac, sont électro-magnétisées positivement, les eaux minérales sont toujours négatives, qu'elles soient froides ou chaudes, qu'elles sourdent au niveau de la mer ou sur les plateaux les plus élevés, c'est là leur caractère commun. Il n'y a pas d'exception à cette règle.

M. Scoutetten attribue cette propriété à l'absence d'oxygène. En s'enfonçant dans les profondeurs du sol, les eaux abandonnent l'oxygène qu'elles contiennent, ou plutôt l'oxygène se combine avec les substances minérales que l'eau traverse ou qu'elle baigne quand elles reviennent à la surface de la terre; elles jouent donc le rôle de base par rapport aux corps électrisés positivement, et, en particulier, avec les autres eaux qui renferment de l'air en dissolution. Si l'on place de l'eau minérale dans un vase poreux, plongé au milieu d'eau ordinaire contenue dans un second vase concentrique au premier, on obtient une pile, et le galvanomètre, mis en contact avec les deux pôles, décèle immédiatement le passage du courant.

M. Scoutetten appelle la discussion sur cette nouvelle manière d'envisager l'action des eaux minérales, qui sont, dit-il, livrées maintenant au plus parfait empirisme.

CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Briquet, en son nom et aux noms de MM. Louis et Barth, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Gintrac (de Bordeaux), mémoire intitulé : « De la contagion de la fièvre typhoïde. »

Il y a, dit l'honorable académicien, pour la fièvre typhoïde, comme pour toutes les maladies qui peuvent se communiquer, une question de théorie et une question de fait.

Voyons d'abord les circonstances principales qui gouvernent les maladies contagieuses :

1° La fièvre typhoïde naît primitivement sous l'influence de conditions diverses. C'est sa première origine. Elle ne devient communicable que par la suite. Or parmi les vingt-huit maladies contagieuses générales, vingt et une naissent de la même manière, et ne deviennent qu'ensuite des maladies contagieuses.

2° Toutes les maladies contagieuses se transmettent à l'aide d'un germe visible ou invisible. Dans la fièvre typhoïde, ce germe est invisible, comme il l'est dans dix-sept des maladies contagieuses.

3° Les maladies contagieuses ont toutes une période d'incubation. Or elle existe aussi dans la fièvre typhoïde.

4° Les affections contagieuses offrent, à une certaine époque de leur cours, une manifestation qui apparaît soit à la peau, soit sur les membranes muqueuses; or la fièvre typhoïde offre précisément une manifestation semblable.

5° La plupart des maladies contagieuses ne se reproduisent que par exception. La fièvre typhoïde suit encore cette règle.

La question de fait peut aussi être tranchée définitivement.

Dans les hôpitaux des grandes villes, et surtout ceux de Paris, les faits de communication de la fièvre typhoïde sont rares. Mais il n'en est pas de même dans la pratique particulière. Malheureusement, ils sont isolés; ils ont lieu dans de petites localités; ils ne se produisent que sur un nombre de personnes très-limité.

Il est, d'ailleurs, encore beaucoup de personnes qui supposent que la propriété qu'a une maladie de se transmettre est absolue, et qui, de ce qu'elles ne la voient pas se manifester dans un certain nombre de cas, en concluent qu'elle n'existe pas dans cette maladie. Il suffit de remarquer que, sous le rapport de la contagion, les maladies communicables se rangent en deux classes : les unes, telles que la variole, la rougeole, qui sont presque toujours aptes à se communiquer; les autres, telles que la dyssenterie, la coqueluche, les érysipèles, la bronchite, et nous rangerons dans cette classe la fièvre typhoïde, qui ne se communique que dans certaines conditions d'atmosphère, d'intensité de la maladie ou du défaut d'aération.

M. le rapporteur, après quelques considérations sur le typhus des bêtes bovines, rapproché du typhus et de la fièvre typhoïde de l'homme, expose les faits contenus dans le mémoire de M. Gintrac, lesquels peuvent être résumés ainsi :

Une première malade arrive déjà mal portante d'un pays et d'une maison où régnait la fièvre typhoïde. Elle rentre dans sa famille et dans son pays, où il n'y avait pas de malades, et aussitôt la fièvre typhoïde éclate dans cette maison, et y atteint plusieurs personnes. De plus, une série de parents, ou même de simples gardes-malades, vient donner des soins aux personnes attaquées, et cette série de personnes, en bonne santé, se trouvent être successivement atteintes de la même fièvre. Enfin, trois personnes qui avaient contracté la maladie épidémique auprès des malades, quittent le théâtre de l'épidémie, et se dispersent chacune dans des localités différentes, et dans lesquelles l'état sanitaire n'offrait rien de particulier. Aussitôt leur arrivée, on voit la fièvre typhoïde se déclarer dans chacune des familles où s'étaient retirées ces trois personnes.

Nous ajouterons que les villages indiqués ont été les seuls où la fièvre typhoïde ait régné.

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur.

M. H. Bouley fait remarquer qu'on se tromperait en considérant le typhus des bêtes à cornes comme résultant de l'encombrement, ou de mauvaises conditions hygiéniques. Le typhus des bêtes à cornes prend naissance dans les steppes de l'Europe orientale et là seulement. Ni en France, ni en Autriche, ni en Prusse, grâce aux cordons sanitaires sévèrement gardés, la maladie n'est connue. Si, en 1814 et 1815, la maladie a sévi en France, c'est que, dans ces années néfastes, il y avait beaucoup d'étrangers, et beaucoup de bestiaux étrangers dans notre pays. Mais, depuis 1820, il n'a jamais été observé en France, quoique les conditions de l'hygiène ne soient pas bonnes, loin de là, dans un grand nombre de contrées.

M. Magne croit que la confusion vient de ce qu'on a donné le même nom à deux affections différentes. Ce qu'on a appelé le typhus contagieux des bêtes bovines n'est pas comparable au typhus de l'espèce humaine. C'est à la peste qu'il ressemble, et l'on a, du reste, proposé de lui donner ce nom. On devrait l'adopter.

M. Leblanc, tout en étant de l'avis de ses collègues de la section vétérinaire, fait observer que les lésions anatomiques sont sensiblement les mêmes dans le typhus des bêtes à cornes et dans les affections typhoïdes qui sévissent sur l'espèce humaine.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1864;
par M. le docteur Dumontpallier, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie pathologique.

1° Calculs volumineux dans la substance rénale; transformation presque complète de l'un des reins en une masse de graisse; par M. Anger, prosecteur des hôpitaux.

Les calculs développés dans le tissu du rein sont rares, beaucoup plus rares que ceux que l'on rencontre dans le bassinet ou les calices. Dans le cas qui a été soumis à notre observation, et dont voici les pièces, les deux reins étaient malades, et dans l'un et l'autre il existait des calculs volumineux. Les uns étaient situés à la superficie du rein, les autres en occupaient la profondeur. Le plus grand nombre logé dans des excavations anfractueuses présentait cette forme bizarre sur laquelle les auteurs ont tant insisté. Quelques autres étaient assez régulièrement arrondis, quoique offrant à leurs surfaces des aspérités nombreuses.

Ils étaient tous logés dans des dilatations kystiques du tissu du rein exactement moulées sur eux et par conséquent de même forme. Toutes ces dilatations étaient tapissées d'une muqueuse épaisse et communiquaient les unes avec les autres; c'étaient évidemment des canalicules dilatés. Un ou deux des calculs étaient entourés d'un liquide purulent épais; les autres paraissaient plongés dans une urine assez transparente.

J'appellerai l'attention sur l'état d'un des reins dont le tissu est à peine reconnaissable, tant il est perdu au milieu de la graisse; cette graisse est à l'état libre et donne au rein qu'elle a envahi l'aspect d'un véritable lipome. Ce n'est point là un fait précisément nouveau : un cas de ce genre est rapporté dans le *Traité des maladies des reins* de M. Rayer, et un autre exactement semblable a été observé il y a deux ans à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Horteloup.

L'analyse chimique des calculs n'a point été faite.

Le plus grand nombre présentait une teinte jaune et était probablement d'acide urique. Les deux plus volumineux avaient à peu près le diamètre du petit doigt et étaient d'une blancheur remarquable, et présentaient une cassure cristalline.

II. — Pathologie.

1° Fausse articulation établie dans la continuité de la première côte; par M. Anger, prosecteur des hôpitaux.

Les fractures des côtes qui s'observent si souvent dans la pratique se consolident avec une grande facilité. Dans le plus grand nombre des cas, cette consolidation ne paraît pas notablement entravée par les mouvements d'inspiration et d'expiration, qui cependant s'opposent à

une immobilisation complète. Les fausses articulations sont rares, et même les recueils scientifiques n'en contiennent-ils peut-être que bien peu d'observations.

Cette rareté des articulations pathologiques établies entre deux fragments d'une côte nous paraît donner un certain intérêt à une observation anatomique, que nous avons faite sur le cadavre d'un homme âgé de 60 ans environ, apporté pour les dissections à l'amphithéâtre des hôpitaux.

La première côte est brisée probablement depuis plusieurs années, et les deux fragments non réunis jouent librement l'un sur l'autre; ils sont gonflés à leurs extrémités, et les mouvements qu'ils exécutent ont donné lieu à un endurcissement remarquable et à un poli des nouvelles surfaces articulaires, qui rappelle en tout point l'intérieur d'une jointure. En faisant jouer le fragment sternal sur le fragment vertébral, on voit facilement que les mouvements ne sont possibles que dans un sens et que la conformation des nouvelles surfaces articulaires ne permet pas d'autre mouvement que celui qui se rapporte à l'élévation et à l'abaissement du sternum.

La fausse articulation est établie à 4 centimètres du sternum; du reste le fragment antérieur est intimement uni au sternum. Il y a véritablement continuité de tissu. Ajoutons que les cartilages costaux sont résistants et peu flexibles.

Le sujet portait sur le corps d'autres traces de violences que nous nous contentons de mentionner en particulier, une fracture de la rotule dont les deux fragments étaient réunis par un cal fibreux. Nous n'avons aucun renseignement sur le genre de mort du sujet, l'autopsie avait été pratiquée dans les hôpitaux.

Les physiologistes se sont souvent demandé si la première côte était animée de mouvements. Haller la regardait comme immobile, et Magendie lui accordait des mouvements assez étendus. On a fait valoir un grand nombre d'arguments pour et contre ces deux opinions. On a invoqué le raisonnement, l'observation, l'expérience.

Le fait pathologique qui précède nous paraît venir à l'appui de l'opinion du célèbre professeur du Collége de France.

BIBLIOGRAPHIE.

PROGRAMME DU COURS D'HISTOLOGIE, professé à la Faculté de médecine de Paris pendant les années 1862-63 et 1863-64; par M. CH. ROBIN, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris. — J. B. Baillière et fils, 1864. 1 vol. in-8 de VIII-280 pages.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Après quelques leçons préliminaires sur l'histologie en général, ses divisions, ses moyens d'étude, et enfin la substance organisée et l'état d'organisation, le professeur aborde la première branche de l'anatomie générale, c'est-à-dire les éléments anatomiques. Il les divise en trois classes : granulations moléculaires, matières amorphes, éléments anatomiques proprement dits.

Quelques lignes seulement sont consacrées aux granulations moléculaires qu'il partage en grises, ambrées solubles, graisseuses et pigmentaires, sans qu'on voie bien la nécessité des deux premières variétés qui ne sont probablement que des états divers des granulations protéiques.

Les matières amorphes sont liquides ou solides. Dans les matières amorphes liquides, nous trouvons deux groupes : les plasmas et les blastèmes; les premiers contenus soit dans les vaisseaux, soit dans les cellules, et comprenant par conséquent le plasma du sang et de la lymphe et le liquide intracellulaire; les seconds situés en dehors des cellules et interposés aux éléments préexistants, et constituant ce qu'on appelle communément le liquide intercellulaire. Il est impossible d'admettre ce rapprochement dans un même groupe du plasma sanguin et du liquide intracellulaire. Le plasma sanguin, par sa composition uniforme, a beaucoup plus d'analogie, si l'on fait abstraction de la fibrine, avec le blastème qui imprègne tous les tissus et qui n'est que le produit de sa transsudation à travers la paroi des capillaires. Le liquide intracellulaire, au contraire, variable d'un élément à l'autre, suivant le mode d'activité spécial de chacun, présente dans chaque organe, dans chaque tissu, des différences souvent peu sensibles pour nous par l'imperfection de nos moyens, mais que la vue même, et surtout les réactions microchimiques, nous permettent de saisir dans quelques cas. Il n'y a qu'à examiner expérimentalement à ce point de vue une cellule rénale, une cellule hépatique, etc., ou si l'on veut, il n'y a qu'à réfléchir sur les fonctions de ces éléments anatomiques pour se convaincre des différences qui séparent le liquide intracellulaire du plasma sanguin.

On pourrait en outre se demander à quel titre les plasmas et les blastèmes viennent figurer dans les éléments anatomiques. L'auteur, il est vrai, a prévu l'objection : « leur qualité de corps organisés a été « souvent niée, » et il y répond immédiatement : « Mais ils peuvent « être reconnus comme corps organisés en ce qu'ils jouissent d'une « propriété qui est exclusivement propre aux parties douées d'orga- « nisation, savoir : la nutrition. » Ceci ne nous semble pas exact; le plasma ne jouit pas en réalité de la nutrition, il en contient les matériaux, ce qui est bien différent, comme il en reçoit les déchets, mais sans les modifier par lui-même d'aucune façon. Le sang n'est un liquide vivant que lorsqu'il charrie des globules et qu'il coule dans les vaisseaux; mais si vous considérez le plasma isolé indépendamment des solides avec lesquels il est en contact, vous n'avez qu'un liquide inerte recevant tout ce qu'on veut lui donner, abandonnant tout ce qu'on veut lui prendre, et n'ayant en réalité aucun droit à être élevé au rang de corps organisé et encore moins d'élément anatomique. Pour les blastèmes, c'est encore plus évident.

Après les matières amorphes viennent les éléments anatomiques figurés ou proprement dits. Plusieurs leçons sont consacrées à leur étude générale et principalement à leur développement ou pour parler la langue de M. Robin, à leur génération. Les deux leçons qui traitent de ce dernier sujet, malgré leur étendue relative assez considérable, me paraissent trop écourtées, car cette question domine pour ainsi dire toutes les autres et constitue la base même du système. Aussi ces chapitres doivent-ils être forcément complétés par la lecture des ouvrages antérieurs de l'auteur et surtout du mémoire publié dans son journal d'anatomie de 1864. C'est là seulement que la critique pourra trouver les éléments nécessaires pour juger cette doctrine en connaissance de cause; mais on comprend que dans les limites restreintes d'un compte rendu il ne faut pas penser à aborder la discussion d'une question qui n'embrasse rien moins que l'histologie tout entière.

Les éléments anatomiques sont partagés par M. Robin en quatre groupes, dont nous aurons à apprécier la valeur : cellules, fibres, tubes et substances homogènes creusées de cavités. Passons-les rapidement en revue. Nous ne reviendrons pas sur la division, en constituants et en produits, qui se retrouve dans tout le cours de l'ouvrage, et que nous avons examinée assez longuement au début.

On cherche en vain dans les dix-sept espèces de cellules admises par l'auteur les cellules nerveuse, cartilagineuse, osseuse, etc. Il est vrai que plus loin on a l'explication plus ou moins satisfaisante de cette exclusion; mais en revanche à quoi bon cette inutile complication de dix-sept éléments cellulaires, arrachés violemment de leurs connexions normales sous le faux prétexte de passer du simple au composé? Croyez-vous que le lecteur le plus acharné ne perdra pas patience devant ces fastidieuses énumérations dont je ne puis m'empêcher de donner ici un spécimen : cellules embryonnaires, cellules de la corde dorsale, globules du sang, leucocytes, médulocelles, myélocytes, myéloplaxes, cellules de l'ovisac, éléments embryoplastiques, cytoblastions; épithéliums, cellules médullaires des poils, cellules du cristallin, cellules de la dentine, ovule femelle, ovule mâle, spermatozoïdes? Quel avantage trouve-t-on à cela? Et ne vaudrait-il pas mieux renvoyer chaque chose à sa place : médulocelles à la moelle des os, myélocytes à la rétine, et ainsi de suite, et ne conserver que les éléments dont le mode d'activité et les caractères anatomiques font de véritables types, comme la cellule épithéliale, le globule sanguin, la cellule nerveuse, la cellule plasmatique?

En tête du troisième groupe, constitué par les éléments ayant forme de tube, se place comme première espèce le sarcolemme. Ici nous voyons encore l'abus de ce système qui pousse à bout les principes, comme si une classification était une chose absolue, mathématique. Jusqu'ici la fibre musculaire, élément du tissu du même nom, était constituée par un petit faisceau de fibrilles contenues dans une gaîne, le sarcolemme; chacune de ces fibrilles présentant une succession de renflements appelés par Bowmann *sarcous elements*; mais personne n'avait encore pensé à décrire à part chacune de ces parties de la fibre musculaire primitive. Voici M. Robin qui sépare et met dans un chapitre les fibrilles, dans un autre la gaîne, pour se donner la peine de les reconstituer plus tard. La voie est ouverte, et nous aurons bientôt des éléments du premier, du deuxième et du troisième ordre, comme les unités arithmétiques. Demain un autre viendra qui, plus logique que le maître et poussant l'analyse à l'extrême, décrira à la page 1 les *sarcous elements*, à la page 20 la fibrille, à la page 30 la gaîne, et reconstituera triomphalement le tout à la page 50, si le lecteur a la patience de le suivre jusque-là.

Au sarcolemme succèdent le périnèvre, les capillaires, les tubes des glandes et des parenchymes (ici mêmes réflexions que ci-dessus), et enfin les tubes nerveux. On se demande en vain à propos de ces derniers pour quel motif la cellule nerveuse a été enlevée du groupe des cellules pour être reléguée dans celui des éléments tubuleux; rien ne semble justifier cette décision. Si M. Robin regardait les cellules comme de simples dilatations locales des tubes nerveux, comme paraît l'indiquer sa définition, cela se comprendrait à la rigueur. Mais cette opinion ne pourrait guère se soutenir que pour les cellules bipolaires ou à deux prolongements; pour les autres, elle est inadmissible, et les caractères physiologiques des cellules nerveuses que l'auteur lui-même partage en motrices, sensitives, sympathiques, perceptives et volitives, ne permettent pas cette fusion avec les tubes, simples organes de transmission. Et cette forme tubuleuse même a-t-elle donc une si grande importance qu'il faille en sa faveur oublier toutes les autres considérations, et rapprocher sur ce seul caractère des parties d'usage aussi dissemblable que le sarcolemme, les nerfs et les capillaires, sans parler du reste? Loin de là; non-seulement cette forme n'est pas constante, car à l'état embryonnaire, et même chez l'adulte, dans une certaine étendue de leur longueur, les nerfs sont de simples filaments aplatis, mais encore ce tube, quand il existe, n'est qu'accessoire et joue par rapport au cylindre de l'axe, partie réellement active, le rôle du sarcolemme vis-à-vis des fibrilles musculaires.

Si ces critiques sont justifiées pour le groupe des tubes, elles se représentent avec bien plus de force encore à propos de la quatrième section des éléments anatomiques, et là ce n'est plus un remaniement, mais une suppression complète qu'il faut demander. C'est dans cette section que M. Robin place les éléments homogènes *creusés ou non de cavités avec ou sans cellules*. On peut supposer déjà, par le vague même de cette élastique définition, quel arbitraire doit régner dans le choix des espèces qui composent ce groupe; et leur simple énumération est la meilleure critique que nous en puissions faire. Nous y trouvons dans les constituants le cartilage et l'os, et dans les produits l'ivoire (ne serait-il pas mieux placé près de l'os), la substance des ongles, celle des poils, la substance de la capsule du cristallin et de la membrane de Descemet; et pour en finir celle des tubes demi-circulaires. Que dire des idées qui ont pu amener cette réunion de substances étonnées de se trouver ensemble?

C'est toujours le même vice de classification, toujours le principal cédant le pas à l'accessoire; la cellule cartilagineuse sacrifiée à la substance intercellulaire, comme tout à l'heure le cylindre de l'axe à sa gaine et la cellule nerveuse à l'élément conducteur, toujours le même oubli de ce grand principe de la subordination des caractères sans lequel une classification ne peut se dire rationnelle, et ce n'est pas cette prétention qui manque à celle dont nous nous occupons ici.

Avec la trente-deuxième leçon, nous entrons dans la deuxième branche de l'anatomie générale, c'est-à-dire dans l'étude des tissus et des humeurs.

Toute la partie du livre consacrée aux humeurs, et qui ne comprend pas moins de 80 pages, ou près du tiers du volume, nous paraît infiniment supérieure au reste, et sauf quelques critiques de détail, nous n'avons que des éloges à lui donner. Ce n'est pas d'aujourd'hui d'ailleurs que cette matière est l'objet des recherches spéciales de M. Robin, et tous ceux qui connaissent son *Traité de chimie anatomique et physiologique* pouvaient augurer quel soin le professeur donnerait à cette partie de son cours.

Il admet trois classes d'humeurs : 1° les humeurs constituantes : sang, chyle, lymphe; 2° les humeurs sécrétées ou sécrétions proprement dites, divisées elles-mêmes en profondes récrémentitielles ou permanentes, comme l'humeur aqueuse, produits de perpétuation des individus, comme le sperme, et excrémento-récrémentitielles (salive, mucus, sébacine, bile, etc.); 3° les humeurs excrétées ou excrétions, telles que l'urine et la sueur.

Les produits de perpétuation ne nous paraissent pas former une famille bien naturelle. Elle comprend en effet : l'ovarine ou liquide de la vésicule de Graaf, le sperme, les liquides des kystes du testicule et de l'épididyme, le lait et le colostrum, le blanc d'œuf, le jaune de l'œuf, le liquide de la vésicule ombilicale, le liquide des glandes de Méry, le liquide prostatique. Or toutes ces humeurs sont loin d'être des produits de perpétuation dans le sens exact du mot, et le sperme et peut-être l'ovarine mériteraient seuls cette dénomination; les autres étant comme le liquide prostatique de simples agents de dilution du sperme, ou bien comme le lait, le jaune de l'œuf, des matériaux de nutrition pour l'embryon ou le fœtus. Le lait, par exemple, ne serait-il pas mieux placé à côté du produit des glandes sébacées, le liquide prostatique à côté des mucus, etc.?

Pourquoi ensuite faire intervenir dans une classification anatomique une idée de finalité qui doit en être écartée avec soin, sous peine d'amener une confusion inévitable dans la science, si l'on veut l'appliquer dans toute sa rigueur, et pourquoi ne pas s'en tenir aux excellents caractères tirés de la constitution même et du mode de formation?

Nous ne suivrons pas l'auteur dans son étude des différentes humeurs; nous nous contenterons de recommander au lecteur cette remarquable série de leçons et principalement celles qui traitent du sang, de la lymphe et du chyle, du pus, des mucus; celles sur le sang surtout qui constituent une véritable monographie sur la matière.

Nous voudrions pouvoir louer ces pages sans restriction; malheureusement lorsque M. Robin fait naître les globules du pus directement dans le blastème fourni par un tissu, sans intervention des éléments de ce tissu, nous ne pouvons laisser passer cette assertion. Après les recherches actuelles sur la formation du pus, on ne peut mettre en doute que les globules purulents ne soient, je ne dirai pas dans la totalité, mais dans l'immense majorité des cas, les descendants directs des cellules épithéliales ou plasmatiques. Ce mode de formation est même facile à suivre, comme je m'en suis assuré plusieurs fois; tout récemment encore, sur une ulcération de morve, j'ai pu voir, avec une netteté incontestable, le noyau des cellules épithéliales des bords de l'ulcère se transformer en globule purulent par la destruction de la membrane d'enveloppe.

La seconde année du cours et la deuxième partie du volume sont consacrées aux tissus et aux systèmes, ou pour employer la nomenclature de l'auteur, à l'histologie et à l'homœomérologie. Nous avons indiqué plus haut la marche suivie par le professeur dans l'étude de ces deux grandes divisions, et les réflexions générales faites à ce sujet, ainsi que les critiques particulières émises à propos des éléments, nous dispenseront d'entrer dans beaucoup de développements sur cette deuxième partie du cours.

Nous laisserons de côté les sous-ordres des tissus et des systèmes produits, dont les différentes variétés ne sont que la simple reproduction des variétés admises déjà pour les éléments, et par suite sont passibles des mêmes objections.

Les tissus constituants sont divisés par M. Robin en tissus proprement dits et en parenchymes. Les premiers offrent toujours une espèce fondamentale prédominant quant à la masse, et donnant au tissu les principales propriétés physiologiques dont jouit cette espèce d'élément, et une ou plusieurs espèces accessoires. Exemple : le tissu musculaire avec son élément fondamental, la fibre musculaire et ses éléments accessoires, tissu cellulaire, vaisseaux et nerfs. Les parenchymes, au contraire, ne renferment aucune espèce fondamentale, mais plusieurs espèces presque en égal nombre, telles sont par exemple les glandes.

Les tissus proprement dits sont au nombre de 21; et ici encore nous retrouvons le vice radical de toutes les classifications de l'auteur : multiplicité inutile des groupes et élévation de différences secondaires au rang de caractères distinctifs de premier ordre. Pour les systèmes, même complication, mêmes reproches.

Les parenchymes à leur tour se partagent en deux classes, parenchymes glandulaires ou glandes proprement dites, fournissant une sécrétion spéciale formée sur place, et parenchymes non glandulaires qui sont ou bien sécréteurs de principes formés dans des tissus éloignés, comme le rein, ou bien producteurs d'éléments anatomiques spéciaux, comme l'ovaire. La classification des glandes étant une des parties les plus délicates et les plus controversées des traités d'anatomie, je donnerai ici celle de M. Robin pour que le lecteur puisse d'un coup d'œil en juger l'ensemble, et apprécier la valeur de chacun des groupes.

Première classe : Parenchymes glandulaires ou glandes proprement dites.

A. Follicules : 1° simples, en cœcum ou non enroulés (ex. : follicules de l'intestin grêle); 2° glomérulaires ou enroulés (glandes sudoripares).

B. Glandes en grappe : 1° simples (glandes sébacées, glandes de Meibomius); 2° composées ou à acini multiples, comprenant les glandes salivaires, le pancréas, le foie (comme organe producteur de la bile), etc.

C. Glandes vasculaires ou sans conduits excréteurs : 1° sans vésicules closes (foie, glycogène, capsules surrénales); 2° à vésicules

closes contenant des capillaires (glandes de Peyer, thymus, glandes lymphatiques, rate); 3° à vésicules closes sans capillaires intérieurs (thyroïde, amygdales).

Deuxième classe : parenchymes non glandulaires.

A. Excréteurs (poumon, rein, corps de Wolff, placenta).

B. Producteurs d'éléments anatomiques (testicule, ovaire).

Ce qui frappe tout d'abord quand on examine ce tableau, c'est de voir le groupe des glandes vasculaires, qui forme une classe si tranchée, intercalé ainsi au milieu des glandes. Quelle que soit cependant la distance qui puisse exister entre le rein et la glande lacrymale par exemple, cette distance n'atteindra jamais celle qui sépare chacun de ces organes de la rate ou des ganglions lymphatiques. Leur structure sans analogue avec les glandes ordinaires, l'absence de conduit excréteur, leurs connexions avec le système vasculaire, leur mode de développement indépendant (sauf pour la thyroïde) des deux feuillets épithéliaux du blastoderme, l'obscurité même de leurs fonctions, tout concourt à former des glandes vasculaires un groupe à part, peu naturel peut-être par la dissemblance des organes qui le composent, mais qui n'en a pas moins sa raison d'être, et ne peut être confondu avec aucun autre.

Ces réserves faites, la classification de M. Robin ne nous paraît ni plus mauvaise ni meilleure que les classifications des glandes qu'on rencontre dans la plupart des auteurs. Cependant nous aurions voulu voir le mécanisme même de la sécrétion et le mode d'activité de l'épithélium interveuir plus directement dans cette division conjointement avec les caractères anatomiques. Nous aurions surtout désiré que dans cette question, comme du reste dans toutes les questions épineuses pour lesquelles l'histologie humaine n'offre que des solutions incomplètes, des secours eussent été demandés à l'histologie comparée, et M. Robin, si compétent en pareille matière, l'aurait pu faire mieux que personne.

Il nous resterait encore, pour terminer cette analyse dans laquelle nous avons suivi l'auteur pas à pas et chapitre par chapitre, quelques remarques à faire sur la description qu'il donne de la structure de certains organes, principalement des ganglions lymphatiques, de la rate, etc. Mais nous avons déjà dit en commençant que c'était surtout le plan du cours que nous avions en vue, et d'un autre côté, la plupart de ces descriptions sont tellement concises, qu'elles sont souvent difficiles à interpréter pour qui n'a pas suivi le cours du professeur; la critique, en voulant les apprécier, courrait le risque de travestir la pensée de l'auteur. Aussi n'irons-nous pas plus loin, tout en regrettant une concision qui porte précisément sur les organes dont la structure est le plus controversée, concision d'autant plus fâcheuse qu'on ne pourrait guère trouver ailleurs les idées de M. Robin sur ces sujets.

Par cette analyse, dans laquelle nous avons cherché à donner un calque fidèle du plan général de l'ouvrage et de ses divisions secondaires, le lecteur a pu voir par lui-même, abstraction faite des critiques auxquelles nous nous sommes livré, si les reproches que nous faisions au début sont mérités, et si les défauts du cours justifient la conclusion qui, pour nous, le résume et le condamne : système détestable édifié avec des matériaux excellents par un savant de premier ordre. Quelque sévère que puisse paraître cette conclusion, et quelque peu autorisé que nous soyons pour la donner, elle n'est que juste, et nous croyons que tout esprit non prévenu qui voudra observer et réfléchir y arrivera comme nous.

Dr H. Beaunis,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

VARIÉTÉS.

— Par décision ministérielle du 26 août 1864, ont été nommés :

Président du conseil de santé des armées, M. le médecin inspecteur Maillot, en replacement de M. Vaillant, admis à la retraite;

Membre du même conseil, M. Cazalas, nouvellement promu médecin inspecteur.

— Faculté de médecine de Paris. Les changements suivants viennent d'être arrêtés dans la Faculté de médecine de Paris :

M. Rostan, professeur de clinique médicale, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Grisolle, professeur de thérapeutique et de matière médicale, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Rostan.

M. Trousseau, professeur de clinique médicale, reprend la chaire de thérapeutique, et y remplace M. Grisolle.

— Par arrêté ministériel en date du 1er septembre 1864, M. le docteur Dagrève est nommé médecin du lycée de Tournon, en remplacement de M. le docteur Périat, décédé.

— Par arrêté ministériel en date du 6 septembre :

M. le docteur Lanelongue est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Guépin, démissionnaire;

M. Thorens, aide surnuméraire de botanique à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé aide de botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Lavit, démissionnaire.

— On va élever une statue à l'illustre chirurgien Dupuytren à Pierre-buffière (Haute-Vienne), sa ville natale.

M. le préfet de la Haute-Vienne a nommé, par arrêté du 16 septembre, une commission chargée de recueillir les souscriptions offertes pour ériger ce monument.

Le président de cette commission est M. le vicomte de la Guéronnière, sénateur; le vice-président, M. le professeur Cruveilhier, et les secrétaires sont MM. Jules Béclard, secrétaire de l'Académie de médecine, et de Cardaillac, directeur des bâtiments civils au ministère.

— La Société centrale de médecine du département du Nord a arrêté, pour son concours annuel de l'année 1865, les questions suivantes, dont plusieurs ayant été traitées d'une manière insuffisante au concours de 1864, ont été conservées.

Question de médecine. — Du traitement rationnel de l'hémorrhagie cérébrale, fondé sur l'étude des lésions anatomiques, sur leur nature et sur leur étiologie.

Questions de chirurgie. — 1° De l'ophthalmie sympathique, tant spontanée que traumatique, et de son traitement.

Examiner jusqu'à quel point l'excision de l'œil, le premier affecté et déjà détruit, peut influer d'une manière favorable sur l'état du second. — Appuyer ses assertions, non-seulement sur ses observations propres, mais aussi sur des tableaux statistiques raisonnés dont on indiquera soigneusement les sources.

2° Des lésions traumatiques de la main et des doigts.

3° Des obstacles autres que les hernies au cours des matières dans l'intestin grêle et des moyens d'y remédier.

Ces redoutables affections sont assez rares pour que l'expérience personnelle d'un seul praticien soit nécessairement assez bornée à l'endroit des moyens chirurgicaux dirigés contre elle. La Société considérera donc comme un titre sérieux à ses récompenses une statistique exacte des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

Question d'accouchements. — De la valeur du palper abdominal comme moyen de déterminer la position du fœtus, et surtout de rectifier les présentations vicieuses soit avant, soit pendant le travail de l'accouchement.

Tous les praticiens français et étrangers sont invités à prendre part au concours annuel. Les mémoires, lisiblement écrits en français et en latin, seront seuls admis à concourir. Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être manuscrites. La Société demande aux concurrents la plus grande exactitude dans les citations, avec indication de la page et même an besoin de l'édition. Les manuscrits envoyés deviennent la propriété de la Société. Toutefois l'auteur peut en demander copie à ses frais.

Les mémoires seront envoyés suivant la forme académique, c'est-à-dire *franco*, sans indication de nom d'auteur, et portant une devise répétée sur un billet cacheté avec le nom et l'adresse de l'auteur. Ce billet ne sera ouvert que pour les mémoires couronnés.

Les rapports du concours seront imprimés au *Bulletin*.

Tout auteur qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera exclu du concours.

La clôture du concours annuel est fixée au 1er juin 1865 (terme de rigueur).

Prix. — Chacune de ces questions peut obtenir : 1er prix, médaille d'or; — 2e prix, médaille d'argent; — mention honorable.

Un docteur en médecine de Lille, qui désire garder l'anonyme, a ajouté une somme de 200 francs au prix de cette année sur la question d'ophthalmologie.

— Le banquet annuel de l'internat de Lyon aura lieu le 22 octobre prochain.

Les anciens internes et internes actuels sont invités à y prendre part. Ce banquet se fera *par souscription*, et le prix de la cotisation est fixé à *quinze francs.*

On est prié de remettre, *en souscrivant*, le montant de la cotisation soit à l'interne de garde à l'Hôtel-Dieu, soit à M. Horand, interne dans le même hôpital.

La liste des souscriptions sera close le 10 octobre au soir.

MM. les soucripteurs seront informés, par une lettre, du lieu et de l'heure de la réunion.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

AMÉLIORATIONS PROPOSÉES DANS LE SYSTÈME NOSOCOMIAL. — ISOLEMENT DES VARIOLEUX : SALLES SPÉCIALES. — LE NOUVEL HÔTEL-DIEU.

Depuis la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur la salubrité comparée des hôpitaux de Paris et de Londres, il s'est fait dans les esprits un grand mouvement qui se révèle par une foule de projets, de propositions et de discussions, ayant pour but l'amélioration du système nosocomial existant et la création de ressources nouvelles. Cette préoccupation, qui témoigne des imperfections du régime en vigueur, est-elle suffisamment réfléchie, a-t-elle suffisamment approfondi les besoins auxquels elle prétend satisfaire? En d'autres termes, connait-on assez bien le mal auquel on veut porter remède, et surtout comprend-on toute la portée du remède qu'on veut lui opposer? Nous ne le pensons pas. Déjà, lors de la discussion académique, nous avons eu à nous expliquer sur ce point. Ce n'est pas, avons-nous dit alors, au plus ou moins d'exiguïté des salles, à leur défaut de ventilation, à leur mauvaise exposition, qu'il faut demander la cause de la mortalité, si différente dans les hôpitaux et à domicile, mais bien au système lui-même, qui crée par la réunion et l'encombrement des malades une sorte d'infection nosocomiale permanente, dont on peut atténuer, mais non prévenir les effets. Cette idée, dont nous avons cherché à montrer les conséquences les plus générales, a commencé à entrer dans les esprits; mais elle y est entrée, comme toujours, par son petit côté, c'est-à-dire par le fait particulier. On est arrivé à comprendre qu'il y a danger à laisser dans les rangs des malades ordinaires certains malades spéciaux, les varioleux, par exemple; et c'est sur ce point particulier que depuis plusieurs semaines on discute dans les sociétés médicales et dans les journaux. Pour nous, dont l'opinion radicale est connue, nous ne pouvons voir qu'avec une sorte d'indifférence ce morcellement, cette atténuation de la question. Nous avons dit, et nous avons donné alors nos raisons, que le fait général de l'infection nosocomiale, inséparable du système, est la source de tous les méfaits attribués à ses imperfections; et nous en avons induit la nécessité, dans un avenir plus ou moins éloigné, de supprimer complétement les hôpitaux (1). Cette réforme, disions-nous alors, est trop contraire à ce qui existe pour être réalisée d'emblée. On n'improvise jamais, en quoi que ce soit, le progrès. Mais si l'adoption immédiate d'une réforme radicale est impossible, peut-être ne serait-il pas aussi difficile de la commencer dans ses applications; et nous avions indiqué les maladies contagieuses. L'occasion se reproduit aujourd'hui à propos de l'admission des varioleux dans les hôpitaux. On s'est demandé de toutes parts s'il était bien logique, s'il était surtout hygiénique de recevoir parmi les malades ordinaires une classe de malades apportant avec eux le germe transmissible d'une affection plus dangereuse.

La discussion provoquée sur ce point par l'Assistance publique n'a supposé jusqu'ici que ces deux alternatives : ou bien établir dans tous les hôpitaux généraux des salles spéciales pour les varioleux, ou bien créer des hôpitaux spéciaux exclusivement consacrés à cette classe de malades. Ces deux systèmes existent déjà à Paris et à Londres. A Paris, les hôpitaux militaires renferment des services spéciaux, des salles spéciales; à Londres il y a un hôpital de varioleux (*small-pox hospital*). Dans d'autres pays, en Allemagne, en Russie, en Suisse, il existe à côté des grands hôpitaux, des pavillons séparés, constituant en quelque façon de petits hôpitaux dans les grands; mais, comme on le voit, dans les trois cas, les malades sont réunis dans un même lieu, dans un même service, dans des salles communes. La discussion a donc porté uniquement sur ces trois modes d'un même système, l'isolement *collectif* des varioleux; mais on n'a pas songé un instant à un autre système, au système de l'isolement *individuel*, c'est-à-dire à la suppression de tout service ou hôpital de varioleux.

C'est déjà un pas dans la voie du progrès que d'avoir cherché à soustraire les pauvres malades qui viennent réclamer l'hospitalité nosocomiale à un danger plus grand que celui de la maladie qui les amène. Mais les partisans des deux systèmes en présence ne pouvaient s'apercevoir que chacun d'eux ne fait que déplacer le danger; ils n'ont pas vu que celui qu'ils cherchent à éviter aux malades ordinaires, en les soustrayant à la contagion de la variole, ils le font courir aux varioleux réunis. Nous avons insisté à plusieurs reprises sur ce fait important de pathogénie : à savoir que la réunion dans un même lieu des malades atteints d'une même maladie contagieuse accroit l'intensité du principe contagieux, et crée un foyer d'infection résultant de la mise en commun des produits de leurs exhalations. Ce fait, dont on peut vérifier l'exactitude et la portée dans toutes les épidémies, est inséparable de la réunion, nous ne dirons pas même de l'encombrement des sujets affectés. Or que l'on crée des pavillons, que l'on annexe des salles spéciales et que l'on cherche par un accroissement d'espace ou une bonne ventilation, à diminuer les inconvénients du système, le fait de la réunion des malades dans un même lieu existe, et avec lui l'inconvénient sérieux d'accroître, répétons-nous, la gravité de la maladie existante et l'intensité de son principe contagieux. Ces allégations ne sont pas des hypothèses : quiconque a observé les maladies contagieuses dans les hôpitaux, ne pourra qu'y voir un fait confirmé par ses propres souvenirs. Cet ordre de motifs n'est pas de nature, il est vrai, à beaucoup frapper une administration étrangère à la science; c'est pourquoi nous avons toujours regretté que l'Assistance publique ne ressortit pas directement d'un conseil médical, renforcé, si l'on veut, d'un conseil administratif.

Quoi qu'il en soit de cette anomalie, qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les affaires de ce monde, nous maintenons que l'on aurait dû songer au système de l'isolement individuel des varioleux; c'eût été un acheminement au système général du traitement des maladies infectieuses à domicile. On n'alléguera pas la difficulté de conserver aux varioleux disséminés une partie de la bienfaisance et des soins qu'ils trouvent si aisément et si complétement à l'hôpital. La charité ne connait pas ces difficultés; et en fait, la nécessité a montré souvent comment les choses jugées difficiles ou impossibles en temps ordinaire se réalisent d'elles-mêmes dans les épidémies. C'est ainsi qu'à Londres, où il existe, avons-nous dit, un hôpital de varioleux, les relevés de l'établissement portent qu'il n'a pu y être traité qu'un dixième des malades présentés, les neuf autres dixièmes ayant été

(1) Nous avons toujours entendu parler des hôpitaux de médecine et non des hôpitaux chirurgicaux.

FEUILLETON.

ÉTUDE DE MŒURS.

LA MÉDECINE POPULAIRE.

I.

L'empereur Vespasien poussait l'amour de l'économie jusqu'à l'avarice; c'est un modèle qu'on pourrait proposer aux ministres des finances de tous les temps. Il faisait argent de tout, en homme résolu, suivant sa déclaration, en prenant possession de l'empire, à remplir la caisse de l'État qu'il avait trouvée vide. Son fils Titus, jeune et inexpérimenté, s'étonnait de sa lésinerie, et lui reprochait un jour d'avoir levé un impôt sur les urinoirs publics. Vespasien accueillit la remontrance sans mot dire, et quand le premier fruit de cette singulière contribution lui fut présenté, il mit simplement l'argent sous le nez de Titus, lui demandant s'il sentait mauvais, et sur la réponse négative du jeune homme, le père économe révéla l'origine d'une recette très-productive. « Reprehendenti filio Tito, quod etiam urinæ vectigal commentus esset, pecuniam ex prima pensione admovit ad nares, sciscitans *num odore offenderetur*; et illo negante, *Atquin*, inquit, *e lotio est* (1). »

Il en est de même de la critique. Toutes les occasions lui sont bonnes pour s'exercer, et il peut arriver qu'un livre mauvais ou détestable soit pour elle une bonne fortune. Un texte pauvre, stérile en apparence, peut fournir matière à de saines réflexions. Les perles ne se trouvent pas souvent dans le fumier; mais le fumier n'est pas à dédaigner, comme ingrédient utile dans la végétation. La comparaison paraîtra peut-être vulgaire. Qu'importe, si elle aide à mieux comprendre ce qu'on veut dire ici? Les bons livres deviennent presque aussi rares que les honnêtes gens. Mais supposons que dans une société de coquins, il se trouve seulement deux ou trois penseurs, hommes de bien, c'est-à-dire deux ou trois sages. Ils ne manqueront d'aucun des éléments d'observation qu'il faut réunir pour composer un excellent traité de morale, voire même pour élaborer un code complet et parfait dans toutes ses parties.

La critique ne doit jamais désespérer; il lui suffit de s'accommoder aux circonstances. Elle périrait à coup sûr si, passant successivement du dédain au dégoût, elle s'abstenait de toucher aux aliments peu substantiels ou malsains dont elle est bien obligée de faire sa nourriture habituelle. Fort heureusement, la critique ressemble un peu à l'alchimie; fondues dans son creuset, les plus viles matières y laissent quel-

(1) C. Sueton. Tranq., *De vit. Cæsar.*, lib. VIII, Div. Vespas., § 23.

soignés à domicile. Or que l'on consulte les tables de mortalité dans les deux systèmes, et l'on verra si la différence au profit des traitements à domicile ne compense pas et au delà la plus grande somme de difficultés inhérentes à ce système.

Pour ne pas être accusé d'exagération, nous devons dire que la commission des hôpitaux, consultée par l'Assistance publique, ne veut, dans le système des pavillons annexés et séparés, que des chambres à deux ou quatre lits pour les varioleux et à quatre ou six lits pour les varioloïdes. C'est un acheminement à mieux. C'est la transition de l'hôpital au dispensaire.

Malgré ces efforts et ces tendances, que nous sommes heureux de signaler, notre conclusion reste donc qu'il ne faut ni salles, ni pavillons, ni hôpitaux de varioleux, mais la suppression radicale et absolue de tout service spécial ayant pour but de réunir cette classe de malades dans un même lieu.

Cependant cette sollicitude, qui s'est réveillée à l'occasion d'un seul ordre de malades, aurait pu faire songer au système général, dont la variole n'est qu'un cas particulier. On a bien rappelé les catégories de maladies contagieuses dressées jadis par Tenon, et indiquées par ce médecin comme pouvant être traitées isolément dans les hôpitaux; mais ce rappel n'a servi qu'à motiver la nécessité de faire pour la variole ce qu'avec plus de sûreté et plus de généralité dans la mesure on aurait dû faire pour toutes les maladies du même caractère. A la place de cet enchaînement d'idées et de déductions pratiques, inséparable d'une même vue quand elle est suffisamment comprise, on s'est réfugié dans les fins de non-recevoir qui ne manquent jamais à ceux que la grandeur d'une œuvre effraye. On a dit, par exemple : « Il semble que dans cette question très-ardue il faille renoncer aux mesures radicales, *se prémunir contre ces vains avis* qui aboutissent à « l'impossible, » et l'on a ajouté, comme toujours, « que pour réaliser « le progrès dans un objet aussi important, il faut se contenter de « *ce qui est pratique.* » Ces paroles de la nouvelle direction de l'Assistance publique ne résument-elles pas tout à la fois l'insuffisance des vues et la stérilité des moyens qui ont inspiré les réformes proposées à l'occasion du traitement des varioleux dans les hôpitaux?

Il est un ordre de considérations plus générales qui n'a jamais été invoqué dans la question de l'utilité des hôpitaux. Par des raisons que tout le monde appréciera, nous avons nous-même évité de l'y faire intervenir : nous voulons parler de l'influence exercée par le voisinage des hôpitaux sur les populations environnantes. Les projets de création de nouveaux hôpitaux, la reconstruction prochaine de l'Hôtel-Dieu commandent peut-être de mettre au jour des vues que par toutes sortes de motifs on eût voulu laisser mûrir. Mais lorsque l'intérêt public parle, ce serait une faute de subordonner à des recherches qui n'auront peut-être jamais le temps de s'achever, l'énoncé de certaines remarques propres à édifier ceux qui sont chargés de veiller au salut des populations. Voici ce que nous croyons utile de dire à cette occasion.

Lorsque nous fûmes chargé par l'Académie de médecine du rapport général sur les épidémies de choléra, nous nous attachâmes d'abord à découvrir les lois de propagation de la maladie. Des observations approfondies et multipliées et des rapprochements avec d'autres maladies contagieuses, nous ont porté à croire que les hôpitaux, par le rayonnement des affections contagieuses qu'ils renferment, sont susceptibles de devenir des foyers d'infection pour les quartiers circonvoisins. Cette vue nous a paru confirmée par la marche de la maladie et par un nombre relativement plus grand de malades. Suggéré par l'étude du choléra, cet aperçu, a pris bientôt de plus grandes proportions dans notre esprit. Du choléra il s'est étendu à la variole, à la scarlatine, à la rougeole, à la grippe, à la fièvre typhoïde, à toutes les maladies contagieuses; et d'abord par des faits, puis par des inductions, nous en sommes venu à considérer le voisinage des grands hôpitaux comme un dommage pour les populations environnantes. Nous le répétons, une question aussi capitale et une conclusion aussi grave eussent exigé des recherches approfondies; mais le temps, qui diminue tous les jours pour nous avec les occupations qui augmentent, nous oblige à laisser à d'autres l'achèvement d'un travail dont nous ne pouvons donner ici qu'une simple indication. C'est aux personnes à qui cela incombe d'y regarder de plus près et de peser dans leur science et leur sagesse si le voisinage des hôpitaux n'est pas pour ceux du dehors un danger égal au danger maintenant reconnu pour ceux du dedans, et de rechercher si cette double considération n'est pas propre à modérer le zèle, très-louable d'ailleurs, qui, en croyant ouvrir des asiles aux maux de l'indigence, ne fait qu'accroître ces maux et les répandre sur ceux-là même qui travaillent à les soulager. JULES GUÉRIN.

ANATOMIE GÉNÉRALE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'ANATOMIE DU SYSTÈME ADIPEUX; par M. CHARLES ROBIN, professeur d'histologie à la Faculté de médecine. (Lu à la Société de biologie dans sa séance du 23 janvier 1864).

§ I. — SUR LA NATURE ET L'ÉVOLUTION DES ÉLÉMENTS DU TISSU ADIPEUX.

Parmi les particularités évolutives les plus remarquables que présentent les fibres lamineuses en particulier, on doit noter celles qui, tant normalement qu'accidentellement, amènent un certain nombre de corps fibro-plastiques (représentant une des premières phases de leur développement) à posséder l'état de cellules ayant paroi et contenu distincts, et cela sans que cette vésicule cesse d'être en continuité avec des fibres proprement dites qui en font comme autant de prolongements. Quant au contenu, il est formé de gouttelettes huileuses devenant de plus en plus nombreuses, avec ou sans interposition d'un liquide hyalin jusqu'à ce qu'elles se réunissent en une seule grosse goutte homogène donnant à cette partie de ces éléments les caractères qui les ont fait appeler cellules adipeuses et considérer comme espèce anatomique distincte. Mais chacune ne représente, au contraire, qu'une modification évolutive ascendante, une phase de son développement qui débute, alors que l'élément anatomique est né depuis assez longtemps déjà à pris les caractères de corps fibro-plastiques, et de plus donné naissance à des fibres lamineuses proprement dites de longueur considérable, mais indéterminée; puis arrivée à tel ou tel degré, cette phase de développement peut en outre offrir elle-même une marche inverse qui en modifie encore la structure, sans que toutefois l'élément reprenne les caractères de corps fusi-

---

ques grains d'or. C'est là un grand secret, qu'il peut être inutile de révéler aux profanes. Quand on connaît ce secret, on n'a garde d'imiter le rat d'Horace qui, d'une dent dédaigneuse, *dente superbo*, effleurait à peine les mets grossiers de son hôte des champs.

Sans doute il n'est pas nécessaire de parler de tous les livres qui ne sont pas bons; on n'aurait jamais fait, si l'on s'imposait pareille obligation. Mais de même qu'on recommande les ouvrages qui ont quelque prix pour le bien qu'ils peuvent faire et pour leur rendre justice; de même aussi il faut distinguer à côté des ouvrages sans valeur ceux qui méritent d'être ou dénoncés ou simplement signalés, à cause de leur pernicieuse influence. Dans tous les cas, le but qu'on se propose doit être à peu près le même que celui des moralistes : empêcher le mal ou le combattre quand on ne peut pas le prévenir.

L'erreur a un puissant allié, c'est le charlatanisme; et cet ennemi des lumières, qui ne vit que de mensonges, prend toutes les formes imaginables pour abuser la crédulité. En présence de ce Protée, qui se métamorphose de mille manières, il importe de se rappeler l'exhortation de la déesse à son fils :

« Tu ne cede malis, sed contra audentior ito. »

Il ne s'agit pas uniquement de détromper les dupes et d'en diminuer le nombre, mais encore de préserver la dignité de l'art médical et son autorité salutaire.

La médecine et le charlatanisme sont en réalité incompatibles; mais un médecin peut être doublé d'un charlatan, et Celse a beau dire que l'art n'est point responsable des fautes de l'artiste; cette abstraction un peu subtile ne convaincra point les sceptiques, toujours charmés de prendre les médecins en défaut. C'est le charlatanisme médical qui a fourni de tout temps les armes les plus redoutables aux détracteurs de la médecine. Il faut en convenir de bonne foi. Il n'est point de critiques sans prétexte, et quand les critiques se perpétuent, c'est que le prétexte subsiste. Un des auteurs de la collection hippocratique a remarqué très-justement que la déconsidération de l'art médical n'a point d'autre cause que l'inconduite ou l'incapacité des artistes. L'opinion ne se trompe pas autant qu'on le croit généralement, et il y a une raison qui juge et discerne assez bien au milieu de cette foule que l'on appelle le vulgaire ignorant, *profanum vulgus*.

L'instinct populaire n'est certes pas infaillible, et le fameux dicton : *Vox populi, vox Dei* n'est un axiome ni en morale ni en politique. Mais la vérité enfonce lentement son coin au cœur de cette masse compacte du peuple, comme on dit encore par une réminiscence intempestive, et la lumière pénètre par degrés insensibles jusqu'aux plus basses couches. Est-ce un paradoxe de soutenir que le monde s'est amélioré par les sottises de ses gouvernements, et n'est-il pas permis de croire, dans une certaine mesure, que le progrès général est dû aussi aux mauvais exemples des hommes qui, depuis l'origine des sociétés, ont en charge d'âmes? Qu'on se représente une société administrée et régie,

forme ou étoilé qu'il possédait au début; sans que ces modifications nouvelles reproduisent celles qui ont eu lieu antérieurement et soient un retour vers elles.

Il y a là, comme on le voit, une modification de structure des fibres qui survient dans cette seule portion qui, après le développement de ces fibrilles multiples, reste encore à l'état de corps fusiformes ou étoilés, sans atrophie du noyau qui a servi de centre à cette génération; et celui-ci reste en quelque sorte perdu dans la substance du corps fibro-plastique devenue paroi très-mince de *vésicule adipeuse*, sans qu'il prenne part aux phénomènes qui se passent là. Aussi n'est-ce que vers le soixantième jour environ qu'on voit débuter cette production de granules graisseuses dans le tissu lamineux du pli de l'aine, de l'aisselle, du fond de l'orbite, de la petite masse alors gélatiniforme sous-massétérine. Peu à peu elle gagne dans les fibres des régions voisines, dans celles qui sont autour des reins et dans la moelle des os, vers l'époque de la naissance on plus tard encore, et augmente de plus en plus avec l'âge d'une manière générale, avec des variations en plus ou en moins selon certaines conditions hygiéniques, morbides ou individuelles; de telle sorte que l'extension de cet état adipeux dans tous les corps fibro-plastiques restant au sein du tissu lamineux ou s'y produisant, peut devenir une maladie du tissu lamineux. Mais chez le fœtus on peut constater au pli de l'aine, de l'aisselle, au fond de l'orbite, à la joue, dans le tissu lamineux sous-cutané en général, dans celui du pourtour des reins, etc., que cette production de gouttes graisseuses est subordonnée à certaines conditions particulières de texture des fibres lamineuses restées à l'état de corps fusiformes; de là vient qu'il est nécessaire d'anticiper ici sur la description de ces particularités remarquables de la texture du tissu lamineux. Elles consistent essentiellement en ce que les corps fibro-plastiques sont disposés en groupes ou en amas sphéroïdaux ou ovoïdes, larges de 1 à 2 dixièmes de millimètre ou environ, épars dans le reste du tissu plus transparent au sein duquel ils sont plus ou moins rapprochés selon les régions. Ces amas semblent au premier coup d'œil formés uniquement de noyaux embryoplastiques accumulés ou seulement plus rapprochés que ceux qui existent çà et là dans le tissu ambiant gélatiniforme par suite de la présence d'une plus grande quantité de matière amorphe hyaline interposée aux fibres lamineuses entre-croisées entre lesquelles se voient aussi des noyaux libres; mais lorsqu'on vient à les dilacérer, on reconnaît qu'ils sont réellement composés de corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés, très-rapprochés les uns des autres. Ces corps sont plus grenus et plus irréguliers dans certaines régions, autour des reins par exemple, qu'ailleurs. Dans des portions naturellement colloïdes et très-vasculaires du tissu lamineux, comme au fond de l'orbite et sous le masséter des fœtus de 2 à 3 mois, on aperçoit ces amas sans préparation particulière; ailleurs et surtout à un âge plus avancé de la vie fœtale, il faut rendre le tissu plus transparent par l'action de l'acide acétique. Dans le premier cas, on remarque aussi que chacun de ces groupes ou amas est entouré circulairement par un gros capillaire flexueux ou non, envoyant de plus fines subdivisions dans le centre de l'amas. Les anostomoses de ces cercles vasculaires entre eux d'un groupe à l'autre, par des branches flexueuses, donnent une couleur rouge et un aspect remarquable et très-élégant aux portions gélatiniformes du tissu lamineux de l'orbite, de la joue, etc.

Autour du rein des nouveau-nés, les corps fibro-plastiques formant ces amas sont généralement plus larges, plus grenus, et par suite plus foncés que dans les autres régions. Ils donnent ce même aspect grenu et foncé à ces groupes tant qu'ils ne sont pas encore chargés de graisse.

Or c'est dans les corps fibro-plastiques du centre de ces groupes que débute chez le fœtus la production de gouttelettes graisseuses. Elle a lieu ensuite dans les corps fibro-plastiques isolés du tissu lamineux, du tissu musculaire, etc., tant normalement qu'accidentellement (1). De cette production de granules graisseuses dans les corps fibro-plastiques résulte la distension de ceux-ci et par suite l'augmentation de volume des amas; en même temps leur contour, formé par une couche d'éléments qui n'est pas encore envahie par la production graisseuse, mais qui le sera plus tard, devient de mieux en mieux limité. Bientôt ces amas deviennent visibles à l'œil nu sous forme de petits grains arrondis, opaques, jaunâtres ou blanchâtres (selon les espèces animales observées), plongés dans le tissu lamineux proprement dit, grisâtre, demi-transparent ou gélatiniforme, au milieu duquel ils ressemblent à des grains de semoule épars et auquel ils donnent un aspect élégant. Les capillaires, formant de larges mailles qui entourent spécialement chacun d'eux d'une manière immédiate, sont souvent facilement apercevables sous le microscope. Ce sont ces grains opaques qui, en continuant à grandir, forment par la suite autant de petits lobules du tissu adipeux, et le tissu lamineux fibrillaire transparent qui leur est interposé forme alors les minces cloisons qui les séparent.

On peut, sur les corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés considérés individuellement, suivre les phases de la production de gouttes adipeuses dans leur intérieur en examinant ceux qu'on a isolés en dilacérant les grains jaunâtres indiqués plus haut, ou ceux qui sont épars dans le reste du tissu lamineux entre les faisceaux musculaires, etc. Cette production débute par l'apparition d'une ou plusieurs

(1) Il résulte de ces faits et de ceux qui vont être décrits qu'à partir de l'état fœtal le tissu lamineux présente des différences successives d'aspect très-frappantes sous le microscope. Les noyaux embryo-plastiques, en effet, les uns encore libres, les autres servant de centre de génération aux corps fibro-plastiques, sont d'autant plus abondants que le fœtus est plus jeune; mais leur quantité diminue d'une manière à la fois absolue et relative à mesure que celle des fibres augmente. Ils donnent dans le principe un aspect d'autant plus remarquable au tissu, qu'ils sont alors plus facilement apercevables entre les fibres entre-croisées en raison de la substance amorphe interposée à ces éléments, qui rend la trame très-transparente. Cet aspect est frappant, surtout partout où existent les amas arrondis de corps fibro-plastiques dont les éléments vont se remplir de gouttes huileuses, corps fibro-plastiques dont on voit partout les noyaux, parce que leur contour est plus net et plus foncé; mais ces noyaux eux-mêmes cessent bientôt d'être visibles, et sont perdus en quelque sorte dans la paroi de l'élément que distendent les gouttes d'huile; beaucoup même s'atrophient. La multiplication graduelle des fibres, partout où manquent les cellules adipeuses, suffit à elle seule pour faire que les noyaux libres cessent d'être visibles à l'œil nu quand ils ne s'atrophient pas.

---

tant au spirituel qu'au temporel, par une suite de rois et de prêtres irréprochables, et l'on n'aura point de peine à comprendre qu'une pareille société aurait pu prolonger indéfiniment son âge d'or. Mais un tel état de choses ne s'est jamais vu, et de la violation flagrante des principes, de l'infraction manifeste des lois par ceux-là même qui devaient les maintenir et les observer entre tous, est née l'incrédulité à côté de l'ignorance.

Sans donner de plus amples développements à cette pensée, nous pouvons en vérifier l'exactitude en examinant de près la source des opinions populaires par rapport à la médecine.

Le vrai médecin est celui qui guérit, et pour l'homme souffrant, celui-là est médecin qui promet la guérison. Dans les premiers temps, s'il faut en croire une lointaine tradition, les malades étaient exposés sur la voie publique, et recevaient les conseils, on pourrait dire les consultations des passants. Comment se trouvaient-ils de cette médecine? c'est ce que nous ne savons pas. Un fait certain, c'est que le malade lui-même était juge des remèdes qu'on lui indiquait, puisque de lui seul dépendait le choix ou l'abstention. Les passants, pourvu qu'ils fussent de bonne foi, n'étaient point responsables des suites que pouvaient avoir leurs conseils. Le malade tirait au sort, pour ainsi dire, et jouait sa santé à pile ou face.

Les prêtres-médecins n'eurent presque rien à faire pour appeler chez eux la clientèle. Les consultations que les passants donnaient aux malades, ils les mirent par écrit et les suspendirent aux murs de leurs temples. En d'autres termes, ils offraient à leurs clients des consultations toutes faites. Le malade n'avait qu'à choisir ou à se laisser guider par la divinité tutélaire; car celle-ci intervenait dans tous les cas, de telle sorte que sans assumer aucune responsabilité, les serviteurs d'Apollon et d'Esculape entouraient leur pratique d'un prestige quasi-divin. Tous les malades ne guérissaient point, — jamais pareille chose ne s'est vue; — mais tous les malades sortaient vivants du temple, car il était défendu de mourir dans l'enceinte sacrée, et les prêtres-médecins, en gens avisés, ne voulaient pas s'exposer à faire des miracles. Esculape lui-même n'avait-il pas péri sous la foudre de Jupiter pour avoir ressuscité Hippolyte? C'était un grave avertissement.

Il faut croire que la foule comptait les morts, et que le résultat de ces premiers essais de statistique fut peu favorable à la médecine sacerdotale. Dès qu'ils parurent, les vrais médecins firent une très-rude concurrence aux prêtres, et ils imaginèrent d'aller chez les malades au lieu de les attendre. Ainsi fut fondée la médecine clinique, fondation pleine de sagesse et d'humanité qui, écartant tout élément divin et surnaturel, laissa l'art à ses propres ressources et honora l'artiste, obligé désormais de répondre par des soins éclairés à la confiance du malade. Il y a grande apparence que la plupart de ceux qui allaient consulter les médecins dans leur officine, on qui recevaient chez eux leur visite, n'avaient pas beaucoup plus de lumières que la majorité des gens crédules qui se pressaient dans les temples; mais ils étaient mieux placés

gouttelettes sphériques à centre brillant, à contour net et foncé vers un seul ou vers les deux bouts du noyau. Peu à peu ou dès le début il s'en produit qui sont disposées en chapelet dans les fibres prolongeant les corps fibro-plastiques, et lorsque ceux-ci sont étoilés, elles se déposent le long d'un seul ou de plusieurs de leurs bords. Ces gouttelettes se multiplient assez rapidement de manière à remplir la petite masse de substance fusiforme ou étoilée qui a le noyau pour centre et qui est devenue de la sorte granuleuse, foncée, sans changer encore de forme. Les gouttelettes qui, jusqu'alors, n'avaient guère que de 2 à 5 millièmes de millimètre de large, grossissent, soit directement, soit en se fondant les unes avec les autres. Augmentant en même temps de nombre, elles distendent le corps fibro-plastique dont le noyau cesse de toucher les deux bords. Il s'écarte de l'un de ceux-ci et est entraîné par le bord opposé auquel il reste adhérent, et bientôt il est difficile à voir comme perdu à côté des nombreuses gouttes d'huile à contour bien plus foncé qui l'avoisinent. Dès cette époque aussi, ces corps se gonflent au contact de l'eau, ce qui n'avait pas lieu avant; l'eau, en pénétrant par endosmose, écarte des gouttes huileuses leur partie azotée incolore sous forme d'une mince paroi distincte de la cavité dans laquelle les gouttes les plus petites présentent un mouvement brownien très-vif. Dès cette période de l'évolution de ceux des corps fibro-plastiques qui sont le siége de ce dépôt graisseux, il est possible de reconnaître que ce qu'on a appelé *cellule adipeuse* ne constitue pas une individualité anatomique distincte, mais est une des formes de l'évolution des fibres lamineuses se manifestant sur un certain nombre seulement des corps servant de centre de génération à ces fibres, sans que soient connues encore avec précision les conditions qui font que d'autres d'entre eux échappent à cette modification.

On peut constater les mêmes faits sur les corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés de diverses productions morbides chez l'adulte et sur les enfants. Telles sont par exemple les tumeurs dites colloïdes d'après leur aspect, réellement gélatiniforme, qui dérivent du tissu lamineux dont elles représentent une hypergénèse, conservant dans la masse qu'elles forment les caractères physiques et la texture fondamentale du tissu lamineux du fœtus et du cordon ombilical. Souvent la plupart des corps fibro-plastiques de ces tumeurs offrent un commencement de dépôt de gouttes adipeuses éparses dans leur épaisseur. Ces gouttes sont sur un grand nombre plus fines que dans les conditions normales et de volume d'abord assez uniforme. Çà et là on en trouve qui sont entièrement pleins de ces fines gouttelettes, et qui sont devenus sphériques malgré leur peu d'augmentation de volume total. Il importe de ne pas les confondre avec des leucocytes devenus plus ou moins granuleux, dont l'existence est constante dans la substance hyaline amorphe du tissu lamineux gélatiniforme fœtal et morbide. Ailleurs d'autres corps ont absolument les caractères signalés plus haut d'une manière aussi nette que dans le tissu adipeux des embryons.

Par places, ceux des corps fibro-plastiques qui sont déjà devenus vésiculeux, sphériques ou ovoïdes, et dans lesquels les fines granulations graisseuses sont réunies en grosses gouttes adipeuses, sont tellement abondants qu'ils se touchent ou à peu près, et rendent le tissu opalescent ou tout à fait opaque, d'un blanc jaunâtre. Nulle part dans ces tumeurs les corps fibro-plastiques (remplis ou non de gouttes adipeuses) ne sont réunis en groupes ou lobules, tels que ceux qui ont été signalés précédemment dans quelques régions à l'état normal. Du reste, dans les parties transparentes aussi bien qu'au sein de ces dernières, il y a des corps arrivés complétement à l'état vésiculeux avec de grosses gouttes d'huile à côté d'autres qui, parsemés de fines granulations contiguës ou non, conservent encore leurs configurations étoilée et fusiforme.

On rencontre encore chez l'adulte, dans un grand nombre de circonstances accidentelles, des corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés à quelqu'une des phases précédentes de réplétion adipeuse. On en trouve dans les lipomes, dans la trame des tumeurs d'origine glandulaire, dans les muscles en voie d'atrophie avec substitution graisseuse et dans plusieurs autres sortes d'altération des tissus (1).

Chacun des corps devenu ainsi plein de graisse représente un espace qui, dans l'économie, se trouve occupé par une petite masse de substance qui ne se nourrit, ne se développe plus comme la substance même des fibres lamineuses et autres éléments anatomiques analogues. Cette masse est inerte au point de vue des actes caractéristiques qui se passent dans l'organisme. Cet espace est rempli par une masse formée d'un mélange de principes gras exclusivement, ne jouant plus qu'un rôle chimique dans certaines circonstances à la manière des graines de fécule dans les cellules végétales. Cette masse joue encore par places un rôle physique, en raison essentiellement de la propriété d'incompressibilité de ce mélange, en raison aussi de ce que, bien que liquide, il ne s'écoule pas vers les parties déclives, disposé qu'il est en gouttes incluses dans une mince et extensible paroi close de toutes parts.

Aussi le tissu, dont ces éléments forment la partie constituante principale, se comporte-t-il physiologiquement et pathologiquement tout autrement que le tissu lamineux, même lorsqu'il s'agit des altérations les plus simples, telles que l'inflammation, l'hypertrophie, l'hypergénèse, etc. Rien ne justifie donc la négligence avec laquelle est faite la description de ce tissu dans les traités d'anatomie tant générale que topographique; on ne comprend pas davantage pourquoi certains traités d'anatomie médico-chirurgicale le laissent entièrement de côté ou comprennent dans une même description les tissus cellulaires ou lamineux, et le tissu adipeux lorsque la pathologie à elle seule conduit à les séparer.

(1) La production de graisse dans les corps fibro-plastiques étoilés et fusiformes (*cellules du tissu cellulaire* des auteurs allemands) est considérée en Allemagne comme étant tantôt une production régressive, dans les cas morbides, par exemple, tantôt une métamorphose progressive en cellules graisseuses. C'est là un fait de développement qui n'a rien de régressif ni dans un cas ni dans l'autre. Elle a été décrite dans ses principales phases successivement par Virchow, *Ein Fall von progressiver Muskel Atrophie* (*Archiv fuer pathologische Anatomie*, etc. Berlin, 1855, in-8, t. VIII, p. 538, et *Entwickelung der Schaedelgrunde*. Berlin, 1857; in-4, p. 49); Wittich, *Bindegewebs-Fett und Pigmentrellen* (*Archiv fuer patholog. Anatomie*, etc., 1856, t. IX, p. 195), et Fœrster, *Beitraege zur pathologischen Anatomie* (*ibid.*, t. XII, 1857, p. 203 et suiv., pl. VIII. fig. 4. 7 et 8) depuis l'état de corps fusiformes jusqu'à celui de cellules adipeuses completes. Fœrster en a bien figuré les principales phases.

---

pour apprécier le mérite respectif des prêtres et des médecins, et le choix qu'ils faisaient de ces derniers dans leurs maladies prouve que l'amour de la conservation commençait à prévaloir sur la superstition aveugle.

Il est remarquable que la plupart des écoles où régnait l'esprit sacerdotal n'eurent qu'une durée éphémère. Les temples de Cos et de Cnide durent se transformer en écoles, et la dernière ne fut en quelque sorte vaincue et absorbée par l'autre qu'à cause de la routine sacerdotale qui s'était perpétuée malgré la transformation, et qui détourna les médecins de Cnide de la vraie méthode d'observer et de traiter les maladies. Les temples ne se relevèrent de leur déchéance qu'apres de longs siècles, lorsque l'ignorance et l'incapacité de la majorite des médecins poussèrent de nouveau la foule vers les prêtres. Le peuple était bien excusable d'accorder plus de confiance aux serviteurs d'Apollon et d'Esculape, qui lui promettaient la santé au nom de ces divinités médicales, qu'aux médecins qui prétendaient guérir par les incantations, les amulettes et autres remèdes imaginaires.

Hippocrate nous apprend qu'il y avait de son temps beaucoup de médecins de nom, c'est-à-dire beaucoup de médicastres qui vivaient d'infamie et se faisaient des revenus avec leur ignorance. L'amour du gain et la basse cupidité déshonorèrent de très-bonne heure l'exercice de la médecine et compromirent, bien avant les satiriques, l'autorité de l'art médical. Dès la plus haute antiquité, une concurrence honteuse s'établit entre des artistes ignorants ou indignes qui se conduisaient en mercenaires, pour ne pas dire en esclaves.

On a proposé, pour sauver l'honneur de la médecine, d'introduire une variante dans cette célèbre épigramme grecque, où l'on voit les services d'un médecin moins prisés que ceux d'un cuisinier. Mais les ingénieux érudits qui ont voulu corriger ce curieux document n'ont pas réfléchi à la corruption profonde des mœurs médicales dans l'antiquité. Il suffit de méditer une à une les prescriptions du serment hippocratique pour deviner les excès de tout genre qui se commettaient dans la pratique. Dans cette pièce si magnifique, et qui est encore le meilleur traité des devoirs pour le médecin, il y a des engagements qui nous humilieraient profondément s'il fallait les prendre aujourd'hui, sans parler du chapitre des mœurs. Qu'on remarque bien ce qui est dit du traitement et des remèdes, et l'on n'aura pas de peine à comprendre que sous prétexte de traiter les malades et de les guérir, il y avait des médecins-marchands qui faisaient un véritable trafic de drogues.

J'ai noté une particularité dans les déclamations de Pline contre les médecins, c'est la rapacité qu'il leur reproche et la fortune mal acquise. Galien, loin de contredire Pline sur ce chapitre, lui donne pleinement raison. Dans cet opuscule si remarquable qui porte ce titre : « Que le médecin excellent est aussi philosophe, » il insiste avec une grande énergie sur la honteuse cupidité de ces marchands de drogues, comme il les appelle, et il observe avec beaucoup de justesse que ces

Ainsi les éléments anatomiques du tissu lamineux, comme tous les autres à peu près, nous offrent pendant la durée de leur existence quelques particularités concernant la nutrition en général, la désassimilation spécialement et celle des corps gras plus particulièrement encore. Elles consistent en ce que à telle ou telle période de leur vie ils se chargent normalement de ces principes à l'état de gouttes liquides ou demi-liquides, dont ils se remplissent dans nombre de conditions accidentelles. Dans le cas particulier qui nous occupe, une fois nées, les fibres auxquelles les corps fibro-plastiques servant de centre de génération, ceux-ci s'atrophient généralement, mais normalement par places avant que cette atrophie ait eu lieu, ceux de ces corps qui persistent se remplissent de gouttes huileuses, puis dans des conditions accidentelles cette réplétion s'étend à un nombre plus grand et anormal de ces corps non encore atrophiés, ou cette atrophie n'ayant pas lieu elle-même par suite de conditions indéterminées encore, leur persistance entraîne nécessairement en quelque sorte leur passage à l'état graisseux décrit plus haut.

C'est par suite également de ces particularités que ce dernier oscille incessamment en quelque sorte autour de l'état normal qu'il dépasse facilement, et souvent en plus ou en moins; excès pouvant aller jusqu'à constituer un véritable état morbide. La fréquence et la facilité de ces modifications des corps fibro-plastiques, qui sont là deux conditions solidaires et corrélatives, n'ont, du reste, rien qui puisse surprendre les physiologistes. On sait, en effet, que toute production de principes gras dans l'épaisseur des éléments anatomiques est sénile quand elle est normale et morbide dans toutes les autres circonstances. Or les corps fibro-plastiques qui passent à l'état adipeux normalement ne subissent cette modification que parce qu'ils sont une forme des fibres lamineuses devenue sénile, en quelque manière, même dès l'âge fœtal, parce qu'ils ne se sont pas atrophiés et résorbés après avoir servi de centre de génération aux fibres même. Or plus il en persiste de la sorte, plus il en passe à l'état adipeux, plus cet état se prononce.

Le passage de ces éléments comme des autres à l'état graisseux, est, en effet, un phénomène constant et, sinon inévitable, pourtant facile à déterminer sous l'influence de faibles modifications de la circulation ou de l'alimentation. Sans pouvoir dire encore très-exactement quels sont ceux des actes particuliers de l'assimilation ou de la désassimilation nutritive qui amènent cette production de graisse dans l'épaisseur des éléments anatomiques, on sait qu'indépendamment des circonstances normales remarquables que présentent à cet égard les corps fibro-plastiques, elle a lieu toutes les fois que survient un trouble de la rénovation moléculaire nutritive, toutes les fois surtout que la désassimilation est ralentie, l'assimilation continuant ou étant troublée aussi. Elle a lieu en effet : 1° dans l'état sénile et d'abord au sein des éléments des tissus non vasculaires, puis comme conséquence en quelque sorte dans ceux des tissus vasculaires normaux ou accidentels dont les capillaires s'oblitèrent ou s'atrophient; 2° dans quelques fibres et cellules qui, toutes conditions conservées d'autre part, ont subi certains changements de structure propre, séniles ou accidentels, dans des kystes, des tumeurs, etc.; 3° dans ceux qui empruntent au sang des principes immédiats que celui-ci ne renferme pas habituellement (poisons minéraux divers), ou qu'il vient à contenir en quantité moindre pour les uns, exagérée pour les autres; ce dont les corps fibro-plastiques mêmes, les cellules du parenchyme hépatique et d'autres éléments encore, offrent de fréquents exemples.

Or ce qu'on n'observe qu'accidentellement on seulement à l'état d'ébauche dans les éléments et dans les conditions indiquées ci-dessus, les corps fibro-plastiques le présentent normalement au plus haut degré, et de plus en plus à partir du deuxième mois de la vie intra-utérine dès qu'ils ont cessé d'être directement actifs dans l'économie en tant que centres de génération des fibres lamineuses; dès que par conséquent leur désassimilation nutritive se ralentit avec ou sans coexistence d'un excès d'assimilation de leur part.

Le passage de ces éléments à l'état graisseux entraîne des modifications de leur arrangement entre eux, et par rapport aux capillaires qui amène l'apparition d'un tissu de propriétés physiologiques et de caractères anatomiques nouveaux à côté de tous ceux qui l'accompagnent. En raison du mode de groupement des corps fibro-plastiques et de celui de leur distribution dans l'économie, ce tissu est disposé en organes premiers jouant un rôle déterminé, tant par leur ensemble que spécialement dans quelques appareils; mais à partir de certaines limites, variables d'un sujet à l'autre. Ce rôle, tant morphologique d'une part que mécanique et relatif à la nutrition d'autre part, se trouve modifié 1° soit que des corps fibro-plastiques passés à l'état graisseux s'hypertrophient; 2° soit qu'ils acquièrent cet état en trop grand nombre; 3° soit qu'en même temps ou non ce fait ait lieu dans des régions où il ne se produit pas habituellement; cas dans lequel le tissu ne présente pas la disposition en lobules arrondis ou polyédriques qui lui est propre ailleurs, et offre au contraire un aspect homogène.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION CURATIVE DES EAUX DU MONT DORE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur JULES MASCAREL. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

(Suite. — Voir les n°s 15, 16, 18, 19, 22, 24, 28 et 40.)

PHTHISIE GRAVE; CAS REMARQUABLE DES EFFETS DES EAUX DU MONT DORE. (Docteur GUÉRINEAU.)

OBS. LIV—E"... est âgée de 27 ans, bien réglée, d'un tempérament sanguin et nerveux, brune avec pommettes rosées et affection chronique de l'utérus. Une toux presque constamment sèche et qui dure depuis trois ans a nécessité deux voyages successifs aux eaux des Pyrénées qui n'ont produit aucun bon résultat aux deux fois différentes parce que le traitement a été très-difficilement supporté; il a été impossible à la malade de pouvoir prendre des bains. Le 11 juillet 1858, elle arriva au mont Dore d'après les conseils de M. le docteur Guérineau. Son état était le suivant :

Amaigrissement, perte d'appétit, constipation, pouls petit, serré, un peu fréquent, toux sèche, plus forte le matin, oppression, affaiblissement de la voix, palpitations nerveuses. Le sommet droit du poumon

---

hommes avides de gain, φιλοχρήματοι, vont précisément contre la fin de l'art.

On ne saurait récuser de pareils témoignages, et quand on les pèse attentivement, on ne s'étonne plus de la répulsion insurmontable des Romains de l'ancienne république pour les pratiques et la conduite de tous ces aventuriers grecs qui venaient s'enrichir à Rome avec un capital de connaissances médicales peut être fictif. L'indignation du vieux Caton ne surprend pas trop ceux qui connaissent tant soit peu l'histoire de la médecine à Rome, et le charlatanisme effronté des médecins grecs et gaulois qui exploitaient si fructueusement l'ignorance et la crédulité du peuple.

Bayle remarque finement que ce n'est pas depuis l'invention de la *Gazette* qu'on trompe le public. Les anciens n'avaient point cette ressource, dont on a tant abusé chez les modernes. La publicité restreinte dont ils pouvaient disposer laissait les coudées franches aux imposteurs. De là les éloquentes déclamations de Pline contre la crédulité populaire au sujet de ces vendeurs de drogues et de ces marchands de paroles qui trafiquaient impudemment et impunément de la santé et de la vie des citoyens : *Itaque hercule in hac artium sola evenit, ut cuicumque medicum se professo statim credatur, cum sit periculum in nullo mendacio majus.*

Il a raison, l'éloquent compilateur, et l'état des choses est si peu changé, malgré dix-huit siècles écoulés, qu'il serait vraiment temps de travailler à purifier la publicité dans son élément le plus efficace, l'annonce. C'est d'elle qu'on peut dire ce qu'on prétend qu'Ésope disait de la langue, que c'est à la fois ce qu'il y a de meilleur et de pire. Le public est confiant et crédule; il écoute trop les imposteurs qui le grugent, il ajoute foi à leurs promesses charlatanesques, et il paye très-bien ceux qui le dupent.

Les prêtres d'Esculape, dont il a été question, ne faisaient pas autrement que nos charlatans. Les tablettes votives qu'ils suspendaient aux colonnes du temple contenaient des recettes parfaitement absurdes (l'histoire nous en a transmis quelques échantillons) et des récits incroyables de guérisons miraculeuses; mais le vulgaire ignorant croyait religieusement, et alimentait par sa crédulité ce commerce sacerdotal. Les prêtres d'Esculape sont les véritables inventeurs de l'annonce médicale.

Les médecins périodeutes, qui furent appelés par la suite *circulatores, circumforanei*, comme qui dirait bateleurs et faiseurs de tours, les médecins périodeutes, après avoir rendu des services essentiels à la médecine, finirent par déshonorer la profession médicale, et se confondirent honteusement avec les aventuriers et industriels qui allaient de ville en ville, et notamment dans les bourgs, les villages et les campagnes, exploitant avec leur intarissable babil la crédulité des bonnes gens. Phèdre nous a conservé dans une de ses meilleures fables une page très-curieuse de leur histoire.

Tous nos lecteurs ont en mémoire le piquant récit de la grandeur et

est le siége de râles sons-crépitants et de craquements humides plus prononcés en arrière et sous l'aisselle qu'en avant; de la matité et de la bronchophonie sont constatées seulement dans la fosse sus-épineuse. Dans le sommet gauche, la respiration n'est pas moelleuse comme dans le reste de l'organe, le bruit d'expiration y est plus prolongé et la respiratioo est tuboïde.

Dès le troisième jour du traitement, expectoration de quelques petites cnillerées de sang vif; après deux jours de repos il est repris sans ioterruption. La malade, qui avait une si grande frayeur des bains, les supporte bien pendant 15 à 20 minutes les premiers jours et plus tard davantage.

Elle quitte les eaux après la saison, mangeant mieux, ayant la voix moins cassée et moins de toux. La fosse sus-épineuse droite est le siége d'un râle crépitant fin qui marque le râle humide primitif; la toux est toujours sèche.

Les eaux sont bnes transportées au commencement de novembre et l'hiver se passe complétement sans accidents et même saos toux durant des semaines entières. J'ens l'occasion de revoir cette malade à la fin de février. On entendait, au sommet droit du poumoo et en arrière seulement, des craquemeots humides avec respiration râpeuse tuboïde sans matité prononcée; la voix était revenue et la malade avait repris son agilité ordinaire.

Elle revint au mont Dore en 1859, le 19 juillet, dans le même état que nous l'avions laissée cet hiver. Quelques jours avant son arrivée dans ces montagnes elle avait contracté un rhume; elle prit du froid en descendant de voiture à une heure très-avancée de la nuit, eut beaucoup de peine à trouver un logement par suite de l'encombrement des malades qui existait à cette époque et perdit sur-le-champ la voix. Il n'y eut pas d'hémoptysie comme l'année précédente, mais quelques accès de fièvre par suite de l'exacerbation de la toux et de la fatigue du voyage.

Après quelques jours de repos, le traitement fut commencé et suivi comme l'année précédente. La voix ne revint qu'au treizième ou quatorzième jour et la toux diminua beaucoup; le sommet droit était encore le siége de râle, de craquement humide comme à l'arrivée.

Phthisie a la seconde période; amélioration. (Docteur Texier.)

Obs. LV.—Madame I''..., âgée de 33 ans, brune, lymphatique, a en six enfants et une fausse couche. Depuis deux ans elle tousse et crache et souffre du larynx. L'hiver dernier, elle perdait et recouvrait alternativement la voix; elle but les eaux du mont Dore transportées et s'en trouva si bieo qu'elle vint aux sources même au commencement de juillet 1858.

La malade n'est pas amaigrie, il y a de l'appétit et les fonctions se font bien; seulement la voix est faible et se voile le soir; il y a une sensation de chaleur et de picotement au larynx. Chaque matin, toux et expectoration de mucosités jaunâtres plus ou moins opaques et aérées; ces accidents sont moindres dans le jour et augmentent après le repas du soir. Il n'y a pas de fièvre. Tout le sommet du poumon droit est mat plus en arrière qu'en avant et le siége de râle de gargouillement avec pectoriloquie et râle sous-crépitant sous le creux de l'aisselle, respiration puérile dans le reste de l'organe.

L'expectoration augmente et est plus facile pendant la première semaine de traitement; elle diminue de plus en plus, et la voix reprend son timbre presque normal. Le râle de gargouillement est remplacé par du râle sous-crépitant humide, et la matité ne paraît pas avoir diminué.

La malade boit les eaux transportées au mois de novembre et passe l'hiver sans accidents nouveaux.

Phthisie au second degré; amélioration. (Docteurs Cousso et de la Marsonnière.)

Obs. LVI.—Madame O''..., âgée de 49 ans, brune et d'un tempérament lymphatico-sanguin ner eux, porte une cicatrice sur la partie latérale droite du cou provenant probablement d'un accès ganglionnaire. Elle a eu onze enfants, dont trois fausses couches; la dernière grossesse il y a six ans. Elle n'est plus réglée depuis trois ans et a nourri six de ses enfants. Sa santé a toujours été bonne, quoique faible, et ce n'est que depuis le mois de février 1859 qu'elle a contracté un rhume qui dure encore, malgré tout ce qu'on a pu faire. Cette maladie est survenue à la suite d'un violent chagrin qui a succédé à la perte d'une de ses filles.

Il y a toux fréquente, expectoration de matière granuleuse le matin et sans beaucoup d'efforts, dyspnée pendant la marche, sueurs générales sans fièvre bien prononcée.

Tiers moyen des deux clavicules, absence de matité.

Sous la clavicule droite il n'y a pas de bronchophonie, mais la respiration est tuboïde, c'est-à-dire que le bruit vésiculaire est remplacé par une respiration rude et prolongée avec quelques bulles humides à l'inspiration. Dans la fosse sus-épineuse, du même côté, le sang est évidemment moins clair qu'à gauche; là seulement la voix et la toux retentissent, et les deux temps de la respiration sont marqués par du râle sous-crépitant à bulles volumineuses. La respiration s'entend bien partout ailleurs. Arrivée au mont Dore au commencement de juillet 1859, madame O''... repartit le 30 du même mois, ayant très-peu d'expectoration, moins de toux, moins de dyspnée, plus d'appétit. Le sommet droit du poumon est le siège de râle sous-crépitant fin, et il n'y a plus de bronchophonie. En novembre 1860, la santé de madame O''... était satisfaisante.

Phthisie grave; amélioration. (Docteur Vigeral.)

Obs. LVII.—Madame U''..., 36 ans, lymphatico-sanguine, deux enfants, bien réglée autrefois, malade depuis deux ans environ, dix hémoptysies, la dernière au mois de mai 1859. Amaigrissement, faiblesse générale, menstruation irrégulière, tantôt plus, tantôt moins, dyspnée surtout par la marche. Arrivée au mont Dore le 9 juillet 1859. Matité dans la fosse sus-épineuse, râles de craquement humides très-marqués à l'inspiration; même état sous la clavicule droite, retentissement de la voix et de la toux. Plusieurs cautères ont été appliqués dans cette région. A gauche la respiration se fait assez bien, elle paraît puérile. Toux fréquente le matin et le soir, crachats glaireux après chaque repas, opaques et granuleux dans l'intervalle, surtout le matin.

Le 24 juillet, la toux est moins fréquente, le teint meilleur, l'expectoration moins abondante, les urines déposent beaucoup. Il n'y a plus de râle sous la clavicule droite et très-peu dans la fosse sus-épineuse, mais la respiration y est encore râpeuse sans bronchophonie.

Phthisie chronique, hémoptysies nombreuses; amélioration par les eaux du mont Dore. (Docteurs Turin et Vidal.)

Obs. LVIII.—Madame A'''..., 59 ans, tempérament sanguin, forte constitution, réglée jusqu'à 55 ans. Depuis dix ans, disposition à la toux et aux douleurs rhumatismales, par suite de l'habitation dans un lieu humide et du travail sédentaire dans une fabrique de soieries.

En 1856, et surtout pendant l'hiver de 1857, rhume beaucoup plus opiniâtre que les années précédentes, mais sans hémoptysies, ce qui décide M. le docteur Turin à envoyer cette malade au mont Dore. Elle y prit les eaux en juillet 1858 et s'en trouva si bien qu'elle y revint en

---

de la décadence de ce savetier qui, se voyant réduit à l'extrême misère, imagina de faire de la médecine en pays étranger, et dont la réputation se fit par le moyen ordinaire :

« Verbosis acquisivit sibi famam strophis. »

Ce vers s'applique à merveille à ces annonces bruyantes qui sont à l'usage des charlatans. Les hommes les plus habiles ne se faisaient point scrupule d'employer ces moyens de séduction grossière qui ont toujours prise sur la foule. Plutarque, ou l'auteur quel qu'il soit, des *Vies des dix orateurs grecs*, nous apprend que l'orateur Antiphon, homme né pour les aventures, ne pouvant réussir dans la poésie, et cherchant fortune, entreprit de traiter les affligés d'après la méthode suivie en médecine pour le traitement des maladies. Nous pouvons supposer qu'il traitait aussi les mélancoliques, et dans ce cas, Antiphon serait le véritable prédécesseur de Leuret, si connu par son *traitement moral* de la folie.

Quoi qu'il en soit de cette conjecture, Antiphon ouvrit une boutique, — nous dirions plus noblement un cabinet de consultations, — près de la grande place publique de Corinthe, et il annonça, par une affiche placardée sur la porte, qu'on y donnait des consolations. Stahl, qui s'est souvenu de ce curieux passage du pseudo-Plutarque, dans sa préface de la *Theoria medica vera*, regrette, dit-il, de ne pas savoir ce qui advint, ayant oublié apparemment le passage complet de l'auteur grec. Celui-ci ajoute qu'Antiphon recevait les affligés dans son bureau de consultations, et qu'après s'être enquis et minutieusement informé de la cause ou des causes de leurs chagrins, il entreprenait de les consoler par ses discours. Mais cet habile homme, qui était doué d'un vrai talent, ne tarda pas à s'apercevoir qu'il faisait un assez triste métier, et il l'abandonna pour embrasser la profession de rhéteur (1).

Si tous ceux qui trompent le public en médecine étaient aussi inoffensifs que le rhéteur de Corinthe, il n'y aurait pas lieu de s'en inquiéter. Mais le mal qu'ils font est incalculable, surtout lorsqu'ils ont recours au moyen de publicité qui est le plus efficace. Une annonce dans un journal, une affiche sur un mur, un prospectus distribué à domicile ou sur la voie publique n'ont qu'une durée éphémère; mais il en est autrement d'un volume.

Un charlatan qui vend un seul remède contre tous les maux n'est qu'un charlatan vulgaire, et les plus ignorants, les plus crédules, savent bientôt à quoi s'en tenir sur le compte d'un vendeur de panacée. Les charlatans les plus dangereux et les plus habiles sont ceux qui, sous prétexte de simplifier et de vulgariser les connaissances médicales, écrivent ou compilent ces traités de médecine populaire, qui ne sont pas moins à craindre pour la santé publique que la peste et les plus meurtrières épidémies.

(1) V. le texte grec dans l'édition de Plutarque de J. G. Hutten. Tubingen, 1800, t. XII, p. 224.

juillet 1859, époque où je vis la malade pour la première fois, et constatai l'état suivant :

Amaigrissement, oppression, pouls à 80, un peu mou, peu d'appétit, constipation; prolapsus utérin nécessitant l'usage d'un pessaire; il y avait antrefois des flueurs blanches, mais elles ont disparu depuis le traitement thermal de l'année précédente.

Son mat dans l'étendue de deux travers de doigt au-dessous de la clavicule droite, râle sous-crépitant gros aux deux temps de la respiration, mais sans souffle ni bronchophonie.

Sous la clavicule gauche pas de matité, mais râle humide avec craquement, bruit respiratoire faible dans tout le reste de la poitrine en avant.

En arrière et à droite, bruit respiratoire faible dans la région sus et sous-épineuse, avec râle humide s'étendant au sommet de l'aisselle. Dans la fosse sus-épineuse gauche on trouve matité, et là seulement une bronchophonie très-accentuée avec des craquements et du râle sous-crépitant, surtout pendant les efforts de toux.

Les lobes postéro-inférieurs n'offrent aucun râle, mais le murmure respiratoire est comme exagéré. De temps à autre il y a des douleurs de poitrine, faiblesse de jambes avec œdème le soir, sueurs générales, surtout le matin, mais pas excessives, toux et expectoration de matière granuleuse opaque; la toux et surtout les crachats cessent dans le reste du jour. Aggravation de tous les accidents par le plus léger refroidissement; doigts incarnés, hippocratiques.

La malade déclare qu'elle a eu trois enfants qu'elle n'a pas nourris et qui se portent assez bien; elle a très-bien passé l'hiver depuis son voyage de l'année dernière aux eaux du mont Dore. A son départ en juillet 1859, nous constatons qu'il n'y a plus de dyspnée, que la respiration du côté droit est libre, moelleuse, un peu humide dans les parties supérieures.

A gauche en avant, il y a un peu de râle crépitant et davantage en arrière dans la fosse sus-épineuse, mais sans bronchophonie, et le râle est relativement très-fin.

PHTHISIE PULMONAIRE A LA DERNIÈRE PÉRIODE; BONS EFFETS DE DEUX SAISONS AU MONT DORE.

Obs. LIX.—Madame E***, 41 ans, tempérament lymphatico-nerveux, irrégularité dans les règles depuis un an, toux depuis quatre ans, qui a été toujours en augmentant et qu'aucun remède n'a pu calmer.

Matité sous les deux clavicules, plus étendue à gauche, où elle comprend deux travers de doigt; gargouillement et pectoriloquie dans ce dernier côté, mêmes symptômes dans la fosse sus-épineuse, où la matité est au plus haut degré. A droite sous la clavicule il n'y a pas de résonance marquée de la voix, mais du râle sous-crépitant humide à petites bulles. Dans la région de l'omoplate la respiration est faible, accompagnée de rhumcus sibilant et sous-crépitant; fréquentes douleurs dans le dos et sur les parois de la poitrine, dyspnée, toux très-forte, expectoration abondante, puriforme et parfois striée de sang; fièvre le soir, sueurs partielles le matin, constipation alternant avec la diarrhée, doigts hippocratiques.

Les eaux ramènent de la diarrhée d'abord, puis la tolérance s'établit, et à la fin de la saison on ne constate d'autre changement dans la situation qu'un peu plus d'appétit, moins d'expectoration et moins d'opacité dans les crachats. Des furoncles surviennent sous les aisselles. Tout cela se passait en 1858. L'hiver se passe très-bien, et cette dame revint aux eaux du mont Dore en juillet 1859 bien mieux portante que l'année précédente. Des circonstances indépendantes de ma volonté m'ont empêché d'explorer la poitrine.

Obs. LX. — Madame P***... (Voy. observation 11 de notre mémoire : *Des maladies de l'appareil respiratoire devant les eaux du mont Dore*. Paris, 1859.)

Non-seulement cette malade vit encore, mais elle a toutes les apparences d'une bonne santé.

PHTHISIE A LA TROISIÈME PÉRIODE; VASTE CAVERNE; CICATRISATION PAR DEUX SAISONS; OBSERVATION TRÈS-REMARQUABLE. (Docteur Ducloz.)

Obs. LXI. — Mademoiselle O***..., âgée de 17 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avec cheveux d'un blond châtain, réglée à l'âge de 16 ans, contracte un rhume en Normandie à la fin du mois de février 1859. Des soins de toute espèce et les médications les plus diverses ne purent mettre fin à la toux. M. le docteur Ducloz, appelé en consultation, conseille les eaux du mont Dore; la malade y arrive le 3 août 1859 dans l'état suivant :

Amaigrissement général, pâleur, fièvre continue avec redoublement le soir, forte dyspnée, impossibilité de marcher sans appui; toux fatigante, humide et fréquente, expectoration jaune, opaque, nummulaire et abondante, pas d'appétit, constipation, menstruation rare et remplacée par des flueurs blanches.

Matité dans toute la région de l'omoplate gauche, avec résonnance de la voix et de la toux, mais pectoriloquie dans toute la fosse sus-épineuse avec gargouillement.

Sous la clavicule du même côté, la matité est moins prononcée, mais la respiration est rude, râpeuse, saccadée avec bronchophonie et râle sous-crépitant humide. La partie inférieure du poumon est en bon état et dégagée de toute espèce de râle. Tout le poumon droit paraît être en bon état, si ce n'est que la respiration est exagérée.

Le traitement thermal est commencé avec la plus grande prudence et est bien supporté. Dès le 22 août on constate un état général meilleur. Les crachats sont plus rares, moins opaques, diffluents et aérés, l'appétit et l'espérance renaissent. La matité est toujours la même dans les parties signalées plus haut, et le gargouillement est masqué par une grande abondance de râle sous-crépitant fin, humide. La fièvre et les sueurs nocturnes sont moindres. La malade quitte le mont Dore, accompagnée de sa mère très-satisfaite de cette première saison.

Grâce à toute espèce de précautions hygiéniques, l'hiver se passe sans accidents, ainsi que le printemps, et la malade nous revint le 20 juillet 1860 dans un état de santé méconnaissable. En effet, il y a plus de force et d'embonpoint, peu de toux, si ce n'est le matin, avec expectoration granuleuse, opaque, mais en petite quantité.

Dans les fosses sus-épineuse et sous-épineuse du côté gauche, il y a *très-peu* de matité, mais grande faiblesse dans les bruits respiratoires, avec un peu de râle sous-crépitant humide, peu on point de bronchophonie, sans gargouillement ni pectoriloquie.

En avant sous la clavicule il n'y a plus de matité, et la respiration est plus pure, quoique plus faible que du côté opposé. Le traitement thermal est suivi dans toute sa rigueur; les règles, qui étaient affaiblies, redeviennent très-abondantes et d'une couleur convenable, les traits du visage s'animent, l'embonpoint augmente, toutes les fonctions s'exécutent bien, et chaque personne qui aborde la mère de mademoiselle O***... s'écrie : « Ce n'est toujours pas pour mademoiselle votre fille que vous venez aux eaux! »

En effet, lorsque ces dames quittèrent le mont Dore le 22 août 1860, la respiration était pure, moelleuse, aréolaire partout, excepté au sommet du poumon gauche en arrière, dans l'étendue de trois travers de doigt où elle est faible, sans murmure, mais sans expiration prolongée, avec un peu de bruit, de craquement humide pendant et immédiate-

---

Ce n'est pas tout de faire la critique des mauvais livres, il faut encore faire la guerre aux charlatans, et signaler les funestes effets de ces publications détestables qui, tout en faisant beaucoup de mal, discréditent la médecine par les fausses idées qu'ils répandent dans la foule. Pour rester dans les limites d'une étude succincte, nous prendrons pour texte de nos réflexions les deux plus récentes éditions des préceptes de l'École de Salerne et la compilation de recettes et de formules qui s'intitule : « *le Livre d'or du curé de campagne*. » Avec ces éléments, il ne sera pas difficile de compléter cette légère esquisse historique de la médecine populaire.

J. M. Guardia.

— M. Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année 1864-1865, par M. Axenfeld, agrégé.

— Par arrêté ministériel du 14 septembre, M. Jouet, professeur de physiologie et d'anatomie, et directeur de l'École d'Angers, est autorisé à se faire suppléer dans son cours pendant l'année 1864-1865 par M. le docteur Meleux, professeur suppléant à ladite École.

M. le docteur Legludie est nommé chef des travaux anatomiques à l'École d'Angers, en remplacement de M. Meleux, appelé à d'autres fonctions.

M. Dezanneaux, professeur suppléant à cette École, est nommé professeur adjoint de pharmacie et de toxicologie, en remplacement de M. Drouet, décédé.

M. Thomas, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de Reims, est nommé professeur de clinique interne à ladite École (chaire vacante).

M. Decès, professeur de pathologie externe, est nommé professeur d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Thomas, appelé à d'autres fonctions.

M. Doyen, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Decès.

— M. le docteur Schmidt est nommé aide de clinique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. le docteur Ramhach.

— M. le docteur Rey est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

— M. le docteur Ducroquet a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

ment après la toux, très-faible retentissement phonique et légère diminution de son à la percussion pratiquée avec soin. Il n'y a de dyspnée qu'en marchant un peu vite. Mademoiselle O''... s'est rendue passer l'hiver dans le midi, et à la fin de décembre 1860, sa santé ne laissait rien à désirer.

RÉFLEXIONS SUR LES OBSERVATIONS DE CE DERNIER GROUPE.

L'observation 48, madame A'..., examinée une fois par M. le docteur Devergie, n'a rien obtenu du traitement thermal. La toux, extrêmement fatigante, a été réfractaire à toutes les pratiques du traitement thermal ; l'expectoration avait seulement un peu diminué au départ; j'ignore ce qu'est devenue cette malade, je ne serais pas surpris qu'elle ait succombé.

Quant à madame E'... (obs. 49), appartenant au docteur Levavasseur, après avoir éprouvé un notable amendement dans les symptômes fébries, elle a fini par mourir au mois de février 1859 sans passer par la pneumonie.

Madame la comtesse de I'... (obs. 50) est un exemple remarquable de l'action exercée par l'eau thermale sur l'hémoptysie. Ainsi toutes les fois que madame de I'... boit les eaux transportées et chauffées au bain-marie, comme on le pratique habituellement, elle est prise d'une hémoptysie. Au contraire, en les prenant froides, elle n'a pas à craindre cet accident, et chose plus remarquable encore, bues à la source même, l'hémoptysie n'a pas lieu. Quelle peut être la raison de ce phénomène? Je l'ignore, la température du bain-marie n'était portée qu'à 45°. L'action consécutive du traitement sur l'état de la caverne a été nul ; ce fait a du reste été confirmé par M. le docteur Jadelot; quant à moi, je l'ai noté en mai 1860, les hémoptysies seulement ont cessé depuis la saison de l'année dernière.

L'observation 51 suit régulièrement une première saison en 1859, ce qui ne l'empêche pas d'éprouver pendant l'hiver trois fluxions de poitrine successives; les effets consécutifs du traitement thermal ayant été à peu près nuls.

Madame O'... revient au mont Dore en 1860, sur les conseils de son habile docteur M. Lagandré; cette dame était encore convalescente de sa dernière fluxion de poitrine. Les phénomènes ordinaires des eaux se sont produits dans l'état local; la fièvre qui existait tous les jours a diminué, l'appétit est revenu, mais nous craignons beaucoup pour l'hiver.

L'observation 52 n'a suivi cette année qu'une courte saison, sans éprouver aucun changement; une grave complication existant du côté du ventre, et pour laquelle MM. Trousseau et Durand-Fardel ont été consultés, a empêché d'appliquer le traitement dans toute sa rigueur.

L'observation 53, appartenant au docteur Guignard, a éprouvé l'année dernière une grande amélioration; les eaux ont été bues à l'entrée de l'hiver, mais nous sommes sans nouvelles depuis cette époque.

Quant aux observations 54, 55, 56, ce sont trois beaux résultats de thérapeutique thermale.

Mademoiselle E''... est envoyée en 1857 aux eaux des Pyrénées, suivant le conseil du docteur Guérineau ; les eaux furent très-mal supportées, et aussitôt qu'on voulait donner, soit un bain, soit un demi-bain, à l'instant même la voix se perdait, l'oppression et le malaise forçaient bientôt la malade de sortir de la baignoire. En juillet 1858, mademoiselle E''... arrive au mont Dore dans un grand état de faiblesse et d'irritabilité; le traitement est commencé avec les plus grandes précautions, il est très-bien supporté et produit de très-bons effets qui se contiennent tout l'hiver. Mademoiselle E''... revient en 1859, et retire les mêmes bons effets que la première fois; cependant elle n'est pas guérie, mais la toux et l'expectoration sont presque nulles.

Madame I''... (obs. 55) comme madame O''... (obs. 56) éprouvent une amélioration après une seule saison, qui ne s'est pas démentie à l'heure où nous écrivons.

Les observations 57, 58 ne sont venues qu'une année au mont Dore; il y a eu amendement sur place très-notable dans les symptômes locaux et généraux.

Quant à l'observation 59, que nous avons revue deux fois en 1858, 1859, l'état général de la santé avait continué à s'améliorer, surtout eu égard à la santé générale.

Madame I''..., qui vient aux eaux pour la cinquième fois, n'est autre que le sujet de l'observation 11 de notre premier mémoire. (*Les maladies de l'appareil respiratoire devant les eaux du mont Dore.* Paris, 1859.) Ce fait prouve les bons et remarquables effets de la cure thermale poursuivie pendant cinq ans dans une maladie primitivement jugée absolument incurable par les principaux médecins de son pays. Il y a toujours de la toux, de l'expectoration nummulaire, mais le poumon gauche, autrefois si gravement compromis, est aujourd'hui en voie de réparation.

L'observation la plus remarquable de tout ce travail est sans contredit la dernière (obs. 61); nous ne pouvons mieux faire que d'y renvoyer le lecteur.

(La fin à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

III. ZEITSCHRIFT FUER RATIONELLE MEDICIN;

par Henle et Pfeuffer.

Les tomes XVII et XVIII contiennent les articles originaux suivants : 1° *Influence de la pression du sang sur la sécrétion de l'urine*, par Max Hermann. (Nombreuses expériences. Il existe un rapport direct entre l'intensité du courant sanguin et l'abondance de la sécrétion. Celle-ci est plus lente ou plus rapide, suivant que la pression diminue ou augmente; elle cesse quand la pression est excessivement abaissée. D'autres expériences prouvent que la sécrétion dépend aussi des différences de pression qui existent entre le contenu des canaux urinaires et celui des vaisseaux sanguins. Toutefois l'auteur avertit que la pression sanguine n'explique nullement la sécrétion proprement dite : les ganglions et surtout les cellules épithéliales jouent sans doute dans ce travail le rôle le plus important.) 2° *Contributions à la physiologie de la peau*, par M. Edenhuizen. (Expériences faites au laboratoire de Goettingen sur la suppression artificielle de la perspiration cutanée. On enlevait les poils sur une partie ou sur la totalité du corps, et l'on recouvrait la partie dénudée d'un mucilage de gomme ou d'huile de lin. On a remarqué que la durée de la vie était en rapport avec la taille des animaux, les plus gros résistant plus longtemps que les plus petits.) 3° *De l'échange des gaz dans les différents organes*, par Sezelkow. (La production d'acide carbonique est plus abondante pendant la contraction musculaire qu'à l'état de repos.) 4° *Changements dans la sensation cutanée sous l'influence de l'excitation électrique*, par Nadjeschda Suslowa. 5° *Procédé pour produire artificiellement la cécité des couleurs*, par Maria Bokowa. 6° *Présence de l'ammoniaque dans le sang, dans l'urine et dans l'air de l'expiration*, par L. Thiry. (Expériences destinées à établir que l'ammoniaque existe réellement dans l'économie. L'auteur estime à 7 grammes la quantité d'ammoniaque expirée dans les vingt-quatre heures.) 7° *Contracture du métatarse*, par W. Henke. 8° *De la signification des filaments de Purkinje dans le cœur*, par Ch. Aeby. (Ces filaments trouvés contre l'endocarde sont composés de cellules.) 9° *Note sur les articulations de l'épaule et de la hanche*, par le même. 10° *Mesure de l'intensité du sommeil*, par E. Kohlschütter. (Le sommeil atteint dans la première heure son maximum d'intensité; il diminue ensuite rapidement d'abord, puis de plus en plus lentement; il est léger plusieurs heures avant le réveil.) 11° *Sur l'anatomie de l'urètre*, par Uffelmann. (Recherches sur la musculature du canal urétral, avec figures.) 12° *Fonctions des corpuscules de Vater*, par W. Krause. (Long travail dans lequel l'auteur établit que les nombreuses capsules emboîtées qui entourent l'extrémité terminale du nerf ne servent pas à protéger celui-ci, mais agissent en transformant la pression mécanique en une pression hydrostatique.) 13° *Des branches nerveuses qui pénètrent dans le crâne par le trou condyloïdien antérieur*, par H. Luschka. (Réclamation de priorité.) 14° *Sur le mécanisme de l'érection*, par J. Henle. (Le célèbre anatomiste fonde sa théorie sur une nouvelle étude du périnée dont les détails paraîtront dans le deuxième cahier de sa splanchnologie. Certaines dispositions des muscles du périnée empêchent, quand ils sont contractés spasmodiquement, le retour du sang veineux du pénis.) 15° *Études pour servir à la physiologie et à la pathologie du cerveau comme organe de l'âme*, par Rodolphe Wagner. (On sait que l'éminent physiologiste de Gœttingen s'est particulièrement occupé de ce sujet difficile. Le présent mémoire se compose de deux articles, l'un relatif à des cas pathologiques tendant à expliquer le rôle de régions isolées du cerveau, l'autre sur la mémoire des sens, les visions, les rêves, les hallucinations, etc. Ces

deux articles ont été imprimés dans le *Bulletin de l'Académie des sciences de Gœttingen*, année 1862.) 16° *De la circulation dans le foie, particulièrement de la marche du sang dans l'artère hépatique*, par Wladimir Betz (Expériences tendant à rechercher quel rôle joue l'artère hépatique; elles confirment ce qui est généralement admis, que l'artère hépatique est essentiellement nourricière, et qu'elle ne concourt qu'indirectement à la sécrétion biliaire en nourrissant les parties qui président à cette sécrétion.) 17° *Sur les éléments cartilagineux*, par W. Henke. (Recherches sur les transformations du cartilage.) 18° *Sur les effets du curare et de la respiration artificielle dans les empoisonnements par la strychnine*, par R. Richter. 19° *Contributions à l'anatomie des bâtonnets de la rétine*, par Schiess. 20° *Sur la terminaison des nerfs musculaires*, par W. Krause. 21° *Sur les vaisseaux lymphatiques dans le colon du chat*, par le même. (L'auteur a entrepris cette recherche dans le but de savoir si l'absorption qui se fait à la surface du colon a lieu par les vaisseaux sanguins seulement, ou s'il existe des vaissseaux lympbatiques pour y prendre part. Il a constaté sur le colon du chat, comme déjà on l'avait constaté chez les herbivores et chez l'homme, la présence de très-beaux réseaux lymphatiques dont il donne la description et la figure.) 22° *Recherches sur la structure intime de la rate des oiseaux*, par A. Timm. 23° *Changements cadavériques des lèvres chez les enfants nouveau-nés*, par H. Luscka. 24° *Contributions à l'étude du pouls, particulièrement du pouls dicrote*, par Oswald Naumann. (L'auteur a remarqué qu'en comprimant faiblement la sous-clavière, le pouls redevenait simple; il attribue le pouls dicrote à une augmentation d'activité du cœur ou à une diminution de la tension moyenne des vaisseaux.) 25° *Etudes physiologiques et histologiques*, par G. Valentin. (Troisième série comprenant des recherches sur les figures qu'on remarque sur le corps des spermatozoïdes de quelques mammifères, un article sur l'analyse microscopique à l'aide d'un corps à double réfraction, un autre sur les courbes que présentent certains tissus coroés et un quatrième sur quelques-unes des principales actions des muscles et des nerfs comme indépendantes des liquides qui baignent les tissus.) 26° *Influence du travail mécanique sur la fatigue des muscles*, par Théod. Leber.

Sur les effets du curare et de la respiration artificielle dans les empoisonnements par la strychnine; par le docteur R. Richter, à Goettingue.

Le *curare* et la strychnine produisant sur le système nerveux des effets directement opposés, on a pensé que ces deux poisons pourraient bien se neutraliser, et diverses expériences ont été entreprises dans ce but; mais jusqu'ici ces expériences n'ont pas confirmé la théorie. M. Richter paraît avoir été plus heureux. Ses essais, qui ont été continués pendant six mois, ont amené des résultats très-dignes d'attention. Les expériences ont principalement été faites sur des chiens, sur des lapins et sur des grenouilles. Plusieurs ont eu pour but de rechercher le mode d'action du curare. L'auteur a vu des grenouilles entièrement paralysées se rétablir complétement au bout de vingt-quatre heures. Chez les mammifères, au contraire, dès que l'action du poison se fait sentir, ses effets sont mortels. Après avoir administré à un animal une certaine dose de strychnine, l'auteur avait recours au curare, dont il augmenta successivement la dose jusqu'à 2 centigrammes; il avait soin en même temps d'entretenir artificiellement la respiration. Il est arrivé à cette conviction qu'on peut faire disparaître les effets de l'empoisonnement par la strychnine en donnant des doses suffisantes de curare et en entretenant artificiellement la respiration aussitôt que la paralysie des poumons se manifeste. Il croit que ce mode de traitement est applicable à l'homme, d'autant mieux que l'action de la strychnine est moins violente et moins rapide sur l'homme que sur les animaux.

Contributions à l'anatomie des bâtonnets de la rétine; par le docteur Schiess, à Bâle.

Les recherches de l'auteur confirment celles de Ritter, de Krause et de Manz qui établissent que les bâtonnets ne sont pas des corps homogènes comme on l'avait cru jusqu'ici, mais qu'ils contiennent un filament central analogue au cylindre axile des tubes nerveux. L'auteur durcit l'œil en le laissant séjourner un ou deux jours dans le chromate de potasse, puis dans le vinaigre de bois. Les yeux sont ensuite ouverts et placés dans la glycérine. M. Schiess s'est assuré sur des yeux de grenouille que les bâtonnets se composent d'une enveloppe, d'un contenu médullaire analogue à la moelle des nerfs et d'un fil central. Cependant, malgré cette analogie, l'auteur n'en conclut pas à la nature nerveuse de ces organes délicats.

Sur la terminaison des nerfs musculaires; par W. Krause.

Les recherches ont été faites sur le muscle rétracteur du bulbe oculaire chez le chat, muscle très-propre à ce genre d'études. On sait que les tubes nerveux primitifs, après s'être divisés, semblent s'accoler au sarcolemme des cylindres musculaires, et l'on a cru que c'était là leur terminaison. M. Krause a découvert dans cet endroit une petite plaque à laquelle le nerf aboutit, et qu'il appelle *lame motrice terminale* (lamina nervorum terminalis motoria). C'est dans cette lamelle, toujours riche en éléments nucléaires, que le rameau nerveux semble se terminer, par un, deux ou quelquefois trois, et même quatre prolongements filiformes, légèrement renflés en massue à leur extrémité. M. Krause indique avec soin le mode de préparation et les précautions qu'il faut prendre pour réussir, et il accompagne son mémoire de nombreuses et très-bonnes figures qui montrent nettement le parcours des nerfs, leur structure et leur terminaison.

Recherches sur la structure intime de la rate des oiseaux; par A. Timm (à Altona).

Ces recherches ont été faites sur la corneille, la poule, l'étourneau, plusieurs oiseaux nocturnes et quelques autres espèces. Chez tous ces oiseaux la rate se compose de la pulpe et des corpuscules de Malpighi. Ces derniers varient beaucoup pour leur abondance, même dans la même espèce. Ils sont attachés aux artères ou disposés autour de ces vaisseaux. La plupart manquent d'enveloppe propre, seulement sur quelques-uns plus gros que les autres, on trouve cette enveloppe composée de cellules fusiformes disposées sur une seule couche, et qui paraissent dériver de la tunique adventice. Les corpuscules eux-mêmes sont formés par une agglomération de noyaux et de cellules qui ressemblent aux corpuscules lymphatiques des mêmes animaux, et d'un réseau de fibres brillantes et nucléées; enfin ils sont parcourus par des capillaires.

La pulpe renferme des noyaux et des cellules semblables à celles des corpuscules de Malpighi et parcourues par des fibres, le tout déposé dans les mailles des capillaires.

Ces faits montrent que la rate des oiseaux ne diffère pas essentiellement, par sa structure, de celle des mammifères.

A. Lereboullet.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 septembre. — Présidence de M. Morin.

Du danger pour l'homme de la piqûre du grand scorpion du nord de l'Afrique, *Androctonus funestus* (Hempr. et Ehrenh.) (1); par M. Guyon.

Il est des faits sur lesquels il faut sans cesse revenir, parce qu'ils sont sans cesse contestés, et tel est, pour l'homme, celui du danger de la piqûre des scorpions d'une certaine taille, comme l'*androctonus funestus*, auquel se rapporte notre communication. Que la mort, par cette piqûre, soit rare pour l'homme, que sur cent piqûres, par exemple, elle ne s'observe qu'une fois, je le veux bien; mais la question n'est pas là, elle est tout entière dans la possibilité du fait. Les anciens n'en doutaient pas, et je remarque de suite que presque tout ce qu'ils ont dit du scorpion, en général, se rapporte à l'espèce dont nous parlons (2); les anciens, disons-nous, n'en doutaient pas. Ainsi, dans la *Pharsale*, liv. IX, Lucain dit :

« Qui croirait, à voir le scorpion, qu'il eût la force de donner une mort si précipitée?... »

« Les voyageurs arabes qui, à différentes époques, parcourent le nord de l'Afrique, n'en doutaient pas davantage.

(1) *Symb. phys. Dec. prima.* sp. VII, pl. II, fig. 5. — Gervais, dans Walckenaer, *Hist. nat. des insectes aptères*, t. III, pl. XL, n° 1.

(2) C'est le scorpion *historique*, le même qui a été figuré sur les monuments de l'antique Egypte. Je l'ai vu admirablement gravé sur une pierre antique trouvée à Sousse (Tunisie), et que portait au doigt le frère d'un médecin que nous aurons à citer plusieurs fois.

« Il naît dans les maisons de Biskra, dit Léon l'Africain, tant de scorpions et de si venimeux, qu'on meurt sitôt qu'on est piqué. » (*De la Numidie*, liv. VIII.)

« On trouve à Kons, en abondance, dit Abd-Allatif, qui était à la fois « voyageur et médecin, des scorpions dont la piqûre est souvent mor- « telle. » (*Description de l'Égypte*, chap. 1er, traduction de Sylvestre de Sacy.)

Il me serait facile de multiplier les citations, mais un plus grand nombre seraient ici déplacées.

Déjà nous avons présenté à l'Académie, dans sa séance du 15 mars 1852, plusieurs cas de mort chez l'homme par la piqûre de l'*androctonus funestus* (1); nous venons lui en présenter deux autres cas qui ne pouvaient passer inaperçus dans les lieux où ils se sont offerts. En voici, brièvement, les observations :

PIQURE SUR UN ENFANT ARABE, A EL-ASSAFIA, PETITE OASIS A 2 KILOMÈTRES SUD-EST DE LAGHOUAT.

Obs. I. — Année 1856. — Un enfant arabe de 9 à 10 ans, fils du caïd de la localité, Sidi-Hamed, est piqué à l'index de la main gauche par un scorpion qu'on put voir et écraser. C'était vers les huit heures du matin, et le lendemain, avant midi, l'enfant était mort.

La piqûre avait produit une douleur des plus vives, elle s'était continuée au fur et à mesure que le bras se tuméfiait. L'enfant avait longtemps crié, puis abondamment vomi. Au moment de la mort, la tuméfaction était grande, mais elle tenait, en grande partie du moins, à la ligature pratiquée sur le membre, au-dessus de la blesure, ainsi que font toujours les Arabes en pareil cas, lorsque le siége de celle-ci le permet.

Cette observation m'était adressée de Laghouat à Alger, par le docteur Coronat, sous la date du 21 février 1856; l'année suivante, 1857, au mois de juin, me trouvant sur le lieu même de l'accident (El-Assafia), les détails m'en furent confirmés en tous points, et ce fut par le père même de la victime, Sidi-Hamed, en présence du personnel de santé et des autorités de Laghouat.

PIQURE SUR UN ENFANT ARABE A AÏN-MADHY, OASIS AU SUD-OUEST DE LAGHOUAT.

Obs. II. — Année 1856. — En la même année, et vers la même époque où le caïd d'El-Assafia perdait son fils, le caïd d'El-Madhy, le célèbre marabout (saint) Tedjini (2), perdait, par la même cause, son fils cadet. C'était un enfant en bas âge d'environ 3 ans. Il avait été piqué à la main comme le fils du caïd Hamed. C'est ce que ce dernier nous racontait lui-même aussi en présence du personnel de santé et des autorités de Laghouat, et ne comprenant pas l'intérêt que nous attachions à son récit. La mort produite par le scorpion, nous disait-il, est fréquente dans notre pays, et nous en avons toujours des cas chaque année, tantôt sur un point, tantôt sur un autre. Un langage en tout semblable, sur le même sujet, nous avait déjà été tenu par les habitants du Ziban, en 1847 et 1855, et ceux de la Tunisie, il y a près d'un siècle et demi, n'en tenaient pas un autre au docteur Pagnius. Voici, à cet égard, les paroles de Pagnius dans une de ses lettres au célèbre Redi (de Florence) :

« Mauros illius reginnis constanter affirmare, nullum annum effluere, « quin ictu scorpionum haud pauci numero homines intereant. » (*Francisci Redi Opusculorum pars prima, sive Experimenta circa varias res naturales*, etc.)

Nous avons réuni, dans un tableau placé à la suite de notre communication, les principaux cas de mort dont nous avons eu connaissance pendant notre séjour en Algérie. Ces cas, qui nous paraissent réunir toute l'authenticité désirable, sont au nombre de onze, et ont pour sujet, savoir : 4 hommes, dont trois encore adolescents, 4 jeunes femmes et 3 enfants du sexe masculin. Il ressort de notre tableau :

1° Que les enfants, à raison sans doute de leur taille plus petite que celle des adultes, et sans doute aussi à raison de leur sensibilité plus grande que celle des derniers, sont ceux qui offrent le plus de cas de mort, et qu'après eux viennent les femmes, qui s'en rapprochent généralement sous ces deux rapports (3). D'où nous sommes conduit à rappeler les paroles de Pline, lib. XI, sur la piqûre du scorpion en général, à savoir qu'elle est mortelle pour les vierges surtout, et presque toujours pour les femmes : *Virginibus lethali semper ictu, et feminis fere in totum.*

2° Que, parmi les adultes, ceux qui offrent le plus de cas de mort sont ceux piqués à la tête, cas dans lequel la mort peut être considérée comme produite, non par une action générale du venin ou poison, mais par une extension au cerveau de la tuméfaction locale à laquelle la piqûre donne généralement lieu (1). Nous rapportons dans un autre travail (2) un cas de mort ainsi produit à la suite d'une piqûre à la face par l'*androctonus occitanus*, et qui s'est offert à Alger en 1835 chez un militaire du nom de Pétion.

Nous ferons remarquer que cette extension de la tuméfaction locale aux parties voisines n'est peut-être pas moins à craindre pour les organes renfermés dans la poitrine lorsque la piqûre a lieu dans la partie supérieure de cette cavité. Ainsi, la mort de deux femmes qui figurent au tableau précité, dont l'une avait été piquée au dos, et l'autre au-dessus du sein, pouvait reconnaître pour cause l'extension du désordre local aux organes de la poitrine. C'est, du reste, ce qui s'observe assez souvent dans la morsure des serpents, lorsque cette morsure siége dans le haut du tronc, voire même aux membres supérieurs. Qu'on me permette de rappeler à ce sujet un fait dont nous devons la connaissance au naturaliste Bosc. :

Deux chevaux sont mordus par une vipère noire le même jour et dans la même enceinte. Chez l'un, la blessure était à la jambe de derrière, et, chez l'autre, à la langue. Le dernier mourut au bout d'une heure, et l'on constata que la tuméfaction, bientôt survenue à la langue, s'était propagée à la glotte et l'avait fermée, d'où l'asphyxie de l'animal. L'autre cheval en fut quitte pour une enflure de quelques jours, avec un état de faiblesse qui dura un peu plus (3).

Le danger pour l'homme, de la piqûre de l'*androctonus funestus*, nous paraît ressortir suffisamment des faits que nous avons rapportés jusqu'à ce jour. La mort est rare sans doute, puisque, depuis que nos possessions en Algérie se sont avancées jusqu'aux limites du désert, —ce qui remonte à l'année 1844 pour la contrée du Ziban, — nous n'y avons encore eu aucun décès par piqûre de scorpion. Cette piqûre, pourtant, y est fréquente, journalière pour ainsi dire, surtout en été, à ce point que, pour le seul cercle de Biskra, on en a enregistré jusqu'à 121 dans le court espace de neuf mois, ainsi qu'il résulte du tableau placé plus loin (4).

Ce résultat négatif en rappelle un autre en la même matière: il remonte un peu haut dans l'histoire, ce qui en diminue sans doute la valeur, mais je n'en demande pas moins la permission de le rapporter.

On sait que, lors de la persécution vandale en Afrique, les chrétiens qui voulaient conserver leur foi étaient exilés dans les déserts de l'intérieur, où le scorpion n'était pas moins multiplié qu'aujourd'hui. Or aucun d'eux, jusqu'au moment où Victor de Vite écrivait: aucun d'eux, Dieu les protégeant, d'après l'historien, n'avait encore eu à souffrir de son redoutable venin : *Quorum feritus virulenta usque ad præsens, Christo defendente, nullum servorum ejus docetur nocuisse.* (Victor de Vite, *Persecutionum Africæ*, lib. II.)

Mais si, malgré tout ce que nous avons dit jusqu'à présent, l'homme a peu à craindre pour sa vie de la piqûre de l'*androctonus funestus*, il en est tout autrement et pour le chien et pour le lapin parmi les mammifères, et pour la poule et le pigeon parmi les oiseaux, animaux qui, eux, au contraire, succombent fréquemment et rapidement à sa piqûre, voire même à celle de l'*androctonus occitanus*. C'est ce que nous avons établi par des expériences déjà connues de l'Académie (communiquées dans sa séance du 31 janvier 1842), et qui seront corroborées par d'autres dont nous ferons le sujet d'une nouvelle communication.

Ici j'appellerai l'attention de l'Académie sur deux agents thérapeutiques qui, dans le traitement de la piqûre du scorpion, comme dans ce-

(1) Six, dont trois chez des hommes, deux chez des femmes, et l'autre chez un enfant.

(2) L'un des personnages les plus influents de son temps, rival d'Abd-el-Kader, contre lequel il soutint, dans Aïn-Madhy, un siége qui a laissé des souvenirs dans le pays.

(3) Des faits assez multipliés établissent que les femmes et les enfants sont généralement plus accessibles à l'action des poisons que les adultes.

(1) Ceci se trouve corroboré par une observation du docteur Lumbroso qui, ayant plusieurs fois parcouru la régence de Tunis (avec les troupes du bey, pour recueillir l'impôt, a souvent été témoin de piqûres de scorpion. Je le laisse parler : « Je me souviens d'avoir vu un grand nombre d'individus d'un âge avancé ressentir avec moins de force l'action délétère du venin, tandis qu'au contraire j'avais beaucoup de peine à obtenir, sur les hommes encore jeunes, la guérison désirée. » (Lumbroso, *Lettres médico-statistiques sur la régence de Tunis*, p. 60. Marseille, 1860.)

Dans des conclusions sur l'action du venin en général, le même auteur formule ainsi, p. 61, celle portant le n° 5 : « Qu'il semble que les hommes jeunes en sont plus fortement atteints que les adultes. »

(2) Sur la piqûre de l'*androctonus occitanus*.

(3) Article Vipère, *Dictionnaire d'histoire naturelle*, publié par Deterville.

(4) Dans un mémoire sur les services du docteur Cuny, qui a servi en Algérie et en Égypte, on lit, p. 13 :

« Sur 156 individus morts durant le mois de Chahan 1264, dans la province de Wadi-Halfé, 9 avaient succombé à des piqûres de scorpion. » En revanche, on lit aussi dans le même mémoire, « qu'en moins de deux ans, dans la seule province d'Assiout, près de 5,000 personnes ont été traitées avec succès de morsures et de piqûres venimeuses. »

Je remarque que le scorpion auquel il faut rapporter les piqûres dont il est question ici n'est autre que l'*androctonus funestus*, qui paraît s'avancer très-loin dans l'intérieur de l'Afrique.

lui de la morsure du serpent, ont peut-être fait autant de mal que les accidents auxquels on les oppose : nous voulons parler de la ligature appliquée au-dessus de la partie blessée, dans le but de ralentir la marche du venin, et de l'ammoniaque administrée à l'intérieur.

La ligature appliquée par les personnes étrangères à l'art, soit pour la piqûre du scorpion, soit pour la morsure du serpent, est généralement exercée ou trop fortement ou trop longtemps, et de là des sphacèles envahissant tout le membre blessé, en compromettant plus ou moins la vie des sujets. J'en possède par devers moi de nombreux exemples recueillis en Afrique et en Amérique.

L'ammoniaque employée à l'intérieur, dans les deux cas dont nous parlons, présente, de son côté, les plus graves inconvénients, à raison des doses exorbitantes auxquelles on la porte souvent. Ainsi, un militaire de la Martinique, dont nous avons donné ailleurs l'observation (1), a bien évidemment succombé à un empoisonnement par l'ammoniaque employée à des doses inconsidérées après une morsure de serpent.

Que cet agent soit utilisé à l'extérieur comme caustique, et dans la piqûre du scorpion et dans la morsure du serpent; qu'il y soit même préféré à d'autres caustiques, à raison de la commodité de son application, rien de mieux; mais qu'on l'emploie aussi à l'intérieur dans les mêmes circonstances, c'est ce qu'on comprend peu, à moins de raisonner comme le public pour qui, ordinairement, ce qui est bon pour l'extérieur doit l'être également pour l'intérieur. Je sais bien que l'ammoniaque à l'intérieur porte à la peau, favorise la transpiration; mais nous avons bien d'autres moyens que l'ammoniaque pour amener ce même résultat. Dans tous les cas, son administration à l'intérieur ne devrait jamais être faite que par un homme de l'art; elle nous paraît trop dangereuse entre des mains qui lui sont étrangères.

Je termine ma communication en rapportant les deux tableaux annoncés plus haut; le second est suivi d'un autre sur les piqûres qui se sont présentées à Sousse en 1850, et dont les malades ont été admis à la maison ou à l'infirmerie des religieuses françaises de cette localité.

NOTA. — Ces différents tableaux, à raison de leur étendue, n'ont pu trouver place ici.

DE L'INFLUENCE DES FONCTIONS SUR LA STRUCTURE ET LA FORME DES ORGANES. Communication de M. C. SÉDILLOT

Nos expériences sur la régénération des os à la suite des résections nous ont révélé des changements si considérables dans certains os congénères, qu'il nous a semblé intéressant de les étudier particulièrement et de les rattacher aux lois d'influence réciproque des organes et de leurs fonctions.

De grands naturalistes ont soutenu sur ce sujet des doctrines opposées. Buffon, Cuvier, Flourens disent : Tout change dans l'organisme, les parties constituantes se renouvellent incessamment par la nutrition, mais la forme ne change pas et reste la partie fondamentale de l'être.

Les autres avec Lamarck, Geoffroy-Saint-Hilaire, Darwin, etc., soutiennent que la fonction fait l'organe, et que l'organisme est variable dans sa forme et susceptible des plus nombreuses et des plus profondes modifications.

Si l'on considère un être quelconque dans des conditions et des milieux déterminés, c'est-à-dire constants, la proposition de Cuvier est d'une vérité absolue; mais si l'on suppose des changements de condition et de milieu, cette proposition n'offre plus la même exactitude, comme en témoignent encore aujourd'hui les variétés de grandeur, de proportion, de force et d'intelligence des différentes races d'une même espece et les difformités congénitales ou acquises dont chaque individu peut être atteint.

Pour ramener à une simple question d'anatomie et de physiologie pathologiques le champ si étendu d'un pareil problème, nous nous bornerons aux rapports des organes aux fonctions et réciproquement puisque les exemples dont nous nous occuperons portent sur des faits de ce genre, empruntés à l'appareil locomoteur.

Quand on dit : Les organes font la fonction, on exprime une idée nécessaire, en ce sens que toute fonction est le résultat d'un organisme en activité, et que sans organe on ne saurait comprendre de fonctions possibles.

Mais lorsqu'on affirme cette autre proposition : La fonction fait l'organe, on exprime une idée complexe qui a besoin d'explications et de commentaires pour être exactement appréciée.

Aucune fonction ne pouvant exister par elle-même, indépendamment des organes qui l'accomplissent, les fonctions, comme causes, se trouvent réduites à des activités organiques plus ou moins énergiques, normales ou pathologiques; la digestion, par exemple, ne produira pas d'organes digestifs, puisqu'elle n'est que ces organes en action; mais elle pourra en augmenter ou en diminuer le volume et l'étendue, et en modifier la structure par la nature et la quantité des éléments ingérés, etc.

Les mouvements ne feront pas l'appareil locomoteur, puisqu'ils sont cet appareil même en activité, mais ils développeront et augmenteront la force musculaire, la résistance des tendons, la solidité et le volume des os. Si, par suite d'un pied bot équin compliqué de varus, on ma che sur la face dorsale du pied, l'épiderme épaissi, le derme plus fibreux, les couches cellulo-graisseuses plus épaisses, finiront par représenter la structure normale du talon, et la fonction aura fait l'organe; mais la fonction aura été exercée par la jambe et le pied, avec leurs os, leurs muscles, leurs vaisseaux et leurs nerfs, et ce seront les changements de direction, de forme, de traction, de pression, d'innervation, de circulation et de nutrition subis par les organes qui auront été en définitive l'origine des modifications que nous indiquons.

La fonction, se trouvant ainsi ramenée à l'idée simple d'un organe en activité ou en mouvement, présente deux sujets d'étude des plus importants, l'un comprenant les tendances de chaque être à persister dans sa propre forme et à y revenir en cas d'écart, l'autre relatif aux exceptions de cette loi sous l'influence de conditions variables.

On s'explique ainsi pourquoi les muscles extenseurs ou fléchisseurs sont réunis ou divisés en faisceaux, selon que les doigts ont été soumis à des mouvements distincts ou à des mouvements de totalité.

Les membranes synoviales accidentelles, les fausses articulations reproduiront d'une manière fort remarquable les formes des jointures normales. Le rétablissement de la continuité des os, des tendons, des nerfs, de l'œsophage, de l'urètre et la reconstitution de nos organes altérés rentreront dans l'ordre des mêmes faits.

Toutefois, l'ignorance où l'on est encore du mécanisme de quelques-unes de ces transformations en rend l'étude attrayante, et nous exposerons les modifications si curieuses que nous ont présentées les os à la suite des resections.

Si l'on a enlevé une portion de l'un des os de la jambe ou de l'avant-bras, et que cet os ne se soit pas reproduit, l'os congénère s'hypertrophie de manière à atteindre un volume égal à celui des deux os dont il est appelé à remplir seul les fonctions. Ce phénomène est des plus évidents sur les chiens dont on a reséqué le tibia. Le péroné est chez ces animaux presque filiforme et offre à peine la cinquième partie de la grosseur de l'os congénère, et cependant il acquiert bientôt le volume de ce dernier et peut même le dépasser.

Dans une de nos expériences, le péroné, qui n'avait que 3 millimètres de diamètre à l'état normal, en a offert 10 dans le point correspondant à la resection tibiale, et les mêmes faits s'observent au cubitus et au radius à la suite de la resection partielle de l'un de ces os.

Au premier abord, cette ampliation proportionnelle, cette sorte de transport de la matière osseuse de l'os reséqué sur l'os congénère, de manière à lui conserver le volume et la force des deux os, paraissent merveilleuses, et cependant les causes en sont très-simples. Dans tous les cas où nos organes locomoteurs sont soumis à une énergique activité, nous les voyons prendre plus de volume et de force. C'est ainsi que le côté droit du corps est généralement plus développé que le côté opposé, tandis que le contraire se remarque chez les gauchers. Les maîtres de boxe et d'escrime ont le bras droit beaucoup plus volumineux que le gauche. Les mouvements accélérant l'innervation et la circulation rendent la nutrition plus active.

La densité du tissu osseux est d'une égale importance. Tous les animaux appelés à supporter des efforts considérables et prolongés ont les os très-compactes et comme éburnés. C'est une observation facile à vérifier au musée anatomique de l'École d'Alfort, où l'on conserve le squelette de plusieurs chevaux renommés pour leur rapidité exceptionnelle.

Dans nos expériences sur les os, les ruginations, les perforations, l'introduction dans le canal médullaire d'un corps étranger, déterminent la formation très-rapide de nouvelles couches osseuses, et les mêmes modifications surviennent dans les membres dont un des os a été enlevé. Les pressions, les tractions, les courbures, développées et subies, provoquent l'irritation nutritive des cellules plasmatiques, et l'hyperostose ne s'arrête qu'au moment où l'organe s'est mis en rapport de puissance avec les efforts à supporter.

Si l'os est trop faible, il se brise, se raccourcit et se réunit par un cal aux extrémités de l'os reséqué, ou bien chevauche sur lui-même et se double de manière à acquérir plus de résistance.

Les mêmes phénomènes s'observent tous les jours sur l'homme, et il suffit de jeter les yeux sur une série de fractures de l'avant-bras pour constater les différences de volume offertes par le radius ou le cubitus qui peuvent dans les cas de fracture double former un cal commun ou s'envoyer des tiges osseuses de support, transversales ou obliques, pour accroître leur solidité.

Quoique je ne possède pas d'exemples de pertes de substance du tibia compensées par un développement proportionnel du péroné, je ne doute pas que l'on n'en rencontre, et l'on s'expliquerait ainsi comment la jambe a repris sa force et ses fonctions, quoique le tibia n'ait pas été reproduit. Nous ne pouvons passer en revue les prodiges de mécanique accomplis par des os reséqués ou fracturés avec ou sans nouvelles ossifications et disposés en arcs-boutants, en voûte, en arceaux, en barres

(1) *Des accidents produits dans les trois premières classes des animaux vertébrés par le* trigonocephalus lanceolatus, *vipère de la Martinique et de Sainte-Lucie.*

transversales ou obliques, dans le but d'augmenter la résistance totale du squelette du membre et d'en assurer les fonctions. Les cellules plasmatiques, avant de devenir osseuses, sont disposées en masses, en chapelets, en lamelles, en filaments, et l'ossification s'achève, s'arrête ou se ralentit selon les mille degrés de pression qui en règlent la marche et l'activité. A la suite d'une resection partielle de 3 centimètres du radius à deux travers de doigt de sa jointure carpienne, sur un chien de moyenne taille, nous trouvons les deux extrémités radiales non réunies par défaut d'ossification régénératrice, mais arc-boutées contre la face correspondante du cubitus, qui a augmenté de volume et s'est creusé de deux petites cavités, assez profondes pour recevoir les bouts du radius et leur offrir des points de support et d'appui. On admire au premier abord cet ingénieux mécanisme, si bien calculé pour rétablir la solidité des os. Avec un peu de réflexion, l'on comprend bientôt cependant la simplicité et la nécessité de ce résultat. Dès que le radius manquait à peu de distance de l'articulation carpienne, la patte, ne rencontrant plus de résistance de ce côté, s'y inclinait fortement, et tendait à rapprocher l'un de l'autre les bouts de l'os reséqué. Mais le cubitus, ne cédant pas, devenait point d'appui pour les deux extrémités radiales qui s'y trouvaient portées par le renversement de la patte, le raccourcissement latéral du membre, l'action des muscles et l'élasticité des parties. Tous les os en contact s'engrènent réciproquement s'ils sont pressés l'un contre l'autre, et le plus mobile creuse une cavité de réception sur celui qui l'est moins. Le problème devenait dès lors d'une explication facile; tout y était clair, régulier et nécessaire.

Il nous semble inutile d'entrer dans plus de détails sur ces faits curieux; nous croyons les avoir résumés de la manière la plus concise en disant que la matière osseuse semblait proportionnelle aux effets à supporter, et qu'il suffisait d'enlever une certaine longueur de l'un des os de l'avant-bras ou de la jambe pour que l'os conservé s'hypertrophiât et acquît au bout de peu de temps un accroissement de volume égal à celui de l'os reséqué.

Le phénomène est des plus remarquables sur le chien, comme nous l'avons signalé, dont le péroné, étant cinq ou six fois plus petit que le tibia, en égale et même en dépasse bientôt la grosseur. Nous nous expliquons ainsi comment nos resections longitudinales sont si promptement suivies de la régénération complète de l'os. Ce sera également un nouveau motif de hardiesse et de confiance pour les chirurgiens, dans la pratique des évidements osseux sous-périostés.

— M. FROMENTEL adresse de Gray (Haute-Saône) une note ayant pour titre : « Sur la fermentation, la gangrène et les microzoaires dits *ferments*. »

« Les recherches que j'ai faites sur la fermentation putride, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, recherches qui remontent déjà à plusieurs années, m'ont donné la conviction que cette fermentation se fait sans le secours des microzoaires, et que ceux-ci ne s'y développent que parce que ce milieu leur convient. Je me suis donc trouvé dans la nécessité de combattre une théorie qui a été récemment accueillie avec une grande faveur; mais je pense qu'en même temps j'ai fourni une preuve de plus contre les partisans de la génération spontanée. »

Cette note est renvoyée à l'examen de la commission nommée dans la séance du 4 janvier dernier, à l'occasion du débat sur la question des générations dites spontanées, commission qui se compose de MM. Flourens, Dumas, Brongniart, Milne Edwards et Balard.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de l'auteur, M. Paolini, professeur de physiologie à l'Université de Bologne, un mémoire imprimé ayant pour titre : « De quelques influences spéciales du système nerveux sur le mouvement du cœur. »

M. Bernard est invité à prendre connaissance de cet ouvrage et à en faire l'objet d'un rapport verbal.

M. le Secrétaire perpétuel présente également un ouvrage de M. F. A. Zenker, professeur d'anatomie pathologique à Erlangen, « sur les altérations du système musculaire dans la fièvre typhoïde. » Ce travail, destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, est transmis par M. Duchenne (de Boulogne). Dans une lettre jointe à cet envoi, l'auteur rappelle qu'il a déjà entretenu l'Académie de ses recherches sur ce sujet (*Comptes rendus*, séance du 29 avril 1861). « Depuis cette époque, dit-il, de nouvelles observations ont pleinement confirmé les résultats que j'avais présentés sous forme d'une série de propositions, et jettent un grand jour sur la valeur pratique des faits annoncés. Comme en montrant que dans la convalescence des fièvres typhoïdes il y a régénérescence des tissus musculaires, j'ai constaté un fait important au point de vue physiologique et pathologique et jusque-là non admis, j'ai cru utile de donner dans ma nouvelle publication un essai historique et critique sur la doctrine de la régénération et du développement accidentel du tissu musculaire. »

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre du commerce et de l'agriculture transmet un rapport présenté par M. le docteur Germain (de Lille), au comité central de vaccine du département du Nord. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une observation de fracture de jambe non consolidée après trois mois de traitement et guérie par les injections iodées entre les fragments, par M. le docteur Foucard (de Pont-Sainte-Maxence). (Comm., M. Michon.)

2° Une note sur l'usage du manioc considéré comme cause de la fièvre jaune et de toutes les maladies endémiques des Antilles et du Mexique, par M. Noudaille, capitaine en retraite. (Comm. de la fièvre jaune.)

— M. POGGIALE présente, au nom de M. Girardin (de Lille) : 1° un mémoire sur l'histoire technique de l'arsenic; 2° un autre mémoire sur l'abus de l'eau-de-vie et des autres liqueurs fortes; 3° une lettre de M. Dumas sur les fraudes commises dans le commerce des engrais.

— M. LARREY offre en hommage au nom de l'auteur, M. Artigues, chef du service médical militaire d'Amélie-les-Bains, un mémoire sur cette station d'eaux minérales.

— M. BRIQUET présente, au nom de M. Brochard (de la Tremblade), un mémoire sur l'action des bains de mer chez les enfants.

— M. LE PRÉSIDENT, au nom de M. le ministre, invite MM. les membres de l'Académie, rapporteurs des commissions permanentes pour la variole, la rage, etc., etc., à hâter leurs travaux à ce sujet.

— M. BERTHELOT offre à l'Académie un nouvel ouvrage qu'il vient de publier.

J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie un ouvrage que je viens de publier sous le titre de *Leçons sur les méthodes générales de synthèse en chimie organique, professées en 1864 au Collège de France* (un vol. in-8, chez Gauthier-Villars). Cet ouvrage renferme l'exposition des méthodes par lesquelles nous pouvons aujourd'hui fabriquer les matières organiques au moyen des éléments qui les constituent. J'entends par là la formation des principes immédiats, mais non celle des éléments anatomiques, tels que fibres, cellules, etc., problème très-différent et qui ne relève pas de la chimie.

J'expose comment nous pouvons aujourd'hui réaliser la formation des matières organiques à l'instar de la nature vivante. Non-seulement le résultat est le même, mais les voies suivies présentent de grandes analogies.

En effet, dans nos laboratoires comme dans les végétaux, la formation des matières organiques s'opère par la réduction de l'eau et de l'acide carbonique. Cette réduction a pour effet, dans les deux cas, de mettre en présence le carbone, l'hydrogène et l'oxygène à équivalents égaux. D'où résulte, dans les végétaux comme dans nos laboratoires, la formation des premiers composés hydrocarbonés.

A la vérité, nous opérons à l'aide de la chaleur, et nous procédons par voie de complication graduelle, tandis que les végétaux opèrent à l'aide de la lumière, et semblent atteindre tout d'abord le degré le plus élevé de la synthèse.

Sans dissimuler ces différences, que l'avenir éclaircira sans doute, j'ajouterai que l'oxyde de carbone est le point de départ de la formation des matières organiques artificielles, et que ce même oxyde de carbone semble être également l'origine de la formation des matières organiques naturelles, comme il est permis de le supposer d'après sa manifestation, normale ou accidentelle, dans la respiration des végétaux.

Dans la formation des matières organiques artificielles on observe fréquemment cette intervention du temps, qui caractérise d'une manière si remarquable les réactions opérées dans les êtres vivants. Elle préside à la synthèse de l'acide formique par la combinaison de l'oxyde de carbone et des éléments de l'eau. C'est aussi par le concours du temps que j'ai réalisé la synthèse des corps gras naturels.

Je mets également en lumière dans les composés organiques artificiels certains autres caractères propres aux composés organiques naturels, différents de ceux que l'on est accoutumé de rencontrer dans les substances minérales, et en apparence inexplicable par le jeu normal des affinités. C'est l'existence de ces caractères dans les composés organiques naturels qui avait fait admettre pendant si longtemps comme nécessaire l'intervention de la force vitale dans leur formation.

« La force vitale, disait-on, opère seule par synthèse et reconstruit « l'édifice abattu par les forces chimiques. » Citons un exemple. L'oxyde de carbone résulte de la combustion incomplète du carbone : il est susceptible de brûler complétement en produisant de l'acide carbonique. Il dégage ainsi une certaine quantité de chaleur. D'autre part, l'acide formique renferme les éléments de l'oxyde de carbone unis aux éléments de l'eau, c'est-à-dire d'un corps complétement brûlé. Or la combustion de l'acide formique dégage beaucoup plus de chaleur que celle de l'oxyde de carbone; elle en dégage autant que pourrait en produire

le carbone contenu dans cet oxyde, s'il n'avait subi aucun commencement de combustion. Il semble donc que dans la production de l'acide formique il se soit accompli un travail inverse de celui qui avait été d'abord effectué par le jeu normal des affinités lors de la production de l'oxyde de carbone.

Si ce résultat était réalisé seulement dans les êtres vivants, on serait porté à invoquer le jeu exceptionnel d'une force nouvelle, agissant au rebours des affinités. Mais je démontre précisément comment l'acide formique peut être obtenu en associant l'oxyde de carbone aux éléments de l'eau par une synthèse directe et sous l'influence de conditions purement chimiques. Les caractères anormaux que possèdent les matières organiques naturelles se retrouvent donc dans les matières organiques artificielles.

En résumé, nous pouvons combiner le carbone et l'hydrogène de façon à reproduire les composés organiques au moyen de l'eau et de l'acide carbonique; nous procédons dans cette reproduction d'abord à l'aide de l'oxyde de carbone, puis à l'aide d'un groupement renfermant les trois éléments fondamentaux à équivalents égaux, comme paraissent le faire les végétaux; nous avons recours à l'intervention du temps, si prononcée dans les êtres vivants. Enfin nous obtenons par l'art des composés hydrocarbonés doués de propriétés spéciales, et qui s'écartent des propriétés ordinaires, des composés minéraux, circonstance qui avait paru d'abord rendre nécessaire le concours de la force vitale dans les métamorphoses chimiques des matières organiques.

C'est le tableau général de ces formations et le développement des procédés expérimentaux à l'aide desquels on peut les réaliser, que je me suis proposé de retracer dans l'ouvrage que j'offre aujourd'hui à l'Académie.

LECTURES. — REMÈDES SECRETS.

M. ROGER lit une série de rapports sur les remèdes secrets. Les conclusions, défavorables à l'application des décrets, sont mises aux voix et adoptées.

POLYPES FIBREUX DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE; NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

M. BONNAFONT lit deux observations de polypes fibreux du conduit auditif externe, qui étaient insérés sur la membrane du tympan conservée intacte. Des cautérisations avaient été faites infructueusement. La ligature avec un fil de soie par le procédé de M. Bonnafont avait été également insuffisante. Un procédé plus expéditif a été employé. Une anse de fil de platine a été passée autour du pédicule pendant que le polype était tiré avec une pince à griffes. Le fil a été serré à l'aide d'un serre-nœud spécial sur lequel le fil s'enroule autour d'une vis. Les deux opérations ont été couronnées de succès.

A la fin de ce travail, M. Bonnafont attire l'attention sur les sensations éprouvées par les malades quand on touche avec un instrument ou quand on cautérise la membrane du tympan. Dans le premier cas, les phénomènes sympathiques réflexes se passent du côté de l'œil et de la glande lacrymale; dans le second cas, il y a des picotements à la base de la langue et de la salivation légère.

SUR LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LES SUBSTANCES VOLATILES PROVENANT DES MATIÈRES AYANT SERVI A L'ÉPURATION DU GAZ DE L'ÉCLAIRAGE.

M. COMMENGE, ancien interne de Saint-Lazare, lit un mémoire sur ce sujet.

Voici le résumé de ce travail, résultat d'une enquête faite pendant plusieurs mois :

Du 1er mars au 1er juillet 1864, il y a eu 142 enfants atteints de coqueluche qui ont demandé à être admis dans l'usine de Saint-Mandé. Sur ce nombre, 54 enfants n'ayant fait qu'une ou deux visites, ne peuvent pas être considérés comme ayant essayé sérieusement la médication; ils ne peuvent donc pas entrer en ligne de compte dans l'appréciation des faits observés. Il reste à examiner les résultats obtenus chez les 88 enfants qui ont été soumis sérieusement à l'influence de l'atmosphère de la salle d'épuration.

Sur ces 88 observations, il y a 54 guérisons; 24 fois il y a seulement de l'amélioration, et, enfin, dans 10 cas, la médication a complétement échoué.

Parmi les 88 malades soumis sérieusement à l'influence de l'atmosphère de la salle d'épuration, je n'en trouve que 23 qui n'aient pas été traités antérieurement; les 65 restants, c'est-à-dire plus des deux tiers, avaient été soumis, sans résultat, à des médications très-variées.

Sur ces 88 enfants, il y en a 61 chez lesquels les symptômes de la coqueluche étaient très-violents; dans 27 cas, la maladie était de moyenne intensité.

Lorsque les jeunes malades ont commencé les séances dans la salle d'épuration, la coqueluche était à la période du début, c'est-à-dire qu'elle avait au plus trois semaines d'existence, chez 51 d'entre eux; dans les 37 cas restants, son début remontait à un, deux et trois mois.

Pour ces derniers, comme pour les précédents, l'influence de la respiration dans l'atmosphère gazeuse agissait de la même façon. L'ancienneté de la maladie ne prouvait pas qu'elle fût à la période du déclin; le plus souvent, en effet, les petits malades n'étaient conduits à l'usine à gaz que lorsque la coqueluche avait pris une nouvelle intensité et que tous les symptômes étaient devenus très-aigus. Lorsque l'amélioration ou la guérison était obtenue, le résultat ne pouvait donc pas être considéré comme la suite naturelle d'une maladie qui était en train de disparaître.

L'examen des 24 observations, où je n'ai constaté que de l'amélioration, montre que, dans cette série, la moyenne des séances a été de 9, avec cette particularité utile à noter et qui corrobore la remarque faite plus haut : c'est que, dans les 16 cas où la maladie était dans la première période, la moyenne des séances est de 8; elle est de 10, au contraire, dans les 8 cas où la coqueluche existait depuis longtemps.

Les 54 exemples de guérison que j'ai observés ont obtenu de l'amélioration, dans la plupart des symptômes, après 5 séances en moyenne; pour arriver à la guérison, la moyenne des séances a été de 12 plus une fraction.

Dans ces 54 observations, il en est 38 où la coqueluche avait une grande intensité; dans ces cas, la moyenne des séances pour arriver à la guérison a été de 14. Dans les 16 faits où la coqueluche était peu grave, la moyenne des séances n'a été que de 10.

La coqueluche était à la période du début dans 28 de ces observations; la moyenne des séances a été de 12 5/10es; dans les 26 cas où elle était de date plus ancienne, la moyenne a été de 11 7/10es. La différence peu marquée de ces deux résultats confirme ce que j'ai dit précédemment, à savoir : que l'efficacité de la médication était indépendante de l'âge de l'affection.

Je n'ai pas remarqué que l'âge des enfants ait eu une importance quelconque sur le résultat de l'expérimentation, car j'ai constaté la guérison chez des enfants ayant quelques mois à peine aussi bien que chez ceux qui avaient plusieurs années.

L'ensemble des résultats obtenus ayant été signalé, il me reste à faire connaître les différents phénomènes qui se produisent chez les petits malades lorsque la guérison survient ou seulement lorsqu'on ne constate que de l'amélioration.

Comme je l'ai dit plus haut, la moyenne générale des guérisons n'avait lieu qu'après la douzième séance; mais l'amélioration dans la plupart des symptômes se produisait dès les premiers jours. Les signes d'amélioration qui se montraient tout d'abord consistaient dans la réapparition de l'appétit, le retour de la gaieté et des forces, et la diminution dans l'acuité des principaux phénomènes de la maladie. Le retour de l'appétit est le premier signe d'amélioration le plus général et le plus constant.

Avec ces différents signes d'amélioration on voyait disparaître l'état fébrile, souvent très-intense, et un sommeil réparateur remplaçait l'agitation des nuits précédentes. Des caractères nouveaux d'amélioration survenaient et ceux-ci se montraient plus spécialement dans le nombre et l'intensité des quintes : l'enfant souffrait moins lorsqu'il était pris d'un accès de toux; il n'y avait plus d'étouffement ni de menace d'asphyxie comme précédemment et le sifflement caractéristique de la fin de la quinte était moins vibrant ou disparaissait entièrement. Quelquefois le sifflement ne se produisait plus, alors qu'il restait encore des quintes, et ce fait caractérisait l'amendement du côté de la toux. Peu à peu les quintes qui avaient perdu de leur intensité devenaient moins nombreuses, puis disparaissaient progressivement, ne laissant à leur suite qu'un peu de toux sans signification spéciale.

J'ai eu à constater, parfois, des phénomènes différents; dans quelques circonstances, l'amélioration de la toux n'était pas consécutive à l'amendement survenu dans l'état général; les quintes restaient aussi nombreuses et aussi violentes, alors que l'appétit avait reparu, que le sommeil et les forces étaient revenus et que la gaieté et la fraîcheur de la physionomie avaient succédé à l'abattement et à la pâleur. C'est dans ces cas principalement que j'ai vu les séances dans la salle d'épuration arriver à un chiffre très-élevé.

Tel est, en général, la série des différents phénomènes qui se produisaient lorsque les malades étaient soumis au traitement par la respiration des vapeurs de la salle d'épuration. Dans quelques cas cependant les choses se sont passées différemment; au lieu d'amener de l'amélioration, le traitement a semblé, dans les quatre, cinq et six premiers jours, augmenter l'intensité des symptômes de la coqueluche et déterminer de l'agitation et de l'insomnie. Dans ces circonstances, quelques personnes ont cru devoir cesser les visites à l'usine et ont vu la coqueluche se perpétuer chez leurs enfants; d'autres, au contraire, suivant mes conseils, ont continué à soumettre leurs enfants aux émanations de la salle d'épuration. Leur constance a presque toujours été récompensée, cette exacerbation a bientôt cessé et peu après se sont montrés les signes d'amélioration qui apparaissaient dans l'ordre déjà indiqué.

Les faits de guérison observés ne peuvent être attribués à aucun autre traitement qu'à l'action des vapeurs des matières de l'épuration. Constamment, en effet, on a cessé, sur mon conseil, tout traitement antérieurement employé pour s'en tenir exclusivement aux visites à l'usine.

Ce travail me semblerait incomplet si je n'avais vu que le côté favorable de la médication; je devrais chercher à découvrir, en même

temps, s'il y avait inconvénient et danger pour les enfants à respirer, pendant deux heures, dans la salle d'épuration. Dans tous les faits observés je n'ai jamais constaté un accident sérieux survenu à la suite de ces inhalations; l'exacerbation de quelques symptômes et un peu d'agitation constatés dans les quatre ou cinq premiers jours, chez un très-petit nombre de malades, voilà les seuls accidents qui aient attiré mon attention. Pour certains enfants, on ne s'est pas contenté des séances dans l'usine de Saint-Mandé, et quelques parents ont emporté chez eux de la matière à épuration, et l'enfant dormait dans la chambre où elle était déposée; non-seulement il n'y a pas eu d'accidents dans ces cas, mais on constatait, au contraire, un amendement plus marqué dans les symptômes de la maladie, et la guérison arrivait, dans ces circonstances, plus rapidement que lorsqu'on se contentait des séances à l'usine. Au reste, depuis plusieurs années que je donne mes soins aux ouvriers de l'usine de Saint-Mandé, j'ai constaté que les hommes qui travaillent à l'épuration sont rarement malades, et que les seules affections pour lesquelles ils me consultent, en général, sont des maladies très-légères de la peau. L'innocuité de l'atmosphère de la salle d'épuration, chez les ouvriers qui y travaillent dix et douze heures par jour, pouvait me faire admettre l'innocuité pour les petits malades, alors que l'expérience ne m'en eût pas démontré la réalité.

De l'ensemble des considérations que j'ai présentées, je puis déduire les conclusions suivantes :

1° Le traitement de la coqueluche par la respiration des vapeurs qui se dégagent des matières ayant servi à l'épuration du gaz, donne les meilleurs résultats.

2° Chez la grande majorité des malades, la guérison est le résultat ordinaire de ce traitement, même dans les cas où ont échoué les médications réputées les plus efficaces.

3° La guérison se produit, sous l'influence de ce traitement, à toutes les périodes de la maladie.

4° Elle se produit quel que soit l'âge des enfants malades.

5° Lorsque la guérison ne se produit pas, on observe presque toujours une grande amélioration dans la plupart des symptômes pénibles de l'affection.

6° Le nombre des séances dans la salle d'épuration, nécessaire pour produire la guérison, varie suivant les individus; mais en général, il doit être de douze.

Chaque séance doit avoir deux heures de durée.

7° Il n'y a pas de danger pour les malades, quel que soit leur âge, à les soumettre aux inhalations des vapeurs se dégageant des matières ayant servi à l'épuration du gaz. (Comm. : MM. H. Roger, Blache et Delpech.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire de l'homme. — Cours d'histoire naturelle des corps organisés, au Collége de France (première leçon); par M. Gustave Flourens.

L'histoire de l'homme devrait naturellement commencer à son origine, mais son berceau est entouré d'un voile épais, qu'il est difficile de soulever. M. Gustave Flourens ne l'a même pas tenté, et il commence son cours à l'époque où nos premiers aïeux se séparèrent pour aller peupler, les uns l'Orient, les autres l'Occident.

Ces derniers étaient les Aryas, les hommes purs, ainsi qu'ils s'appelaient eux-mêmes; ce sont nos propres ancêtres, ceux des peuples qui habitent l'Europe. Après avoir payé un tribut assez large à leur valeur morale, M. Gustave Flourens décrit leurs qualités physiques en termes que ne désavouerait pas un romancier :

« Leur tête, dit-il, forme un bel ovale, les traits de leur visage sont pleins d'élégance et de distinction. Les lèvres sont fines, la bouche petite et bien fendue, le nez droit, les oreilles lobulées, les cheveux lisses et abondants. En général, les cheveux sont blonds, les yeux bleus, le teint clair; mais rien n'est plus variable que les colorations. Les yeux ont une vivacité, un éclat, une richesse d'expressions qui leur permettent de peindre éloquemment tous les sentiments, toutes les passions de l'âme. La voix, formée par des cordes sonores, flexibles et déliées, produit les sons les plus variés et les nuance à l'infini. La taille est svelte, dégagée, le maintien noble, les mouvements aisés, la démarche majestueuse, grâce à l'heureux agencement des os et des muscles. Ceux-ci sont fermes, résistants, bien proportionnés, ils ne font ni creux ni saillies, ils s'insèrent avec autant de justesse que de solidité sur les os qu'ils doivent mouvoir. »

On voit tout d'abord que M. Gustave Flourens ne fait pas de la science abstraite, parfois ennuyeuse à entendre; il compte avec son auditoire, il le ménage, il l'intéresse en flattant le sentiment national :

« Et nous aussi, Français, ajoute-t-il, nous sommes Aryas, et ce sont les mêmes qualités qui nous font grands. Nous avons, comme les Grecs, l'amour du vrai et du beau, le goût pur, l'expression heureuse. Nous tenons de nos pères, Gaulois et Germains, l'intrépidité, l'élévation des sentiments, la bonté. »

Nous constatons, en passant, cette tendance et ces efforts du jeune professeur; nous ne lui en faisons pas un crime. Il faut tenir compte des difficultés inhérentes à un début, et d'ailleurs c'est une excellente chose que de chercher à rendre la science agréable.

Les Aryas se divisèrent dès le principe : les uns allèrent habiter l'Hindoustan, où les castes restées pures représentent assez bien le type arya, et où l'idiome sacré, le sanscrit, rappelle assez fidèlement la langue aryane; les autres vinrent peupler l'Europe, et eurent pour descendants les Grecs, les Romains, les Gaulois, les Germains, les Slaves. Avant la division des Aryas, une colonie se sépara d'eux, et devint la souche des Persans; elle parlait le zend, origine des langues persanes.

Les Araméens se distinguaient des Aryas par leurs cheveux et leurs yeux noirs; mais de nombreux mélanges ont rendu ces différences de coloration moins caractéristiques. Les langues les différencient mieux; les langues sémitiques s'éloignent en effet considérablement des langues aryanes.

A la souche araméenne appartiennent les Phéniciens, les Égyptiens, les Juifs, les Arabes, les premiers habitants du nord-ouest de l'Europe, qui se sont, par la suite, fondus avec les Aryas, à l'exception toutefois des Basques qui ne se sont pas mélangés, et parlent une langue primitive, l'euskara.

La race jaune, caractérisée principalement par le développement latéral de la face, la saillie des pommettes, l'obliquité des yeux, a pour représentants, en première ligne, les Chinois, dont la civilisation est très-ancienne, mais est restée stationnaire; les Mongols, les premiers habitants de l'Amérique, avant l'arrivée des Européens.

Les nègres paraissent avoir parcouru le monde avant les migrations des jaunes et des blancs; ils ont été exterminés ou soumis par les deux autres races; l'esclavage les a maintenus dans leur condition inférieure. Les plus beaux noirs sont les Cafres; les plus mal constitués, les plus misérables se trouvent en Australie.

On voit que, dans cette première leçon, M. Gustave Flourens a tracé à grands traits une esquisse d'ethnologie générale. Le tableau est trop rapide et trop écourté pour prêter à une discussion; les développements que le professeur a dû donner dans les leçons suivantes, en complétant le programme, seraient nécessaires pour permettre de discuter et d'apprécier.

D[r] F. de Ranse.

VARIÉTÉS.

— Par décret en date du 24 septembre 1864 :

M. Piorry, professeur titulaire de clinique interne (service de la Charité), est nommé professeur titulaire de clinique interne (service de l'Hôtel-Dieu), en remplacement de M. Trousseau.

M. Natalis Guillot, professeur titulaire de pathologie médicale, est nommé professeur de clinique interne (service de la Charité), en remplacement de M. Piorry.

— Le ministre de la guerre a décidé qu'un exemplaire de l'ouvrage sur les eaux minérales, du docteur Scoutetten, serait envoyé dans chacun des établissements thermaux de la France.

De plus, d'après avis favorable émis par le Conseil de santé, des exemplaires de cet ouvrage seront répartis dans les bibliothèques des hôpitaux militaires.

— Le concours pour une place de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le jeudi 13 octobre.

Les membres du jury sont : MM. Barth, Laugier, Manec, Michon et Ricord, juges titulaires. MM. Monneret et Nélaton, juges suppléants.

Six candidats prendront part aux épreuves de ce concours. Ce sont : MM. de Saint-Germain, Guéniot, Liégeois, Péan, Sée (Marc) et Tarnier.

— Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce le 3 novembre prochain, pour trois emplois de répétiteur à l'École du service de santé militaire de Strasbourg.

— Trois autres concours pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaires doivent s'ouvrir à Strasbourg, le 7 décembre 1864; à Montpellier, le 15 du même mois; à Paris, le 21 du même mois, à moins que le petit nombre des candidats ne motive leur concentration à Paris.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SYNTHÈSE DES MATIÈRES ORGANIQUES : M. BERTHELOT.

Buffon pensait qu'il existe dans l'organisation végétale et animale une matière organique animée ayant seule le pouvoir de déterminer les synthèses naturelles. Mais cette hypothèse fut renversée par les chimistes du siècle dernier qui démontrèrent que les matières organiques sont composées de carbone, d'hydrogène, d'oxygène et d'azote, c'est-à-dire d'éléments chimiques absolument semblables à ceux des substances minérales. Les découvertes de Lavoisier et de ses contemporains ont été confirmées par les travaux exécutés depuis soixante ans, et l'on peut véritablement considérer les êtres vivants comme formés de charbon, et des éléments qui constituent l'eau et l'air atmosphérique.

On imagina alors une force particulière, la *force vitale;* on affirma qu'elle modifie les affinités chimiques, que les substances de l'organisme ne sont pas soumises aux lois ordinaires de la chimie, de la physique et de la mécanique, et que, par exemple, les phénomènes chimiques de la respiration et de la digestion s'accomplissent sous l'influence de cette force singulière. Mais la science ne tarda pas à prouver, par des faits incontestables et particulièrement par la synthèse des matières organiques, que les phénomènes de l'économie se rattachent aux lois générales de la matière.

L'urée est la première substance organique de l'économie animale qu'on soit parvenu à reproduire artificiellement dans nos laboratoires en faisant réagir l'ammoniaque sur l'acide cyanique. Cette belle découverte, due à M. Wœhler, commença à ébranler la doctrine de la force vitale. On réalisa d'ailleurs la synthèse de ce principe immédiat par d'autres procédés; ainsi, lorsqu'on chauffe un mélange d'éther carbonique et d'ammoniaque, il se produit de l'urée; on l'obtient également par la réaction de l'acide carbonique naissant sur l'ammoniaque. La créatine, l'acide urique et ses dérivés donnent aussi de l'urée sous l'influence de divers agents. Quand on examine de près ces divers procédés, on peut les ramener tous à l'action de l'acide carbonique sur l'ammoniaque; en effet, l'urée est du carbonate d'ammoniaque, moins de l'eau. La synthèse de l'urée est donc comparable à celle des matières minérales.

Par suite des progrès de la science, les chimistes sont parvenus depuis à former, par la synthèse, des carbures d'hydrogène, des acides, des alcools, des corps gras et un nombre considérable d'alcalis. La production artificielle des matières organiques a acquis une grande importance par les travaux incessants de MM. Liebig, Dumas, Pelouze, Gerhardt, Zioin, Hoffmann, Wurtz et tant d'autres. Mais il est juste de reconnaître que M. Berthelot a été, depuis quinze ans, le promoteur des synthèses artificielles et qu'aucun chimiste n'a autant fait que lui dans cette direction.

M. Berthelot vient de présenter à l'Académie impériale de médecine les leçons sur les méthodes générales de synthèse en chimie organique qu'il a professées au Collége de France. Il s'est proposé de faire connaître dans ce livre les méthodes simples à l'aide desquelles on reproduit les matières organiques. Ces méthodes, fondées sur les expériences qu'il a exécutées depuis quelques années, consistent le plus souvent à former les matières organiques en combinant les éléments libres, carbone, hydrogène et oxygène, ou bien au moyen de l'eau et de l'acide carbonique.

M. Berthelot a fixé d'abord par des preuves certaines la synthèse des carbures d'hydrogène et celle des alcools, qu'il considère comme l'origine et le fondement de toutes les autres. Cette synthèse peut être opérée par la combinaison directe du carbone avec l'hydrogène. Bien qu'elle ait été considérée pendant longtemps comme impossible, M. Berthelot l'a réalisée en soumettant l'hydrogène et le carbone à l'influence de l'arc voltaïque qui doit être produit entre deux pôles de carbone. Le gaz formé est bien un carbure d'hydrogène, puisqu'il brûle au contact de l'air avec une flamme très-éclairante et en donnant un dépôt de charbon, et que, mélangé avec l'oxygène, il détone en produisant de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau.

Ce carbure d'hydrogène présente des analogies évidentes avec plusieurs composés inorganiques, tels que l'hydrogène sulfuré et l'hydrogène phosphoré, et il se place naturellement à côté des autres carbures d'hydrogène gazeux d'origine organique, et que l'on peut transformer les uns dans les autres. Il constitue donc le passage entre la chimie minérale et la chimie organique. On peut, en effet, à l'aide de ces carbures obtenir divers composés organiques, tels que l'esprit de bois et l'alcool ordinaire.

Pour produire artificiellement l'alcool il suffit, d'après les belles expériences de M. Berthelot, de fixer deux équivalents d'eau sur le gaz oléfiant. On sait que l'alcool se dédouble en eau et en hydrogène bicarboné (gaz oléfiant) sous l'influence de la chaleur, mais ce dédoublement n'est régulier que lorsqu'on fait intervenir un acide puissant, l'acide sulfurique. D'un autre côté, le gaz oléfiant se combine avec cet acide, mais si l'on met cette combinaison en présence d'un grand excès d'eau, il se forme de l'alcool et de l'acide sulfurique. On voit donc que pour former artificiellement l'alcool, on a recours au même agent qui décompose ce corps en eau et en hydrogène bicarboné; seulement la décomposition n'a lieu qu'à une température élevée, tandis que la combinaison s'opère à la température ordinaire.

La densité, le point d'ébullition, l'indice de réfraction, la chaleur spécifique, en un mot toutes les propriétés physiques de l'alcool artificiel sont exactement les mêmes que celles de l'alcool naturel. Certains composés obtenus avec l'alcool artificiel donnent des cristaux dont la forme et les angles sont absolument semblables à ceux des cristaux fournis par l'alcool naturel. Si l'on transforme ces deux corps en deux séries parallèles de composés, et si l'on revient ensuite aux substances primitives, on observe que les composés parallèles obtenus sont identiques. On peut vérifier d'ailleurs l'identité de l'alcool naturel et de l'alcool artificiel au moyen de réactions caractéristiques. Celui-ci ayant été soumis à toutes ces épreuves, M. Berthelot pense avec raison qu'il ne diffère en rien de l'alcool naturel.

Peut-on fabriquer industriellement l'alcool par voie de synthèse? Dans l'état actuel de l'industrie, le gaz de l'éclairage seul pourrait être employé, mais ce serait une mauvaise matière première, puisqu'il ne renferme que quelques centièmes de gaz oléfiant. Les mani-

FEUILLETON.

ÉTUDE DE MOEURS.

LA MÉDECINE POPULAIRE.

II.

La popularité s'sttache aux œuvres les plus médiocres. Pourquoi? A cause sans doute de leur médiocrité même. Il suffit de flatter l'opinion pour obtenir la vogue; le vulgaire aime de préférence les choses qui sont à sa portée, et l'on est sûr de réussir à capter sa faveur pour si peu qu'on entre dans ses goûts et que l'on caresse ses préjugés. Il y a deux moyens infaillibles de conduire à volonté la foule ignorante : l'intimidation et les promesses.

La raison intervient rarement dans la question capitale de la santé. Un ancien, esprit fin et pénétrant, a remarqué combien la maladie dispose à la sagesse. La peur de mourir et la crainte de ne plus vivre après la mort sont les deux sources des principales erreurs que le charlatanisme a exploitées dans tous les temps. La Fontaine a dit avec sa malicieuse bonhomie :

Il en coûte à qui vous réclame,
Médecins du corps et de l'âme.

A côté du trait satirique, il y a dans ces vers une pensée profonde. Les succès de tous ceux qui vivent et prospèrent aux dépens de la crédulité humaine dérivent de cette passion souveraine que Pline appelle éloquemment *immensa vivendi cupido.*

Nous n'avons à traiter ici que des prétentions et des promesses qui ont pour objet la santé.

Pline le Jeune, qui a noté l'effet général de la maladie sur le moral de l'homme, n'a pas dit précisément comment il entendait cette sagesse qu'il se plaît à constater chez les malades. Si cette prétendue sagesse n'est point la résignation, vertu d'un genre équivoque et que les anciens estimaient peu, elle pourrait bien être cette langueur de l'âme qui accompagne d'ordinaire la souffrance, et qui équivaut à un affaiblissement de l'esprit. Quand les organes souffrent, la pensée sommeille. Dans bon nombre de maladies, de toutes les facultés supérieures il y en a une qui conserve seule toute sa force : c'est l'instinct de conservation.

Les médecins qui ont coutume d'observer le moral de leurs malades n'ont pas manqué de remarquer que cet instinct, dont les manifestations sont en raison de la souffrance, rapproche dans les maladies les hommes qui se ressemblent le moins par l'intelligence. De même que la mort égalise, en quelque sorte, toutes les conditions; de même la peur de la mort ou l'amour exalté de la vie met au même niveau les malades de toutes classes. On ne saurait expliquer autrement et la ténacité des

pulations, dans l'état actuel de nos connaissances, seraient d'un prix trop élevé, et l'alcool obtenu serait certainement d'une très-mauvaise qualité. Ce gaz ne pourra donc jamais devenir une source industrielle d'alcool, à moins qu'on ne parvienne à se procurer à bon marché un gaz contenant de 20 à 30 pour 100 d'hydrogène bicarboné.

Les alcools et leurs dérivés peuvent être préparés par une autre méthode, que M. Berthelot désigne sous le nom de *méthode d'oxydation*. Ainsi si l'on ajoute deux équivalents d'oxygène à un équivalent d'hydrogène protocarboné ou gaz des marais, on obtient l'esprit de bois ou alcool méthylique. Mais cette combinaison ne s'opère pas directement, et pour réussir il faut avoir recours à une méthode indirecte. L'alcool artificiel obtenu avec le gaz des marais est identique à celui que l'on prépare par la distillation du bois. On démontre cette identité par les propriétés physiques des deux produits, par la forme cristalline des composés dont ils font partie, et par le cycle des transformations parallèles.

Les faits que nous venons d'exposer démontrent qu'on peut réaliser la synthèse des alcools, soit en combinant les carbures d'hydrogène avec l'eau, soit en oxydant; mais des méthodes nouvelles permettent de carburer les matières organiques, c'est-à-dire de condenser progressivement le carbone. Ainsi en faisant réagir l'eau sur l'acide carbonique, on obtient le gaz des marais; avec ce corps on prépare le gaz oléfiant qui renferme quatre équivalents de carbone au lieu de deux, puis un autre carbure qui en contient six, et enfin l'acide succinique et l'acide valérianique qui renferment, le premier huit équivalents de carbone, et le second dix équivalents. Au moyen du gaz des marais, on peut obtenir d'abord de l'acide acétique qui contient quatre équivalents de carbone, et avec cet acide une foule de composés qui renferment le même nombre d'équivalents de carbone, tels que l'acide oxalique et l'alcool. Avec le gaz oléfiant, on a préparé l'acide succinique, puis avec cet acide, l'acide malique, l'acide tartrique, et toutes les combinaisons qui renferment le même nombre d'équivalents de carbone.

On a formé la naphtaline par la condensation du gaz des marais; le produit obtenu présente les mêmes propriétés physiques et chimiques que la naphtaline ordinaire. On peut transformer également par des réactions simples la naphtaline en benzine, et en une série de corps de moins en moins condensés. L'acide benzoïque lui-même est formé par synthèse, au moyen de la benzine et de l'acide carbonique naissant.

Parmi les nombreux exemples de synthèses obtenues par la chimie moderne, un des plus remarquables, sans contredit, est la formation artificielle des corps gras. On admettait depuis longtemps, par hypothèse, que la stéarine résulte de l'union de l'acide stéarique avec la glycérine; mais M. Berthelot, le premier, a obtenu cette combinaison en mettant un équivalent de glycérine en présence de trois équivalents d'acide stéarique. On peut donc admettre aujourd'hui que toutes les matières grasses sont formées de glycérine et de divers acides, tels que les acides stéarique, margarique, caprique, butyrique, etc. Cette découverte, on le comprend, a une haute importance au point de vue de la physiologie.

La méthode générale de synthèse qui consiste à former les matières organiques en faisant réagir sur l'eau et sur l'acide carbonique des agents réducteurs qui enlèvent l'oxygène et qui déterminent la combinaison du carbone et de l'hydrogène à l'état naissant, repose sur les mêmes principes que la synthèse des matières minérales. C'est ce procédé que la nature emploie généralement pour la formation des matières organiques. Il résulte, en effet, des travaux entrepris par les chimistes et les physiologistes que les végétaux absorbent l'acide carbonique et le décomposent sous l'influence de la lumière solaire, en fixant le carbone, et qu'ils retiennent également l'hydrogène de l'eau. La nature forme donc dans les végétaux les principes nécessaires à la nutrition des animaux par la décomposition de l'eau et de l'acide carbonique. « Or ce que font les végétaux dans la nature, dit M. Berthelot, nous pouvons le faire actuellement dans nos laboratoires. » Veut-on reproduire par cette méthode l'acide formique que l'on trouve dans un grand nombre de végétaux et d'animaux? On y parviendra en enlevant à l'acide carbonique la moitié de son oxygène et en le transformant ainsi en oxyde de carbone. Si l'on combine ensuite l'oxyde de carbone produit avec l'eau elle-même en présence de la potasse, le gaz disparaît et il se transforme en formiate de potasse. Si l'on isole l'acide formique combiné avec la potasse, il est aisé de reconnaître par des épreuves comparatives qu'il possède exactement la même composition et les mêmes propriétés que l'acide formique naturel.

On est parvenu dans ces derniers temps à combiner l'oxyde de carbone à un grand nombre de matières organiques et à former ainsi de nouveaux produits. Ainsi, en ajoutant un équivalent d'oxyde de carbone et un équivalent d'eau à l'aldéhyde qui provient de l'alcool, on obtient de l'acide lactique qui existe dans plusieurs liqueurs animales, et notamment dans le lait fermenté; et, chose curieuse, on peut reproduire l'aldéhyde en décomposant par la chaleur l'acide lactique. On a pu également former un grand nombre d'acides en fixant sur d'autres acides les éléments de l'oxyde de carbone: c'est ainsi qu'on a converti l'acide lactique en acide succinique. Ces travaux reposent en grande partie sur les relations si curieuses qui existent entre l'acide prussique et l'acide formique, et que M. Pelouze a fait connaître il y a longtemps déjà. D'après les expériences de ce chimiste, lorsqu'on chauffe à la température de 200° le formiate d'ammoniaque cristallisé, ce sel se dédouble en eau et en acide prussique; mais on peut, par une réaction inverse, obtenir l'acide formique avec l'acide prussique. Quand on chauffe à 100° un mélange d'acide oxalique et de glycérine, il se produit aussi de l'acide formique. M. Berthelot a même proposé de préparer cet acide par ce procédé.

On obtient des synthèses qui présentent un vif intérêt en combinant l'acide carbonique avec un grand nombre de substances organiques. Ainsi, en unissant cet acide aux carbures d'hydrogène, on a produit trois acides que l'on trouve dans les végétaux et dans les animaux: l'acide acétique, l'acide benzoïque et l'acide lactique.

On voit, par le petit nombre d'exemples que nous avons donnés, que la synthèse peut réaliser directement la combinaison du carbone et de l'hydrogène, et former ensuite avec les carbures obtenus un grand nombre de composés organiques. En prenant comme point de départ l'eau et l'acide carbonique, on a obtenu l'acide formique; on s'est élevé ensuite, par des métamorphoses diverses, à des principes plus condensés, dont la mobilité fournit à la synthèse des moyens

---

préjugés répandus touchant la santé et la maladie, et leur universalité, ou mieux leur généralité. On les trouve enracinés dans toutes les couches de la société.

Richerand, dans son élégant ouvrage *Des erreurs populaires relatives à la médecine* (1), a noté quantité de faits qui prouvent que les idées les plus fausses sont très-bien reçues dans le grand monde. Il a cité même des savants et des hommes éclairés qui partageaient les préjugés du vulgaire. Les médecins qui ont lu les conversations si curieuses et si intéressantes de Frédéric le Grand et de Zimmermann savent que le génie lui-même ne préserve point de ces erreurs qui sont monnaie courante parmi le populaire.

Il faut noter ici que la plupart des sceptiques qui ont accusé la médecine d'impuissance étaient au fond des hommes en proie à des maladies incurables, et à la pire de toutes, la peur de la mort. Et par une inconséquence qu'explique assez cet immense désir de vivre que nous appelons instinct de conservation, la plupart de ces sceptiques, si hostiles à la médecine, étaient en possession de quelques secrets, de quelques recettes, dont ils faisaient un usage aussi persévérant qu'inutile. Ainsi de ces esprits forts qui ne veulent point plier leur raison à une croyance établie, et qui acceptent volontiers tout ce qui est merveilleux et surnaturel. Mais l'amour des merveilles ne dérive pas de la même source qui alimente la passion obstinée du faux en médecine.

Mais comment se fait-il, dira-t-on, que l'instinct de conservation étant celui qui domine tous les autres, les hommes n'ouvrent pas les yeux à la lumière, et ne reconnaissent pas la vérité dans les choses qui les intéressent le plus? La question est complexe, et il n'est pas facile d'y répondre brièvement. Outre l'influence de l'amour-propre qui est incontestable, et qui entretient la confiance de chacun de nous dans ses propres lumières, les hommes sont ainsi faits qu'ils se croient pour la plupart en état de donner des conseils sur tout ce qui concerne la santé et la conduite de la vie. A ne consulter que leurs prétentions, ils sont presque tous médecins et moralistes.

Cette particularité est remarquable, et nous aide à mieux comprendre cette tradition, suivant laquelle, dans les sociétés primitives et longtemps avant toute organisation médicale, les malades, exposés sur les chemins ou dans les carrefours, demandaient des consultations à tous les passants. Dans ce temps-là le nombre des médecins l'emportait de beaucoup sur celui des malades. Les mœurs et les institutions s'étant modifiées considérablement, la proportion est maintenant inverse; mais on peut affirmer que si le corps médical venait à disparaître, la société restant la même, on verrait se reproduire de nos jours ce qui était il y a bien des siècles.

Le mot de Celse est très-profond. Le lecteur se rappelle ce qu'a écrit cet auteur au début du premier livre de son *Encyclopédie médicale*:

(1) Paris, 1810, in-8.

d'action en quelque sorte illimités. C'est ainsi que l'on est parvenu à faire la synthèse de deux substances organiques naturelles, la taurine et l'essence de moutarde. L'huile essentielle de moutarde que l'on prépare artificiellement a une odeur vive, pénétrante, désagréable et caractéristique; elle présente la même composition et possède les mêmes propriétés chimiques que l'essence fournie par la moutarde.

La synthèse apporte une vive lumière dans la discussion des lois générales qui régissent les combinaisons chimiques et dans toutes les questions relatives à la constitution des matières organiques naturelles ou artificielles; pour le prouver, il suffira d'en citer un exemple. Les corps gras neutres sont-ils formés directement de carbone, d'hydrogène ou d'oxygène, ou bien résultent-ils de l'union de la glycérine avec les acides gras? Entre ces deux hypothèses formulées, il y a plus de cinquante ans, par M. Chevreul, la synthèse a prononcé, puisqu'on a pu reproduire les corps gras naturels en combinant la glycérine avec les acides gras correspondants. On voit donc que, dans la synthèse des composés naturels, les affinités chimiques sont les mêmes que celles en vertu desquelles les combinaisons artificielles se reproduisent.

La synthèse permet de vérifier les résultats de l'analyse; par l'analyse nous connaissons les éléments qui constituent les corps composés, mais l'esprit n'est satisfait que lorsqu'on a recomposé ce que l'analyse avait détruit. « Les vues générales conçues par l'analyse, dit M. Berthelot, sont toujours plus ou moins personnelles, elles ne s'imposent pas d'une manière nécessaire à l'esprit humain tant qu'elles n'ont pas trouvé leur contrôle, c'est-à-dire démontré par la synthèse leur conformité avec la nature des choses, laquelle ne se plie point au gré de nos théories. C'est donc par la synthèse que nous reconnaissons que nous sommes parvenus aux lois mêmes qui régissent la composition des choses et non à de pures conceptions de notre esprit, propres tout au plus à servir de base à des classifications artificielles. »

La synthèse donne à la chimie, au point de vue philosophique, une supériorité incontestable sur la plupart des autres sciences. Par sa puissance créatrice, elle peut former de toutes pièces les corps et les métamorphoser les uns dans les autres. Les sciences naturelles, telle que la zoologie, ne sauraient reproduire au contraire par la synthèse les espèces dont elles s'occupent; aussi leurs classifications, fondées le plus souvent sur des analogies conventionnelles, tombent-elles dans le domaine de la science idéale.

La synthèse reproduit non-seulement les matières qu'on trouve dans l'organisation végétale et animale, mais aussi une foule de substances qui n'existent pas dans la nature. C'est ainsi qu'on a formé, depuis douze ou quinze ans, un nombre prodigieux de carbures d'hydrogène, d'alcools, d'éthers, de corps gras, d'acides, d'alcalis, etc.

Les progrès de la chimie organique et la synthèse particulièrement permettent de concevoir les êtres vivants comme formés de matières définies analogues aux substances minérales, et l'on est conduit à admettre que les forces chimiques qui régissent les matières organiques naturelles sont absolument les mêmes que celles des corps inorganiques. Puisque les effets sont identiques, on est bien obligé d'accepter cette conséquence philosophique. Si l'on compare en effet, comme l'a fait M. Berthelot, les sources d'où proviennent les matières organiques artificielles avec celles de la nature vivante, on trouve qu'elles sont les mêmes. Pour la formation des matières artificielles on part de l'eau et de l'acide carbonique, et c'est également par l'eau et par l'acide carbonique que les êtres vivants reçoivent le carbone et l'hydrogène qu'ils contiennent. Dans l'acte physiologique de la respiration végétale, l'eau absorbée fournit l'hydrogène, et, d'après des expériences récentes, l'acide carbonique paraît se transformer en oxyde de carbone qui, en présence de l'eau et des alcalis, donne de l'acide formique. Ce gaz serait donc, comme dans les combinaisons artificielles, la source du carbone des matières organiques. Celles-ci seraient, par conséquent, engendrées par la réaction spontanée des matières minérales.

Il convient de faire remarquer cependant que jusqu'ici nous n'avons obtenu par les procédés artificiels que des principes simples et peu condensés, tandis que les composés organiques formés dans les végétaux, comme l'amidon, le ligneux, l'albumine, la fibrine et les corps gras, sont complexes et très-condensés; mais déjà on a reproduit les derniers par la synthèse, et rien ne prouve que lorsqu'on pourra se placer dans les conditions les plus favorables, on ne parvienne à former les autres. « Un jour sans doute, dit M. Berthelot, quand nous aurons mieux analysé les lois qui président à la synthèse naturelle et les mécanismes encore inconnus par lesquels se forment les sucs végétaux et les principes qui les constituent, un jour sans doute viendra où nous pourrons reproduire d'une manière plus complète, dans nos laboratoires, non-seulement les produits engendrés dans les végétaux, mais jusqu'à l'ensemble des opérations chimiques qui leur donnent naissance. »

Quelles que soient les découvertes réservées aux générations futures, il n'est plus possible de supposer que le principe vital est la cause de tous les phénomènes que nous observons dans l'organisation végétale et animale, et que les substances de l'économie sont absolument soustraites aux lois de la physique et de la chimie. Nous considérons, au contraire, comme démontré que la synthèse de certaines matières organiques peut être réalisée par les méthodes de la chimie minérale, et que, dans certaines limites au moins, les mêmes lois régissent les corps vivants et les corps inertes.

POGGIALE.

ANATOMIE GÉNÉRALE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS DU DÉVELOPPEMENT ET DE L'ANATOMIE DU SYSTÈME ADIPEUX; par M. CHARLES ROBIN, professeur d'histologie à la Faculté de médecine. (Lu à la Société de biologie dans sa séance du 23 janvier 1864).

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ II. SUR LES ORGANES PREMIERS ADIPEUX ARTICULAIRES.

La description de ces parties similaires de tissu adipeux est omise ou très-imparfaitement faite dans les traités, faute du guide précieux fourni par l'anatomie générale. Les uns peuvent être dits intrinsèques, les autres extrinsèques. Les premiers sont en effet placés

---

Hæc nusquam quidem non est, dit-il, parlant de la médecine. « Partout la médecine existe, » traduit très-bien le docteur Des Etangs. Qu'est-ce à dire? Celse n'aimait guère les subtilités, et sans le secours de la phrase suivante, sa pensée est très-claire. Quand il n'y avait point de médecins, tout le monde était médecin. Il ne faut pas expliquer autrement le passage si controversé de Pline: *Ceu vero non millia gentium sine medicis degant, nec tamen sine medicina*, dit-il dans un endroit du livre vingt-neuvième de son *Histoire naturelle*, pour justifier les Romains qui, durant six cents ans, s'étaient passés, à son dire, de médecins.

L'antithèse de Pline semble impliquer contradiction, et la contradiction est flagrante dans la phrase qui termine le chapitre : « Le peuple romain, dit-il, n'a jamais été lent à recevoir les arts utiles; il a fait même un accueil empressé à la médecine; mais, épreuve faite, il l'a condamnée : » *Sicut populus romanus ultra sexcentesimum annum, nec ipse in accipiendis artibus lentus, medicinæ vero etiam avidus, donec expertam damnavit* (1).

Comment mettre l'auteur latin d'accord avec lui-même? Voilà, dans une même phrase, essentiellement antithétique, le peuple romain, qui pendant six cents ans se passe de médecins, sinon de médecine, qui est avide de celle-ci, et qui après l'avoir accueillie avec transport, la condamne. C'est l'amour de la déclamation qui a fait tomber le compilateur dans cette contradiction apparente. La médecine que condamnent les Romains, après en avoir tâté, c'est la médecine grecque, imposée ou introduite dans Rome comme une denrée étrangère par les aventuriers grecs. C'est la profession ou le métier que l'on condamnait, et non la médecine, la chose en elle-même, comme il dit un peu plus loin : *Non rem antiqui damnabant, sed artem*. Ce dernier mot ne signifie pas ici l'art médical, mais l'exercice de cet art, la profession.

Le passage de Pline, avec toutes ses subtilités, est un excellent commentaire de la pensée de Celse. Avant l'invasion des médecins ou des charlatans grecs, il y avait certainement à Rome une espèce de médecine populaire, et il est à croire que les consultations gratuites ne manquaient point aux malades. Pline s'indigne contre les fortunes médicales de son temps; alors comme aujourd'hui, la célébrité était en raison du gain, et celui-là était réputé le plus habile qui amassait plus de millions de sesterces que ses confrères. Pline ne peut comprendre qu'il en coûte d'être malade, et que ce qui était autrefois un bien commun soit devenu un privilége très-lucratif. Il veut dire que dans les anciens temps les malades ne payaient point ceux qui leur donnaient des consultations. Il cite à ce sujet le vieux Caton, qui exerçait gratis la médecine aussi bien pour les animaux que pour les hommes, et qui fut le plus implacable ennemi des médecins grecs.

La médecine de Caton ne valait rien, et il avait bien raison de ne pas

(1) Plin. Sec., *Hist. nat.*, lib. XXIX, c. v, 5, t. II, p. 299, édit. Littré.

dans la cavité articulaire même, telle que la délimitent extérieurement les moyens d'union des os; ils sont interposés à ceux-ci en dehors, puis à la synoviale en dedans. Ils tiennent celle-ci poussée en quelque sorte contre les surfaces lisses de glissement; ils remplissent l'espace compris entre ces surfaces et les ligaments qui en sont nécessairement écartés en quelques points de leur longueur, dans les articulations trochléennes ou ginglymoïdales surtout. Ils ont tous une surface d'adhésion aux ligaments ou aux os et une surface lisse de glissement soulevant la synoviale, lui adhérant intimement. Généralement, le tissu adipeux de cette surface est très-vasculaire. Ils ont des usages qui se manifestent d'une manière frappante lorsqu'on ouvre une articulation sur le côté, en respectant ces organes adipeux et faisant mouvoir les os. On les voit alors glisser, se déplacer ou mieux changer de forme, de manière à combler incessamment les cavités que tendent à laisser entre eux les os et les ligaments pendant la durée des mouvements de flexion et d'extension. Ils doivent la possibilité de ce rôle à la mollesse du tissu adipeux, dont les propriétés tiennent à la fois de celles des liquides par l'incompressibilité du contenu de ses vésicules, et de celles des solides par la ténacité et l'extensibilité des parois de ces éléments.

Les organes premiers articulaires extrinsèques sont, au contraire, placés hors des cavités articulaires, entre les diverses couches de ligaments ou contre ceux-ci. Ils adhèrent de toutes parts aux organes voisins, mais par leur mollesse ils jouent un rôle dans les déplacements des ligaments par rapport aux parties avoisinantes.

Ces organes sont remarquables par la mollesse et l'homogénéité de leur tissu. Ces particularités sont dues à ce que la disposition des vésicules en petits lobules séparés par des cloisons de tissu lamineux ne s'y rencontre pas; chacun d'eux, qu'il soit en forme de globule ou en couche, représente en quelque sorte un seul de ceux-là d'une étendue plus considérable, formé de vésicules immédiatement contiguës, entre lesquelles rampent les capillaires et les rares fibres lamineuses qui se détachent de leur périphérie.

A l'articulation du coude on connaît les masses adipeuses molles adhérentes à la synoviale qui, de chaque côté du tendon du brachial antérieur en avant et du triceps en arrière, s'enfoncent dans les cavités coronoïde ou olécrânienne, ou au contraire font saillie autour d'elles, selon la nature des mouvements imprimés aux os. Une couche plus ou moins mince de ce tissu tapisse l'étranglement irrégulier que présente la base de l'olécrâne et s'avance ainsi d'arrière en avant dans la grande cavité sigmoïde du cubitus.

On peut considérer comme se rattachant, bien qu'indirectement, à l'articulation du poignet et jouant un rôle dans ses mouvements, le peloton graisseux, facile à déplacer dans les mouvements de flexion et d'extension de la main qui, chez quelques sujets, soulève la peau immédiatement au-dessus du pli cutané transverse a la réunion du poignet avec l'avant-bras (Guyon, 1861). Il est placé dans une petite loge intra-aponévrotique dont la partie postérieure est la couche fibreuse annulaire au devant des fléchisseurs, à la racine de l'hypothénar, en dedans du pisiforme par rapport a l'axe de la main.

L'articulation coxo-fémorale présente, du côté de l'iléum, la petite masse de tissu adipeux qui remplit l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, qui protège le ligament rond ou inter-articulaire. Le plus souvent il adhère à toute la surface de cette dépression, et il est lisse du côté de la tête fémorale; d'autres fois il n'adhère que par une portion de son étendue et forme un lobule aplati, plus ou moins mobile quand le fémur est enlevé, selon qu'il est plus ou moins largement pédiculé. La synoviale le tapisse alors, ainsi que la portion libre correspondante de l'arrière-fond cotyloïdien. Cet organe premier adipeux est remarquable par son homogénéité et par sa couleur rougeâtre. Il est en effet très-vasculaire et, surtout en raison de l'occlusion par la tête fémorale de la cavité qui le contient, ses capillaires restent constamment pleins de sang, sur le cadavre comme sur le vivant. Chez quelques sujets, cet organe premier renferme plus de tissu lamineux mou et œdémateux que de tissu adipeux.

Du côté de la tête du fémur, il faut noter autour de la jonction avec le col la présence de petits paquets adipeux qui soulèvent la synoviale très-amincie et font saillie dans la cavité de la capsule articulaire. Quelquefois c'est une couche continue et homogène du tissu adipeux, épaisse de 1 ou 2 millimètres, large de 4 à 8 millimètres, qui circonscrit la demi-circonférence inférieure de la jonction de la tête avec le col.

L'articulation du genou est, de toutes les articulations, la plus riche en tissu adipeux, quant au volume, du moins, des organes premiers de cet ordre qui concourent à la former et qui sont au nombre de deux. L'un est antérieur, à la fois tibial et rotulien, de forme et de contours assez nettement déterminés; l'autre est postérieur, principalement fémoral, étendu en couches ou masses d'interposition peu régulières.

Le premier de ces organes est le plus gros; il est appelé généralement *tissu adipeux sous-rotulien*. Il est placé entre la partie supérieure du ligament ou tendon rotulien et la portion de la tête du tibia qui, criblée de trous, est au-dessus de la surface lisse de la tubérosité antérieure de cet os. Son épaisseur est de 1 centimètre et plus; il adhère à l'os et au tendon précédents partout où il les touche. Ses bords internes et externes, assez nettement limités, mousses, presque arrondis, dépassent un peu chaque côté du ligament rotulien; ils se continuent en haut, sous les ligaments internes et externes de la rotule, le long des bords de celle-ci, qu'ils dépassent de quelques millimètres, et se terminent vers le milieu de la hauteur de celle-ci par un contour mince, mais net.

Cet organe soulève le ligament rotulien dans l'extension du genou; pendant la flexion il s'enfonce entre les condyles fémoraux et le tibia; mais, comprimé par le tendon, il vient faire saillie sur ses bords en soulevant la peau, surtout en dehors.

Lorsqu'on dissèque cet organe premier adipeux par l'un ou l'autre de ses côtés, de manière à voir simultanément ses extrémités ou bords supérieur et inférieur, on constate qu'il est interposé à deux cavités synoviales sur le plus grand nombre des sujets. Il les limite là et les touche l'une et l'autre par un bord épais mousse peu régulier. C'est par la synoviale propre qui sépare le ligament rotulien de la portion lisse de la tubérosité tibiale qu'il est tapissé; il présente parfois là un ou deux lobules mousses qui soulèvent la synoviale et font saillie dans la cavité de celle-ci. N'ayant pas rencontré de sujets chez lesquels cette synoviale propre communiquât avec la séreuse articulaire même, je ne sais si c'est sur les côtés de l'organe adipeux ou entre

---

la faire payer; mais du moins la cupidité n'était pas la cause de sa profonde antipathie pour les médecins venus de Grèce. Caton était le représentant le plus autorisé de cette médecine populaire et démocratique qui s'exerçait sans titres, et souvent sans connaissances. On venait le consulter de tous côtés, et on l'écoutait comme un oracle. Il n'était pourtant pas un génie; mais il ne doutait de rien, et naturellement il prenait ce ton magistral qui commande le respect à la foule. Avec un peu d'expérience, beaucoup de confiance en son propre savoir, sûr d'ailleurs de son influence, il avait composé ou compilé un livre de recettes qu'il consultait lorsqu'il s'agissait de traiter les siens, ses esclaves et ses amis malades, *profiteturque esse commentarium sibi, quo medeatur filio, servis, familiaribus*, dit expressément Pline, qu'il faut suivre toujours lorsqu'on traite de la médecine chez les Romains.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que Pline lui-même suit comme un guide infaillible ce premier traité de médecine domestique, *quem nos per genera usus sui digerimus*, ajoute-t-il gravement, avec l'autorité d'un nosologiste accompli. Ainsi cette absurde médecine de Pline, qui est un mélange de superstitions ridicules et de puériles recettes, cette absurde médecine n'est pas autre que celle de Caton, distribuée dans un meilleur ordre, conformément aux nécessités de la pratique.

Ce fait méritait d'être signalé, parce qu'il nous donne la clef en quelque sorte de ces erreurs, de ces préjugés populaires, qui remontent très-loin dans l'histoire, et dont il n'aura pas été inutile de fixer la tradition. Parmi les nombreux ouvrages que des médecins savants et bien intentionnés ont publiés depuis le seizième siècle sur une matière qu'on peut dire inépuisable, je n'en connais pas un seul qui ait fait la part des origines et de la tradition. Il est certain cependant que la tradition existe aussi bien pour ces erreurs relatives à la médecine que pour les vérités et les méthodes médicales les mieux établies.

Il en est de la médecine comme des religions positives. Celles-ci suscitent dès leur naissance les superstitions et les hérésies. De même, dès la constitution organique de l'art médical, se produisent à l'envi, non-seulement les systèmes et les théories hétérodoxes, mais encore ces pratiques routinières et ineptes qui prospèrent et se perpétuent en même temps que l'ignorance et le charlatanisme. Les textes hippocratiques nous montrent les sophistes, les maîtres de gymnases, et toutes sortes de médicastres, faisant concurrence aux vrais médecins.

Les écoles médicales qui représentaient des corporations puissantes par le savoir et par le nombre, avaient besoin de toute la force qui naît de l'union et de la communauté des principes, pour lutter avec avantage contre tous les ennemis de l'art.

A Rome, il n'y avait point d'écoles de médecine proprement dites. La médecine était une importation étrangère, et tout en se faisant accepter par nécessité, elle ne parvint pas à vaincre des adversaires autrement dangereux que les prêtres d'Esculape. On peut affirmer que la médecine ne fut jamais naturalisée dans Rome. Les Romains s'en servi-

lui et l'os, ou enfin entre lui et le tendon qu'a lieu cette communication.

En haut, c'est-à-dire du côté de la synoviale articulaire qui le tapisse, il est plus épais qu'en bas, mousse, irrégulier, coupé en quelque sorte en biseau à partir du tibia jusqu'à la surface articulaire de la rotule. C'est là même en effet qu'il se termine, en tapissant la partie rugueuse non articulaire qui s'étend depuis cette surface lisse jusqu'au bord inférieur ou sommet occupé par l'insertion du ligament rotulien. C'est du milieu de cette portion du *tissu adipeux sous-rotulien* que se détache le *cordon* ou *ligament fibreux sous-rotulien* grêle qui va se fixer à la partie antérieure de l'espace intercondylien derrière la trochlée. Le tissu graisseux, même chez les sujets obèses, n'accompagne pas toute la longueur de ce ligament grêle, simple ou double; c'est à peine s'il le fait à la base de ce dernier; aussi le nom de *ligament adipeux de la rotule* qui lui est donné souvent n'est-il pas exact. C'est, du reste, grâce à ce qu'il est fibreux qu'il est résistant et remplit le rôle de ligament retenant l'organe adipeux entre le tibia et le fémur, pendant la flexion et l'extension du genou.

Au-dessus, au-dessous et sur les côtés de ce ligament se voient des languettes adipeuses au nombre de deux à six ou environ, tapissées par la synoviale, mais peu exactement appelées *franges synoviales*, car elles sont graisseuses. Elles sont souvent larges, à bord mince, ayant la forme et le volume du bout de la langue d'un petit chien. Ce bord est alors rouge par suite de sa plus grande vascularité que le reste de l'organe; on peut y constater de belles anses capillaires. D'autres fois on trouve un ou plusieurs de ces appendices qui sont mousses, arrondis, en forme de massue; mais ces dispositions ne sont pas les plus communes.

Cet organe adipeux existe chez le chien, où il offre toutes les dispositions fondamentales indiquées plus haut, et entre autres celle d'être placé entre deux synoviales, celle du genou en haut et celle de la tubérosité du tibia au-dessous.

Le deuxième organe adipeux du genou offre sa partie principale contre la face antérieure ou intra-articulaire du ligament postérieur fémoro-tibial. Il est comme le précédent formé d'un tissu graisseux homogène, mou, d'un jaune pâle, comme l'organe adipeux sous-rotulien; il n'est pas granuleux ni rougeâtre, comme l'est souvent celui du creux poplité dont le ligament précédent se sépare seul et par les trous duquel il envoie quelques minces prolongements le long des vaisseaux. Cet organe adipeux est irrégulier, épais surtout en haut, vers l'insertion du ligament croisé postérieur, en arrière et sur les côtés duquel il descend jusque entre la partie postérieure des tubérosités et des facettes glénoïdes du tibia. Il se prolonge autour des insertions inférieures et supérieures des ligaments croisés, tapisse les faces de l'échancrure condylienne, et forme parfois des franges graisseuses à bord rougeâtre à sa partie antérieure autour de l'insertion en ce point du ligament croisé antérieur.

Ces organes premiers articulaires ne subissent pas les modifications de volume, de couleur et de consistance que l'on voit se produire dans les autres couches adipeuses, dans le pannicule sous-cutané surtout, chez les sujets émaciés ou infiltrés.

On ne trouve pas d'autre tissu adipeux appartenant en propre à l'articulation du genou, c'est-à-dire inclus dans sa cavité, interposé à ses ligaments en dehors et à sa synoviale en dedans; mais la couche qui entoure l'extrémité inférieure du fémur, et dont j'ai parlé plus haut, joue en quelques endroits le rôle d'organe premier articulaire extrinsèque; telles sont sa portion qui est interposée au fémur et au cul-de-sac supérieur de l'articulation, celle qui descend sur les côtés des condyles et celle qui tapisse le ligament postérieur fémoro-tibial auquel elle adhère assez fortement.

Dans l'articulation tibio-tarsienne on rencontre deux organes premiers adipeux intrinsèques importants, placés entre les ligaments et fibres ligamenteuses en dehors et la synoviale qu'ils repoussent en dedans. D'autres, extrinsèques, se rattachent plus particulièrement à certains groupes des ligaments de cette articulation entre lesquels ils sont placés.

L'un de ces organes premiers intrinsèques est situé en avant, entre les deux malléoles de chaque côté, jusqu'auprès desquelles il s'étend, et les fibres ligamenteuses antérieures tibio-astragaliennes auxquelles adhère sa face externe. La face interne ou postérieure de cet organe repousse la synoviale du côté de la poulie astragalienne. Cette face présente plusieurs lobes ou languettes à bord mince, rouge, très-vasculaire, qui s'enfoncent un peu entre le tibia et l'astragale dans certains mouvements du pied. En disséquant l'articulation par son côté externe surtout, on voit que cet organe est comme appendu à la face postérieure des fibres ligamenteuses précédentes, et que sa forme est irrégulièrement prismatique. Il glisse sur la poulie astragalienne à chaque mouvement et dans la flexion vient reposer sur la partie rugueuse non articulaire de l'astragale qui est pourtant tapissée par la synoviale, et comprise dans la cavité articulaire entre la poulie et les insertions inférieures des fibres ligamenteuses tibio-astragaliennes.

Le deuxième organe premier de l'articulation tibio-tarsienne est plus petit et plus irrégulier que le précédent. Il est placé derrière la malléole interne au devant de la coulisse du fléchisseur commun des orteils et de la portion voisine des ligaments péronéo-tibial postérieur et péronéo-astragalien postérieur. Il adhère à ces ligaments et s'étend de dedans en dehors jusque vers le milieu ou environ de la mortaise tibio-péronière où il se termine en pointe mousse. Il est de forme irrégulièrement prismatique, épais de quelques millimètres à 1 centimètre au niveau de sa partie la plus saillante, qui s'avance entre les surfaces articulaires du tibia et de l'astragale, et s'y termine par un bord mince, mobile, très-vasculaire.

Parmi les organes premiers adipeux extrinsèques de l'articulation du cou-de-pied, l'un remplit une loge irrégulièrement quadrilatère qui est comme couchée derrière cette articulation. Cette loge est limitée en avant et séparée de la cavité articulaire par les ligaments péronéo-tibial postérieur et péronéo-astragalien postérieur. En arrière elle est fermée par la gaîne du long fléchisseur du pouce et par un feuillet aponévrotique étroit qui s'étend transversalement de la gaîne des péroniers à celle du fléchisseur commun des orteils. Ces gaînes enferment elles-même les deux extrémités latérales. Cet organe premier adipeux est parfois réduit à une cou he très-mince; il s'enfonce un peu en avant en dedans de la malléole externe; en haut il se termine en s'amincissant contre le ligament péronéo-tibial postérieur

---

rent pour leurs besoins, mais en la servant très-peu. La curiosité scientifique et la cupidité poussèrent quelques Romains, en petit nombre, à l'étudier ou à l'exercer; mais la majorité, par un préjugé analogue à celui qui tenait autrefois la noblesse éloignée des études scientifiques et littéraires, la majorité dédaigna l'exercice d'un art que se disputaient des affranchis, des mercenaires et des esclaves.

Invoquons encore une fois le témoignage de Pline, très-important en ce sujet: « La médecine est le seul des arts de la Grèce que jusqu'à présent la gravité romaine ne cultive pas, quelque lucratif qu'il soit. Peu de Romains s'en sont mêlés, et ceux-là même se sont faits Grecs aussitôt. Bien plus, il n'y a d'autorité, même chez les ignorants et ceux qui ne savent pas le grec, que pour les médecins qui écrivent dans cette langue, et l'on a moins de confiance pour ce qui concerne la santé si l'on comprend (1). » *Solam hanc artium græcarum nondum exercet romana gravitas in tanto fructu: paucissimi Cuiritium attigere, et ipsi statim ad Græcos transfugæ: immo vero auctoritas aliter quam græce eum tractantibus, etiam apud imperitos expertesque linguæ, non est. Ac minus credunt, quæ ad salutem suam pertinent, si intelligunt.*

Cette dernière phrase est comme un axiome. Dans la médecine populaire, c'est surtout au surnaturel, à l'extravagant, à l'inintelligible et même à l'impossible que s'attache la vogue. Plus un remède est absurde, plus il a chance de réussir. La crédulité a été jusqu'à concevoir, jusqu'à accepter des remèdes contre la mort. Les alchimistes ne cherchaient pas uniquement le secret de faire de l'or; le but que poursuivaient ces illuminés, c'était la longévité et quelque chose de mieux. Plus d'un a cru trouver l'éternelle vie au fond de son creuset.

Les Romains voulaient être traités à la grecque et par des Grecs, ou du moins par des médecins dont ils n'entendissent pas la langue. Dans la suite, sans que les médecins grecs eussent rien perdu de leur prestige, on rechercha de préférence ceux qui venaient d'Alexandrie. Quoique l'école alexandrine fût bien déchue du temps d'Ammien Marcellin, nous savons par ce grave et véridique historien, que la meilleure recommandation pour un médecin c'était d'avoir étudié dans cette école célèbre, *ut pro omni experimento sufficiat medico ad commendandam artis auctoritatem, si Alexandriæ se dixerit eruditum* (1). Il n'était pas indispensable d'avoir étudié dans l'école d'Alexandrie, il suffisait d'affirmer qu'on y avait étudié.

Avec ces dispositions du peuple, supposons qu'un recueil de recettes ou de préceptes de médecine eût été lancé dans le public, sous le nom de l'école alexandrine: on devine l'immense succès d'une semblable

(1) Traduction de M. Littré, liv. XXIX, ch. VIII, 2. p. 300.

(1) Amm. Marcell. *Rer. gest.* lib. XXII, ch. XVI, p. 308, t. I de l'édition de Wagner et Erfurdt.

et contre le tibia; en bas il descend parfois jusqu'à la synoviale de la partie postérieure de l'articulation astragalo-calcanéenne.

Entre les trois plans ou faisceaux du ligament péronéo-astragalien postérieur et au-dessous du ligament péronéo-calcanéen, on trouve extérieurement à l'articulation du tissu adipeux dont l'existence est constante, mais la quantité plus ou moins considérable d'un sujet à l'autre. Il s'étend en avant vers le ligament *astragalo-calcanéen externe* où il forme une masse assez considérable qui s'enfonce sous ce ligament dans la profondeur de la gouttière ou rainure de l'astragale et du calcanéum jusqu'aux ligaments qui s'y trouvent.

C'est peut-être des organes premiers adipeux articulaires qu'il faut rapprocher celui qui est improprement appelé glande épiglottique, et dont l'aspect et le volume ne varient pas ou presque pas, même chez les sujets arrivés au plus haut degré d'émaciation.

Il constitue une masse molle, jaune, élastique, homogène, irrégulièrement arrondie, de forme très-variable du reste, selon les mouvements exécutés par la langue; cette masse est située derrière l'échancrure médiane du bord supérieur du cartilage thyroïde et la partie inférieure de la membrane ou ligament thyréo-hyoïdien, en avant de la partie inférieure correspondante de l'épiglotte.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

Les paralysies phosphoriques; par le docteur Gallavardin (de Lyon).

(Suite. — Voir les nos 1, 2, 3, 5, 7, 17, 21, 23 et 27.)

ABOLITION DU SENS MUSCULAIRE AUX MEMBRES INFÉRIEURS; MOUVEMENTS CONVULSIFS; CONTRACTION DES ADDUCTEURS DU POUCE ET DES FLÉCHISSEURS DE L'INDEX; DÉGLUTITION PRESQUE IMPOSSIBLE.

Obs. XXXV. — Le 23 avril 1863, une femme de 18 ans fait macérer dans 300 grammes d'eau chaude un paquet de 500 allumettes préparées avec du phosphore jaune, puis elle avale d'un trait toute cette boisson.

Le 24, il semble à la malade qu'elle est privée des membres inférieurs, quoique la sensibilité et la motilité soient intactes dans ces parties.

Le 27, à midi, coloration de la face, agitation, mouvements désordonnés. A quatre heures, déglution douloureuse, quoique la muqueuse pharyngée soit normale; contraction des adducteurs du pouce et des fléchisseurs de l'index. A dix heures du soir, déglutition presque impossible, arborisation de la paroi postérieure du pharynx.

Le 28, la mort survient après l'apparition de plaques de purpura à la base du cou, sur les épaules et sur la face dorsale des mains. (Docteur Guilbert (de Toulon), *Gazette des hôpitaux*, 4 juin 1863.)

En consultant les divers traités de matière médicale homœopathique, j'ai trouvé dans la pathogénésie du phosphore un grand nombre de symptômes paralytiques ou convulsifs qui démontrent également l'action élective de ce remède sur le système musculaire. Hahnemann et ses disciples les ont éprouvés en expérimentant sur eux-mêmes le phosphore à petites doses. Ils auraient probablement obtenu des symptômes paralytiques plus caractérisés, de véritables paralysies même, s'ils avaient ingéré le phosphore à doses plus fortes, mais alors ils couraient risque de s'empoisonner comme le pharmacien Dieffenbach. On le verra ci-après, ces symptômes, observés et reproduits minutieusement par les expérimentateurs, rappellent, à s'y méprendre, les phénomènes initiaux des paralysies exposés par les auteurs classiques.

Obs. XXXVI. — Le matin au lever, un expérimentateur ressent une *grande faiblesse* et, tout le jour, il éprouve une sensation de malaise général, de pyrosés et de *tremblement dans les membres*. (*Rein Arzneimittellehre von Hartlaub et Trinks*, 1828, t. I, n° 600.)

Obs. XXXVII. — Un autre expérimentateur éprouve dans les membres une *grande faiblesse qui persiste pendant plus de trois semaines*. (*Id.*, n° 598.)

Obs. XXXVIII. — Th. de la R... (étudiant en théologie, âgé de 20 ans, doué d'une forte constitution et présentant un beau développement musculaire) éprouva une *plénitude de forces* le troisième jour de l'expérimentation; mais à partir du quatrième jour, il ressentit du *relâchement musculaire*, de la *faiblesse musculaire pendant plusieurs semaines*. (*Der Phosphor von* docteur Sorge, 1862, p. 139.)

Obs. XXXIX. — Le docteur Sorge éprouva pendant deux jours un *sentiment extraordinaire de légèreté et de force qui fut suivi de dépression*.

Mais il lui arriva plus souvent d'éprouver une *sensation de faiblesse et de tremblement par tout le corps pendant tout un jour*. (*Id.*, p. 155-164.)

MUSCLES DES MEMBRES.

Obs. XL. — Tremblement avec tressaillement dans les membres; tremblement des mains tel qu'il ne peut écrire; tressaillement et crampes dans les doigts; paralysie des doigts qu'il sent, mais qu'il peut à peine remuer.

Les mains et les pieds sont lourds comme du plomb; tremblement, tressaillement, crampe, tiraillement spasmodique dans les membres inférieurs. (*Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques;* traduct. Jourdan, 2e édit., t. III, p. 213-284.)

SYMPTÔMES HÉMIPLÉGIQUES.

Obs. XLI. — Tout le côté droit est comme paralysé avec nausées.

L'une des deux mains est parfois comme paralysée pendant plusieurs heures.

Engourdissement et insensibilité des doigts d'une main.

Tressaillement dans les doigts d'une main, dans les orteils d'un pied. (*Id.*)

MUSCLES DE LA FACE ET DE LA RÉGION OCULAIRE.

Obs. XLII. — Convulsions dans les muscles des joues.

Tressaillement dans les muscles de la face; occlusion des mâchoires qui empêche de les écarter l'une de l'autre (spasme des massèters).

Tressaillement des paupières très-fréquent.

Dilatation ou resserrement des pupilles.

Myopie (contraction des quatre muscles droits de l'œil?) (*Id.*)

---

publication. Et qui sait si quelque effronté charlatan, si quelque aventurier venant chercher fortune à Rome, ne s'avisa point de mettre sous le couvert des médecins d'Alexandrie un livre de médecine populaire?

Pline, qui était cependant un esprit éclairé et d'une grande culture, ne trouva-t-il pas de bon goût de remettre en honneur l'antique formulaire de Caton? Il paraît d'autant plus inexcusable qu'il croyait être le premier qui eût écrit en latin sur une matière aussi importante. C'est du moins ce qu'il affirme au début du livre qu'il a consacré à la médecine, oubliant que Celse en avait traité avant lui, et avec une supériorité qui nous étonne encore aujourd'hui. Il est vrai que Celse était un homme de grand sens, très-érudit, mais très-judicieux; toute sa médecine est tirée des Grecs, mais avec un discernement incomparable. De tous les ouvrages scientifiques que nous a transmis l'antiquité, son traité de médecine est à coup sûr le plus raisonnable; et s'il n'est pas sorti des mains d'un médecin, on peut dire qu'il a été inspiré et dicté en quelque sorte par le génie même de la médecine. Peu d'erreurs, et point de sornettes, au rebours de Pline, qui s'est certainement souvenu de Celse (qu'il cite d'ailleurs en cinq endroits), en esquissant tant bien que mal une ébauche historique de la médecine; mais qui, au lieu de s'attacher à ce guide excellent, s'est obstiné, par esprit de contradiction apparemment et peut-être par préjugé national, à reproduire dans un meilleur ordre le ramassis de Caton.

On ne saurait trop insister sur cet exemple. Pline n'était point médecin; ses connaissances en médecine étaient bornées et entachées de beaucoup d'erreurs, et néanmoins Pline a joui durant des siècles d'une grande autorité médicale. Les compilateurs du moyen âge le considéraient, et ce n'est pas peu dire, à l'égal de Dioscoride et de Galien. Ils lui ont fait des emprunts innombrables, et c'est sur sa parole que quantité de plantes et de drogues réputées salutaires ont usurpé la place des remèdes vraiment utiles dans les anciennes pharmacopées.

Comme tous les adversaires de la médecine, Pline était d'une crédulité sans bornes; et tout en se défiant beaucoup des médecins, il recueillait soigneusement les secrets et les recettes des médicastres, des herboristes et des charlatans. De tous les ouvrages de l'antiquité qui traitent de la médecine, il n'y en a point à coup sûr de plus riche en erreurs que cette compilation qui nous étonne, moins par son étendue et par l'infinie variété des matières, que par les qualités en quelque sorte contraires et en apparence incompatibles qui distinguent l'auteur de cet immense travail.

Éloquent et déclamateur, profond et puéril, sage et futile, sceptique et superstitieux, philosophe et sophiste, Pline n'est au fond qu'un compilateur curieux, et quoiqu'il ait de belles parties comme écrivain, son style peu naturel et le plus souvent hors de proportion atteste que son imagination était bien au-dessus de son jugement. Cet érudit laborieux, cet investigateur insatiable, dominé par une immense curiosité, était passionné pour les choses de la science et manquait absolument de sens critique; bref, il n'avait point le génie scientifique.

DIAPHRAGME.

OBS. XLIII. — Fréquents hoquets pendant la journée, même avant de manger.

Hoquet continuel.

Hoquet après le dîner, tellement fort qu'il cause une douleur pressive et cuisante au creux de l'estomac. (*Id.*)

MUSCLES DÉFÉCATEURS.

OBS. XLIV. — Selle demi-liquide, peu abondante, et qui ne sort qu'avec des efforts.

Ténesme violent quelque temps après la selle.

Spasme considérable et pénible du rectum le matin dans le lit.

Selles involontaires.

Ecoulement de mucosités par l'anus, qui reste constamment ouvert (1). (*Id.*)

MUSCLES DE LA VESSIE.

OBS. XLV. — Violente envie d'uriner; l'urine s'échappe involontairement.

Incontinence d'urine nocturne. (*Id.*)

COEUR.

OBS. XLVI. — Palpitations du cœur violentes, fréquentes.

Battements du cœur très-inégaux.

Syncopes. (*Id.*)

Outre les muscles de la vie de relation et de l'appareil génésique, je me suis permis de signaler deux muscles de la vie organique, le diaphragme et le cœur, sur lesquels le phosphore exerce une action élective très-marquée: fait démontré par les observations cliniques et pathogéniques.

EXPÉRIMENTATIONS SUR LES ANIMAUX.

TRISTESSE ET ANÉANTISSEMENT COMPLET; CONVULSIONS HORRIBLES; MORT CHEZ 27 POULES OU DINDES.

OBS. XLVII. — Tels furent les phénomènes successifs qui furent observés déjà l'an VI, et dont quelques-uns durèrent, chez certains sujets, jusqu'au quarante-sixième jour. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1855, t. III, p. 137.)

VERTIGE; TITUBATION; CONVULSIONS; MORT CHEZ DES POULES, CANARDS ET DINDONS.

OBS. XLVIII. — Dans le mois d'août 1842, M. Nicolaï constata ces effets chez des volailles qui s'étaient empoisonnées avec la pâte phosphorée destinée à détruire des rats. (*Id.*, p. 147.)

INQUIÉTUDE; TREMBLEMENT; CONVULSIONS; FAIBLESSE ET PARALYSIE DES EXTRÉMITÉS POSTÉRIEURES.

OBS. XLIX. — Tels sont les symptômes qu'on a observés chez les animaux empoisonnés avec le phosphore. (*Untersuchen ueber acute phosphor vergiftungen von B. Schuchardt in Gœttingen.*) (*Henle und Pfeifer's zeitschrift*, 1856.)

(1) Je ne connais que deux médicaments qui paralysent le sphincter jusqu'à rendre l'anus béant: le phosphore et l'arsenic.

PARALYSIE DE TOUS LES MEMBRES; CERVEAU ET PARTIE SUPÉRIEURE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE D'UNE CONSISTANCE MOLLE CHEZ UN LAPIN.

OBS. L. — Le 12 juillet 1858, à midi, un lapin fut empoisonné avec des petites doses de phosphore ingéré en substance dans l'estomac. Dans la matinée du 14, il était étendu sur le flanc, paralysé de tous les membres, les pupilles peu sensibles à la lumière, les paupières se contractant et se fermant quand on les touchait. Il souleva encore la tête, éprouva une petite convulsion dans tout le corps, puis expira une demi-heure après.

A l'autopsie on trouva:

La substance de la partie supérieure de la moelle épinière d'une consistance molle, ses membranes d'enveloppe pas injectées; la substance du cerveau d'une consistance molle, sans injection; les sinus longitudinaux et transverseaux médiocrement pleins de sang; les plexus à l'état normal; un peu de liquide dans les ventricules. (3e obs. du docteur Birkner (de Postdam), *Casper's Viertel Jahrschrift*, t. XIII, p. 98-122.)

PARAPLÉGIE; DEMI-PARALYSIE DES MEMBRES ANTÉRIEURS; TREMBLEMENT DU MEMBRE ANTÉRIEUR GAUCHE; HYPERESTHÉSIE DE LA PEAU; CERVEAU D'UNE CONSISTANCE MOLLE CHEZ UN LAPIN.

OBS. LI. — Un fort lapin fut empoisonné avec de petites doses de phosphore dans l'après-midi du 12 juillet 1858.

Le 14, à sept heures du matin, il était étendu sur le flanc, paralysé du train postérieur; il essayait de temps en temps de se soulever avec les membres antérieurs à moitié paralysés et à l'aide de mouvements de tout le corps; le membre gauche antérieur tremblait incessamment; les yeux restaient ouverts; les membres paralysés n'étaient point roides; l'agonie se prolongea pendant plusieurs heures. L'animal restait étendu une demi-heure sans mouvement, puis il glissait brusquement un peu en avant et sans mouvements convulsifs; touché avec les doigts, il tressaillait de tout le corps comme s'il se ranimait. Finalement il fit entendre un sifflement à peine perceptible à l'oreille, puis il expira onze heures après.

A l'autopsie, on trouva les sinus du cerveau gorgés de sang, les réseaux vasculaires à l'état normal, aucune exsudation dans les ventricules, la masse cérébrale d'une consistance molle. (4e obs. du docteur Birkner, *id.*)

DIMINUTION PROGRESSIVE DE LA SENSIBILITÉ ET DE LA MOTILITÉ CHEZ UN LAPIN.

OBS. LII. — Un lapin fut empoisonné avec du phosphore introduit dans une plaie sous-cutanée. La sensibilité et la motilité diminuèrent peu à peu jusqu'à sa mort, survenue une heure après l'empoisonnement. (Professeur Mayer (de Benn), *Casper's Viertel Jahrschrift*, t. XVIII, p. 221.)

PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ ET DE LA MOTILITÉ CHEZ UNE GRENOUILLE.

OBS. LIII. — Une grenouille fut empoisonnée par le phosphore de six allumettes introduit dans une plaie sous-cutanée. Il survint une paralysie de la sensibilité et de la motilité, puis la mort sept heures après. (*Id.*)

Cet écrivain étrange avait en lui l'étoffe d'un poëte, et bien souvent, en le lisant, j'ai cru apercevoir comme une contrefaçon de Lucrèce.

Tel était l'homme qui a exercé une si puissante influence en médecine durant la période intermédiaire, que nous aborderons dans le prochain article, en prenant pour sujet d'étude le recueil si connu sous le titre de *Regimen Salernitanum*. En examinant la question des origines et de l'influence de l'*Ecole de Salerne*, nous compléterons cette esquisse de la médecine populaire, et nous terminerons par quelques considérations sur la période moderne, sans perdre le fil de la tradition, qui seul peut nous conduire à travers les détours de cet inextricable labyrinthe.

J. M. GUARDIA.

— Par décret en date du 17 septembre 1864, ont été nommés présidents:

De la Société de secours mutuels de Saint-Jean-Baptiste, à Montrejeu (Haute-Garonne), M. Cazaugrand, médecin cantonal, président actuel;

De la Société de secours mutuels dite l'*Union*, à Saint-Marcellin (Isère), M. Lerat, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Lille (Nord), M. Cazeneuve, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de prévoyance des médecins de l'arrondissement, à Compiègne (Oise), M. Colson, docteur en médecine, officier de la Légion d'honneur, président actuel;

De la Société de prévoyance des médecins de l'arrondissement, à Senlis (Oise), M. Voillemier, docteur en médecine, chevalier de la Légion d'honneur, président actuel;

De la Société de secours mutuels de Tracy-le-Mont (Oise), M. Frary, docteur en médecine, président actuel.

— ACTE DE LIBÉRALITÉ. M. Balthasard Besnard, décédé à Tours, laisse par testament à la ville de Ligueil, où il est né, la somme de 416,000 francs, dont 400,000 francs doivent être employés à la fondation d'un hospice dans cette commune.

— La Société médicale d'Indre-et-Loire avait mis au concours cette question: « De l'alcoolisme. » Six mémoires lui ont été adressés. Après le rapport de M. Millet, la Société a décerné des médailles d'or à MM. Chonneaux-Dubuisson (de Villers-Bocage) et A. Contesse (de Lons-le-Saulnier). Une mention honorable a été accordée à M. Debourge (de Rollat, Somme).

— Nous apprenons la mort de M. Barbet, professeur de pharmacie à l'École de médecine de Bordeaux et membre du conseil d'hygiène de la Gironde.

DIMINUTION PROGRESSIVE DE LA SENSIBILITÉ ET DE LA MOTILITÉ CHEZ UNE GRENOUILLE.

Obs. LIV. — Une forte grenouille fut empoisonnée par un grain de phosphore dissous dans l'huile et introduit dans une plaie sous-cutanée. La sensibilité et la motilité diminuèrent graduellement dans le courant de la journée, et le lendemain elle était morte. (*Id.*)

PARALYSIE INCOMPLÈTE DES MEMBRES; OPISTHOTONOS; ANESTHÉSIE DE LA PEAU CHEZ UNE GRENOUILLE.

Obs. LV. — On versa de l'huile d'amande contenant un fort grain de phosphore dans une plaie faite sur le dos d'une grenouille. Le second jour, vers midi, apparurent des symptômes de faiblesse et d'engourdissement des membres. Bientôt l'animal resta tranquillement étendu sur le dos; la sensibilité disparut, les paupières ne se fermaient plus quand on les touchait, puis survint un léger opisthotonos suivi de la mort. (*Id.*)

Obs. LVI. — Faiblesse; paralysie du système musculaire chez des lapins, des chiens, des chats, des rats et des grenouilles.

Le professeur *Mayer* (de Bonn), résume de la manière suivante les résultats qu'il a obtenus en faisant absorber le phosphore chez les divers animaux précités, soit par l'estomac, soit par le tissu cellulaire ou les plaies :

Le phosphore agit spécialement sur les nerfs des mouvements volontaires et sur les muscles eux-mêmes. Il entrave, diminue et enfin abolit entièrement la motilité, ou bien il détruit l'irritabilité des nerfs moteurs, la contractilité des fibres musculaires, et en dernier lieu paralyse complétement les forces.

Le phosphore agit également sur les nerfs des mouvements involontaires, sur le système musculaire du cœur et de la poitrine. Il ralentit les pulsations, trouble le rhythme normal du cœur et en suspend même complétement les battements, si bien que ce viscère se remplit de sang. Il agit sur la respiration en paralysant les nerfs moteurs du thorax et du diaphragme, de sorte que les poumons, eux aussi, se gorgent de sang. A la suite de cette diminution, de cette faiblesse, de cette abolition même des battements du cœur et des mouvements respiratoires, il survient un abaissement de température tel que la calorification physiologique étant suspendue, l'animal meurt engourdi, insensible et roide comme dans la mort par congélation.

L'acide phosphorique et les acides phosphoreux sont moins actifs que le phosphore, mais ils agissent néanmoins comme lui en affaiblissant, paralysant les nerfs moteurs et les mouvements du cœur et de la poitrine. (*Schmidt's Jahrbuecher*, 1861, t. CIX, p. 172.)

TREMBLEMENT DU CORPS; CONVULSIONS EFFROYABLES ET ANÉANTISSEMENT DES FORCES CHEZ DES COQS, DES MOINEAUX ET DES GRENOUILLES.

Obs. LVII. — Tels sont les phénomènes qu'a observés le professeur *Giulio* (de Turin), dans le cours de ses expérimentations. (*Thérapeutique de Mérat et de Lens*, t. V, p. 281.)

TREMBLEMENT GÉNÉRAL; CONVULSIONS DES MEMBRES POSTÉRIEURS; CONSISTANCE MOLLE DU CERVEAU ET SURTOUT DE LA MOELLE ALLONGÉE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ UN LAPIN.

Obs. LVIII. — Au moyen d'un tube élastique, 2 drachmes de phosphore furent introduits dans l'estomac d'un robuste lapin. Un quart d'heure après, il est pris de tressaillement et tremblement. Cinq à six heures plus tard il éprouve subitement des contractions, surtout dans les membres postérieurs; la mort survint quand ces mouvements convulsifs eurent persisté un quart d'heure.

A l'autopsie, on trouva le cerveau et surtout la moelle allongée et la moelle épinière d'une consistance molle, et présentant une couleur pâle insolite. (J. W. Arnold, *Hygea*, *Zeitschrift fuer Heilkunst*, t. XXIII, p. 25.)

DILATATION DES PUPILLES; TREMBLEMENT GÉNÉRAL, PARALYSIE DES MUSCLES RESPIRATEURS DU THORAX; CONVULSIONS DES MEMBRES ANTÉRIEURS; PARAPLÉGIE; INSENSIBILITÉ DU CORPS CHEZ UN CHAT.

Obs. LIX. — Le 12 mars 1844, un chat prit en lavement une demi-once d'huile phosphorée. Le premier symptôme qui apparut fut la dilatation des pupilles. Trois quarts d'heure après vomissements de mucosités visqueuses; vingt-quatre heures plus tard diarrhée, puis il se met à trembler et retire ses oreilles en arrière, ce qui lui donne une expression de souffrance.

Le 13, à midi, il prend la même dose de phosphore et de la même manière.

Le 14, à midi, il est étendu haletant et pouvant à peine ouvrir les yeux. La respiration ne se fait plus qu'à l'aide des muscles abdominaux, et à chaque mouvement respiratoire le corps est un peu projeté en avant.

A ces symptômes viennent s'ajouter, le 15, un vomissement de sang et la paralysie des membres postérieurs.

Le 16, à une heure et demie de l'après-midi, accès de convulsions, insensibilité du corps. Plus tard dans cette même après-midi, mouvements désordonnés des membres antérieurs; la mort survint à quatre heures. (Docteur Liedbeck, *Hygea*, t. XX, p. 32-34.)

DILATATION DES PUPILLES; PARALYSIE (?) DE LA LANGUE; PARALYSIE INCOMPLÈTE; PERTE DU GOUT; INSENSIBILITÉ GÉNÉRALE CHEZ UN CHAT.

Obs. LX. — Le 7 février 1844, un gros chat prit quatre gouttes d'huile phosphorée.

Le 8, à dix heures du matin, il paraissait indifférent à tout et ne pouvait se remuer qu'avec difficulté; il éprouvait surtout un grand affaiblissement dans la motilité du train postérieur, et les pupilles étaient très-dilatées.

Après avoir pris une seconde dose de quatre gouttes d'huile phosphorée, il ne se débattait plus aussi fortement; puis il se mit à trembler de tout le train postérieur et la langue pendait hors de la bouche comme si elle était paralysée.

Depuis la première dose, la sensibilité avait tellement diminué qu'on pouvait facilement lui faire avaler des remèdes d'un goût désagréable.

Après la sixième dose, il survint des vomissements et une sorte de stupeur avec somnolence, et l'animal devint encore plus insensible à tout contact.

Une septième dose lui fut administrée, et le lendemain dans la matinée du 10 février, il expirait après avoir éprouvé quelques convulsions des extrémités. (*Id.*, p. 30.)

DILATATION DES PUPILLES; PARALYSIE DES MEMBRES CHEZ DES GRENOUILLES.

Obs. LXI. — Les grenouilles empoisonnées par Liedbeck à l'aide d'un lavement contenant cinq gouttes d'huile phosphorée, étaient affectées d'une très-forte dilatation des pupilles, puis paralysie des membres, après quoi elles expiraient. (F. L. Strumpf, *Systematisches Handbuch der Arzneimittellehre*, t. II, p. 513, Berlin, 1855.)

SURFACE DU CERVEAU D'UNE CONSISTANCE PLUS MOLLE QU'A L'ORDINAIRE; LA MOITIÉ INFÉRIEURE DE LA MOELLE RACHIDIENNE PLUS MOLLE QUE LA MOITIÉ SUPÉRIEURE CHEZ UN LAPIN.

Obs. LXII. — Le 3 août 1857, un jeune lapin mangea quelques morceaux de pain trempés dans de l'huile phosphorée.

Le 5, on lui ingéra dans la bouche six à huit gouttes de cette huile; jusque-là il se trouvait bien.

Le 6, à cinq heures du matin, on lui donna la même dose. A partir de ce moment, l'animal, qui était haletant, devint beaucoup plus calme, et à deux heures de l'après-midi il expirait.

L'autopsie, faite la même après-midi, montre la surface du cerveau d'une consistance beaucoup plus molle qu'à l'ordinaire, la moitié inférieure de la moelle épinière beaucoup plus molle que la moitié supérieure; la face antérieure de la partie moyenne de la moelle épinière paraissant, à travers la dure-mère, infiltrée d'un sang noir. (*Der Phosphor*, von Dr G. Wilhelm Sorge (de Berlin); Leipzig, 1862, p. 51.)

FAIBLESSE PARALYTIQUE DES MEMBRES; CONVULSIONS, MORT; ÉPANCHEMENTS SANGUINS MULTIPLES DANS LE CERVEAU ET LE CERVELET; UN DE CES ÉPANCHEMENTS RAMOLLIT LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE CHEZ UN LAPIN.

Obs. LXIII. — Le 10 août 1857 on empoisonna un très-gros lapin en lui ingérant dans la bouche 15 à 20 gouttes d'huile phosphorée. Le lendemain dans l'après-midi, les mouvements deviennent plus faibles. A partir de sept heures du soir les pieds restent dans la même position qu'on leur a donnée, l'animal est étendu sur le flanc. Vers dix heures du soir il se jette de ci, de là sur sa couche de paille, puis il étend les membres postérieurs, rejette la tête en arrière et meurt.

Aussitôt après la mort, il sort par la bouche et les narines un sang spumeux.

On fait l'autopsie, et à travers la pie-mère on aperçoit distinctement presque sur toute la surface du cerveau et du cervelet un grand nombre de points ecchymotiques du volume de la tête d'un gros clou; ils persistent sur la surface de la substance cérébrale même après l'enlèvement de la pie-mère, et ils ne peuvent être effacés à l'aide d'une pression légère. Ils abondent particulièrement sur la partie supérieure du lobe moyen et sur les faces supérieure et postérieure du cervelet.

Certaines portions de la masse cérébrale renferment un grand nombre de ces points ecchymotiques qui ne se laissent point enlever. Il y en a beaucoup à certaines places, surtout dans la substance grise du cervelet. A droite et sur le bord postérieur du cerveau, on observait à la surface un épanchement sanguin, noir, solide, du volume d'un demi-haricot et ne présentant aucun dépôt fibrineux.

La région occupée par cet épanchement était parsemée de points

noirs ecchymotiques du volume de la tête d'un gros clou, et, en outre, pénétrée de stries sanguines. Toute cette région était manifestement plus molle que le reste de la masse cérébrale. On ne trouvait de sang extravasé ni dans les autres parties du cerveau ni dans ses cavités; il n'y avait point d'hyperémie dans les vaisseaux du cerveau ni dans son enveloppe. (*Id.*, p. 55.)

CONSISTANCE MOLLE DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ UN LAPIN.

Obs. LXIV. — Le 26 août 1857, un lapin de 6 mois ingéra quelques gouttes d'huile phosphorée qui ne l'incommodèrent nullement. Il en prit encore dix à douze gouttes pendant deux jours.

Le 28, il reposait paisiblement, mais il avait la respiration haletante et, contre son habitude, il se laissa facilement prendre.

Dans la matinée du 30, il était dans le même état; l'après-midi il mangea et fut très-alerte tout le reste de la journée.

Le 31, à cinq heures du matin, quinze à vingt gouttes d'huile phosphorée l'étendirent par terre jusqu'à neuf heures. A onze heures il fut tué à l'aide d'un poinçon enfoncé dans la moelle allongée.

A l'autopsie, faite douze heures et demie après la mort, le docteur Sorge put encore observer que le cerveau et la moelle épinière des lapins ainsi empoisonnés étaient d'une consistance moins ferme que chez les lapins sains. Ce qui confirma les remarques qu'il avait faites antérieurement sur la mollesse ou la fermeté du cerveau et de la moelle épinière chez d'autres lapins empoisonnés de la même manière. (*Id.*, p. 53.)

CONSISTANCE MOLLE DES DEUX TIERS SUPÉRIEURS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ UN LAPIN.

Obs. LXV. — Le 15 août 1857, un jeune lapin, jusque-là très-bien portant, ingéra cinq gouttes d'huile phosphorée, ce qui ne l'incommoda nullement. Il le fut également fort peu par l'ingestion de huit gouttes.

Le 20, à neuf heures du matin, dix gouttes données comme premier repas ne modifièrent en rien ni son appétit ni ses mouvements.

Le 21, à quatre heures et demie du matin, on le trouvait mort dans sa cabane.

A l'autopsie, faite vers le soir, on trouva le cerveau exsangue et manifestement pâle; la moelle épinière d'une consistance plus molle qu'à l'ordinaire, surtout dans les deux tiers supérieurs. (*Id.*, p. 54.)

PARALYSIE ET CONVULSION DES MEMBRES; CONSISTANCE MOLLE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE DANS SA PARTIE INFÉRIEURE CHEZ UN LAPIN.

Obs. LXVI. — Le 3 août 1857, on mit dans la bouche d'un lapin cinq gouttes d'huile phosphorée, et plus tard le 5 août à huit heures du matin encore quelques gouttes.

A onze heures et demie il restait tranquillement dans un coin, mais il s'en élançait rapidement quand on ouvrait la porte de sa cabane.

A midi et demi, étendu de tout son long, il ne pouvait se porter en avant qu'avec peine, et il laissait tomber sa tête de côté comme s'il était ivre. Si on le soulevait, il ne se débattait que très-faiblement. Couché sur le ventre, les membres postérieurs allongés en arrière, il penchait sa tête de côté.

Peu de temps après, à la suite de convulsions de tous les membres, il se trouva couché sur le dos. Il restait immobile quelques instants, puis de nouvelles convulsions le rejetaient de ci, de là, et faisaient bondir son corps à 2 pouces de hauteur.

Cette muette tragédie dura plus d'une demi-heure, avec quelques interruptions; puis l'animal expira après une violente secousse des pieds de derrière.

On fit l'autopsie en bas de la colonne vertébrale; la moelle épinière parut avoir une consistance plus molle qu'à l'ordinaire; et à la région dorsale, elle présentait, sous la dure mère, une couleur ecchymotique le long de la face antérieure du canal rachidien. (*Id.*, p. 52.)

CONVULSIONS DES QUATRE MEMBRES; OPISTHOTONOS; CONSISTANCE MOLLE DU CERVEAU CHEZ UN CHIEN.

Obs. LXVII. — Le 7 novembre 1859, je pris 3 à 4 grains de phosphore divisé très-fin, je les mélangeai à une soupe de farine que je fis manger à jeun à un gros chien de berger, vieux et vorace.

Le 8, il mangea encore avec plus de voracité une pareille soupe contenant 12 grains de phosphore.

Six heures après avoir pris la dernière dose, il tomba dans de violentes convulsions.

Il avait de très-fortes contractions des quatre membres et la tête violemment rejetée en arrière, de telle sorte qu'il présentait un opisthotonos durant une minute. Après un instant de repos, les contractions se renouvelaient plusieurs fois avec de courts mouvements d'expiration, pendant que la gueule était largement ouverte, et le ventre ramassé sur lui-même. A peine cette scène eut-elle duré une demi-heure que l'animal expira.

A l'autopsie on trouva la masse cérébrale et la pie-mère hyperémiées, surtout vers la glande pituitaire et les plexus: la substance cérébrale d'une consistance plus molle qu'on ne devait l'attendre de l'âge de ce chien; la moelle épinière présentant la fermeté ordinaire. (*Id.*, p. 49.)

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

IV. JOURNAL FUER KINDERKRANKHEITEN; publié par MM. Behrend et Hildebrand.

La vingt et unième année (1863) de ce journal contient les articles originaux suivants : 1° *Casuistique chirurgicale extraite de la pratique des enfants*, par Bartscher. (L'auteur a relaté dans 24 articles les cas les plus intéressants qu'il a eu à observer dans sa pratique des maladies des enfants : céphalématomes, ophthalmies des nouveau-nés, polypes du rectum, induration des glandes mammaires, extraction de corps étrangers, etc.) 2° *Quelques remarques sur la méningite tuberculeuse*. (Revue des principales lésions anatomiques suivant les degrés de la maladie.) 3° *Contribution au traitement des luxations congénitales de la hanche et des luxations pathologiques anciennes*, par Parow. (Considérations anatomiques. Application d'un nouvel appareil inventé par l'auteur et dont il donne la description et la figure.) 4° *Quelques communications extraites de la pratique*, par W. Steppohn : 1° *Hémorrhagie survenue chez un enfant après la circoncision*. (L'hémorrhagie dure dix heures, malgré les moyens employés, l'enfant meurt au bout de quatre jours, épuisé.) 2° *Double céphalématome*. 3° *Usage de l'opium dans la pratique des enfants*. (Dans cet article, l'auteur dit qu'on a tort de s'effrayer de l'emploi de l'opium, même à dose relativement élevée, dans le traitement de certaines affections des petits enfants. Il s'est vu plusieurs fois dans la nécessité d'administrer de fortes doses sans suites fâcheuses. 5° *Quelques mots sur le céphalematome des nouveau-nés*, par A. Clemens. 6° *Contributions aux maladies de l'oreille moyenne chez les enfants*, par Hermann Schwartze. 7° *Sur les monstruosités*, par A. Clemens. (Dans un cas, le bras et l'avant-bras du côté droit manquaient, la main se trouvait dans la cavité glénoïde sous l'acromion, et était munie d'une sorte d'articulation. Un autre cas concerne un fœtus chez lequel les deux extrémités postérieures étaient soudées en forme de queue; il n'y avait aucune trace de pied ni de jambe; absence de parties génitales et d'anus; les parties supérieures à l'état normal. L'expulsion de ce fœtus monstrueux fut suivie d'un autre monstre; celui-ci était acéphale et offrait, en outre, diverses anomalies.) 8° *Extraits de la pratique des enfants*, par Joseph Bierbaum. (Description des cas observés par l'auteur : tuberculose cérébrale, céphalée nerveuse, céphalématome, alopécie partielle, méningite tuberculeuse, rougeole, brûlures, typhus pétéchial, ossification incomplète des os du crâne, typhus abdominal, éclampsie (convulsions), catarrhe aigu de l'estomac, purpura, urticaire, fracture de la clavicule, rhumatisme aigu, zoster, toux convulsive, helminthiase, strangurie.) 9° *Sur le spasme du larynx*, par Hauner.

SUR LE SPASME DU LARYNX CHEZ LES ENFANTS; par le professeur Hauner, directeur de l'hôpital des Enfants, à Munich.

Ce travail présente, sous forme de tableaux, une statistique de 167 enfants affectés de laryngisme. L'auteur analyse ensuite les résultats fournis par ces tableaux, et en tire les conclusions dont nous allons transcrire les principales :

Le spasme laryngé est une maladie particulière à l'enfance, et qui affecte surtout les enfants pendant la première dentition. Rarement on la rencontre chez ceux qui sont allaités; presque toujours ce sont les enfants mal nourris, et particulièrement les enfants rachitiques qui en sont atteints.

Ni la physiologie ni la pathologie ne nous font connaître d'une manière certaine l'essence de la maladie. Cependant le mode des accès paraît établir que leur point de départ siége dans le cerveau et dans la moelle allongée.

Des formes secondaires de laryngisme peuvent être produites par diverses maladies; telles sont les actions réflexes sur le cerveau par

suite de troubles dans les fonctions du nerf vague et du sympathique, ainsi les affections du larynx, des bronches et des poumons.

Friedleben a prouvé de la manière la plus positive que le thymus n'a aucune part à la production du laryngisme (1), et nos recherches, dit l'auteur, confirment pleinement celles de Friedleben.

Le rachitis joue un rôle important dans la production de cette maladie.

Le musc s'est montré très-efficace dans l'immense majorité des cas. La teinture de musc ambrée, à la dose de 5 gouttes dans une demi-cuillerée d'eau deux ou trois fois par jour, diminue promptement les accès et en amène bientôt la cessation.

Quand le rachitis existe, on joint au musc l'huile de foie de morue.

V. ZEITSCHRIFT FUER DIE STAATSARZNEIKUNDE.

(Journal de Henke, continué par F. G. Behrend.)

Les quatre cahiers trimestriels de l'année 1863 renferment les travaux originaux suivants : 1° *De la respiration des enfants avant la naissance, aux points de vue physiologique, anatomique et médico-légal*, par Max Boehr. (Long travail en grande partie historique et accompagné de nombreux tableaux.) 2° *Quelques remarques hygiéniques sur l'éclairage au gaz, le chauffage par des fourneaux, et les tapisseries des appartements*, par E. F. Lochmann. (Inconvénients de l'éclairage au gaz des appartements de petite dimension ; influence défavorable d'un air sec et chaud, résultat de l'emploi de certains fourneaux ; quant aux tapisseries, la plupart consistent en papiers peints préparés avec des substances toxiques dont les émanations peuvent offrir du danger.) 3° *Empoisonnement par le phosphore*, par Oscar Th. Sandahl. 4° *Plusieurs cas d'avortement provoqué par une pression sur l'abdomen*, par A. T. Wistrand. 5° *Réflexions sur la position des cimetières dans le voisinage des villes*, par Brunner. 6° *Le phosphore au point de vue de la police médicale et de la médecine légale*, par Bernhard Ritter. 7° *Une chevalière d'industrie de haut parage*, par J. Hofmann. (Affaire d'escroquerie.) 8° *De l'insuffisance de l'enseignement officiel de la médecine légale*, par Hofmann. 9° *Accusation de mort par imprudence par suite d'une erreur médicale*, par le même. (Accouchement laborieux, ignorance et imprudence d'un officier de santé ; application intempestive du forceps ; déchirure du vagin et de la matrice, fracture de la branche descendante du pubis ; hémorrhagie suivie de mort ; condamnation de l'officier de santé à trois mois de prison.) 10° *Trois rapports de médecine légale*, par G. Blosfeld. 11° *Le congrès hygiénique à Copenhague en juillet* 1858. (Parmi les questions qui ont été traitées dans ce congrès, nous remarquons : les habitations des pauvres, au point de vue de leur salubrité ; l'organisation d'une bonne police sanitaire ; la distribution des eaux dans les villes ; le chauffage des lieux publics, particulièrement des églises ; les mesures à prendre pour diminuer la mortalité chez les petits enfants (le congrès recommande surtout de surveiller les gens à gages auxquels sont confiés les enfants illégitimes) ; l'alimentation des classes pauvres ; diffusions des connaissances diététiques parmi le peuple et surveillance active de la police sur la vente des substances alimentaires) ; l'abus des liqueurs fortes ; la disposition des fosses d'aisances, etc.) 12° *Rapport sur l'état des prisons à Christiania pendant les années* 1858-1860. 13° *Rapports de* 1857 *et* 1858 *publiés par la Société pour le patronage des libérés, à Christiania*. 14° *Vente illicite d'un remède secret*, par Hofmann. (Accusation portée par un pharmacien contre une boulangère qui vendait un thé particulier connu dans la contrée sous le nom de *thé de mai*, acquittement.)

VI. DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FUER DIE STAATSARZNEIKUNDE ;

publié par le docteur Sig. A. J. Schneider.

Les deux cahiers composant le tome XXI (1863) contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Remarques et propositions relatives à la vaccination, particulièrement dans le grand-duché de Bade*, par J. H. Schürmayer. 2° *Statistique et pathologie du suicide*, par Küttlinger. (Analyse des résultats fournis par la statistique sous le rapport de l'âge, du sexe, de la nationalité, des saisons, de la religion, des conditions sociales et des causes psychiques ou pathologiques du suicide.) 3° *Fracture complète du sternum*, par de Faber. (Rapport médico-légal sur une fracture du sternum dans toute son épaisseur, avec séparation des cartilages de la quatrième côte de chaque côté ; mort du blessé. La plaie extérieure devait faire croire que le coup avait été porté par un instrument tranchant ; l'autopsie, jointe aux circonstances de la rixe, montra que la fracture avait été produite par un coup violent à l'aide d'un couteau fermé. Condamnation à six mois de prison.) 4° *De la mort par torsion du cou*, par Louis Frey. (Deux accusations d'infanticide ; déchirures des ligaments des deux premières vertèbres cervicales ; doutes sur le genre de mort.) 5° *Rapport médico-légal sur un cas de mort par une pierre lancée contre l'épigastre*, par P. J. Schneider. 6° *Rapport sur la cause de la mort, par suite de mauvais traitements, d'un enfant hydropique*, par le même. 7° *Rapport sur un prétendu suicide par le poison*, par le même. (L'auteur fut chargé d'examiner le cadavre d'un individu adonné à la boisson et que l'on disait s'être suicidé par le poison. L'analyse chimique ne constata la présence d'aucune substance vénéneuse, mais l'autopsie révéla une congestion cérébrale et pulmonaire suffisante pour expliquer la mort.) 8° *Rapport sur l'état de responsabilité d'un suicidé*, par le même. (La conclusion est que l'individu en question a consommé son suicide avec conscience et entière liberté d'esprit.) 9° *Rapport sur la responsabilité d'une femme prétendue hystérique et accusée de vol*, par le même. (L'hystérie n'a joué aucun rôle dans cet acte, et ce dernier a été commis avec une pleine liberté d'esprit.) 10° *Cas d'infanticide ; rapport médico-légal*, par F. Orth. 11° *L'hygiène publique ; esquisse historique*, par J. B. Ellersperger. 12° *La population israélite comparée à la population chrétienne*, par C. Fr. Mayer. (Esquisse biologique sur la constitution, la taille, la durée de la vie des deux populations, particulièrement dans la ville de Fürth. D'après les chiffres recueillis dans l'intervalle de dix ans, la moyenne de la durée de la vie n'est que de 26 ans pour les chrétiens, tandis qu'elle s'élève à 37 pour les juifs. A Francfort aussi, l'avantage est en faveur de ces derniers.) 13° *La rage*, par W. E. de Faber. (L'auteur renvoie à une monographie qu'il a publiée sur ce sujet et donne le présent travail comme une addition à cette monographie. Dans ce premier article il étudie la rage du chien, du renard, du loup, du chat, de la marte, du blaireau, du porc, du cochon d'Inde, du cheval, de l'âne et du mulet, des bêtes à cornes, des moutons, et enfin celle du lapin ; puis il expose les épidémies de rage observées chez les animaux.) 14° *Quelques observations d'empoisonnement*, par Weber. (Premier article comprenant des empoisonnements par la vapeur du charbon.) 15° *Accusation de vol*, par Hofmann. 16° *Accusation de blessures*, par le même. 17° *Avortement produit par la perforation des membranes de l'œuf*, par J. H. Schürmayer. (Avortement provoqué par un médecin-accoucheur ; condamnation de la fille à une année de détention ; condamnation du médecin à quatre années de la même peine et retrait de sa licence.) 18° *Pour servir à l'histoire de la constatation médico-légale du viol, de la violation des cadavres, de la pédérastie et de la sodomie*, par Bernard Bitter. (Travail considérable contenant des recherches historiques très-curieuses et exposant les divers moyens auxquels ont recours les médecins légistes pour arriver à la constatation des faits.) 19° *Philippe Bückert, autrement dit comte Thun ; contribution à l'appréciation des vesanies douteuses*, par Otto Vowinkel.

VII. WURZBURGER MEDICINISCHE ZEITSCHRIFT ;

rédigé par Bamberger, Fœrster et Scanzoni.

Les 6 cahiers composant le quatrième volume (1863) de ce recueil renferment les mémoires originaux suivants : 1° *Contributions à l'anatomie pathologique de la syphilis congénitale*, par A. Fœrster. 2° *Petites communications*, par H. Bamberger. (Article sur un cas de diabète sucré avec typhus.) 3° *Contributions à l'anatomie et à la pathologie de l'appareil urinaire*, par A. Kussmaul. (Ce mémoire se compose de huit articles, dont voici les titres : a. *Sur le diagnostic de la phthisie tuberculeuse des voies urinaires*. (Indication très-détaillée des signes caractéristiques de cette affection.) b. *Cancer médullaire du rein gauche chez un enfant de* 3 *ans* 1/2. c. *Hydronéphrose par croisement de l'uretère droit avec une artère rénale supplémentaire*. d. *Pyonéphrose avec développement considérable des reins*. e. *Maladie de Bright d'une durée très-longue, probablement de dix années*. f. *Pour servir à l'étude de la paraplégie urinaire*. g. *Cellules remplies de corps nucléiformes et de corpuscules muqueux dans un catarrhe vésical chez un ictérique. Présence de cristaux de la matière colorante de la bile dans ces cellules et dans les corpuscules muqueux du sédiment*. h. *Maladie d'Addison*. 4° *Hémorrhagies par les*

(1) Voyez l'analyse de son important ouvrage, *Gazette médicale de Paris*, année 1860, p. 58.

glandes sudoripares, par A. de Franque. 5° *Résultats de 18 autopsies de typhus*, par Fréd. Roth. (Autopsies faites de 1857 à 1860 à la clinique du professeur Bamberger, à Würzburg. Les altérations de la muqueuse intestinale ont généralement été très-graves; cependant quelquefois elles se sont bornées à un gonflement des glandes de Peyer, sans ulcération.) 6° *Observations chirurgicales*, par Linhart. (Observation de hernie étranglée, avec descente incomplète du testicule chez un homme de 47 ans; opération suivie de mort.) 7° *Cas de cancer épithélial cylindrique des os*, par Gawriloff (de Moscou). (Description faite d'après une pièce du musée de Würzburg comprenant la colonne vertébrale, le sternum et les côtes d'une femme morte des suites d'un cancer au sein. Le mémoire est accompagné de figures qui font voir la nature de l'altération.) 8° *Inhalation de liquides médicamenteux; contribution au traitement local des maladies des voies respiratoires*, par R. Wedemann. (L'auteur donne un historique complet des tentatives faites pour introduire des substances médicamenteuses dans les voies respiratoires. Il expose la méthode de M. Sales-Girons et les modifications qui lui ont été apportées, puis il publie, en les abrégeant, 22 observations qui lui sont propres. Il croit que l'utilité des inhalations est démontrée dans les affections du pharynx, du larynx et de la trachée; leur emploi est toujours suivi de soulagement. Elles guérissent plus promptement que les autres méthodes les catarrhes aigus et chroniques des bronches; elles font cesser les hémoptysies, soulagent notablement les bronchiectasies, l'emphysème et autres affections asthmatiques; quant à la tuberculose des poumons, elles ne peuvent être considérées que comme palliatives.) 9° *Sur la prosopalgie*, par A. de Franque. (Relation d'un cas survenu sur une jeune fille de 19 ans, non réglée et très-peu développée. Sa maladie, qui durait depuis six ans, avait résisté à une foule de moyens. Elle fut guérie par deux applications de sangsues au périnée, sans que la menstruation se fût établie.) 10° *Embolie de l'artère mesentérique*, par C. Gerhardt. 11° *De la coagulation du sang dans l'oreillette gauche du cœur*, par le même. (L'auteur croit que la thrombose des cavités du cœur, particulièrement celle de l'oreillette gauche, peut donner lieu à des embolies; il dit que dans certains cas cette thrombose de l'oreillette gauche peut être reconnue sur le vivant; observation à l'appui.) 12° *Catalepsie qui a régné endémiquement à Billingshausen*, par Vogt. 13° *Trois accouchements laborieux par étroitesse du bassin*, par Frickhœffer et Gentb. (Dans l'un de ces cas, le docteur Frickhœffer a pratiqué l'opération césarienne avec succès pour la mère et pour l'enfant.) 14° *Grossesse tubo-utérine arrivée à terme*, par Bernard S. Schultze. (Jeune femme morte en couches après plusieurs attaques d'éclampsie. Opération césarienne pratiquée dix minutes après la mort. Description de la position qu'occupait le fœtus et des particularités que présentait la matrice.) 15° *Calculs biliaires avec perforation intestinale*, par A. Senfft. 18° *Cas rare de pneumothorax*, par A. Steffen. (Cas remarquable survenu sans cause appréciable sur un jeune homme de 27 ans et guéri spontanément au bout d'un mois. Tous les signes de pneumothorax sont relatés en détail dans l'observation, et cependant l'examen le plus attentif ne put faire découvrir aucune lésion des organes respiratoires, sauf un peu de matité du côté opposé au siége de la maladie.) 17° *Sur l'épithélium des vésicules pulmonaires chez les mammifères*, par N. Chrzonszczewsky. 18° *Histoire d'une désarticulation tibio-tarsienne avec conservation de la saillie postérieure du calcanéum*, par Linhart. 19° *Quelques mots sur la disposition des vaisseaux de la rate*, par With. Basler. (L'auteur durcit la rate dans l'acide chromique (5 centigrammes sur 30 grammes d'eau) ou dans l'alcool, ou bien il laisse la pièce huit jours dans l'acide, et la met ensuite dans l'alcool. Il n'a pas vu de veines dans les corpuscules de Malpighi. Les vaisseaux circonscrivent des îlots qui rappellent les *acini* du foie. L'auteur fait connaître les diverses dispositions des veines et des artères. Il conseille l'examen de pièces injectées naturellement par suite de la ligature des vaisseaux faites pendant la vie.) 20° *Observations sur le pouls veineux*, par H. Bamberger. 21° *De la nature de la sténocardie et de ses rapports avec la subparalysie du cœur*, par E. Eichwal le jeune. 22° *Cas rare de maladie du foie*, par Alfred Steiger. (Tuméfaction considérable du foie revenant par accès et disparaissant quelquefois subitement. La tuméfaction est précédée de malaise, d'une sensation de plénitude dans l'abdomen, de soif et d'agitation. La tumeur se produit le plus souvent la nuit; elle atteint rapidement des proportions colossales et s'accompagne de violentes douleurs; pâleur du visage, lenteur du pouls, constipation, vomituritions ou vomissements; urine un peu rouge, sans albumine ni biliphéine. Cet état dure plusieurs jours, quelquefois plusieurs semaines, et disparait spontanément. L'auteur analyse et discute ces phénomènes qui se sont déjà reproduits soixante-dix fois, et croit qu'il faut les attribuer à une stase sanguine.) 23° *Contribution à la statistique du rhumatisme articulaire aigu*, par Fr. Roth. 24° *Observations recueillies au lit des malades*, par A. Clemens. (Ce travail renferme : 1° des *observations sur la gangrène des hôpitaux*. (L'auteur se loue beaucoup du chlore et du chlorure de chaux qu'il préfère à tout autre moyen); 2° *Traitement de la fièvre nerveuse* (typhus cérébral, fièvre nerveuse pétichiale). L'auteur se loue de l'emploi de la méthode antiphlogistique; il commence ordinairement par un vomitif (tartre stibié et ipéca) et par des purgatifs salins.) 25° *Traitement direct de l'ictère catarrhal*, par C. Gerhardt. (L'auteur recommande un traitement mécanique qui consiste à vider la vésicule biliaire en la pressant avec les doigts, de manière à forcer le liquide à passer par le canal cholédoque en forçant l'obstacle qui s'opposait à son écoulement. On peut arriver par la palpation et par la percussion à constater la réplétion de la vésicule.) 26° *Structure intime du cancer gélatineux, muqueux ou colloïde*, par A. Fœrster. 27° *Communications provenant de l'établissement anatomo-pathologique de Würzburg*, par le même. 28° *Sur le pouls veineux*, par A. Ceigel. 29° *Anomalie de l'artère crurale*, par Charles Rug. 30° *Cancer œsophagien avec perforation de la trachée*, par A. Senfft. 31° *Grossesse et accouchement dans leurs rapports avec les maladies mentales*, par A. de Franque. 32° *Histoire d'un calcul rénal*, par Weber.

CONTRIBUTIONS A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE; par le docteur A. FŒRSTER, professeur à Würzburg.

Le célèbre anatomo-pathologiste de Würzburg a examiné avec soin les traces de la syphilis congénitale dans 21 autopsies faites par lui-même, et il a joint à son observation personnelle le résultat de 15 cas consignés dans les procès-verbaux de l'Institut anatomo-pathologique de Würzburg. C'est sur ces 36 cas qu'il fonde les propositions que nous allons reproduire, concernant les signes de la syphilis congénitale que l'on peut reconnaître sur le cadavre.

1° L'existence d'un exanthème de couleur foncée au pourtour de la bouche ou de l'anus (papules, taches, etc.) annonce positivement une affection congénitale quand l'éruption a lieu dans les premières semaines de la naissance.

2° L'existence d'affection croupale, diphthérique ou ulcéreuse dans les fosses nasales des nouveau-nés et des nourrissons parle en faveur de la syphilis congénitale avec d'autant plus de vraisemblance que ces affections se montrent plutôt après la naissance, mais sans donner de certitude.

3° Les indurations lobulaires et des foyers inflammatoires des poumons caractérisés par leur tranche lisse, dure, grise ou d'un jaune rougeâtre et par un ramollissement caséeux au centre, sont des signes d'une syphilis congénitale, à moins que la présence de tubercules miliaires n'indique une tuberculose.

4° Il faut regarder comme signe indubitable la présence de tubercules gommeux dans les poumons des fœtus, des nouveau-nés et des nourrissons.

5° Les rhagades aux angles des lèvres, des ulcères profonds ou superficiels sur les lèvres ou sur la langue, à bords taillés à pic et d'un aspect lardacé, donnent une grande probabilité à l'existence de la syphilis congénitale, si ces signes existaient à la naissance ou s'ils se sont montrés quelque temps après.

6° Les tubercules gommeux du foie sont des signes certains de cette affection.

7° et 8° Il en est de même de la dégénérescence fibreuse des glandes de Peyer et des plaques suppurantes sous-cutanées dans la peau des nouveau-nés.

HÉMORRHAGIES PAR LES GLANDES SUDORIPARES; par le docteur A. DE FRANQUE, à Munich.

OBS. — Femme de 45 ans, d'une forte constitution, issue d'une famille où il n'existe pas de maladies héréditaires. Hémorrhagies utérines fréquentes, à la suite d'un avortement au troisième mois, d'où état maladif continuel et grande irritabilité nerveuse.

Une nouvelle grossesse avance son état.

En 1847, survient une chorée qui dure huit mois.

Devenue de nouveau enceinte en 1849, elle est prise de toutes sortes d'accidents nerveux.

En 1851, sueur sanguine sur le front, les deux mains et sur le dos; ce phénomène se renouvelle trois fois jusqu'en 1856, toujours à la suite de violentes crises nerveuses.

L'auteur commence à voir cette femme en 1857; pendant plusieurs années il n'observe aucune sueur sanguine, malgré de fréquents accès

nerveux qu'il regarde comme histériques, lorsque, il y a trois semaines (1863), il est témoin d'une de ces sueurs. Depuis quatre jours la malade se plaignait de douleurs lancinantes très-vives le long de la colonne vertébrale, dans l'oreille gauche, sur le front et au bras gauche, symptômes qui furent suivis de violentes convulsions suivies de perte de connaissance. Au bout d'une heure survient une abondante sueur sur tout le corps; dans les endroits indiqués plus haut, cette sueur est rougeâtre et l'on constate à l'aide du microscope l'existence d'un nombre considérable de globules rouges. Les convulsions diminuent avec l'éruption de la sueur, et cessent bientôt tout à fait.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, l'auteur rappelle la structure des glandes sudoripares, la richesse du réseau vasculaire qui les entoure, et fait comprendre la possibilité d'une hémorrhagie par congestion suivie d'une rupture des capillaires. Il rappelle ensuite sept cas mentionnés par divers observateurs, desquels il résulte que les sueurs sanguinolentes s'observent surtout chez les femmes, et particulièrement sur des personnes sujettes aux affections spasmodiques.

Sur l'épithélium des vésicules pulmonaires des mammifères; par le docteur Chrzonszczewsky (de Casan).

Encore de l'épithélium pulmonaire. Les uns le nient, les autres admettent son existence. Ces discussions semblent faites tout exprès pour légitimer les doutes et les réserves de certaines personnes à l'endroit du microscope. Ces incertitudes pourraient bien provenir, comme dit l'auteur, des méthodes employées, et il semble que les observateurs qui nient l'existence de l'épithélium dans les ampoules bronchiques aient voulu choisir les méthodes les plus propres à le faire disparaître.

Après avoir employé les procédés ordinaires et obtenu les mêmes résultats que la plupart de ses prédécesseurs, c'est-à-dire l'absence totale ou partielle d'épithélium, l'auteur s'est arrêté à la méthode suivante qui lui donne des résultats tout différents.

Il insuffle des poumons frais, pousse dans les vaisseaux une injection à la colle et met immédiatement sa préparation dans une solution d'argent de 1/20 à 1/2 pour 100; il laisse séjourner dix-huit à vingt-quatre heures et durcit ensuite par l'alcool. Les tranches sont colorées par la solution de carmin, et sont examinées dans de la glycérine légèrement acidulée par de l'acide acétique et mieux par de l'acide tartrique. On voit alors de la manière la plus nette les cellules épithéliales de forme polygonale tapisser d'une manière continue, sans aucune interruption, le fond et les parois des alvéoles. Ces cellules sont très-apparentes et leur noyau souvent coloré en brun foncé. L'auteur donne un très-beau dessin d'une de ses préparations, fait sous un grossissement de 500 diamètres.

Maintenant cette question est-elle vidée? On peut en douter, et cependant il est permis d'ajouter plus de confiance à un résultat positif qu'à tous les résultats négatifs possibles. L'auteur a vu et figuré un magnifique épithélium; dira-t-on que c'est une illusion?

Contribution a la statistique du rhumatisme articulaire aigu; par le docteur Fr. Roth, médecin praticien à Bamberg.

Nous extrayons de cet article la partie relative au traitement. L'auteur a peu de foi, et nous croyons qu'il fait bien, dans les prétendus spécifiques. Son but principal est de diminuer les douleurs, de là un traitement le plus souvent symptomatique. Il a l'habitude de commencer le traitement par le nitre; quand il y a beaucoup de fièvre et qu'il existe quelque complication du côté du cœur, il le donne avec la digitale. Quelquefois il a prescrit la vératrine, sans en observer aucun effet sur la marche de l'affection articulaire, sauf un abaissement du pouls et de la température. Une seule fois on pratiqua une saignée, mais sans résultat. La quinine à haute dose (près de 2 grammes par jour) a été expérimentée, mais sans succès; il en a été de même de la propylamine. Plusieurs fois l'usage du jus de citron et de l'acide citrique a paru calmer les douleurs. L'auteur a eu largement recours, et avec succès, aux narcotiques, et il n'est pas éloigné de regarder la morphine comme le remède qui soulage le plus les malades.

Localement, quand l'arthrite n'occupait qu'une seule articulation, on employait le froid, et plus tard des frictions avec une pommade iodurée et des vésicatoires. Dans la polyarthrite on entourait de ouate les articulations malades, et, dans les cas de douleurs violentes, on pratiquait des frictions avec le chlorure d'élayle ou le chloroforme; les vésicatoires venaient après, quand il restait encore quelques articulations tuméfiées et douloureuses.

A. Lereboullet.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 octobre. — Présidence de M. Morin.

— M. Libarzik prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des pièces admises au concours pour les prix Montyon de l'année 1865 deux ouvrages publiés par lui, l'un en 1858, l'autre en 1862. Le premier a pour titre: « De la loi de la croissance chez l'homme, et de l'arrêt de développement normal du thorax considéré comme cause principale du rachitisme et des affections scrofuleuse et tuberculeuse; » l'autre est intitulé: « Loi de la croissance et de la conformation de l'homme; théorie des proportions des parties du corps chez les deux sexes et dans les différents âges ». L'auteur adresse un nouvel exemplaire du premier ouvrage. Quant au second, un exemplaire a été offert, dit-il, en 1862, à l'Académie des beaux-arts.

Une analyse en français de ces deux ouvrages est jointe à la lettre de M. Libarzik. (Réservé pour la future commission.)

— M. Arentzen, dans une lettre écrite de Copenhague, annonce que dans le cours de ses recherches sur le traitement des maladies des yeux, il a été conduit à reconnaître que l'électricité, appliquée d'après une méthode qui lui est propre, peut suspendre la marche d'une cataracte commençante. « Or, ajoute-t-il, comme l'altération, soit de la capsule, soit du cristallin, commence ordinairement en un point où on peut facilement la constater, du moment où l'on aura reconnu que c'est à cette cause que tient l'affaiblissement de la vue, on aura, dans le traitement que nous proposons, le moyen, non pas de rétablir la vision dans son intégrité, mais d'empêcher le mal de faire des progrès. Si l'Académie trouve qu'un pareil résultat, quoique n'étant pas tout ce qu'on pourrait désirer, ait encore une importance suffisante, je suis prêt à donner tous les détails nécessaires pour qu'on puisse en France essayer la méthode que j'applique depuis un an avec succès. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 octobre 1864. — Présidence de M. Grisolle.

Correspondance officielle.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un mémoire de M. le docteur Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage), *sur l'influence de la vaccine dans ses rapports avec les maladies*. (Commission de vaccine.)

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Laurent (Ardèche), par M. le docteur Couler, de Wittel (Vosges), par M. le docteur Pataison, de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par M. le docteur Tellier, pour l'année 1863. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend:

1° La relation de deux cas de transmission de la syphilis par la vaccine, adressée par M. le docteur Viennois, de Lyon. (Commission de vaccine.)

2° Une note sur l'innocuité de l'oïdium Tuckeri inoculé ou ingéré dans l'estomac, par M. le docteur Letellier et M. Speneux, pharmacien à Napoléon-Saint-Leu-Taverny. (Commissaires: MM. Beynal, Bouchardat et Robin.)

3° M. J. Charrière présente un petit appareil appelé *couvre-oreille*, de l'invention de M. Marville (de Reims). Il se compose d'une enveloppe en caoutchouc couleur chair, de la forme exacte de l'oreille; d'une application facile et à parois assez minces pour ne pas empêcher les sons. Cet appareil a pour objet de retenir et assurer l'action des topiques médicamenteux prescrits dans certaines maladies des oreilles. (Commissaire, M. Michon.)

4° M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. le docteur Oulmont, relative au traitement de la coqueluche par les substances volatiles qui se dégagent des cuves d'épuration du gaz de l'éclairage. Les résultats observés par l'auteur et par M. le docteur Créqui diffèrent de ceux qu'a annoncés M. Commenge.

« Du 12 avril au 4 mai il a été présenté à l'usine à gaz de la Villette 35 enfants amenés spontanément par leurs parents. Le tiers environ

n'avait pas la coqueluche, mais des bronchites plus ou moins aiguës ou des tubercules pulmonaires. Dix observations de coqueluche ont été exactement relevées; les enfants étaient âgés de 2 à 5 ans; la maladie remontait, pour 3, à cinq ou six semaines, et pour les autres à une époque variant entre six et vingt jours. La durée du séjour des malades dans les salles d'épuration a été de trois quarts d'heure à une heure. Sur ces 10 cas, 4 ont été notablement améliorés; mais il faut dire que, chez 3 de ces malades, la coqueluche datait de cinq à six semaines. Les six autres n'ont éprouvé aucun bienfait de la médication. » (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Francesco Pignocco, une brochure ayant pour titre : *De la Sicile*, étudiée sous le rapport de ses influences hygiéniques sur le genre de la folie.

— M. Malgaigne présente, au nom de M. le docteur Ulysse Trélat, une brochure sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. M. Malgaigne fait remarquer à cette occasion l'accord qui existe entre les conclusions de M. Trélat et celles d'une commission dont il fait partie, sur le nombre de malades que devrait contenir le nouvel Hôtel-Dieu. Ce nombre de 400 à 450 est aussi celui qu'a adopté M. Husson. Aussi, ajoute-t-il, y a-t-il lieu de s'étonner qu'un haut fonctionnaire ait parlé tout récemment, dans un document publié dans les journaux, du chiffre de 800 malades.

— M. Grisolle présente, de la part de M. le docteur Bréan, un ouvrage intitulé : *Recherches physiques sur la respiration de l'homme.*

— M. Chevallier, à l'occasion de la correspondance, dit qu'il s'est procuré les substances volatiles provenant des usines à gaz pour en faire l'essai sur des enfants atteints de coqueluche, et que le succès de cette expérience a été complet. Il a envoyé de ces mêmes produits à M. Blache dans le même but; il ignore le résultat.

— M. Blache. Le résultat a été négatif; je n'ai eu que des insuccès.

— M. Le Président annonce à l'Académie que M. le professeur Bouisson, (de Montpellier), membre associé, est présent à la séance.

RAPPORT. — DE L'EXPECTATION DANS LA PNEUMONIE.

M. Blache, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Grisolle et Trousseau, lit un rapport sur un mémoire de M. Barthez, ayant pour titre: *Des résultats obtenus par l'expectation dans le traitement de la pneumonie des enfants*

Dans une première partie de son rapport, M. Blache fait l'histoire critique de l'expectation en général, et en particulier de l'expectation dans le traitement de la pneumonie. Voici en quels termes il résume les longues considérations historiques et critiques dans lesquelles il est entré sur ce sujet :

Je crois qu'on essayera vainement de substituer l'expectation dans tous les cas aux médications actives. La révolution contre l'ancien traitement de la pneumonie ne sera pas aussi radicale que pouvaient le faire supposer le bruit qu'elle a fait, le nombre et la valeur des hommes qui y ont travaillé. Du reste, elle est encore très-incomplète, parce que les statisticiens n'ont pas poussé assez loin l'analyse pathologique dans leurs observations. Quand on veut comparer deux méthodes de traitement, il est indispensable de les appliquer à des cas de même nature et placés autant que possible dans des conditions identiques. Il est évident, en effet, que la statistique en pathologie ne peut donner des résultats de quelque valeur que si elle repose sur des faits parfaitement définis. Un chiffre ne peut pas embrasser des états pathologiques multiples ou dissemblables; il ne s'adapte réellement d'une manière à peu près satisfaisante qu'à des unités morbides irréductibles. Or la pneumonie, mot par lequel on désigne d'une manière générale tous les états pathologiques du poumon, mais par lequel nous n'entendons désigner ici que l'inflammation vraie du parenchyme pulmonaire, la pneumonie ainsi comprise n'est point une unité pathologique irréductible. Elle se divise et se subdivise en espèces, en formes, en variétés. Les constitutions saisonnières, les épidémies, modifient sa manière d'être, et chaque individu, par sa constitution, son tempérament, son idiosyncrasie en un mot, lui imprime une physionomie spéciale. En pathologie, on peut disserter sur la pneumonie comme entité morbide; mais en pratique, le type disparaît, et au lieu d'une pneumonie abstraite, on a des pneumonies et surtout des pneumoniques.

Entre tous les cas, que de différences! Voici, par exemple, une pneumonie à évolution si rapide, à symptômes si effacés, si éphémères, qu'elle ne laisse pas au médecin, comme le dit Bordeu, le temps de placer une saignée. Par contre, en voici une autre sursaturée d'éléments inflammatoires, dont la fièvre véhémente, l'atroce point de côté, l'insupportable angoisse respiratoire, réclament impérieusement une saignée copieuse ou des saignées coup sur coup. Parlerai-je aussi de ces pneumonies malignes avec prédominance d'ataxie et d'adynamie, des pneumonies fébri-phlegmasiques qui parcourent tous les degrés de l'échelle morbide qui sépare l'inflammation des pyrexies; de celles qui se rattachent à des états pathologiques antérieurs et éloignés; de celles qui sont sous la dépendance d'une influence diathésique évidente ou cachée; de celles qui sont provoquées par les profondes modifications qu'une hygiène déplorable imprime à l'organisme, etc.? Quand on se met à considérer toutes ces diversités d'une même maladie, on s'étonne de voir des praticiens adopter dans tous les cas une méthode unique de curation.

Le travail de M. Barthez, poursuit M. le rapporteur, se distingue de ceux dont il vient d'être question par une méthode d'observation plus rigoureuse. et par une analyse plus médicale de toutes les nuances pathologiques que présente la pneumonie.

L'auteur rapporte que depuis sept ans à peu près il a eu à traiter dans son service 212 enfants atteints de pneumonie franche, et que sur ce nombre il a eu seulement deux cas de mort par le fait de la maladie, qui occupait alors les deux poumons. Dans presque la moitié des cas, on n'a fait subir aux malades aucune espèce de traitement; pour bon nombre d'autres, la médication employée a été presque insignifiante; enfin, un sixième à peine a été soumis à un traitement de quelque activité. Ne peut-on pas légitimement en conclure que la pneumonie des enfants est une maladie bénigne, au moins dans la ville de Paris? Une seule réserve est à faire pour la pneumonie double, qui s'est terminée par la mort dans la proportion de deux fois sur treize.

Les observations soumises à l'Académie n'ont trait qu'à des enfants âgés de 2 à 15 ans. Ce sont des hépatisations lobaires primitives connues sous le nom de pneumonie franche. L'auteur a eu soin d'en éliminer les pneumonies lobulaires ou généralisées, les pneumonies pseudo-lobaires, broncho-pneumonies, pneumonies catarrhales; il a également laissé de côté les congestions lobaires qui surviennent pendant le cours des fièvres graves, et les hépatisations lobaires secondaires, c'est-à-dire qui se produisent dans le cours d'une maladie bien déterminée, et notamment de la tuberculisation. M. Barthez va plus loin, et il se demande si l'hépatisation lobaire primitive ainsi limitée a une origine unique; ou bien si elle est l'expression de plusieurs états pathologiques plus ou moins bien nettement définis? Il pense que la phlegmasie des organes est la conséquence d'états morbides généraux préexistants, et qu'elle emprunte d'habitude à ces causes diverses une physionomie qui peut servir à révéler son origine.

Bien que cela soit moins évident et moins connu pour l'hépatisation lobaire que pour d'autres phlegmasies, ajoute M. Barthez, je puis rappeler que plusieurs praticiens se sont efforcés de séparer des pneumonies franches ou inflammatoires celles qui peuvent être attribuées au rhumatisme, ou bien celles qui s'accompagnent d'un état typhoïde ou bilieux; celles encore qui compliquent la fièvre synoque; j'y joindrais même volontiers une pneumonie plus lente que les autres dans sa marche, et que je rattacherais à la scrofule.

Nous partageons, dit M. le rapporteur, la manière de voir de M. Barthez; toutefois nous ne sommes pas du même avis que lui quand il s'agit de la curabilité de ces diverses espèces, confondues par beaucoup de médecins sous le nom de pneumonie franche. Sans doute elles se terminent en général par la guérison; mais pour toutes, cette guérison est-elle radicale? Quelles différences dans leur marche, dans leur durée, et surtout dans leur pronostic, sinon immédiat, du moins éloigné!

Laissant de côté ces distinctions diathésiques et ne recherchant que la durée des périodes de croissance, de déclin et de convalescence de la pneumonie lobaire franche, et l'influence exercée sur ces périodes naturelles par un traitement actif ou insignifiant, M. Barthez est arrivé au résultat suivant :

La résolution de la pneumonie abandonnée à elle-même commence du sixième au huitième jour de son début, surtout le septième à peu près dans la moitié des cas; quelquefois c'est le quatrième ou le cinquième, plus rarement c'est après le huitième jour révolu. Un traitement presque insignifiant ne détermine aucun changement dans ces proportions. Il en est de même d'un traitement un peu plus actif, consistant en un petit nombre d'émissions sanguines légères. Les saignées coup sur coup ont été appliquées sur quatre malades; la résolution de la phlegmasie a débuté le cinquième, le sixième, le septième et le dixième jour. La période de déclin est rapide, de deux à six jours, rarement sept et dix; elle n'a pas été sensiblement modifiée par le traitement.

La durée totale de la pneumonie oscille entre dix et quinze jours quand la maladie est abandonnée à elle-même; elle est un peu plus longue quand on emploie un traitement actif. Les pneumonies doubles exigent presque toutes plus de quinze jours pour arriver à leur terme. Avec l'expectation, la durée de la convalescence varie entre cinq et dix jours à peu près et ne dépasse jamais la quinzaine. Par suite de l'emploi des émissions sanguines, cette période s'allonge et peut durer de quinze à trente jours.

M. le rapporteur, rappelant ensuite les conclusions formulées par M. Barthez, ajoute :

J'espère que vous n'aurez que des éloges pour des conclusions aussi sages, aussi réservées, qui se déduisent avec tant de netteté et si naturellement des faits nombreux analysés dans ce mémoire. Je ne regrette qu'une chose, c'est que M. Barthez ne nous ait pas parlé de l'usage des contro-stimulants et de leurs effets curatifs dans le traitement de la pneumonie franche. Je les emploie très-fréquemment et avec succès. Ici M. le rapporteur expose les résultats qu'il obtient journellement de l'emploi des antimoniaux et des vésicatoires; puis il termine en ces termes :

Si je vous ai longtemps parlé de l'expectation appliquée d'une manière

générale au traitement de la pneumonie, c'est qu'on avait prétendu renverser une expérience aussi vieille que la médecine et détrôner les saignées. A-t-on réussi? Je ne le crois pas. Il me semble, au contraire, bien établi par ce qu'on peut voir tous les jours, que les émissions sanguines sont très-utiles au début de la pneumonie, et qu'associés au tartre stibié, elles constituent une médication qu'on peut graduer, approprier à tous les cas, et dont les praticiens n'auront qu'à se féliciter. Je ne nie pas, d'ailleurs, que l'expectation soit indiquée dans quelques cas, chez les enfants surtout, bien plus que chez les adultes.

Ce mémoire, dit M. le rapporteur, est digne de l'excellent *Traité des maladies des enfants*. Aussi votre commission a l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciments à M. Barthez et d'envoyer son mémoire au comité de publication.

M. Bouvier : Je suis tout à fait de l'avis de M. Blache et de M. Barthez lui-même, mais à la condition d'une très-petite modification. Je voudrais qu'il fût dit expressément et bien entendu que c'est sur des malades de l'hôpital Sainte-Eugénie que M. Barthez a fait ses observations, et que ses conclusions ne fussent pas présentées d'une manière aussi générale. Je vois journellement à l'hôpital des Enfants, comme mon collègue M. Blache, des enfants atteints de pneumonie qui guérissent très-bien sans saignées; mais je ne sais pas s'il en est de même en ville. A l'hôpital, nous avons affaire à des enfants chétifs, débilités par une mauvaise hygiène et qui supporteraient mal les saignées. Il en est tout autrement chez les enfants de la ville et de la classe riche ou aisée, soumis à un bon régime et à une bonne alimentation. Le traitement qui convient aux uns ne convient pas aux autres.

M. Blache : M. Bouvier a parfaitement raison, et peut-être n'ai-je pas assez insisté sur cette distinction. On serait mal venu, en effet, en ville, de s'en tenir à l'expectation dans une pneumonie, même franche. Je me rappelle que M. Barthez, appelé pour un cas de ce genre en ville, avait conseillé l'abstention. Les parents, fort alarmés d'un pareil conseil, me firent appeler. Je fis observer alors à M. Barthez que si à l'hôpital on pouvait le plus souvent faire de l'expectation sans danger et même avec avantage, il n'en était plus de même en ville, et en particulier dans le cas auquel on avait affaire, en présence d'un enfant fort, vigoureux et qui était très-oppressé. Je conseillai une saignée du bras. Elle fut pratiquée, et il s'ensuivit un soulagement notable et une résolution rapide.

M. Gibert : Ainsi que l'ont dit avec beaucoup de raison MM. Blache et Bouvier, autre chose est de traiter un enfant cachectique et diathésique, comme le sont presque tous les enfants de l'hôpital, ou de traiter un enfant de la ville, bien constitué et atteint d'une maladie purement inflammatoire. L'homœopathie, ou plutôt l'homœoniaiserie, est justifiée par cette singularité de notre époque qui consiste à ne vouloir pas traiter les affections inflammatoires que l'on connaît bien et à traiter les maladies fébriles qu'on ne connaît pas.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Lecture. — Ovariotomie.

M. Kœberlé communique la relation d'une nouvelle opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée avec succès il y a un mois. Voici cette relation sommaire :

Madame K... (de Cracovie), âgée de 38 ans, médiocrement amaigrie, était affectée depuis huit ans d'une tumeur ovarique que M. V. Scanzoni a traitée sans succès depuis quatre ans, et dans laquelle il a fait, il y a deux ans, une ponction suivie d'une injection iodée. La tumeur a continué à s'accroître et à se développer. La menstruation est restée régulière. La santé de la malade était bonne d'ailleurs, et l'état général très-satisfaisant. Le ventre mesurait 0m,97 de circonférence. L'existence d'adhérences à la région ombilicale était facile à constater. On devait s'attendre à des adhérences intestinales épiploïques, etc.

L'ovariotomie a été décidée, malgré l'opposition de MM. V. Scanzoni et Pajot, le 12 septembre 1864, en présence de MM. Hecker (de Fribourg), Morpain (de Paris), Pellegrin et Rambach (de Strasbourg).

Incision de 21 centimètres, ponction; évacuation de 6 litres de liquide de l'ovaire gauche. Adhérences très-étendues et très-intimes au pourtour de l'ombilic, à l'épiploon, à l'intestin grêle, au colon transverse et à une tumeur qui dépendait de l'ovaire droit. Ligature du pédicule avec du fil de fer au moyen d'un serre-nœud. La tumeur dépendant de l'ovaire droit était adhérente sur toute sa surface, et d'une manière tellement intime avec l'appendice vermiculaire, qu'on ne pouvait en distinguer les limites. Une portion de la peau de la tumeur ayant été découpée et les adhérences détachées, le pédicule fut lié avec du fil. Une ligature en masse et deux ligatures isolées durent être jetées sur les vaisseaux divisés dans les adhérences. La portion du kyste qui était restée attachée à l'appendice vermiculaire fut ensuite détachée par petits fragments, et une partie qu'il fut impossible d'enlever fut avivée sur toute sa surface.

L'opération a duré une heure et demie environ. Il a fallu à peu près trois quarts d'heure pour détacher les adhérences.

Malgré la gravité des lésions, l'étendue des adhérences, l'existence de plusieurs ligatures de vaisseaux et des deux ligatures en masse du pédicule, la durée de l'opération et la difficulté de la chloroformisation, il n'est pas survenu d'accidents consécutifs sérieux. La fièvre est arrivée à son maximum au bout de cinquante heures (105 pulsations), et a complétement disparu du cinquième au sixième jour (70 pulsations). Les épingles de la suture superficielle ont été enlevées au bout de trente heures, et les fils de fer de la suture profonde ont été extraits dès le quatrième jour. Pendant les premières trente-six heures, l'opérée n'a pris que de l'eau et 5 centigrammes d'acétate de morphine. Les aliments ont été donnés en quantité progressive, conformément au régime antérieur de la malade, à partir du troisième jour. Les ligatures sont tombées du dixième au quinzième jour. Réunion immédiate parfaite. Cicatrisation complète des trajets fistuleux des ligatures, le vingt-quatrième jour. Santé parfaite.

La tumeur du côté gauche contenait dans l'une de ses cavités, ainsi que l'ovaire droit, un kyste dermoïde (graisse, cheveux, os, éléments de la peau).

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1864; par M. le docteur Dumontpallier, secrétaire.

Présidence de M. Rayer.

I. — Anatomie pathologique.

Myxome fibreux scrotal; par M. Louis Onier, interne des hôpitaux.

Emile Petit, âgé de 16 ans, tailleur de pierre, doué d'une robuste constitution, entre le 9 avril 1864 à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Morel-Lavallée pour se faire enlever une *tumeur scrotale*.

Il nous raconte que cette tumeur a débuté il y a six ans sans cause connue, qu'elle s'est accrue lentement jusqu'en 1862, où son volume est resté stationnaire; elle n'a jamais déterminé de douleurs, a commencé à se développer au fond du scrotum, bien au-dessous des testicules, et ne révèle sa présence que par la gêne qu'elle occasionne.

Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, nous constatons que son état général est excellent.

La tumeur scrotale a le volume des deux poings réunis, elle est ovoïde, à diamètre transversal un peu supérieur au diamètre vertical, portant quelques bosselures vagues; elle est de consistance fibreuse, non douloureuse à la pression. Recouverte par la peau du scrotum, qui présente des veines dilatées, elle est mobile sur toute sa surface, sauf en un seul point à gauche, où il y a une adhérence intime entre la peau et la tumeur. Cette adhérence serait récente, au dire du malade, et due à une contusion qui aurait amené un peu d'inflammation en ce lieu. Les testicules sont intacts et situés au-dessus de cette grosseur. On dirait en voyant cette production scrotale, qu'elle y a été déposée comme une pomme dans un sac.

Les ganglions sont normaux, l'état général excellent.

Le 13, M. Morel-Lavallée enlève la tumeur en faisant deux incisions elliptiques tranversales qui se réunissent par leurs extrémités, et qui embrassent toute la portion de peau adhérente à la tumeur, puis par une dissection minutieuse, il détache la tumeur des tissus ambiants.

Le malade n'a pas été chloroformé. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Réunion de la plaie au moyen de serre-fines.

La cicatrisation se fait rapidement, et le malade sort guéri au bout de trois semaines.

Examen de la pièce. La tumeur enlevée a une forme ovoïde du volume d'un œuf de dinde. Sa surface est presque lisse, et présente néanmoins de petits mamelons circonscrits par des tractus de tissu conjonctif.

Sa consistance est élastique et ferme.

La couleur de sa surface est jaunâtre, semi-transparente, rappelant un peu le lipome.

La surface de section présente des tractus d'apparence fibreuse entre croisés les uns avec les autres. En le raclant avec un scalpel, on obtient un liquide tout à fait transparent qui ne contient que des globules sanguins.

La coloration de la surface de coupe est jaunâtre, semi-transparente, d'apparence colloïde, un peu poisseuse au toucher.

En imprimant de petits mouvements à la tumeur, on détermine une sorte de tremblement qui rappelle un peu celui de la gélatine.

La vascularisation n'est pas très-prononcée : on y voit cependant de petites traînées rouges qui ne sont autre chose que des capillaires. Ces

vaisseaux sont plus nombreux dans de certaines parties qui présentent alors une coloration uniforme.

Nous devons à l'obligeance de notre ami et collègue, M. Cornil, la note suivante sur l'examen microscopique :

« Le liquide pris en râclant la tumeur présente des globules sanguins, des débris de fibres, et en aucun point on ne trouve des cellules épithéliales volumineuses.

« En examinant des coupes minces, on voit des fibres qui s'entre-croisent en diverses directions. Ces fibres sont assez transparentes, et contiennent des noyaux volumineux. En certains points, surtout dans des îlots circonscrits par des fibres, on trouve un grand nombre de noyaux réunis. Dans d'autres endroits, au milieu des tractus fibreux les plus considérables, on trouve des fibres élastiques fines en nombre considérable.

« Les noyaux observés dans cette tumeur mesurent de 0^{mm},004, à 0^{mm},006 de diamètre. Quelques-uns de ces noyaux sont plus volumineux, ils sont granulés et vésiculeux. Enfin on trouve des cellules granuleuses et arrondies, ayant encore de 0^{mm},008 à 0^{mm},01 qui contiennent un noyau.»

En résumé, ce que nous avons sous les yeux est une forme de tumeur fibreuse décrite par Virchow sous le nom de *mixoma fibrosum* dans son livre *Des tumeurs*, vol. I, 1863, 15e leçon.

II. — Pathologie.

Endocardite ulcéreuse ; ictère ; par J. Luys.

La nommée J..., couturière, âgée de 52 ans, est entrée à l'hôpital Necker le 20 juillet 1864.

D'une bonne santé habituelle, elle a commencé à ressentir depuis quelques jours seulement des douleurs sourdes dans la région de l'hypocondre gauche, suivies de vomissements.

Lors de son entrée, cette malade ne présentait d'autres symptômes morbides que ceux qui caractérisent habituellement l'embarras gastrique; il y avait en même temps de la constipation. Elle ne paraissait se plaindre que d'une pesanteur dans la région épigastrique, sans que l'on perçût par la palpation rien qui indiquât une tuméfaction appréciable des organes abdominaux. L'examen des poumons ne révéla rien d'anormal, mais en faisant l'inspection de la région précordiale, on pouvait percevoir avec l'application méthodique de la pulpe des doigts dans la région sous-mammaire, l'existence d'un frémissement significatif, et au niveau de la pointe du cœur; et d'une autre part, l'auscultation pratiquée en ce point permit de constater la prolongation très-accentuée du premier bruit, tandis qu'au niveau de la base nous perçûmes l'existence d'un dédoublement du second bruit très-marqué, avec un bruit de souffle aspiratif. Le pouls dans les deux radiales était régulier et petit, et non accéléré. En présence de ces signes physiques si accusés, des dénégations de cette malade qui nous disait avec assurance n'avoir jamais été atteinte d'affection rhumatismale, et qui ne présentait aucune apparence d'anxiété ni d'anhélation, nous crûmes prudent d'attendre pour formuler un diagnostic, croyant voir apparaître dans un délai plus ou moins éloigné les symptômes habituels des affections cardiaques.

Cette malade fut purgée pour faire cesser la constipation qui durait depuis quelques jours, et l'on prescrivit en même temps de la glace à l'intérieur contre les vomissements qui persistaient encore.

Deux jours après son entrée, nous vîmes apparaître une coloration jaunâtre d'abord sur la conjonctive ; peu à peu cette teinte se généralisa, si bien qu'en peu de temps nous vîmes la coloration ictérique de la peau s'accentuer de plus en plus. Les urines furent examinées à plusieurs reprises; traitées par les réactifs, elles ne décelèrent aucune trace d'albumine; la matière colorante de la bile y était accumulée en très-fortes proportions; les matières fécales furent trouvées complétement décolorées : elles avaient une teinte argileuse très-accentuée.

Peu à peu les symptômes précédents allaient en s'aggravant, l'ictère devint de plus en plus intense; les vomissements étaient incessants, le matin surtout, les ressources habituelles de la pharmacopée successivement employées furent impuissantes à les arrêter. Les matières vomies examinées étaient visqueuses et composées soit de débris alimentaires, soit de matières muqueuses. Il n'y eut pas d'hémorrhagie soit sous la peau, soit à la surface des muqueuses. L'examen de la région hépatique fait à plusieurs reprises ne nous révéla jamais d'augmentation bien notable du foie, il était à peine douloureux à la palpation et à la percussion; la rate n'était pas augmentée de volume. Les bruits du cœur persistaient, quoique moins accentués, avec les caractères que nous leur avions trouvés au début; il n'y avait pas de fièvre.

En présence de cet ensemble de symptômes insolites dans lesquels nous pouvions affirmer, d'une part l'existence d'une lésion siégeant dans le cœur gauche (souffle aspiratif au deuxième bruit du cœur), et d'autre part celle d'un ictère permanent, nous émîmes l'idée que nous pourrions bien nous trouver en face d'une endocardite ulcéreuse avec ictère.

Les forces de la malade allaient peu à peu en déclinant, son intelligence, qui avait été jusqu'ici très-nette, commença à faiblir, et deux jours avant de s'éteindre, elle tomba dans un état de subdélirium continu. Elle mourut le 3 août, après environ treize à quatorze jours de maladie.

Autopsie. Le *cœur* est légèrement augmenté de volume; on trouve sur le péricarde quelques taches blanchâtres et des adhérences intimes entre la crosse de l'aorte et l'artère pulmonaire. Ces deux vaisseaux étaient littéralement soudés l'un à l'autre d'une façon complète.

Le cœur droit offre quelques plaques athéromateuses sur les valvules auriculo-ventriculaires et sigmoïdes. Cette dégénérescence est beaucoup plus accusée à gauche : là la valvule mitrale forme un cône solide dans la cavité ventriculaire, tant ses parois sont épaissies et indurées; c'est à peine si ce canal infundibuliforme peut admettre la pulpe du petit doigt.

Au niveau du bord adhérent de la valvule, on constate que la matière athéromateuse a érodé l'endocarde, et qu'en ce point il y a en deux endroits une véritable *ulcération* endocardite; cette surface ulcérée offre en même temps quelques apparences de fongosités vasculaires.

Les sigmoïdes aortiques sont aussi indurées sur leurs bords libres.

L'*aorte* présente dans toute sa continuité, jusqu'à sa bifurcation en iliaques primitives, des incrustations athéromateuses très-multipliées.

Les *poumons* sont œdématiés et gorgés de sang noir.

L'*estomac* offre plusieurs sigillations rougeâtres ecchymotiques au niveau de la grande courbure, sans ulcération de la muqueuse.

Le *foie* a son volume et sa consistance habituels : sa coloration est d'un vert olive très-foncé. La vésicule biliaire est atrophiée et réduite à une petite poche fibreuse contenant un calcul du volume d'une noisette. Au point de jonction du canal cystique et du canal cholédique, il existe un noyau de tissu fibreux dur et résistant, au niveau duquel les vaisseaux et conduits biliaires sont confondus. Il est impossible d'y retrouver l'artère hépatique et les parois dites veine porte : ce que l'on peut seulement dire, c'est que les voies biliaires sont obstruées complétement, attendu que le canal cholédoque, examiné à partir du duodenum, était privé de matière biliaire, et qu'au contraire, au delà de l'obstacle, les conduits biliaires intrahépatiques étaient gorgés de bile. Toutes les cellules du foie, examinées en différentes régions, étaient complétement détruites.

La *rate* présentait à sa surface quelques taches fibrineuses blanchâtres qui ne dépassaient pas l'épaisseur de sa membrane fibreuse; peu de traces d'infarctus dans son intérieur.

Les *reins*, fortement imprégnés de matière biliaire, n'offrant aucune altération de tissu appréciable.

Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

Cette observation est un nouveau fait à ajouter à ceux qui existent déjà dans la science, d'endocardite ulcéreuse avec ictère. Faut-il admettre qu'il y ait entre ces deux lésions des rapports de cause à effet? Faut-il supposer que quelques débris fibrineux détachés de la surface d'une ulcération de l'endocarde et projetés dans l'arbre artériel aient pu ainsi, sous forme d'*infarctus*, s'arrêter dans les ramifications de l'artère hépatique, troubler les fonctions du foie et amener ainsi secondairement un ictère permanent? Rien ne nous autorise, dans le cas actuel, à admettre ou à rejeter complétement cette interprétation. Nous avons, il est vrai, recherché inutilement à isoler l'artère hépatique au niveau du hile du foie; mais l'impossibilité de cette recherche elle-même semble impliquer qu'il y avait eu en ce niveau vraisemblablement un travail morbide rapidement accompli. Il y avait en effet chez cette malade des lésions multiples du côté du foie. Nous constatâmes ainsi, d'une part, l'existence d'une ancienne altération qui se déclarait par une oblitération de la vésicule biliaire, et, d'autre part, une lésion plus récente, l'existence de ce noyau de tissu fibreux faisant obstacle à la libre circulation de la bile. Ce noyau oblitérateur avait évidemment dû se produire dans les derniers temps de la vie de cette malade, puisque les effets morbides à l'aide desquels il a décélé sa présence, l'oblitération des voies biliaires, s'en sont révélés en quelque sorte sous nos yeux : nous avons vu directement en effet la coloration jaune s'accentuer de plus en plus tous les jours, et indiquer, par sa permanence, la permanence de la cause qui l'avait fait apparaître. Nous sommes donc porté à admettre qu'un ancien travail morbide s'était passé du côté des voies cystiques, et y avait déterminé la formation d'adhérences, et que dans les derniers temps, une complication était venue se surajouter à cette ancienne lésion et déterminer l'obstacle à la circulation de la bile. L'existence de taches fibrineuses dans l'épaisseur de la coque fibreuse de la rate porte seulement à supposer que si des molécules fibrineuses détachées d'ulcérations endocardiques, ont pu ainsi déterminer à distance des dépôts emboliques, ces mêmes molécules, projetées dans l'artère hépatique, ont pu vraisemblablement déterminer à la suite des lésions homologues : l'impossibilité dans laquelle nous nous sommes trouvé de pouvoir disséquer l'artère hépatique nous prive sur ce point d'une affirmation satisfaisante.

Nous ferons encore remarquer, au point de vue du mécanisme du bruit de *dédoublement* paru au deuxième temps de la révolution du cœur, qu'il existait des adhérences intimes entre la crosse de l'aorte et l'artère pulmonaire; que ces deux troncs vasculaires étaient soudés

l'un avec l'autre, et que la coalescence morbide a dû vraisemblablement porter quelque trouble dans leur indépendance fonctionnelle.

NOMBREUSES COLIQUES DE PLOMB; ACCÈS ÉPILEPTIFORMES; ALBUMINURIE PERSISTANTE ET TRÈS-PRONONCÉE; ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE. MORT AVEC DES SYMPTÔMES D'ASPHYXIE. AUTOPSIE : NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE AVEC GRANULATIONS ET LÉSION ATHÉROMATEUSE DES VAISSEAUX. HYPERTROPHIE DU CŒUR CONSIDÉRABLE LIMITÉE AU VENTRICULE GAUCHE SEULEMENT; PAS DE LÉSIONS VALVULAIRES; par M. le docteur AUGUSTE OLLIVIER.

Manceau (Louis) âgé de 20 ans, peintre en bâtiments, entre le 3 juillet 1863 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 2, service de M. Beau.

Jeune homme bien musclé, face colorée. Rien de particulier à noter du côté de ses antécédents. A l'âge de 18 ans, blennorrhagie qui persista deux mois. Il n'eut pas d'autres maladies que des coliques de plomb. Peintre depuis l'âge de 14 ans, il a déjà eu cinq attaques de coliques qui ont duré en moyenne quinze à dix-huit jours; à la dernière, il eut plusieurs attaques épileptiformes.

Le 27 juin, dixième attaque. Il reste chez ses parents pendant cinq jours; puis n'allant pas mieux, il entre à la Charité. Indépendamment des douleurs abdominales, le malade accuse des crampes dans les jambes, surtout dans les mollets; pas d'arthralgie, pas de paralysie du sentiment ou du mouvement; seulement un peu de tremblement des mains, qui du reste existe depuis deux à trois ans; aucun trouble des sens. L'examen du thorax ne révèle rien d'anormal; peau sèche, brûlante, pouls à 104. Les urines sont extrêmement albumineuses: l'examen microscopique y fait reconnaître des desquamations épithéliales; enfin à l'analyse chimique, on y trouve des traces de plomb. (Huile de ricin, 30 grammes.)

Le 7, les coliques sont moins fortes, cependant insomnie, quelques légères douleurs lombaires; pouls plein, fort, à 104; peau chaude. Mêmes caractères des urines.

Le 10, il n'existe plus de douleurs abdominales ni lombaires; le malade se lève, se promène et mange deux portions; les urines sont toujours aussi albumineuses, le pouls est toujours à 90 pulsations.

S'ennuyant à l'hôpital, le malade demande sa sortie, puis revient quelques jours après avec des coliques. Il veut encore sortir au bout de quatre jours. Enfin, le 12 août, il est admis dans le service de M. le professeur Natalis Guillot, salle Saint-Félix, n° 16.

Coliques assez violentes pour empêcher le sommeil et pour arracher par moments des cris au malade; peau brûlante, soif vive, pouls à 108; constipation opiniâtre, ventre rétracté. Sous l'influence de bains répétés, de purgatifs et de cataplasmes laudanisés, les symptômes s'amendèrent, et le 16, ils avaient presque complétement disparu.

Le malade mange avec appétit deux portions, et cependant son pouls s'accélère toujours (110 à 120); il maigrit graduellement. Les garde-robes sont toujours rares et ne s'obtiennent qu'au moyen de lavements purgatifs; il y a de temps à autre des douleurs sourdes dans l'abdomen; peu à peu les extenseurs de la main droite perdent de leur force; enfin les urines sont toujours très-albumineuses.

Le 24, réapparition des coliques dans toute l'étendue de l'abdomen. Quand la main droite est fléchie, impossibilité de la relever complétement; à gauche, l'extension de la main est possible. Le malade peut remuer ses deux membres inférieurs lorsqu'il est couché, mais dans la station verticale, il dit que ses jambes sont roides et difficiles à fléchir et la marche est très-pénible; pas de troubles de la sensibilité. (Bains, huile de ricin, 20 grammes.)

Les coliques diminuent au bout de deux jours; alternatives de constipation opiniâtre et de garde-robes régulières; les urines renferment une quantité d'albumine telle que quelques gouttes d'acide nitrique y déterminent un précipité très-abondant en tout semblable à du blanc d'œuf.

Le 27, la paralysie des muscles extenseurs des membres supérieurs augmente; le malade relève encore ses bras, mais ce n'est qu'avec beaucoup de peine, et l'on est obligé de le faire manger; aucune des sensibilités n'est altérée; même roideur des membres inférieurs. (Iodure de potassium, 1 gramme.)

Le 22 septembre, l'amaigrissement de tout le corps, malgré la face, malgré l'appétit du malade, est très-prononcé : il existe depuis plusieurs jours des douleurs sourdes dans l'abdomen et la région lombaire; le ventre est très-aplati; constipation presque continuelle; aucun trouble de la sensibilité générale ni des sens spéciaux; l'intelligence est très-nette, seulement le malade se met à pleurer pour le plus léger motif; pas d'embarras de la parole ni de tremblement de la langue : impossibilité complète de soulever les bras, d'étendre l'avant-bras et la main, tandis que la flexion se fait encore un peu.

Le malade peut étendre ses membres inférieurs, les fléchir, mais moins bien qu'autrefois. On applique le courant électrique (appareil de Morin) aux extrémités supérieures; le malade le sent très-bien, pousse des cris, mais ses membres restent immobiles; il n'en est plus de même aux extrémités inférieures, toutefois les contractions musculaires sont faibles.

Atrophie musculaire extrêmement prononcée aux membres supérieurs, où les extenseurs de la main, les muscles des éminence thénar et hypothénar ont presque disparu; absence complète d'œdème; urines et garde-robes volontaires. Mêmes caractères des urines; l'examen microscopique y montre la présence de cylindres épithéliaux bien arrêtés à leurs bords; les cellules y sont jaunâtres, granuleuses et en grande quantité. (Même traitement par l'iodure de potassium; bordeaux; deux côtelettes.)

14 octobre. L'atrophie musculaire a augmenté considérablement et a envahi les membres inférieurs; pouls toujours très-fréquent (120 à 130). L'appareil respiratoire ne présente rien de particulier et l'atrophie ne semble pas encore avoir atteint le muscle diaphragme; toujours autant d'albumine dans l'urine; pas trace d'œdème, pas de symptômes autres que ceux signalés précédemment. Le malade demande encore une fois sa sortie (1).

Le 5 août 1864, Manceau (Louis) est rapporté à la Charité, salle Saint-Félix, n° 6, dans l'état suivant :

Léger œdème des extrémités inférieures, ainsi que des paupières, amaigrissement très-prononcé, impossibilité de rester debout. C'est à peine si le malade peut soulever ses membres supérieurs. Respiration accélérée, anxieuse. A l'auscultation, râles sibilants disséminés et quelques râles sous-crépitants en bas et en arrière; fortes palpitations, impulsion cardiaque notablement augmentée, absence de bruits anormaux à la base et à la pointe du cœur. Les sens spéciaux ne semblent pas altérés, mais le malade se plaint constamment et ne peut rester en place par suite de douleurs dans tous les membres. L'intelligence est intacte.

Les urines sont toujours extrêmement albumineuses, et à l'examen microscopique, on y découvre un grand nombre de moules granuleux des tubes urinifères.

La respiration devint de plus en plus haletante, et le malade succomba à dix heures du soir.

AUTOPSIE. Les méninges se détachent aisément; elles sont très-congestionnées. La consistance du cerveau ne semble pas augmentée; des coupes pratiquées en tous sens ne montrent rien de particulier.

Les poumons offrent un certain degré de congestion et d'œdème, surtout à la partie postérieure.

Le cœur est très-volumineux et n'est pas surchargé de graisse. Les parois du ventricule gauche, qui est extrêmement saillant, ont 3 centimètres 1/2 d'épaisseur; elles sont cinq fois plus épaisses que celles du ventricule droit; leur tissu est ferme. Les valvules aortique et mitrale ne sont le siége d'aucune altératinn appréciable; il en est de même pour les valvules du cœur droit. Le sang contenu dans les deux cavités cardiaques est liquide et noirâtre.

Il n'existe aucun épanchement ni dans le péricarde ni dans les plèvres.

On ne trouve que de la congestion dans le foie et dans la rate.

Les reins sont petits; le droit mesure 8 centimètres de longueur, 3 centimètres de large; son épaisseur à sa partie interne est d'environ 2 centimètres. Le rein gauche a 9 centimètres de long; l'épaisseur et la largeur sont à peu près les mêmes que pour le rein droit.

La note suivante nous a été remise par notre ami M. Cornil, qui a fait avec nous un examen attentif du tissu rénal :

« La surface du rein est granuleuse; les granulations sont petites, jaunâtres, miliaires et saillantes, entourées par un réseau vasculaire, particulièrement veineux, bien injecté. Sur la coupe de la substance corticale on retrouve les mêmes granulations qui ne se distinguent plus là par le relief; elles sont reconnaissables par leur coloration différente de celle du reste du rein: elles sont en effet plus jaunes et plus opaques que le tissu rénal qui les entoure. La substance tubuleuse est congestionnée et rouge, tandis que la nuance générale de la substance corticale est jaunâtre et opaque.

« En faisant des coupes minces de la substance corticale on reconnaît :

« 1° Que les tubes urinifères des granulations sont distendus, plus gros qu'à l'état normal, opaques à un faible grossissement, remplis de granulations protéiques et graisseuses situées autour des cellules épithéliales ou dans leur intérieur;

« 2° Que les tubes urinifères et les glomérules appartenant au tissu rénal voisin de la granulation sont atrophiés, plus petits que les précédents de la moitié ou même des deux tiers. Les tubes contiennent des cellules également infiltrées de granulations graisseuses, mais ces cellules sont très-petites, tandis que celles des tubes appartenant à la granulation sont, au contraire, très-grosses, distendues et même parfois vésiculeuses;

« 3° Que les vaisseaux des glomérules, et surtout les capillaires qui entourent les tubes urinifères, ont leurs parois infiltrées de granulations graisseuses situées le plus souvent autour des noyaux allongés de ces capillaires.

(1) Bien que le commencement de cette observation eût déjà été publiée (*De l'albuminurie saturnine*, *Archives générales de médecine*, nov. et déc. 1863) nous avons désiré la rapporter *in extenso*, afin qu'on pût comparer les phénomènes que nous avions observés il y a un an avec les résultats de l'examen cadavérique.

« Il résulte de cet examen que nous avions affaire au troisième degré de la néphrite albumineuse de M. Rayer, ou à la néphrite parenchymateuse avec granulation et lésion athéromateuse des vaisseaux. »

L'examen microscopique des muscles et des nerfs n'a malheureusement pu être fait, et le rachis n'a pas été ouvert.

Tubercule du testicule; par M. Louis Odier, interne des hôpitaux.

Le sujet de cette observation, homme de taille ordinaire, présente tous les attributs du tempérament lymphatique : d'un embonpoint ordinaire, il a les chairs flasques, la peau fine et blanche, les yeux bleus, les cheveux et la barbe blonds.

Nous apprenons de notre malade que ses parents ont joui d'une bonne santé et sont morts âgés sans avoir fait une longue maladie. Lui-même a toujours été bien portant, sauf qu'il a eu une tumeur blanche du genou droit.

Le 6 janvier 1864, il ressentit à la suite d'une course rapide une douleur au niveau de la partie droite du scrotum.

Le 7 janvier, la douleur continuant, il reconnut en portant la main au niveau du point douloureux que le testicule droit était plus volumineux que l'autre.

Le 12 janvier, la tuméfaction du testicule droit a presque triplé le volume de l'organe : la douleur est lourde, et continue.

Le 20 janvier, il entre à la Maison de santé, service de M. Demarquay, y reste jusqu'au 17 mars, et le quitte parce que ses ressources ne lui permettent pas de payer la pension.

Il nous dit avoir été traité pendant huit jours par des cataplasmes, huit jours par l'emplâtre de Vigo, et enfin par la compression avec le Vigo répétée deux fois durant dix jours, deux abcès dont on voit aujourd'hui les traces, se sont ouverts.

Le 18 mars, à son arrivée dans le service de M. Morel-Lavallée, nous constatons l'état suivant :

Le scrotum présente une tumeur à droite. Le testicule droit est remplacé par une tumeur de forme presque sphérique du volume d'un œuf de poule, uniformément développée, sans bosselure, en sorte qu'il n'est pas possible de distinguer l'épididyme du testicule. Le canal déférent se continue avec la partie supérieure de la tumeur. Il est un peu plus dur et plus engorgé.

Par la palpation, la tumeur présente une rénitence uniforme due à une tension intérieure; pas de transparence, presque pas de douleur. La peau qui la recouvre est un peu rouge et lisse dans toute l'étendue, sauf en un point où elle présente une adhérence entière avec les parties subjacentes, et l'orifice d'une fistule qui donne issue à un peu de pus. Il y a sur le testicule gauche une trace d'ancienne fistule oblitérée, mais l'organe est sain. État général bon; point de tuberculisation pulmonaire.

Le 19 mars, ponction exploratrice qui ne donne issue à aucun liquide et qui prouve que la tumeur est solide.

Le 1er avril, M. Morel enlève le testicule.

Examen de la pièce :

On trouve la matière tuberculeuse sous forme de masse compacte occupant le testicule et l'épididyme qui sont confondus. Cependant l'extrémité postérieure du testicule présente encore un petit espace intact recouvert de bourgeons charnus. Le centre du noyau tuberculeux est complètement ramolli et présente même par points des espaces remplis de substance liquide purulente. La coque, dure et résistante partout, plus épaisse en avant qu'en arrière, a 1/2 centimètre d'épaisseur. La tunique vaginale est adhérente au testicule et au scrotum partout. Cette substance tuberculeuse recouvre, comme je l'ai dit, une portion du testicule encore intacte. Cette disposition de la matière tuberculeuse rend fort bien compte de ce qui se passe habituellement en pareil cas, à savoir : L'élimination spontanée de la matière tuberculeuse lorsque la maladie est abandonnée à elle-même et la possibilité de cicatrisation plus ou moins complète jusqu'à ce qu'un autre noyau tuberculeux développé dans le testicule ou l'épididyme se ramollisse à son tour.

Le malade, après être resté quinze jours dans le service, a demandé à rentrer dans sa famille : à ce moment la plaie était presque entièrement cicatrisée.

Nous avons appris depuis qu'il avait succombé subitement peu de jours après avoir quitté l'hôpital.

SÉANCES DE SEPTEMBRE.

PATHOLOGIE.

Anévrisme de la crosse de l'aorte; trachéotomie; mort; autopsie. (Observation recueillie à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Morel-Lavallée, par M. Louis Odier, interne des hôpitaux.)

Lehouerff (Georges), âgé de 49 ans, jardinier, doué d'une robuste constitution, se présente le 5 avril à la consultation. Il nous dit que depuis deux heures il a de la difficulté à respirer, qu'il a probablement quelque chose au cou et qu'il sent un obstacle au fond de la gorge. En effet, nous constatons une gêne notable de la respiration : l'inspiration est difficile, tandis que l'expiration se fait naturellement. M. Morel-Lavallée examine sa gorge, ne trouve aucune rougeur, aucun gonflement, et les doigts introduits jusqu'à la base de la langue permettent de reconnaître l'intégrité des replis muqueux; pas de toux, voix normale, pas de douleur dans la poitrine. Interrogé avec soin, cet homme nous assure que la veille il était bien portant, et que pendant la nuit il avait dormi comme d'habitude. Nous cherchons à savoir quel était son état de santé habituel; mais il est préoccupé de sa dyspnée qui l'effraye, et nous dit simplement qu'il lui est quelquefois arrivé d'avoir des accès d'étouffement. L'absence complète de fièvre, son état général nous tranquillisent, et nous l'engageons à rentrer chez lui, à prendre un bain de pieds sinapisé, et à revenir nous voir dans le cas où la respiration deviendrait plus difficile.

Le 6 avril on amène, à neuf heures, ce malade à peu près asphyxié. L'inspiration est excessivement difficile, tandis que l'expiration se fait librement; l'oreille, appliquée sur les parties latérales du rachis, ne perçoit plus le bruit respiratoire; la face est cyanosée, les yeux saillants, injectés; il y a insensibilité de la peau; les extrémités sont refroidies; la mort paraît imminente, et M. Morel-Lavallée pratique immédiatement la trachéotomie. La canule est introduite rapidement. Il s'écoule assez de sang par la plaie pour nécessiter l'emploi du perchlorure de fer. Le malade est immédiatement soulagé et nous remercie de lui avoir sauvé la vie. La respiration s'établit régulièrement, les signes de l'asphyxie disparaissent, et le soir on prescrit une potion calmante et du bouillon.

Le 7, on change la canule. Le malade demande à manger.

Le 8, au moment de la visite, nous remarquons un peu d'accélération de la respiration : on prescrit 15 grammes d'huile de ricin, le malade n'ayant pas été à la selle depuis huit jours.

Le 9, accès de dyspnée durant une partie de la journée, disparaissant après l'emploi de sinapismes aux extrémités. Pas de fièvre, pas de chaleur à la peau; la langue est bonne.

Le 10, nouvel accès de dyspnée plus fort que celui de la veille durant une partie du jour. Le malade ne veut pas manger. La canule est changée. Les mucosités bronchiques sont peu abondantes. En auscultant en arrière, la respiration canulaire s'entend et masque le murmure vésiculaire (Sinapismes, julep gommeux avec sirop de morphine et d'éther à 30 grammes.)

Le 11 au matin, nous trouvons le malade assis sur son lit; dyspnée aussi intense que le 6 avril, commencement d'asphyxie. M. Blumenthal, mon collègue, est frappé de la force du pouls radial à droite, et suppose l'existence d'un anévrisme de la crosse de l'aorte en examinant le malade. M. Morel-Lavallée arrive pour la visite, trouve le malade presque asphyxié, et prescrit des sinapismes aux extrémités et sur la poitrine; on fait brûler du papier nitré; mais à onze heures le malade expire.

L'Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort, nous fournit les faits suivants :

La cavité thoracique, que nous pouvons seule ouvrir, est vidée; l'appareil respiratoire présente une congestion générale de tous les tissus.

Au niveau de la portion transverse de la crosse de l'aorte existe une poche anévrismale du volume d'un œuf de poule qui paraît comme un diverticulum de cette artère, dont la portion ascendante est énormément dilatée. Son orifice de communication avec le vaisseau est circulaire, et permet l'introduction du pouce. Ses parois, qui sont en continuation directe avec celles de l'artère, sont très-amincies.

A l'intérieur on trouve des caillots passifs remplissant la tumeur, tandis que ses parois sont doublées par un caillot actif, fibrineux, formé de couches superposées.

A l'extérieur du sac on voit les organes voisins adhérer à l'anévrisme au moyen de tissu cellulaire assez résistant; la trachée elle-même ne peut être séparée de la tumeur; sa paroi antérieure déprimée présente à sa face interne trois ulcérations. Les ganglions lymphatiques sont plus volumineux en ce point; l'un d'eux renferme même du pus.

La trachée, incisée dans toute sa longueur, ainsi que le larynx, ne présentent qu'un peu de rougeur sous forme de pointillé.

Le nerf récurrent gauche n'a pu être suivi malheureusement dans toute son étendue, et cela par suite de la rapidité avec laquelle l'autopsie a dû être faite. Néanmoins la portion de ce nerf, qui passe entre la trachée et l'œsophage à gauche, se trouve comprimée au niveau de la tumeur anévrismale, et adhère intimement aux parties voisines. Le pneumo-gastrique lui-même nous paraît rougeâtre au niveau du point où il donne naissance au nerf récurrent.

Les artères qui naissent de la crosse de l'aorte présentent diverses modifications : 1° l'artère carotide gauche au niveau de son origine a un orifice qui permet seulement l'introduction d'un stylet fin; 2° la sous-clavière gauche n'est plus perméable : son calibre est réduit au tiers de son volume ordinaire; 3° le tronc brachio-céphalique est perméable et présente un diamètre plus grand.

La trachée a été incisée sur l'isthme même du corps thyroïde, et la

distance qui sépare la partie inférieure de l'incision de la tumeur n'est que de 2 centimètres.

Le cœur n'est point hypertrophié. Les valvules sont normales. Le péricarde présente quelques taches laiteuses.

Cette observation confirme jusqu'à un certain point la remarque de certains médecins anglais, à savoir que la trachéotomie faite dans le cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte, alors qu'il y a une dyspnée excessive, peut prolonger la vie du malade de quelques jours. En effet, lors de son entrée à l'hôpital, ce malade était sur le point de mourir asphyxié, et l'opération lui a donné cinq jours d'existence.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉTUDE D'HYGIÈNE SUR QUELQUES INDUSTRIES DES BORDS DU LEZ; par MM. G. PÉCHOLIER et C. SAINTPIERRE, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier

Le Lez est une petite rivière qui coule aux environs de Montpellier, et qui fait mouvoir une trentaine d'usines, telles que moulins à farine, scieries de bards (pierres à daller), filatures ou foulons, moulins à triturer le soufre, etc. Le travail de MM. Pécholier et Saintpierre est relatif d'abord et surtout à l'hygiène de ces différentes industries, en second lieu aux conditions hygiéniques propres au bassin de la rivière.

Sous ce dernier rapport, les deux auteurs signalent l'endémicité de la fièvre intermittente sur les bords du Lez, fait à peu près constant dans le Midi, sur les bords des rivières dont les eaux sont peu vives et le courant peu rapide. Mais ils ont remarqué en même temps que la fréquence des fièvres s'est considérablement atténuée depuis quelques années, ce qui est dû à la diminution des plantes aquatiques, aux travaux d'endiguement et de curage, à l'élagage des arbres, et surtout à l'assainissement, par le drainage et la culture, des propriétés riveraines. Le séjour nocturne sur les bords de la rivière est la circonstance qui expose le plus aux atteintes de l'endémie; ainsi les ouvriers qui couchent dans les usines contractent plus souvent les fièvres que ceux qui y travaillent seulement pendant le jour.

Passant à la seconde partie de leur travail, MM. Pécholier et Saintpierre étudient successivement l'hygiène des quatre principaux genres d'usines que fait mouvoir le Lez, et que nous avons mentionnées plus haut.

Les ouvriers employés dans les scieries de bards, ou dalles extraites d'un calcaire très-dur dont il existe des carrières près de Montpellier, se divisent en deux classes, suivant qu'ils scient ou qu'ils taillent la pierre. Les scieurs sont exposés aux influences de l'humidité, et partant aux atteintes de fièvres intermittentes; les tailleurs partagent en partie ces inconvénients, et de plus sont exposés à l'action des éclats et des poussières. Au point de vue médico-légal, ces derniers présentent un signe important qui consiste dans la présence, à la main gauche, d'un coussin siégeant à la face dorsale et latérale de la première phalange du petit doigt.

Les tailleurs de marbre offrent le même signe, et de plus ils présentent une abduction exagérée du pouce de la main gauche, et un renversement dorsal forcé de la seconde phalange du même pouce sur la première. Ils subissent d'ailleurs les mêmes influences d'humidité, d'éclats et de poussières que les tailleurs de bards.

Le marbre, une fois taillé, est poli par des femmes, ce travail, rude pour elles, exige une certaine vigueur et produit un développement notable du thorax et des membres supérieurs. Les mains et les poignets des ouvrières présentent un épaississement de l'épiderme et une coloration rouge due à la pénétration interstitielle de l'oxyde de fer.

Les moulins à triturer le soufre sont exposés à de fréquents incendies; aussi prend-on maintenant dans leur construction des dispositions particulières qui permettent d'éteindre promptement le feu. Les poussières de soufre produisent chez les ouvriers *l'ophthalmie des soufreurs*, décrite par M. Bouisson, de l'irritation pulmonaire, une excitation générale, de l'insomnie, de la diarrhée; après quelque temps d'apprentissage, la tolérance s'établit en général assez bien. Par contre, le séjour dans ces usines peut exercer une heureuse influence sur les individus atteints de la diathèse scrofuleuse, d'herpétisme, ou d'affections parasitaires.

Dans les moulins à blé, les ouvriers obligés de vivre jour et nuit dans des pièces humides sont les plus exposés aux fièvres intermittentes. Les pousières de farine irritent bien les poumons, mais à un degré plus faible que celles de soufre, et la tolérance est prompte à s'établir. Les meuniers sont fréquemment obligés de rhabiller la meule; cette opération détache des parcelles de pierre et d'acier qui blessent quelquefois les yeux, et qui, en s'incrustant aux mains, surtout à la main droite, y laissent un grand nombre de taches noirâtres indélébiles. — C'est là un signe remarquable, d'autant plus qu'il est spécial au mode de rhabillage employé dans les moulins des bords du Lez.

Les établissements où l'on trie et lave la laine ne présentent rien de particulier. Le triage expose à l'action irritante des poussières. La pustule maligne est rare parmi les ouvriers en laine. Chez ceux qui manient les peaux de mouton, qu'on reçoit quelquefois avec les toisons, le mélange de chaux et d'orpiment dont on saupoudre les peaux pour rendre l'épilation plus facile, produit sur les mains des pigeonneaux et des éruptions cutanées mal définies.

Le travail de MM. Pécholier et Saintpierre présente avant tout un intérêt local. Cependant comme beaucoup d'usines se trouvent dans des conditions semblables de situation, d'agencement et de mode de fabrication, les résultats de leur étude doivent être considérablement étendus. On doit donc leur savoir gré de leurs recherches et désirer qu'ils en entreprennent de nouvelles sur d'autres industries, ainsi d'ailleurs qu'ils l'ont eux-mêmes fait espérer.

ÉTUDE SUR LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS; par M. le docteur COURTILLIER, ancien président de cette Société.

Il est peu de sociétés médicales qui aient des bulletins imprimés de leurs travaux; on a bien partout un registre des procès-verbaux de chaque séance, mais qui va le consulter? Aussi ces sociétés ne vivent que par le présent, elles ont oublié leur passé; les grandes questions qui ont été agitées, les hommes qui ont apporté le tribut de leur talent et de leur expérience, le rôle que ces sociétés ont rempli dans le monde scientifique, la part qu'elles ont prise au mouvement, au progrès, l'influence qu'elles ont pu exercer sur les idées et les doctrines de l'époque: tels sont autant de points bien intéressants à reconnaître et qu'on ignore.

M. Courtillier a senti ce vide pour la société dont il a été président, et, se mettant bravement à l'œuvre, il a pu réunir des documents pour en faire une étude historique remplie d'intérêt.

La Société médicale d'Amiens se confond à son origine avec le jury de santé ou comité médical institué le 21 vendémiaire an IX. Par la fondation d'une *École pratique de santé*, approuvée par le gouvernement du premier empire, elle a la gloire d'avoir provoqué l'institution en France des écoles préparatoires de médecine. Elle a exercé l'action la plus salutaire sur l'hygiène publique en formant la topographie physique et médicale du département, base indispensable des travaux d'assainissement, en patronant et surveillant partout l'usage de la vaccine, en prêtant constamment le concours le plus éclairé à l'administration départementale. Elle a compté dans son sein des hommes remarquables, Desprez, Lapostolle, Rigollot, Josse, Barbier, etc.

M. Courtillier, pensant avec raison que l'histoire d'une société se confond avec celle des hommes qui l'ont le plus illustrée, consacre à la mémoire de ces savants confrères, dont plusieurs ont été des maîtres, des détails biographiques où il les montre tour à tour praticiens et hommes de science, courageux et dévoués dans les épidémies, toujours à la hauteur de leur position, sachant se rendre utiles dans les fonctions publiques comme dans la vie privée.

Il est bien d'honorer ceux qui nous ont précédé dans la carrière, et qui ne nous ont laissé que de bons exemples. L'auteur avait là une tâche agréable; il l'a remplie. Nous ne pouvons ici le suivre dans tous ses développements; nous dirons simplement, pour résumer notre appréciation, qu'il a bien mérité de la Société médicale d'Amiens

Dr F. DE RANSE.

VARIÉTÉS.

— ASSOCIATION GÉNÉRALE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu les 30 et 31 octobre prochain, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, le 30 à deux heures, — le 31 à midi précis.

— Le banquet offert par le conseil général et par la commission administrative de la Société centrale à MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales, aura lieu le 30 octobre, à sept heures du soir, au Grand-Hôtel, boulevard des Capucines.

On souscrit chez M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, rue d'Aumale, 23.

Le rédacteur en chef, JULES GUERIN.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE.

DU RÔLE DU MOUVEMENT DANS L'ORDRE VITAL.

Dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences morales et politiques par M. Lélut (1), ce médecin-philosophe, après avoir cherché à établir la formule des rapports du cerveau à la pensée, résumait son examen de la manière suivante : « D'une part, c'est-à-dire dans les fonctions corporelles, mouvement produit en vertu d'un mécanisme perçu directement par le moyen des sens ou conclu du mouvement des liquides provenant de l'intérieur des viscères. D'autre part, c'est-à-dire dans les fonctions intellectuelles, sentiment, état personnel, apprécié par le sens intime, sans qu'aucun mécanisme puisse même être conçu comme donnant lieu à ce sentiment. Il y a entre ces deux ordres de fonctions, entre leurs deux formules, entre le *mécanisme* des rapports des premières à leurs organes, et l'*empirisme* des mêmes rapports dans les secondes, un abîme immense, dont témoigne la différence même des progrès qu'a faits la science dans la connaissance de leurs conditions organiques respectives. »

Ou, en d'autres termes : « Lorsque des fonctions corporelles on passe à nos fonctions intellectuelles, on voit tout à coup la formule changer, et à la notion de mouvement se substituer celle de sentiment qui en est essentiellement différente. »

Malgré leur valeur très-réelle et très-grande, les conclusions de M. Lélut se meuvent dans une sphère trop étroite; car ce n'est pas seulement la sensibilité, les facultés intellectuelles et morales dont la détermination est purement empirique; tel est aussi le caractère de tout ce qui touche aux manifestations primordiales de la vie, qu'elles soient prises dans leur exercice le plus humble ou le plus élevé.

La nutrition, la sensibilité, la contractilité sont les facultés élémentaires, dont une addition successive d'énergies nouvelles ne fait bientôt plus qu'une partie déterminée d'un ensemble plus riche. Nous savons déjà que notre connaissance de la sensibilité est tout empirique, c'est-à-dire que nous ne voyons aucune espèce de rapports entre les organes en action et les effets produits, tandis qu'il y a telle fonction du corps, comme le mouvement musculaire, considérée au point de vue du mécanisme des leviers ou de la contraction concentrique, et dont il est aisé de nous rendre compte, parce qu'elle est une dépendance positive et certaine de la mécanique générale. Mais si nous prenons le fait de la contractilité en lui-même, qu'y trouvons-nous? L'analyse y distingue la faculté et les organes. Ceux-ci consistent en cellules et en fibres plates ou striées. Or l'étude de ces éléments divers ne nous y fait rien découvrir qui soit en rapport avec l'action motrice, et la mécanique ne saurait nous dire pourquoi chez l'homme la fibre cellulaire et la cellule nerveuse ne se contractent point, tandis que les fibres musculaires et certaines cellules glanduleuses jouissent de cette propriété. Ces derniers organes, qui ont les mêmes aptitudes physiologiques, n'ont comme forme, c'est-à-dire comme disposition instrumentale, aucune analogie (1). Donc entre la faculté et la structure il n'y a aucun rapport direct, et notre connaissance, à cet égard, est tout aussi empirique que peut l'être celle que nous possédons de la sensibilité elle-même, ou des autres facultés d'ordre supérieur.

(1) Séance du 26 novembre 1842.

Une philosophie issue de Leibniz fait jouer à la notion de force un rôle capital en métaphysique. D'après Maine de Biran, la volonté est une force qui saisit la conscience, et le sens intime n'est que le sens de l'effort immanent. Mais une analyse plus qu'approfondie a fait reconnaître à M. Garnier (2) une faculté motrice distincte de la volonté. M. Francisque Bouillier, par une exagération regrettable, prétend que « l'énergie motrice n'est pas seulement une faculté de l'âme, elle est une même chose avec sa nature, elle est son essence même (3). » D'où l'on voit qu'en prenant la notion de force, d'après son concept primitif, qui est incontestablement celui de la conscience (4), il faut bien reconnaître que la doctrine exposée par M. Lélut dans son mémoire a un caractère incomplet. Toutefois il est aisé de reconnaître que sa formule possède, au point de vue des effets moteurs, une vérité supérieure à toute critique; car la cause du mouvement dans l'ordre vital n'est point un mouvement. C'est là ce qui a fait dire à Bérard : « Ici le mot de *cause* a une valeur propre et certainement très-différente de celle qu'il conserve dans les sciences physiques : aussi l'étiologie médicale a-t-elle des lois qui ne ressemblent à celles d'aucune autre science (5). »

Si de la contractilité nous passons à la nutrition, l'activité motrice et le mouvement s'y présentent en première ligne. A la digestion, qui se compose d'une série d'actes chimiques et mécaniques, succède l'absorption qui est un phénomène de même ordre. Mais, après l'absorption du chyle, le mouvement de la masse sanguine n'est que la condition indispensable des faits nutritifs proprement dits, et ceux-ci ne sauraient être induits ou prévus par le seul fait de la circulation générale. Supposez un organe contractile avec la forme du cœur, de l'estomac, de l'intestin, etc., contenant des solides ou des liquides dans son intérieur, et il sera, par une opposition caractéristique, facile d'expliquer le mécanisme de la fonction. « Eh quoi! s'écrie M. Bérard (6), vous nous dites que la nutrition consiste, quant à son mouvement de composition, dans l'incorporation pure et simple de l'albumine et de la fibrine aux parties fibreuses et albumineuses du corps! Mais vous nous laissez ignorer, vous ne nous direz jamais comment le sang qui charrie cette fibrine et cette albumine peut se transformer en tissus si différents, quant à leurs aspects et à leurs propriétés. Ici il alimente la fibre musculaire rougeâtre, là le tendon nacré, ailleurs la substance solide des os, ailleurs la pulpe molle du cerveau, ailleurs la matière transparente du cristallin, et ailleurs la

(1) Claude Bernard, *Leçons sur le système nerveux*, t. I, p. 196 197.
(2) Garnier, *Essai sur les facultés de l'âme.*
(3) *Du principe vital et de l'âme pensante*, p. 24.
(4) Damiron, *Rapport à l'Académie des sciences morales et politiques sur le concours pour la philosophie de Leibniz.*
(5) Bérard, *Esprit des doctrines médicales de Montpellier.*
(6) *Physiologie*, t. I, p. 41.

FEUILLETON.

LES AUTOGRAPHES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

CORRESPONDANCE SCIENTIFIQUE DE LOUIS.

VI.

Le respect de la tradition est peut-être le trait le plus saillant du caractère romain. L'autorité des ancêtres était à Rome une sorte de dogme, d'où sortit peu à peu une religion positive à la fois et idéale, qui consacrait la mémoire des morts et fondait le culte des souvenirs. Le passé était en grand honneur chez ce peuple qui a tant fait pour l'avenir, et dont le génie organisateur par excellence improvisait peu en général. La langue de ce peuple était conforme à sa nature; elle avait pour marquer la perpétuité et la durée des mots véritablement indigènes et autochthones, dont les équivalents ne se trouvent point dans le vocabulaire si riche pourtant de la langue grecque.

Nous avons hérité de ces termes d'origine latine, dont la signification profonde nous échappe le plus souvent. Nous prononçons et écrivons fréquemment les mots *monument* et *document*, et nous arrêtant seulement au sens concret et en quelque sorte superficiel, nous ne remontons pas à l'étymologie, qui enseigne toute la philosophie du langage. Dans les restes ou les reliques du passé, la gravité romaine ne se bornait pas à voir un simple souvenir, mais un avertissement et un enseignement : les monuments et surtout les documents, qui fournissaient un aliment au sentiment de vénération, étaient comme un trésor d'expérience et de sagesse que les générations conservaient et se transmettaient religieusement.

Comme notre dessein n'est point d'ajouter un chapitre aux *Considérations* de Montesquieu *sur les causes de la grandeur des Romains*, nous arrêterons ici ces réflexions. Il nous a suffi de rappeler aux investigateurs la haute signification de ces pièces que leur diligence met en lumière, et la grande valeur de ces vieux papiers que l'ignorance et l'incurie laissent volontiers moisir et pourrir dans nos archives.

Ce n'est pas qu'il faille exhumer toutes les vieilles choses que découvre la curiosité; il y a quantité de manuscrits et de paperasses qu'il peut être inutile d'arracher à l'oubli; d'autant que parmi le nombre infini de livres imprimés, il en est beaucoup qui tiennent dans nos grandes bibliothèques une place qui pourrait sans dommage rester vacante. Loin de tout ramasser, il importe de faire un choix; mais l'esprit de discernement, qui est le grand auxiliaire du vrai savoir, doit à la fois aiguillonner et contenir la curiosité insatiable. Il faut avant tout considérer le but, c'est-à-dire l'utile, en se pénétrant autant que possible de la

matière noire de la choroïde et de l'iris. Cette albumine, qui vient du végétal toute formée, cette albumine, substance peu active dans les plantes, on ne nous dira pas comment elle va concourir à la pensée dans le cerveau, à la fécondation dans le fluide séminal, à la digestion dans le fluide pancréatique. Cette fibrine qui, dans le végétal, était à l'état de repos, devient dans les muscles de l'animal l'organe de tous les mouvements volontaires et de quelques autres encore. » Il y a donc relativement à la nutrition un point de vue tout empirique : celui de son *modus agendi*. L'affinité chimique ne suffit point à l'interprétation des faits, puisqu'il y a ici un double mouvement de composition et décomposition, et que l'affinité ne saurait produire qu'un accroissement indéfini. Ce côté empirique de la nutrition générale se trouve dans les sécrétions diverses. Pourquoi la diastase salivaire est-elle produite par des glandes annexes de la cavité buccale et non par les glandes des mammaires? Pourquoi la cellule hépatique donne-t-elle de la bile et non un liquide analogue au suc gastrique (1)? C'est ce que nous ignorons absolument, parce qu'il ne nous est point donné de remonter ici à des conditions chimiques ou mécaniques. La *quantité* des sécrétions est sans doute en rapport avec la surface sécrétoire, la richesse vasculaire de l'organe, la pression du sang, mais la *qualité* ne relève d'aucune de ces circonstances physiques. « Pourquoi se forme-t-il dans les divers organes de sécrétion et aux dépens d'un liquide de même origine (plasma du sang) des cellules d'organisation et de fonctions différentes? Il reste toujours le même *desideratum* (2). » Donc la nutrition et les sécrétions qui en sont un cas particulier (3) ne nous sont connues qu'*à posteriori*, et le mouvement qui y joue un rôle capital n'en est toutefois que la condition première.

Ce n'est pas seulement pour la nutrition que le mouvement est une condition indispensable d'exercice. Chacun des faits qui se rapportent à la sensibilité spéciale et générale n'est considéré, objectivement, que comme un phénomène moteur pur et simple. Toute sensation a son origine préalable dans un état vibratoire qui n'est point transformé, mais converti en un fait subjectif d'une tout autre espèce (4). Je dis d'une tout autre espèce, et il suffirait peut-être de l'affirmer comme l'a fait M. Lélut, car, pour la conscience de la simple énonciation des phénomènes, jaillit une évidence entière. Mais à ceux qui ont des yeux pour ne point voir, il était permis de rappeler : 1° que tout mouvement n'amène point après lui un fait de sensibilité, ou, en d'autres termes, la perception de l'état organique produit par la vibration et qui ne peut être lui-même qu'une vibration; 2° que le phénomène moteur n'est converti en sensation que lorsque l'activité des centres entre en exercice, soit à la suite du stimulus objectif, soit en vertu d'une simple détermination de la volonté, qui, pour être une cause motrice, n'est aucunement un phénomène moteur; 3° que l'analyse expérimentale, entre les mains de M. Claude Bernard, a nettement différencié les facultés sensible et motrice; distinction impliquée par le départ physiologique des organes nerveux qui, s'ils sont moteurs, ne sont pas sensitifs, et s'ils sont sensitifs, ne sont pas moteurs. Quant à la vibration organique elle-même, l'oscillation imprimée à une substance plus ou moins semblable à l'éther des physiciens, et qu'on peut appeler fluide nerveux, pourrait rendre compte d'actions infinitésimales ayant leurs analogues dans la lumière, la chaleur, l'électro-magnétisme (1).

De même que le mouvement est la condition de la sensibilité sans en être le principe, de même en est-il lorsqu'il s'agit de phénomènes purement intellectuels dont la portée subjective ne dépasse point d'ailleurs celle des sensations (2). Quelle genèse possible entre une idée, un souvenir, une notion générale et abstraite, et une ondulation lumineuse ou sonore? Dans une question de philosophie pure, il me serait facile de montrer que si l'esprit est créateur dans le domaine de la pensée, et il l'est sans conteste pour ce qui touche à l'*à priori* et à l'abstraction, c'est que les fibres cérébrales ne sont pas un simple écho des vibrations que le monde extérieur y sollicite. Les phénomènes moteurs arrivés dans l'encéphale sont perçus dans une tout autre formule, et n'y sollicitent de réaction de même ordre que par une réflexion fugitive ou mûrie, c'est-à-dire, en d'autres termes, sous l'influence de la volonté. Or si la sensation n'est déjà plus un mouvement, si une notion abstraite est extramécanique, comment rattacher la volonté à une ondulation vibratoire? Le sujet conscient de ses actes se décide à être ou à n'être point puissance motrice, et cette décision dépendrait elle-même de je ne sais quel mouvement des fibres cérébrales? Mais ce mouvement, d'où proviendrait-il lui-même si ce n'est de ce milieu ambiant que notre volonté domine et dont elle triomphe à son gré? La théorie de la vibration permanente, non plus condition, mais principe de la vie intellectuelle et sensible, nous conduit à admettre : 1° que le sentiment de l'unité personnelle est le résultat de ces ondulations continuelles, de la diversité absolue; 2° que les phénomènes moteurs à siége cérébral ont toujours un résultat nécessaire, ce qui supprime absolument le libre arbitre; 3° que les ondulations sonores ou lumineuses sollicitent en nous la joie ou la tristesse, le plaisir ou la peine, sans aucun intermédiaire admissible; 4° que toute notion déjà acquise, tout souvenir n'est qu'un phénomène d'oscillation qui se perpétue en général d'une manière latente, vérité de ce principe, que ce qui est bon dans les vieux restes du passé se produit dans le présent avec l'autorité des vérités acquises et de cette expérience que le temps consacre, et qu'il n'est pas toujours possible de renouveler.

(1) Mais le sucre, dira-t-on, qui se forme dans le foie est dû à la transformation de l'*amidon animal*, ou matière glycogène. Soit; mais explique qui pourra l'action réducrice opérée par le tissu du foie sur les substances quaternaires. La difficulté est simplement reculée.

(2) Béclard, *Traité élémentaire de physiologie humaine*, p. 385.

(3) *Ibid.*, p. 382.

(4) Cette proposition implique un rôle non passif, mais actif dans la sensibilité, contrairement au dire d'Helvétius : « La sensibilité est une puissance passive, » et à celui de Condillac : « La sensibilité n'est ni faculté, ni pouvoir, ni puissance, elle est simple capacité. » A l'exemple de Stahl, Barthez regarde la sensibilité comme étant une force active et non comme un état passif du principe vital. Telle est aussi l'opinion de M. Tissot (*De la vie dans l'homme*, t. Ier, p. 209). Cette doctrine remonte au stoïcisme.

(1) Je n'ai pas plus la prétention de montrer le fluide nerveux aux organiciens que de leur faire voir l'éther dont la physique ne peut se passer.

(2) M. Lélut insiste, à bon droit, sur ce fait.

On aurait tort de se persuader que ce qui est et se maintient a uniquement raison d'être, et que ce qui est déchu ou tombé en désuétude ne mérite tout au plus qu'un regard de pitié ou d'indifférence. Il y a une philosophie superbe qui se promène à travers les âges comme le pâtre ignorant et grossier parmi les ruines d'une ville antique, dont il foule les restes sans émotion, et qui ne comprend pas que les hommes tombent et renaissent, suivant l'allégorie homérique, comme les feuilles des arbres.

Quand Horace écrivait le vers si souvent répété :

Multa renascentur quæ jam cecidere, cadentque, etc.

il ne voulait qu'indiquer les vicissitudes du langage qui se refait et se renouvelle avec de vieux éléments, comme la matière change et se transforme sans s'altérer, ou du moins sans subir de déchet. Mais la sentence du poëte est vraie aussi des institutions et des idées, de celles-ci surtout qui réussissent, après une mort apparente, lorsqu'elles renferment des germes de vitalité et de durée. Nous interrogeons souvent le passé avec une curiosité malveillante, sans trop songer à l'avenir, qui nous soumettra à une enquête semblable, au lieu de lui demander des enseignements et des exemples.

Un homme véritablement savant, un des plus zélés promoteurs des études historiques en médecine, le docteur Th. Henschel (de Breslau), comprenait à merveille le rôle de l'investigateur des antiquités médicales, lorsqu'il donnait à un recueil trop tôt interrompu le titre significatif de JANUS. Cette antique divinité latine avait, comme on sait, deux visages. Le symbole n'est-il pas parlant, et l'historien ne doit-il pas, comme le Janus des Latins, regarder sans cesse devant et derrière lui, contempler le passé, l'interroger, l'étudier, et deviner en quelque sorte l'avenir par la comparaison attentive du passé avec le présent (1)?

Cette interprétation ou mieux cette application du vieux mythe à l'histoire de notre art nous plaît singulièrement, dans ce temps surtout d'oubli et de dédain pour les choses anciennes, où la critique médicale se prive comme à plaisir de son arme la plus redoutable, j'entends l'autorité de la tradition. Sans nous élever ici aux plus hautes questions, il suffira de signaler la faiblesse et l'insignifiance de cette petite censure qui s'exerce sur l'état présent de l'art et des institutions médicales, et

(1) *Janus, Zeitschrift für Geschichte und Literatur der Medicin.* Ersten Bandes erstes Heft, Breslau, 1846, in-8. V. dans cette première livraison l'ingénieux avant-propos de l'éditeur : *Janus Mythologisch sic selbst bevorwortend.*

jusqu'à ce qu'un nouveau mouvement, savoir la volonté, au lieu de l'obscurcir davantage, le rende plus sensible; 5° que la différence du savant à l'ignorant peut mécaniquement s'apprécier par le nombre comparatif de leurs vibrations cérébrales; 6° que la conversion de la pesanteur en chaleur, de celle-ci en lumière, etc., nous permet d'espérer, pour la plus grande gloire de la corrélation dynamique, la conversion de la sensibilité, de la pensée et de la volonté en pesanteur, chaleur, électricité, lumière. Or s'il n'y a dans la nature entière que des phénomènes et que la force ne signifie rien d'autre que mouvement, la conclusion est inévitable, et la science en viendra là. Nous avons l'équivalent mécanique de la chaleur, nous aurons celui de la pensée.

La sensibilité ne produit pas la pensée, mais en est la condition; la pensée ne se transforme pas en volonté, mais en est aussi la condition. A ces données psychologiques il faut associer des ondulations qui, de la périphérie, atteignent les centres nerveux et qui s'y éteignent, ou deviennent comme un stimulus provoquant un exercice d'activité motrice, et de là des ondulations nouvelles dont le trajet est inverse des premières. Ces mouvements divers ont leurs analogues dans le mode extérieur, et les explications de la mécanique trouvent ici à s'appliquer tout aussi bien que la théorie des leviers pour les muscles des membres. Mais la sensibilité, la pensée, la volonté ont, par antithèse, un caractère purement empirique, c'est-à-dire ne peuvent nullement être déduites des organes qui y sont appropriés.

Avant d'aborder le côté pathologique du théorème que je développe, je dois examiner brièvement deux objections : c'est, dit-on en premier lieu, parce que nous ignorons l'agencement intime des rouages de chaque mécanisme, que nous ne pouvons nous expliquer la fonction prise dans son ensemble. Je ferai observer qu'il y a tout d'abord une différence capitale et ordinairement négligée entre faculté et fonction. La faculté est le fait primitif ou le principe, et la fonction le fait secondaire, l'expression extérieure de la faculté. Par exemple nous remarquons la sensibilité dans des cellules ou systèmes de cellules indépendantes du tissu nerveux (1), dans la fibre musculaire sous sa double ou triple forme (2), et enfin dans certaines parties du genre nerveux. Pour des conditions tellement diverses il y a des fonctions distinctes, mais la faculté demeure identique (3). De même la contractilité se voit dans les cellules et les formes variées du tissu musculaire. Ici encore fonctions distinctes et faculté identique. Ceci posé, nous comprenons à merveille qu'avec des organes dissemblables, sans aucune analogie de structure et par conséquent de mécanisme, la fonction doive être distincte; mais alors il est impossible d'admettre l'identité de faculté, qui serait un fait mécaniquement inintelligible. Telle est la raison cachée qui a conduit Dutrochet à décrire un système nerveux dans les plantes, parce qu'il y observait des phénomènes de sensibilité; tel est aussi le motif qui a porté Matteucci à leur refuser la contractilité, parce qu'elles ne possèdent point de fibres musculaires.

Laissant de côté la mécanique dans ses dispositions accessibles aux sens, on peut avoir recours à la chimie qui nous enseigne qu'une disposition moléculaire différente dans les corps isomorphes, et, dans un corps composé, une proportion plus forte de tel ou tel élément, suffisent pour en modifier considérablement les propriétés chimiques ou l'action sur l'économie animale. Mais alors, en admettant qu'il suffit de variations analogues, encore à démontrer, la difficulté soulevée par l'identité de faculté dans la fibre et la cellule demeure exactement la même. De plus la coexistence possible des trois ordres de facultés : sensitive, motrice et nutritive dans une même cellule, est de tout point incompréhensible, puisqu'on fait dériver chacune de ces propriétés d'une modification survenue dans l'arrangement moléculaire. D'ailleurs si la chimie se réduit à la physique et celle-ci à la mécanique, comme nous l'apprend M. Bertbelot, et comme l'avait auguré l'intuition prophétique de Descartes, ce qui est démontré faux pour la mécanique ou science des mouvements appréciables, ne saurait être vrai en chimie, qui est la science des mouvements de l'ordre infinitésimal.

D'où je conclus qu'il faut reconnaître aux forces vitales leur caractère original primitif, leur indépendance de la mécanique générale, c'est-à-dire de la physique et de la chimie, ou, en d'autres termes, qu'il faut accepter leur autonomie réelle.

PAUL DUPUY.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) Dans le règne végétal le fait n'est pas contestable.

(2) On a distingué avec un soin jaloux la sensibilité de l'irritabilité, comme si la première n'avait pas pour caractéristique l'impression perçue. Or dans l'irritabilité il y a impression perçue, puisqu'il y a réaction. L'ouïe a-t-elle d'ailleurs quelque rapport avec la vue, celle-ci avec la douleur, le contact, le goût, l'odorat? La plupart des actions réflexes sont dépourvues de conscience tout aussi bien que l'irritabilité.

(3) Originairement la cellule est sensible, motrice et nutritive, puis sous l'influence de la concentration physiologique il survient des changements considérables dans les fonctions. Le système nerveux est un organe de centralisation, de là sa disposition générale. Le système musculaire spécialise, et par cela même concentre les mouvements.

THÉRAPEUTIQUE THERMALE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION CURATIVE DES EAUX DU MONT DORE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le docteur JULES MASCAREL. (Présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris.)

(Suite et fin. — Voir les nos 15, 16, 18, 19, 22, 24, 29, 40 et 41.)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Après avoir exposé un à un les faits qui composent ce mémoire, et dans lesquels certaines omissions et bien des imperfections ont certainement dû se glisser, il est temps de rompre avec cette monotonie et d'embrasser ce grave sujet dans un coup d'œil d'ensemble afin d'arriver à des déductions rigoureuses et pratiques.

qui néglige ce trésor d'arguments que l'histoire fournit en abondance à quiconque prend la peine de l'interroger.

Un homme est peu de chose par lui-même quand il critique ou proteste; mais il peut ajouter des forces incalculables à son effort individuel, si la connaissance du passé lui fournit en exemples et en autorités de quoi soutenir avec avantage ce qui lui paraît juste et raisonnable. Qui ne sait l'efficacité d'une citation opportune? Et qui ne comprend pas l'utilité des services que peuvent rendre la raison et l'expérience des siècles? Ce sont là de puissants auxiliaires quand on les invoque à propos.

Quand tout n'est pas pour le mieux dans une institution, par exemple, le vice ou la lacune apparaissent bien mieux, si l'on montre dans le passé une institution analogue, fonctionnant dans des conditions meilleures. L'enseignement résulte naturellement de la comparaison, et il suffit parfois d'un simple rapprochement, surtout lorsque le temps n'a pas mis un intervalle trop considérable entre les choses que l'on compare.

Notre intention n'a jamais été de faire un parallèle entre l'Académie de médecine et l'ancienne Académie royale de chirurgie; mais sans rechercher les comparaisons, nous ne pouvons éviter les rapprochements, et nous ne pensons pas que la haute critique doive éviter les réflexions qui naissent naturellement des sujets qu'elle met à l'étude. D'ailleurs, quand c'est un grand maître qui parle, les plus parfaits peuvent profiter de ses leçons, et les leçons contenues dans les manuscrits de Louis sont de celles qui peuvent convenir à tous et particulièrement à ceux qui sont appelés par devoir à être juges des travaux qu'on leur soumet.

Les journalistes se tromperaient fort, s'ils s'imaginaient par hasard qu'ils ont le monopole de la critique. Celle-ci est une des principales attributions des sociétés savantes qui s'érigent en tribunal pour les causes scientifiques; et nous estimons que la critique, telle que l'exerçait Louis, au nom de l'Académie royale de chirurgie, avec la double autorité de sa charge et de son talent, peut servir d'exemple et de modèle à tous ceux qui se mêlent de juger les travaux des savants. J'ai tort de dire des savants seulement, car Louis ne dédaignait pas d'appliquer son savoir étendu et son jugement exquis à l'appréciation de ces productions ineptes ou détestables qu'enfantent tous les jours l'ignorance et la sottise.

Nos lecteurs connaissent déjà, par les extraits de sa correspondance scientifique, les mérites de cet esprit solide, pénétrant et juste, qui invoquait souvent l'autorité vivante de l'Académie, dont il était l'organe, et plus souvent encore l'autorité du savoir et de l'expérience qu'il avait acquise lui-même par une étude sérieuse et approfondie de la tradition chirurgicale. Il convient ici de remarquer que Louis, outre son habileté pratique, était un théoricien de première force, et qui n'ignorait rien de tout ce qui avait été fait ou tenté avant lui.

Les premières lettres du deuxième cahier furent lues en séance le 15 juin 1758. Louis remplaçait alors pour la seconde fois Andouillé. Ces lettres

Or quiconque se livre avec quelque attention à l'examen de la poitrine des malades qui sont soumis aux diverses pratiques du traitement thermal au mont Dore, un phénomène important, capital, se produit, c'est l'apparition du râle crépitant de retour.

Que les organes soient engorgés idiopathiquement ou symptomatiquement, que la phlogose séjourne dans une partie ou dans la totalité d'un lobe, c'est ordinairement du septième au quatorzième jour de la cure que ce bruit apparaît. Dans quelques cas, c'est tout à fait à la fin du traitement, et l'on n'est pas peu surpris de voir un malade arriver sans râle dans la poitrine et repartir en apparence plus malade qu'il n'était. Ce râle prend en effet la place du souffle et de ce que nous appelons la respiration tubaïde, et si nous lui donnons l'épithète de retour, c'est parce que, comme dans la pneumonie aiguë, sa présence coïncide avec une diminution très-notable dans la dyspnée et un changement dans la nature des crachats qui deviennent moins opaques, plus aérés, plus muqueux, et quand on pose au malade cette question : « Comment vous trouvez-vous? » il répond : « Je me trouve mieux, j'ai moins de gêne dans la poitrine, j'étouffe moins en marchant. » Il est plus rare autour des grandes cavernes que des petites et plus abondant autour des groupes tuberculeux qui, de la première, passent à la seconde période.

La pneumonie chronique idiopathique, si rare dans la pratique privée et relativement très-fréquente ici à cause du grand nombre de maladies de poitrine qu'on y observe, offre d'une manière presque constante le retour de ce râle crépitant fin si agréable à entendre pour le médecin attaché à ses malades. Cette année encore, dans un cas de ce genre, nous avons pu, huit jours à l'avance, prédire son apparition à deux de nos très-honorables confrères, les docteurs Archambaut (de Paris) et Aubanel (de Marseille), sur un jeune sujet qui, à son arrivée ici, ne *toussait* pas depuis *deux mois* et n'avait pas le plus petit bruit de râle dans l'appareil respiratoire tout entier, mais qui offrait les symptômes d'une pneumonie chronique incomplètement guérie; l'un d'eux fut le premier à nous avertir de cet heureux retour qui s'est manifesté le douzième jour de la cure pour disparaître presque complétement au vingt et unième jour.

Ce résultat est certainement l'un des effets exercés par la pénétration de l'eau thermo-minérale dans la trame intime des organes, bains, pédiluves, eau en boisson, et plus spécialement encore par suite du séjour des malades dans le vaporarium tous les jours pendant un temps plus ou moins long ou dans la salle des inhalations de l'eau pulvérisée. Nous l'avons déjà dit, et chacun comprend aisément que c'est toujours d'un bon augure lorsque ce bruit de crépitation moelleuse se montre au milieu ou à la fin du traitement. Nous avons déjà plusieurs fois parlé de respiration tuboïde, il est temps que nous nous expliquions sur le sens que nous attachons à cette expression.

Toutes les fois que le bruit respiratoire a perdu son caractère aréolaire ou vésiculaire, il peut manquer complétement comme dans les grandes collections séreuses ou purulentes de la plèvre ou bien être affaibli tout en conservant la forme vésiculaire. Y a-t-il hyperémie lobulaire avec ou sans la présence de corps étrangers, le bruit aréolaire, ce bruit simple, moelleux et doux qui indique que toutes les cellules s'ouvrent et se déploient sous l'oreille, manque ou plutôt est remplacé, par ce que nous appelons un bruit respiratoire râpeux ou tubaire. Or nous trouvons que le mot râpeux exprime mal le phénomène, et l'expression tubaire, si bien appliquée pour exprimer l'hépatisation du poumon, est ici beaucoup trop forte. Le bruit respiratoire, dans les cas dont nous parlons, n'a pas l'âpreté de la râpe ni l'intensité du souffle tubaire ; c'est un état intermédiaire entre le véritable souffle bronchique et le murmure vésiculaire. Ainsi, la respiration tuboïde accompagne presque toujours le bruit d'expiration prolongée et a son lieu d'élection le plus souvent aux sommets des poumons : il exprime la non-perméabilité incomplète des vésicules pulmonaires, l'état hyperémique d'un ou plusieurs lobules sans granulations ou avec la présence de granulations à l'état rudimentaire. Que la congestion augmente, que les granulations se développent, et alors la respiration tuboïde est entrecoupée, saccadée, et bientôt remplacée par le véritable souffle tubaire.

Revenant à notre sujet, la résolution des engorgements péricaverneux ou péritubereuleux est donc un fait incontestablement établi, et qui justifie déjà les assertions de de Brieude. Ce savant et profond observateur écrivait en effet en 1787 ces phrases remarquables : « Les phthisies pulmonaires ont fait de tous les temps la célébrité des eaux du mont Dore; on n'a jamais recours à un remède qui ne guérit point. » (De Brieude, *Observations sur les eaux thermales de Bourbon-l'Archambault, de Vichy et du mont Dore.*) De la réduction d'un engorgement il y a loin sans doute à la réduction d'un ou de plusieurs tubercules; mais si l'on se rappelle les actions multiples, diverses et insaisissables exercées par le traitement thermal sur l'ensemble de l'économie animale, et dont la résultante est une plus grande somme de vitalité, de nutrition et d'absorption, l'on conçoit aisément qu'en maintenant dans de sages limites ce grand mouvement réactionnaire, il puisse s'opérer dans la trame intime des tissus morbides les changements les plus prompts comme les plus inattendus. Tous nos malades, à part de très-rares exceptions, ont été baignés dans l'eau thermale pure avec des degrés de thermalité en rapport avec l'état des malades, et ce n'est assurément pas le fait le moins étrange de la médication du mont Dore que celui de voir des malades toussant, crachant, étouffant, fébricitants même et tuberculeux à toutes les périodes, prendre une série non interrompue de bains, de demi-bains, de quarts de bains depuis quelques minutes jusqu'à quarante minutes. Faut-il alors s'étonner si la peau dont toutes les fonctions étaient, sinon abolies, du moins languissantes depuis plusieurs mois ou plusieurs années, se réveille, se surexcite en se dépouillant pour ainsi dire des langes terreux dont elle se recouvre dans toutes les maladies chroniques? Il n'est pas besoin d'insister sur les efforts consécutifs de ce mouvement fluxionnaire porté à la périphérie du corps et qui constitue à lui seul toute une action thérapeutique. Ce mémoire, déjà fort long, ne nous permet pas de nous étendre davantage sur les modifications exercées sur chaque fonction en particulier par l'eau minérale, et spécialement sur la membrane muqueuse pulmonaire et laryngo-trachéale, aussi bien que sur le parenchyme vésiculaire. Quelles que soient les idées qu'on se forme sur cette action thérapeutique, les faits que nous avons rassemblés ici sont assez nombreux et assez explicites pour laisser bien peu de doute dans l'esprit du lecteur. Qu'on jette les yeux sur les observations 1, 2, 10, 11, 12, 13, 14, 19 et 22, et l'on ne tardera pas à se convaincre

---

n'offrent aucune particularité bien intéressante. Il n'en est pas de même de celle qui fut lue huit jours après, le 22 juin, et qui renferme des détails assez curieux. Nous la reproduisons intégralement :

« A M. Chastanet, correspondant à Lille, en Flandres.

M. Hévin, rapporteur.

« Vous ne pouviés pas douter, monsieur, que l'Académie royale de chirurgie ne reçût avec satisfaction l'observation que vous luy avés communiquée sur la néphrotomie. Le détail de la maladie dont vous donnés l'histoire est très instructif. Le volume, le poids et la figure du corps étranger sont des circonstances qui rendent le fait encore plus interressant (ce mot est toujours écrit ainsi). Il est fâcheux que l'ouverture du cadavre n'ait point été faitte. L'on conçoit bien que la personne a dû mourir des désordres qu'a causés le trop long séjour de la pierre dont elle aurait pu être délivrée plutôt, suivant votre remarque. Ce fait trouvera dans les *Mémoires de l'Académie* la place qu'il mérite par l'utilité dont il peut être.

« A l'égard de la plainte que vous portés contre M. Boucher et de la permission que vous demandés de luy répondre, l'Académie me charge, monsieur, de vous dire que n'ayant point été consultée par M. Boucher sur l'attaque qu'il vous a faitte dans le *Mercure de France*, elle ne peut désapprouver le parti que vous voulés prendre, de vous justifier par la même voye, aux yeux du public, qui sera son juge et le vôtre. Vous êtes trop prudent pour commettre l'Académie en quoy que ce soit dans votre réponse, et assés instruit du goût des gens sensés sur les matières polémiques, pour perdre par la manière de vous défendre, l'avantage que pourrait vous donner le fonds de la cause. J'ay l'honneur d'être avec estime, *etc.* »

Pour bien entendre la deuxième partie de cette lettre bienveillante et sympathique, il faut savoir que l'Académie royale de chirurgie, très-jalouse de sa dignité, voyait avec déplaisir l'usage que quelques-uns de ses membres faisaient de la publicité. Alors, comme aujourd'hui, il y avait des rivalités et des haines qui se donnaient libre carrière dans les recueils périodiques, et des charlatans qui se recommandaient volontiers au public. L'Académie ne souffrait pas que le public fût mis dans la confidence des discords qui naissaient entre confreres; elle fonctionnait comme un jury en permanence, et voulait que les membres de la compagnie fussent jugés par leurs pairs. Mais elle avait bien de la peine à contenir la verve des polémistes; on finit par s'entendre avec le directeur du *Mercure*, M. de Boissy, et il fut convenu que ce recueil n'insérerait rien touchant l'Académie, sans l'aveu de l'Académie. La lettre de Louis à M. Chastanet prouve que la convention, mentionnée à sa date dans les registres, était toujours en vigueur, puisqu'un membre correspondant de l'Académie, mis en demeure de se défendre dans le *Mercure*, consulte ses collègues avant de répondre aux attaques de son adversaire.

La lettre suivante, en date du 6 juillet 1758, est adressée à M. Mou-

que les signes caractéristiques de l'état tuberculeux des poumons se soot au moins en grande partie dissipés, et que les tubercules eux-mêmes sont devenus autant de lettres mortes. Mais ce n'est pas seulement dans la maladie au premier et an second degré que ces effets ont été nbservés. Les nbservations 23, 24, 26, 31, 32, 36, 37 et surtont 38 attestent suffisamment des résultats inespérés et presque merveilleux. N'y aurait-il dans tout ce travail que les deux ohservations 47 et 61 et qui appartienoent à la troisième période de la phthisie tuberculeuse, qu'à moins de fermer les yeux à l'évidence en niant l'observation clinique elle-même, qu'il est, dis-je, impossible de ne pas reconnaitre la salutaire infiuence exercée par la thérapeutique thermale du mont Dore dans des cas véritablement désespérés.

Snr les 61 cas de pbthisie rassemblés ici, oous comptons 7 morts, savoir : quatre bommes et trois femmes, et si l'on veut bien déduire le n° 43, qui est mort non de la phthisie, mais des suites d'une opération de cataracte malhenreuse, il ne reste plus que six morts qui soient parvenus à nntre connaissance. De l'ensemble de ces faits nous croyons pouvnir conclure :

1° Que la phtbisie pulmonaire tuberculeuse n'est pas incurable;

2° Que les états morbides oombreux qui accompagnent cette maladie sont non-seulemeot avantageusement modifiés par les eaux thermales du moot Dore, mais que la maladie elle-même subit un temps d'arrêt manifeste quand elle ne guérit pas;

3° Les résultats susénoncés sont d'antant plus faciles à nbtenir que le malade est sans fièvre et la maladie à la première on à la seconde période;

4° Que, contrairement à l'npinion généralement admise, on rencontre au mont Dore un certain groupe de malades arrivés à la dernière période de la phtbisie et qui éprouvent les effets les plus remarquables d'une on plusieurs cores faites à ces thermes, lorsque les conditions d'âge, d'éréthisme, d'état féhrile, et snrtout l'étendue des lésions anatomiques n'opposent pas d'invincibles obstacles.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DES PARALYSIES RÉFLEXES; par M. le docteur MACARIO.

A M. LE PRÉSIDENT DU CONGRÈS MÉDICAL DE LYON.

Monsieur le Présideot (1)

Je n'étais point présent, pour canse de maladie, à la séance du congrès qui eut lieu dans la soirée de lundi, où il fut question des paralysies réflexes; autrement j'aurais demandé la parole pour formuler une plainte ou plutôt une réclamation. Mais je pense qu'il n'est jamais trop tard pour réparer un tort et que vons vondrez hien commnniqner cette lettre à l'assemblée et faire joindre ma réclamation au procès-verbal de la séance du 26 septembre.

Si je réclame un pen tard, c'est qne je n'ai appris qu'hier soir le silence que les antenrs qui oot traité des paralysies réflexes ont gardé sur mes travaux, et je suis cependant le premier qui ait fait connaitre ces paralysies. En effet, j'ai publié un premier mémoire sur la *paralysie hystérique* dans le oumèro de janvier 1844 des *Annales médico-psychologiques*. En 1854. je publiai un second travail sur les *paraplégies essentielles* dans les *Annales méd. de la Flandre occidentale*, et enfin en 1827, je fis paraitre dans la *Gazette méaicale de Paris* un volumineux écrit sur les *paralysies dynamiques* on *nerveuses*, écrit qui a été couronné eo 1855, par l'Académie des sciences de Montpellier.

Permettez-moi, monsieur le président, d'exposer, par votre orgaoe, au coogrès mes idées snr ce sujet et de lui déclarer que l'essentialité des paralysies réflexes est oettement, carrément établie dans mes écrits, et qne, de plus, dans la classificatioo que j'ai dressée, dans mon deroier travail particulièrement, trouvernnt place toutes les espèces de paralysies dynamiques qui pourront être découvertes par la suite, car cette classification est basée sur la nature intime des choses, c'est-à-dire sur les causes productrices. Aussi est-elle éminemment pratique; elle indique, en effet, les méthodes curatives qui conviennent à cbaque classe, à chaque espèce de paralysie.

Avant ma classification, la tbérapentique des paralysies était une véritable tour de Bahel; le praticieu était sans guide dans le choix des moyens cnratifs. — On va en juger.

J'appelle *dynamiques* tontes les paralysies qui ne dépendent point d'une lésion matérielle apparente du système nerveux et qui reconnaisseut pour cause procbaine uu trouble fonctioonel de ce système. Mais s'il est vrai, comme je le prouve péremptoirement dans mes écrits, qu'il y a des paralysies sans matière, il est vrai aussi qne tnutes les paralysies dynamiques ne sont pas identiqnes et que partant il est nécessaire de les distinguer les unes des autres et de les classer méthodiquemeut afin de trouver un guide sûr dans la manière de les traiter. De là ma division en *paralysies idiopathiques*, *idiopathico-symptomatiques* et *sympathiques*.

J'appelle paralysies *idiopathiques* celles qui ne sont engendrées par aucune maladie, qui existent par elles-mêmes, qui vivent d'une vie propre; la lésinn fonctionnelle de la myotilité et parfois anssi de la sensibilité constituent toute la maladie. Ici, comme il est facile de le deviner, le traitement doit s'adreser a la paralysie même qui est le seul et unique pbénomène mnrbide existant.

Les paralysies *idiopathico-symptomatiques*, par contre, sont sous la dépeodance d'une maladie géoérale nerveuse, diathésique ou anémique, cnmme l'hystérie, le rhumatisme, la syphilis, la chlorose, etc., etc. Mais le système nerveux est intact, et partant elles sont toujoors dynamiques, c'est-à-dire indépendantes de tonte lésion organique. Ici le traitement doit être institué non-seulement contre le pbéoomèue *paralysie*, mais eocore et surtout contre la maladie qui l'a produit.

Enfin, les paralysies *sympathiques*, en ontre de la lésion fonctionnelle du système nerveux, nffrent une lésion matérielle évideote de

(1) Cette lettre a été adressée au président du *congrès médical* de Lyon ; mais elle n'a pas été communiquée an *congrès médical* sous prétexte que la discussion était épuisée.

blet, lieutenant de M. le premier chirurgien du roy et chirurgien-major de l'hôpital de Tarascon, en Provence. Au rapport de M. Hévin :

« L'Académie royale de chirurgie a donné, monsieur, toute son attention au mémoire que vous luy avés communiqué sur un abcés au rein produit par des vers formés dans ce viscere. La narration du cas particulier a été trouvée interressante, et mériter une place dans nos mémoires académiques. Vos recberches sur les vers dans le rein montrent de l'érudition, mais l'opinion que vous avés embrassée, ou que vous vous êtes faitte (les deux dernières lettres sont barrées) sur la possibilité de la néphrotomie, n'a pas paru tout à fait conséquente. Les raisons que vous avancés en faveur de cette opération nnt déjà été données par différens auteurs dont on croit devoir plus louer le zele pour le soulagement de l'humanité et le progrés de la chirurgie sur ce point délicat, que les procédés qu'ils proposent. L'Académie a publié dans son dernier recueil un grand mémoire où cette matière a été traitée à fond par M. Hévin. Vous êtes prié, monsieur, de consulter cet ouvrage sans prévent on; vous y trouverés réponse à vos difficultés, et des difficultés hien démontrées sur ce qui vous a paru n'en souffrir aucune. La compagnie me charge néanmoins de vous assurer qu'elle recevra avec satisfaction les remarques que vous croirés devoir faire sur les points que vous en jugerés susceptihles.

« J'ay l'honneur d'être, etc. »

Cette lettre contient un avertissement qui est toujours opportun, car il s'adresse à ces observateurs de hasard qui, après avoir vu un fait extraordinaire ou simplement curieux, se donnent à peine le temps de faire quelques recherches bibliographiques, et se hâtent de publier une monographie. Louis montre très-finement les conséquences qui peuvent résulter de cette précipitation, et il engage son correspondant à reviser des conclusions prématurées que des bommes plus compétents et plus expérimentés ne sauraient approuver.

Terminons pour cette fois par une troisième lettre qui fut lue en séance le 27 juillet 1758 :

« A monsieur Dnclos, lieutenant de M. le premier chirurgien du roi, à Coulommiers en Brie. Au rapport de M. Recolin.

« Vous avés communiqué, monsieur, à l'Académie royale de cbirurgie six observations sur lesquelles elle a porté son jugement. La première, qui a pour objet une tumeur sarcomateuse dans le vagin, dont le pédicule passoit par l'orifice de la matrice, a paru pouvoir être employée par extrait. Vous auriez pn le faire vous-même, d'après une dissertation sur les polypes de la matrice et du vagin, insérée dans le troisième tome des *Mémoires de l'Académie*. Vous y verrés, par la comparaison de votre observation avec d'autres du même genre, en quoy il seroit possible de perfectionner le récit que vous en avés donné. On fera aussi mention de l'abcés urineux dont l'ouverture a donné issue à une grande quantité de pierres. Les quatre autres observations ne présentent aucune circonstance qui permette d'en faire usage.

quelque viscère qui engendre indirectement la paralysie en vertu d'une réverbération ou d'une action réflexe sur quelque portion des centres nerveux; mais ici encore les centres nerveux et les cordons qui en émanent sont dans leur état normal, et les efforts de l'art doivent s'adresser à l'organe lésé qui tient ces paralysies sous sa dépendance. Telles sont les paralysies urinaire, typhoïde, dysentérique, diphthéritique, pneumonique, dentaire, etc. A propos des paralysies typhoïde et pneumonique, permettez-moi de vous dire que c'est encore moi qui les ai découvertes pour la première fois, quoique certains auteurs aient prétendu les avoir trouvées toutes décrites dans les œuvres d'Hippocrate. Depuis quelque temps, on le sait, dès qu'une découverte un tant soit peu importante est faite, on s'empresse de la chercher et de la trouver dans Hippocrate.

J'espère, monsieur le président, que vous voudrez bien faire droit à ma réclamation et me faire rendre justice, justice d'ailleurs qui m'a été rendue à l'étranger; en effet, en Allemagne, en Italie, dans les Pays-Bas, etc., mes travaux sur les paralysies nerveuses ont été appréciés dans la presse scientifique, et je suis vraiment étonné que ce soit justement en France où la découverte a été faite que mes recherches sur ce sujet soient laissées dans l'ombre. En effet, si l'on en excepte MM. Landouzy, Aran, Briquet, E. Mathieu et quelques autres, les auteurs qui se sont occupés de ces paralysies n'ont pas craint d'exploiter mes idées sans me citer.

Agréez etc.

28 septembre 1864.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

VIII. ARCHIV DER HEILKUNDE;

rédigé par le professeur B. Wagner, à Leipzig.

Les cahiers II à VI (1) de l'année 1863 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Action favorable des purgatifs énergiques dans la fièvre puerpérale*, par Breslau. 2° *Pour servir à l'étude de l'empoisonnement miasmatique du sang*, par W. Roser. 3° *Sur l'ictère pernicieux ou de la dégénérescence graisseuse générale, spontanée et promptement mortelle*, par C. A. Wunderlich. (Travail contenant un nouveau cas de dégénérescence graisseuse du foie et d'autres organes avec un caractère pernicieux; analyse des symptômes de cette affection.) 4° *Le syphilome*, par E. Wagner. (Séries de mémoires dans lesquels l'auteur étudie le syphilome des diverses régions du système nerveux et des appareils respiratoire et digestif.) 5° *Communications statistiques sur la fièvre intermittente*, par A. Fiedler. (Observations faites à l'hôpital civil de Dresde. Sur 13,190 malades reçus dans cet établissement pendant un intervalle de douze ans, il n'y a eu que 176 fièvres intermittentes; le plus grand nombre des cas se sont présentés pendant les mois de mai, juin et juillet.) 6° *Nouvelle méthode pour réduire facilement la luxation de l'épaule*, par Garms. (L'auteur fait coucher le malade par terre sur le ventre; il place un drap autour de la partie inférieure du bras, un autour de sa partie supérieure; il s'assied à terre, place un pied sous l'aisselle du malade et produit l'extension en arrière et en bas, tandis qu'un aide pratique l'extension en dehors en tirant à lui le drap supérieur.) 7° *Petites communications* : a. *Suites particulières d'un empoisonnement par l'acide nitrique*, par Cit. Wunderlich. (Jeune fille de 17 ans morte huit jours après avoir pris une cuillerée à thé environ d'acide nitrique. Lésions du gros intestin rappelant celles qui succèdent à la dysenterie; hypertrophie des reins, adhérence de la capsule; pâleur et état anémique de la substance corticale, etc.) b. *Cancer primaire de la vésicule biliaire*, par E. Wagner. 8° *Expériences sur le maximum de chaleur dans les maladies*, par Hermann Weikart. 9° *Extirpation d'un polype du larynx par écrasement*, par Th Stark. 10° *Les kystes de l'oviducte humain*, par C. Hennig. (Description de divers genres de kystes observés sur la trompe de Fallope ou dans son intérieur, particulièrement de ceux qui affectent les tubes glandulaires de ce conduit.) 11° *De quelques nouveaux moyens de pansement*, par Krug. (Emploi d'un bandage en gutta-percha et en caoutchouc avec bain permanent dans le traitement des fractures.) 12° *Petites communications* : a. *Cysticerques dans les glandes du mésentère, le cerveau et les poumons*, par Fiedler. b. *Du bruit de frottement dans l'exploration de l'abdomen*, par Mosler. (Tumeur de la vésicule biliaire; bruit de frottement perçu par le toucher et par l'auscultation.) c. *Thérapeutique des dyscrasies, d'après Giovanni Palli*, par A. Cantani. d. *Sur la question des nerfs du cœur*, par C. Vierordt. e. *Pour servir à l'étude de la périostite et de l'ostéomyélite*, par W. Roser. (La périostite s'accompagne presque toujours d'ostéomyélite. L'exsudation inflammatoire qui se fait dans la cavité médullaire produit un suintement de la moelle, et l'on trouve de la graisse liquide sous le périoste.) f. *Cas rare d'affection musculaire*, par E. Wagner. (Dégénérescence graisseuse et colloïde des muscles.) 13° *Contributions à la pathologie et à la thérapeutique des maladies des voies urinaires*, par Mosler. (Ce mémoire contient deux observations dont voici les titres : 1° Absence d'un rein; mort par urémie produite par un phymosis considérable. (Ce phymosis rendait l'émission de l'urine très-difficile et presque toujours incomplète.) 2° Fistule vésicale par tuberculose de la vessie et de l'urètre. Phthisie tuberculeuse au plus haut degré de la muqueuse des voies uri-

(1) Le premier cahier ne nous est pas parvenu, malgré nos réclamations. Voici, d'après la table des matières, les titres des sujets traités dans ce premier numéro : 1° *Le syphilome, ou le travail de nouvelle formation de nature syphilitique constitutionnelle*, par E. Wagner. 2° *Contribution à la casuistique de l'absence congénitale du radius*, par L. Voigt. 3° *Nouvelles observations sur l'action curative du nitrate d'argent dans la paralysie spinale progressive*. (Ataxie locomotrice progressive), par C. A. Wunderlich. 4° *Hypertrophie du cœur dans la chlorose*. par Th. Stark. 5° *Typhus sans fièvre? tiré de la clinique de Dorpat*, par Ad. Wachsmush. 6° *Guérison d'une blessure grave du périnée*, par Kürsten. 7° *Sur la question de la pyémie*, par W. Roser.

« Vous attribués l'heureux succès de vos cures à une liqueur particulière dont vous faites beaucoup d'éloges sans en donner la composition. Cette restriction n'est point du tout académique. L'institution des sociétés savantes a pour objet unique le progrès des sciences et des arts par la communication des lumières de tous ceux qui en sont membres, ou qui veulent (*sic*) bien partager leurs travaux pour participer à la même gloire. L'honneur est l'aliment des arts, et ils ne deviennent florissants qu'en publiant sans réserve tout ce qui peut les perfectionner. Nous ne nous taisons sur rien de ce qui tend à cette perfection. Cela suffiroit pour autoriser le reproche qu'on feroit à ceux qui tiennent une conduitte différente. N'ayant pas de commission particulière à cet égard, je me contente, monsieur, de vous assurer de la part de l'Académie qu'elle recevra toujours avec plaisir vos observations et le fruit de vos réflexions.

« Je suis, etc. »

La leçon est parfaite. Louis, qui était à la fois une haute intelligence et un homme droit, ne comprenait point ces spéculations honteuses qui retiennent dans les mains d'un seul une invention utile ou un remède salutaire. J'aime le dédain que lui inspirent des procédés tout à fait contraires à ce sentiment de bienfaisance qui doit animer tout médecin digne de ce nom. Un homme qui est assez heureux pour faire une découverte utile à ses semblables, et qui la garde comme un secret, pour s'enrichir, est à mes yeux aussi méprisable qu'un voleur; il a une âme vile.

J. M. Guardia.

— Association générale. — Par décret en date du 21 septembre 1864, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, en exécution du décret du 18 juin 1864, S. M. l'Empereur a nommé présidents :

De la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement, à Alais (Gard), M. Roch, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Strasbourg (Bas-Rhin), M. Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine, président actuel.

Des la ville de Cambrai, M. le docteur de Beaumont;

Des tisserands, à Ensisheim, M. le docteur Dangel, maire;

De la commune de Saint-Romans-les-Mille, M. le docteur Chabot;

De Notre-Dame de l'Assomption, à Valence d'Agen, M. le docteur Talbière;

De Saint-Paul, à Nîmes, M. Boyer, pharmacien.

— M. le docteur Valéry Meunier, ancien interne des hôpitaux, en mission en Espagne depuis deux ans, et actuellement médecin en chef des chemins de fer du nord de l'Espagne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

naires. Mort par urémie. 14° *De la forme et de l'étendue de l'espace qu'occupe le cœur*, par W. Kobelt. (L'auteur s'est donné pour tâche de mesurer et de caractériser avec exactitude l'espace dans les limites duquel le cœur manifeste sa présence par le son que produit la percussion.) 15° *Observation d'une petite épidémie de variole dans la clinique du professeur Gerhardt, à Iéna*, par Th. Stark. 16° *Sur quelques particularités de la marche de la fièvre dans la rougeole*, par C. A. Wunderlich. 17° *Apoplexie cérébrale; étude sur les métamorphoses du sang*, par Edouard Bindfleisch. (Décoloration des corpuscules rouges; théorie de la formation de la substance intercellulaire.) 18° *Petites communications* : a. *Recherches sur le pouls*, par O. Wolf. b. *Traitement de l'ophthalmie granuleuse*, par W. Roser. (L'auteur recommande la solution de sulfate de cuivre (3 gram. sur 30 gram.) et la pommade au même sulfate (1 gram. sur 30 gram.); il regarde cette préparation comme le meilleur désinfectant.) c. *Appréciation médico-légale des cas de pyémie*, par le même. 19° *Influence de la bile sur l'activité du cœur*, par A. Roebrig. 20° *Limites de la percussion du sommet des poumons; anomalies qui s'observent dans la tuberculose pulmonaire*, par C. Heyer. 21° *Discours prononcé à l'ouverture de la clinique psychiatrique de Zurich pour le semestre d'été* 1863, par W. Griesinger. 22° *Petites communications* : a. *Cas de cancer papillaire du larynx*, par Th. Stark. b. *D'une source d'erreur dans la recherche de la matière colorante de la bile*, par H. Huppert. (Quand on emploie l'extrait alcoolique de l'urine qu'on veut examiner et qu'on verse cet extrait sur de l'acide sulfurique, il se produit une série de colorations qu'on regarde comme indiquant la présence de la matière colorante de la bile. L'auteur fait remarquer que cette réaction est due à la présence de l'alcool et que, par conséquent, il faut employer l'urine naturelle et non l'extrait alcoolique de ce liquide, si l'on veut être à l'abri de causes d'erreur.) 23° *Des ruptures spontanées du cœur*, par H. Boettger. (Sur 62 cas, on a trouvé 32 fois une dégénérescence graisseuse des muscles du cœur; la rupture a lieu principalement sur les personnes âgées (de 60 à 80 ans); il n'est guère possible de la diagnostiquer, on ne la reconnaît qu'à l'autopsie.) 24° *Des sphygmographes*, par K. Vierordt. 25° *Action des astringents sur les organes urinaires*, par Fr. Mosler et W. Mettenbeimer. 26° *Le cancer des vaisseaux lymphatiques de la plèvre et des poumons*, par E. Wagner. 27° *Petites communications* : a. *Maladie du cœur congénitale*, par O. Cappeler. b. *Cas de tétanos spontané, avec accroissement de température après la mort* par Rod. H. Ferber. c. *Cas de cancer mélanotique avec nombreux dépôts dans presque tous les organes et hypertrophie des capsules surrénales*, par le même. d. *Maladie d'Addison*, par E. Gussmann,

Action favorable des purgatifs énergiques dans la fièvre puerpérale; par le professeur Breslau, directeur de la clinique obstétricale de Zurich.

Pendant trois ans et demi que l'auteur a été chargé de la direction de la clinique obstétricale, il a eu l'occasion d'observer 137 cas de fièvre puerpérale sur un total de 485 accouchées; il a perdu 30 malades. Il partage ces 137 cas en 81 légers et 56 graves, au nombre desquels se trouvent naturellement les 30 décès. Après avoir relaté 28 observations, il termine par un résumé dont nous allons extraire les parties essentielles :

1° Il n'est pas prudent d'attendre plus de vingt-quatre heures après le commencement de la fièvre pour administrer un purgatif. L'auteur maintient ce principe, lors même qu'on n'est pas encore sûr d'avoir affaire à une fièvre puerpérale ou à une fièvre de lait. Ce purgatif, dit-il, ne peut nuire en aucun cas, tandis que son omission peut avoir les suites les plus graves.

2° Le purgatif doit être énergique et il ne faut pas craindre de le renouveler deux, trois, quatre fois, etc., suivant les circonstances. L'auteur donne de préférence l'infusion de séné composée, 2 à 3 onces (60 à 90 gram.) avec addition de 1 à 4 gros (3 à 15 gram.) de sel de Seignette ou de sel amer. On peut aussi employer les sulfates de magnésie ou de soude (30 à 60 gram. dans 100 gram. d'eau), l'huile de ricin (30 à 60 gram.), le jalap ou le calomel (25 centigr. à 1 gram.). L'essentiel est de provoquer et d'entretenir la diarrhée. L'auteur a l'habitude de ne pas répéter le même purgatif, mais de varier l'emploi des substances. Il n'est pas rare que la diarrhée qu'on a provoquée continue; la maladie prend alors une bonne tournure, et il va sans dire qu'on suspend les purgatifs.

3° On ne doit pas se laisser détourner par la présence d'une péritonite, d'une oophorite ou d'une salpingite; le purgatif doit être regardé comme le plus puissant antiphlogistique.

4° Outre les purgatifs, on peut avoir recours à d'autres moyens, suivant les circonstances, tels que sangsues, frictions mercurielles, glace, cataplasmes, etc.; mais quand la péritonite n'est pas intense, ces moyens sont inutiles : les purgatifs seuls peuvent arrêter une péritonite commençante.

Dans un second article, l'auteur publie encore 27 observations qui confirment ses idées sur l'efficacité de la méthode purgative dans le traitement de la fièvre puerpérale.

De l'empoisonnement miasmatique du sang; par W. Roser.

L'auteur établit les quatre modes suivants d'intoxication : 1° l'empoisonnement traumatique; 2° celui produit par le pus de mauvaise qualité; 3° l'infection par les cadavres, et 4° les intoxications spécifiques (pourriture d'hôpital, typhus, etc.). Cet article est consacré à l'étude de l'intoxication traumatique. Cette étude l'amène à admettre les propositions suivantes :

1° Il existe un empoisonnement septicémique produit par la gangrène traumatique primaire.

2° Il existe une infiltration septicémique du tissu cellulaire provenant des produits de décomposition traumatique primitifs.

3° Il y a des cas de septicémie secondaire dans lesquels la décomposition des tissus et du sang extravasé constitue le phénomène principal, tandis que la production et la décomposition du pus ne jouent qu'un rôle secondaire.

4° Enfin, dans certains cas, la décomposition du sang et des tissus d'une part, de l'autre la décomposition putride du pus, doivent être regardées comme la cause de l'intoxication du sang.

Sur le traitement des dyscrasies d'après le professeur Polli; par le docteur A. Cantini (à Prague).

Après avoir analysé le travail du professeur Polli inséré dans le tome VIII des *Mémoires de l'Institut lombard*, M. Cantani ajoute qu'il a expérimenté dans un certain nombre de cas la méthode du médecin italien, notamment dans le typhus et dans des formes hémorrhagiques et putrides de variole confluente, et cela avec un succès étonnant.

Chez une servante de 28 ans, la fièvre d'une violence extrême (140 pulsations, peau brûlante, langue sèche, somnolence, délire) céda au bout de deux jours de l'emploi du sulfite de magnésie à la dose de 2 gros (environ 7 grammes). La malade paraissant entrer en convalescence, on suspendit pendant un jour le sulfite, mais la fièvre revint et nécessita la reprise du médicament qui amena promptement la guérison.

Dans un autre cas de variole avec croup de l'arrière-gorge et du larynx et signes de pyémie, le résultat fut également merveilleux.

Un cas de typhus très-grave dont l'auteur n'entreprit le traitement que le huitième jour, était guéri le quinzième.

Le docteur Cantani s'est assuré dans un grand nombre de cas (environ une centaine) que les sulfites sont très-bien supportés, même à la dose de 3 et 4 drachmes (15 grammes) par jour, quand ils sont pris à jeun; ils occasionnent tout au plus, chez les personnes bien portantes, une légère diarrhée. Au lit du malade, il prescrit, dans les cas légers, le sulfite de magnésie, 3 grammes par jour avec soude divisés en six paquets; quand il y a diarrhée, il ajoute 1/2 à 1 grain (3 à 5 centigrammes) d'opium. Dans les cas graves, il double la dose qu'il partage en douze paquets. Il a traité par cette méthode cinq cas de variole confluente avec pyémie grave, sans perdre un seul malade, tandis qu'auparavant, sur 6 cas semblables traités par le sulfate de quinine à haute dose, il en avait perdu quatre.

Influence de la bile sur l'action du cœur; par le docteur A. Rohrig.

Voici quelques-unes des conclusions de ce travail basées sur de nombreuses expériences :

1° Le ralentissement du pouls dans l'ictère provient de la présence de la bile dans le sang.

2° La bile doit cette propriété au glycocholate et au taurocholate de soude.

3° Le ralentissement du pouls est dû à une action spécifique des

gallates sur le système ganglionnaire du cœur (paralysie de ces ganglions).

5° Cette action paralysante s'exerce aussi sur les cœurs lymphatiques.

6° Le ralentissement du pouls, après injection des gallates dans le sang, s'accompagne d'un abaissement de la température.

7° Il suit de là que l'emploi thérapeutique de la bile, pour combattre la fièvre, est à essayer.

IX. SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT FUER DIE HEILKUNDE;

rédigé par MM. Biermer, Demme et Ziegler, à Berne.

Les trois doubles cahiers composant le tome second (1863) de ce recueil qui se publie à Berne contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Action du nitrate d'argent sur la cornée*, par W. His. (L'auteur a vu les cellules de la cornée remplies d'un précipité d'argent, tandis qu'aucun dépôt n'existe dans la substance intercellulaire. Le travail du professeur His contient des faits intéressants relatifs aux effets divers que produit le nitrate d'argent sur le tissu de la cornée, suivant le degré de concentration de ce sel.) 2° *La famille médicale de Muralt, particulièrement Jean de Muralt, médecin à Zurich*, par Meyer-Ahrens. 3° *Contributions à la herniotomie*, par Edouard Hufschmid. (Faits nombreux relatifs à l'histoire des hernies.) 4° *De la glossite et de son traitement*, par Hermann Demme. 5° *Sur le pneumothorax*, par A. Biermer. (Etude détaillée sur plusieurs points de diagnostic et sur le mode de production du pneumothorax.) 6° *Petites communications* : a. *Deux cas d'hépatite suppurée*, par Cloetta. b. *Communications tirées de la pratique*, par Lang. (Relation de trois observations sur une plaie pénétrante du crâne sur un cas d'amblyopie et sur une anomalie de l'odorat par suite d'un épanchement sanguin dans les lobes antérieurs du cerveau au point d'origine des nerfs olfactifs.) c. *Aspect extraordinaire d'un foie gras hyperémié dans un cas de lésion des valvules du cœur*, par A. Biermer 7° *Sur l'anatomie et la symptomatologie de l'ictère pernicieux*, par R. Demme. (L'ictère pernicieux est regardé par les uns comme une maladie générale, constitutionnelle, par les autres comme une affection primitive du foie, comme une atrophie aiguë. L'auteur se range à cette dernière opinion et regarde l'atrophie aiguë du foie comme une inflammation aiguë du parenchyme de ce viscère. Son travail est accompagné de cinq observations exposées avec beaucoup de détail, avec analyse, jour par jour, de l'urine.) 8° *Petites communications* : a. *Cas de hernie ombilicale*, par J. Moor. (Enfant nouveau-né ayant tout le paquet des intestins hors de l'abdomen; ombilic encore largement ouvert; mort deux jours après la naissance.) b. *Nouvelle forme de fructification de l'épiphyte du* PORRIGO DE CALVANS *et traitement de cette maladie*, par d'Erlach. (Description de l'épiphyte qui enveloppe chaque cheveu comme d'un réseau. Indication du traitement : lotions avec teinture d'iode sur la tête rasée, suivies de fomentations d'eau de Goulard qu'on entretient humides pendant une demi-heure ou une heure; destruction de tous les vêtements qui ont servi au malade. Le traitement dure de six à huit semaines à l'hôpital; en ville il se prolonge quelquefois jusqu'à la douzième semaine.) 9° *Contribution à la connaissance de l'hématocèle péri-utérin*, par Breslau. (Le professeur Breslau a eu l'occasion, dans l'intervalle de deux années, d'observer six cas de cette affection sur 120 malades entrées à sa clinique. Il donne l'histoire de ces six cas et les fait suivre de réflexions sur les signes de l'hématocèle péri ou rétro-utérin et sur son traitement; il indique les cas où la ponction est nécessaire et ceux où l'on peut se borner à favoriser le travail de résorption.) 10° *De l'emploi du curare dans le traitement du tétanos*, par Hermann Demme. 11° *Petites communications* : a. *Distome hépatique chez l'homme*, par A. Biermer. b. *Sueur bleue d'un tétanique*, par Schwarzenbach.

De la glossite et de son traitement; par le docteur Hermann Demme, à Berne.

La glossite profonde aiguë exige toujours un traitement énergique et commencé le plus près possible du début. Voici les moyens que l'auteur regarde comme les plus efficaces :

1° *Le froid* : eau glacée ou morceaux de glace dans la bouche; fomentations glacées à la région sous-maxillaire. S'il ne se produit aucune amélioration au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, on a recours à d'autres moyens.

2° *Les émissions sanguines* : sangsues à la région sous-maxillaire, scarification de la langue, moyen excellent et qu'il est nécessaire d'employer quand il y a des menaces de suffocation ou de congestion cérébrale. Il ne faut pas craindre de faire des incisions profondes. La section de la veine ranine offre des dangers et ne vaut pas les scarifications.

3° *L'emploi local de la teinture d'iode*. C'est un des moyens les plus énergiques dont l'auteur se loue particulièrement. L'application de la teinture d'iode à l'aide d'un pinceau trouve son emploi lors même que le stade de suppuration a commencé. On commence par nettoyer la langue à l'aide d'un tampon de coton, puis on enduit rapidement la surface de la langue avec un large pinceau, opération qu'on renouvelle jusqu'à ce qu'on ait obtenu une coloration brun foncé. Pour empêcher le liquide de se répandre dans toute la bouche, on fait bien de disposer de chaque côté de la langue des tampons de ouate et d'étancher de temps à autre l'abondante salive qui se produit, ou bien on incline la tête en avant pour que la salive puisse s'écouler. Le succès de cette méthode a été frappant dans plusieurs cas où la fluctuation était manifeste, l'application de l'iode a eu pour résultat la disparition de l'abcès; dans un cas ce résultat n'a été obtenu qu'au bout de quinze jours, alors qu'on regardait l'incision comme indispensable.

4° *Gargarisme et bains locaux comme moyens accessoires*. Une décoction de têtes de pavots avec addition d'eau de laurier-cerise ou une décoction mucilagineuse avec teinture d'opium, calme les douleurs. Dans les cas de diphthérite et de gangrène on emploie des gargarismes antiseptiques (chlorure de chaux, eau chlorée). Les bains locaux émollients sont indiqués quand les abcès sont ouverts ou pour hâter leur maturité. Sur la fin du traitement on peut employer les bains astringents.

5° L'ouverture de l'abcès par le bistouri est indiquée dans les cas d'abcès volumineux qui ne sont pas modifiés par le traitement précédent, ou lorsqu'on craint que l'abcès ne crève pendant le sommeil et ne détermine des accidents de suffocation.

Pour la *glossite chronique*, le moyen le plus efficace a toujours été, dans les mains de l'auteur, la teinture concentrée d'iode appliquée localement sur la langue.

La douve du foie chez l'homme; par le professeur A. Biermer, à Berne.

La rareté du distome hépatique chez l'homme nous engage à publier, en l'abrégeant, l'observation suivante d'un ictère suivi de mort et dont la cause paraît avoir été la présence de ce ver dans le canal cholédoque.

Obs. — Soldat de 43 ans, successivement au service de Naples et de Hollande, à Sumatra, où il séjourna trois ans. Il a eu la jaunisse en 1862; cette jaunisse a persisté jusqu'à son retour en Europe. Entré à la clinique le 5 janvier, mort le 18 février 1863. Couleur de la peau d'un jaune brun foncé; aucune hypertrophie du foie; pas de fièvre; hypertrophie de la rate; catarrhe des bronches. On diagnostique un ictère mécanique, dont la cause est inconnue. Quelques jours après, douleurs vives dans la région du foie qui continuent les jours suivants et reviennent par accès. Toux violente avec crachats sanguinolents et vomituritions. Signes d'infiltration du poumon droit. Augmentation de l'ictère. Le 31 janvier apparaît du côté gauche une tumeur parotidienne diffuse extrêmement douloureuse; fièvre intense. Le 11 février, suffusion sanguine dans la région axillaire, qui envahit bientôt tout le côté droit du thorax et s'accompagne de vives douleurs. Le malade s'épuise et meurt sans agonie le 18.

Autopsie. Le foie a ses dimensions normales. Vésicule biliaire très-distendue, mais sans faire de saillie au delà du bord libre du foie. Une sonde introduite par le duodénum dans le canal cholédoque, rencontre un léger obstacle dont la cause réside dans la présence d'une douve longue de 2,4 centimètres, sur une largeur de 1,1 centimètre. Cette douve remplit, sans le distendre, le conduit cholédoque. Le conduit cystique est libre, mais le canal hépatique est complétement oblitéré par accolement de ses parois et changé en un cordon solide dans l'étendue d'environ un demi-centimètre. Dilatation et nombreuses ampoules des deux canaux hépatiques au-dessus du point oblitéré; les branches principales de l'épaisseur du pouce, avec leurs parois épaissies...... On ne trouva pas d'autres douves ni dans le foie ni dans l'intestin.

L'auteur regarde comme très-probable que les lésions du foie doivent être attribuées primitivement à la présence du parasite. Chez les moutons, les douves provoquent l'inflammation des voies biliaires,

et celle-ci a pour résultat l'occlusion des canaux et leurs dilatations en ampoules, c'est-à-dire des lésions analogues à celles qui ont été observées sur ce malade. Du reste, l'examen microscopique montrait que l'oblitération avait dû se produire par une inflammation adhésive.

X. ZEITSCHRIFT FUER MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE;

publié par le docteur Fr. Kuechenmeister.

Les huit cahiers composant le tome II de ce journal (année 1863) contiennent les articles originaux suivants : 1° *Grossesse molaire; délivrance artificielle; production ultérieure d'innombrables polypes muqueux dans la cavité utérine; extirpation de ceux-ci à l'aide d'un instrument particulier*, par Meissner et Küchenmeister. 2° *Propositions aphoristiques sur les trichines*, par Kuchenmeister. (Pour le diagnostic, l'auteur insiste sur la nécessité d'explorer les muscles sur le vivant, à l'aide du harpon. Il ne croit pas à l'efficacité du picrate de potasse préconisé par Friedreich.) 3° *Communications tirées de la clinique interne de l'Académie médico-chirurgicale de Dresde*, par Merbach. (*a. Sur le changement du son métallique dans le pneumothorax avec empyème. b. Cas d'atrophie aiguë du foie. c. Cas d'affection cérébrale plombique. d. Cas de diabète sucré. e. Oblitération du canal cholédoque.*) 4° *Communications statistiques de la principauté Schwarzburg-Rudolstadt*, par Otto. 5° *Revue des observations météorologiques faites à Dresde en* 1862, par Charles Fr. Sachse. 6° *De l'extraction de l'enfant dans les cas de présentation des fesses*, par H. Haake. 7° *La fièvre syphilitique*, par Edmond Güntz. (Courte note sur les phénomènes fébriles qui surviennent à l'invasion de la syphilis constitutionnelle, phénomènes qui ont quelque rapport avec les fièvres exanthématiques.) 8° *Cas de maladie d'Addison*, par H. Ploss. 9° *Contribution à l'histoire de la médecine populaire allemande au quatorzième siècle et dans les siècles suivants*, par Thierfelder. 10° *Empoisonnement par l'emploi endermique de l'atropine*, par H. Ploss. 11° *Utilisation des mouvements péristaltiques de l'intestin pour la réduction des hernies étranglées sans taxis*, par G. Metius. (L'auteur se contente de placer son malade dans la position horizontale, et, après avoir repoussé la peau qui recouvre la hernie en maintenant cette peau avec les doigts, il tire avec l'autre main sur l'intestin pour en faire sortir une plus longue portion. Cela suffit, dit-il, pour déterminer des mouvements péristaltiques qui font tout rentrer dans l'abdomen. Peu de personnes auront foi en cette méthode.) 12° *Rapport sur l'établissement médical de Goerbersdorf*, par Brebmer. 13° *Extraction d'un dentier tombé dans le pharynx*, par Tanner. (Ce dentier, qui appartenait à la mâchoire inférieure, s'était détaché pendant la nuit, et était tombé dans la portion cervicale du pharynx. On ne put l'extraire qu'après de nombreuses tentatives.) 14° *Tentative d'empoisonnement par la cocaïne*, par H. Ploss. 15° *Sur le leptus autumnalis*, par Lange. (Eruption papuleuse causée par cette ascaride.) 16° *L'usage du quinquina et de ses préparations dans les fièvres intermittentes est-il la cause des altérations de la rate et de l'hydropisie qui accompagne ces fièvres?* par Thierfelder. (Travail en grande partie historique. Réponse négative. Ce n'est pas au quinquina, mais à la fièvre elle-même, qu'il faut attribuer les engorgements viscéraux.) 17° *Emploi de l'ophthalmoscope pour le recrutement*, par Otto Just, le jeune. (L'auteur appelle l'attention de l'administration supérieure sur ce moyen efficace de reconnaître les fraudes.) 18° *Prolapsus utérin pendant l'accouchement*, par Nendon. 19° *Articles gynécologiques*, par Küchenmeister : a. *Des polypes utérins et de leur traitement*, (Longue étude sur les polypes fibroïdes, fibreux et muqueux ; discussion des différents modes de traitement; observations particulières.) 20° *Remarques sur les résultats de la révision de* 1842 *dans le duché de Saxe-Meiningen*, par Bnzer. 21° *Des températures des viandes cuites d'après leurs diverses préparations*, par Küchenmeister. (On a constaté que les trichines résisteut à une température inférieure à 60 degrés C. Il faut donc que les viandes, et particulièrement le porc, aient cette température intérieure si l'on ne veut pas être exposé à avaler des trichines, en supposant la viande malade. L'auteur conseille, pour plus de sûreté, d'atteindre le chiffre de 70 degrés C.) 22° *Deux cas d'éclampsie*, par Needon. 23° *Accusation de blessures*, par Hofmann. (Rapport médico-légal.) 24° *Traitement du ténia pendant l'usage des eaux d'Ems*, par L. Spengler. (Le traitement par le kousso aidé des eaux d'Ems paraît mieux réussir que lorsqu'il est administré sans le concours de ces eaux.) 25° *Pharmacodynamique du phosphore*, par Doeringer. (L'auteur attribue aux œufs une vertu aphrodisiaque, d'où il conclut que c'est au phosphore qu'ils contiennent que les œufs doivent cette propriété. Il a employé avec succès, dans deux cas de pertes séminales et d'impuissance, l'éther phosphoré à l'intérieur et des frictions faites avec une pommade phosphorée sur le sacrum et autour des organes génitaux.) 26° *Traitement du rhumatisme articulaire aigu*, par le même. (L'auteur se loue de l'emploi du sublimé (5 centigrammes dans 20 grammes de vin de colchique; toutes les deux heures vingt gouttes.) La vératrine aussi (1/10e de grain, ou environ 5 milligrammes matin et soir) s'est montrée efficace, mais beaucoup moins que le sublimé.)

Empoisonnement par l'emploi endermique de l'atropine; par le docteur H Ploss, à Leipzig.

L'observation qu'on va lire montre l'action rapide de l'atropine et le danger de l'employer à des doses trop élevées.

Obs. — Un homme de 33 ans est pris d'une affection du larynx que l'auteur regarde comme de nature syphilitique. La famille demande un consultant. Celui-ci regarde la maladie comme une simple laryngite et propose l'application d'un vésicatoire autour du cou. Le lendemain le même médecin conseille de panser le vésicatoire avec une pommade composée de 3 grains (15 centigram.) de sulfate d'atropine sur 2 gros (7 gram.) d'axonge. Comme on ne connaissait l'atropine que depuis peu de temps, l'auteur ignorait les doses auxquelles on pouvait l'administrer. Néanmoins il fit part de ses craintes à son imprudent confrère qui ne tint aucun compte de ses observations. Quelques minutes après l'application de la pommade, le malade s'élance subitement de son siége, en proie à une angoisse indescriptible; il court dans la chambre disant qu'il étouffe, que tout son sang se porte à la tête, que tout est noir devant ses yeux et qu'il lui semble qu'on l'étrangle. Il arrache en fureur son emplâtre et tombe sur son canapé les yeux fixes et le visage en feu. La dysphagie et la dyspnée augmentent de plus en plus. Pupilles énormément dilatées, roulement convulsif des yeux, injection de la conjonctive; convulsions cloniques de tous les membres, comme dans les violents accès de chorée; respiration très-fréquente; pouls à 140 et 150; le malade ne peut articuler aucune parole. On tenta de faire une saignée, mais on ne put y parvenir à cause des mouvements convulsifs continuels. Impossible de rien introduire par la bouche ni par le rectum. Cet affreux état empira rapidement. Bientôt la respiration devint entrecoupée, le pouls filiforme, et le malade mourut deux heures à peine après l'application de la pommade.

L'autopsie ne put être pratiquée.

Tentative d'empoisonnement par la cocaïne; par le même.

Obs. — X..., pharmacien, 26 ans, s'était procuré une certaine quantité de feuilles de coca pour en extraire l'alcaloïde. Il obtient 24 à 25 grains (environ 130 centigrames) d'une substance cristallisée qu'il crut être de la cocaïne et qu'il prit dans l'intention de s'empoisonner. Le 8 février, à huit heures du soir, il but un litre de bière dans lequel il avait fait dissoudre son alcaloïde et avala par-dessus un ou deux verres d'eau-de-vie. Il rentra chez lui bien portant et de très-bonne humeur, se coucha à dix heures et demie et s'endormit tranquillement.

Vers minuit, il est réveillé par de violentes coliques; il éprouve en même temps de l'ardeur au gosier, la bouche sèche et beaucoup de soif. Puis surviennent des vertiges et une faiblesse telle qu'il ne peut même se redresser sur son séant. Vomissements continuels; le malade boit d'énormes quantités d'eau et de lait, mais les rend aussitôt. On prescrit un quart de grain de morphine, de la magnésie, un sinapisme à l'épigastre et un lavement. Le malade s'endort paisiblement et se réveille à peu près guéri.

On sait que la cocaïne prise à petite dose excite les fonctions cérébrales à peu près comme l'opium et le haschisch et produit un sentiment de bien-être. Il paraît qu'à dose plus forte elle provoque une diminution de la sensibilité, du sommeil et de l'engourdissement. On n'a pas observé jusqu'ici qu'elle donne lieu à des vomissements, et il faut peut-être attribuer ces derniers à la bière et à l'eau-de-vie prises par ce jeune homme.

A. Lereboullet.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

MATIÈRE PHOSPHORESCENTE DE LA LAMPYRIS ITALICA.

M. Carus, à l'occasion d'une communication récente de M. Pasteur sur ce sujet, adresse une lettre dont voici l'extrait :

En examinant, en 1829, l'organisation phosphorescente de la *lampyris italica*, je trouvai que si l'on ôtait du corps de l'insecte la matière luisante, qui est une matière onctueuse et ressemble, comme dit très-bien M. Blanchard d'après Spix, au phosphore fondu, et si on la mettait sur une plaque de verre, en séchant elle perdait immédiatement toute phosphorescence; mais aussitôt qu'on mettait le verre avec cette matière sous un peu d'eau, elle recommençait à répandre de la lumière. C'est une expérience qu'on pourra répéter une ou deux fois, toujours avec le même succès. Quoique cette observation fût déjà assez digne d'attention, on n'a pas encore cependant senti assez jusqu'à présent l'importance du fait. J'espère qu'aujourd'hui que l'analyse spectrale a elle-même signalé comme très-remarquable la nature de cette substance, mon observation devra être mieux appréciée, d'autant qu'il est à remarquer que nous ne connaissons jusqu'à présent aucune substance qui, mise sous l'eau, commence immédiatement à répandre de la lumière, et qui perde de nouveau cette faculté quand elle devient sèche. Il s'agit donc probablement ici d'une substance organique douée d'une qualité absolument nouvelle. C'est une chose qui est certainement assez digne d'exciter l'attention des savants.

Cas de mort causée par la foudre. Extrait d'une note de M. Chrestien.

(Commissaires : MM. Boussingault, Peligot, Bernard.)

J'ai été appelé le 2 octobre, à quatre heures et demie du soir, dans une campagne appartenant à M. Laissac, et distante de Montpellier de deux kilomètres. La foudre venait d'y tomber et de tuer un jeune homme de 16 ans, couché dans son lit pour une indisposition qui l'y retenait depuis quelques jours. Dans la même chambre se trouvaient sa mère et trois jeunes camarades qui étaient venus le voir... Ces trois jeunes gens étaient ainsi placés : l'un au pied du lit directement, l'autre un peu plus en dehors et près de l'embrasure d'une porte par laquelle cette chambre communique avec une autre plus grande, le tout au premier étage, sous les toits; le troisième camarade était aussi contre le chevet du lit; enfin la mère était à côté de ce troisième, et se trouvait, en raison de l'exiguïté de la chambre, près de l'embrasure de la porte susdite, en face du second camarade de son enfant.

La foudre paraît être entrée par un trou qu'elle a fait au mur, au-dessus d'une fenêtre éclairant la grande chambre, où il n'y avait personne; toutes les vitres de cette fenêtre ont été brisées en éclats, et la partie du plafond supérieure au trou par lequel est entrée la foudre a été tout endommagée. Le jeune homme qui était le plus près du pied du lit a eu les jambes de son pantalon criblées de brûlures; celui qui était au chevet même du lit a eu une plaie contuse à l'un des pieds, et la mère qui était à côté de celui-ci, au-dessous de la fenêtre de cette petite chambre, fenêtre par laquelle est enfin sortie la foudre, la mère, dis-je, a eu la jambe gauche meurtrie et brûlée dans la région moyenne et antérieure externe. Non-seulement, en effet, la peau et l'aponévrose ont été intéressées en ce point, mais les muscles eux-mêmes ont été atteints, et sont le siége de deux petites plaies assez profondes, que je crus d'abord produites par quelque éclat de plâtre ou de bois; mais différentes brûlures que l'on dirait produites par des gouttes d'eau bouillante, et qui entourent les deux plaies profondes, ainsi que l'état du bas, tout brûlé dans ce point, m'ont prouvé que c'étaient bien là des effets de la foudre.....

EXPÉRIENCES D'INOCULATION DE L'OÏDIUM.

MM. Letellier et Spéneux adressent de Saint-Leu-Taverny (Seine-et-Oise) une note concernant les résultats d'expériences qu'ils ont faites en commun pour s'assurer de ce qu'il y avait de réel dans les effets attribués par diverses personnes à l'inoculation de *l'oïdium Tuckeri*. Suivant ce qu'on disait, ce cryptogame pouvait se transporter des végétaux à l'homme, et cette inoculation aurait été pour des vignerons, durant l'époque de la taille, la source d'accidents graves et même, dans certains cas, aurait causé la mort.

MM. Letellier et Spéneux ont pensé qu'ils feraient une chose utile s'ils démontraient le peu de fondement de pareilles assertions, si propres à inquiéter vivement les populations rurales. Ils savaient déjà, par des expériences que l'un d'eux avait faites il y a dix ans, que l'oïdium introduit dans l'estomac des lapins ne causait aucun accident; ils remarquaient que les faits allégués étaient trop peu nombreux pour qu'on en pût rien conclure; ils n'avaient, pour leur part, observé rien de semblable sur des milliers de vignerons, de vendangeurs, de jardiniers, dans les quinze années écoulées depuis l'apparition de l'oïdium dans le pays qu'ils habitent; enfin, ils faisaient remarquer que les accidents devraient avoir lieu bien moins à l'époque de la taille comme on le disait, qu'à l'époque des vendanges, où l'oïdium est dans tout son développement, et où le raisin est manié par un grand nombre de personnes.

Les nouvelles expériences qu'ont entreprises MM. Letellier et Spéneux ont confirmé toutes leurs prévisions. Ils ont inoculé dans des plaies sous-cutanées les raclages de feuilles chargées de l'oïdium sans produire aucun effet. Enfin, ils ont pratiqué sur eux-mêmes des inoculations semblables. Après une légère rougeur le lendemain, un léger suintement les deux jours suivants, la petite croûte formée au point de la piqûre était tombée, de sorte que le résultat a été exactement celui qu'aurait produit l'inoculation d'un peu de poussière inerte. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés dans la séance du 9 mai : MM. Payen, Tulasne et Cloquet).

ACTION DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT DES DARTRES.

M. Rochard adresse comme pièce de concours pour les prix de médecine et de chirurgie, un mémoire sur l'action des eaux minérales dans le traitement des dartres.

Ce mémoire est terminé par les conclusions suivantes :

1° Le traitement des dartres, tel que nous l'avons institué, agit directement et localement en déterminant la résolution de la congestion dermique.

2° Les eaux minérales combattent plutôt les altérations sanguines ou les complications quelconques qui accompagnent les dartres, qu'elles ne guérissent les dartres elles-mêmes.

3° Le phénomène de la poussée, dû à l'action des eaux minérales sur le tégument externe, envahit tous les tissus sains et malades; la poussée, au contraire, que développe *l'iodure de chlorure mercureux*, se concentre électivement sur les points altérés et en élimine l'élément morbide.

4° Dans ce dernier cas, c'est principalement en boisson que doivent être prises les eaux minérales. Leur action topique est, en effet, trop diffuse; n'agissant pas radicalement, elle laisse subsister des chances de récidives; de plus, l'absorption cutanée est trop problématique pour que l'on puisse faire reposer toute sa confiance sur la médication thermale externe. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie qui jugera si le mémoire de M. Rochard peut être joint aux deux pièces déjà présentées par lui au concours [séances du 21 mars et du 9 mai 1864], ou s'il doit être réservé pour le concours de 1865).

— M. le secrétaire perpétuel présente, au nom de l'auteur, M. Berthelot, un ouvrage intitulé : *Leçons sur les méthodes générales de synthèse en chimie organique, professées en 1864 au Collège de France.*

Recherches sur les vibrioniens. Note de M. C. Davaine, présentée par M. Rayer.

Les infusoires que l'on désigne sous le nom de *vibrioniens*, observés dès les premiers temps du microscope, ont été regardés comme des animaux en raison de leurs mouvements, puis classés, en raison de leur forme, dans un même genre avec des végétaux doués aussi de mouvement et avec des animaux de la classe des vers.

Depuis les travaux de M. Ehrenberg et de Dujardin, la famille des vibrioniens a été constituée sur des bases plus naturelles, mais ces êtres, qui n'offrent aux plus forts grossissements sous l'aspect de simples filaments, ne peuvent fournir qu'un petit nombre de caractères génériques ou spécifiques, si l'on prend en considération pour les classer leur apparence extérieure seulement. Ainsi la famille des vibrioniens ne se compose que de trois genres : l'un comprenant les filaments roides et à mouvement vacillant (G. *Bacterium*), un autre les filaments flexibles et à mouvement ondulatoire (G. *Vibrio*), le troisième les filaments en hélice et à mouvement en rapport avec cette forme (G. *Spirillum*). Chacun de ces genres compte trois ou quatre espèces. Ces espèces, suivant Dujardin, se trouvent indifféremment dans des milieux très-différents, par exemple : le *Vibrio rugula* dans les selles de l'homme et dans diverses infusions; le *Vibrio bacillus* et le *Spirillum volutans* dans des infusions d'eau de mer aussi bien que dans des infusions d'eau douce.

Depuis la publication de l'ouvrage de Dujardin sur les infusoires (1841), les vibrioniens n'avaient plus guère attiré l'attention des observateurs, lorsque les travaux de M. Pasteur, en faisant connaître que ces êtres infiniment petits apportent des modifications profondes dans les matières où ils se développent, vinrent donner à l'étude des vibrioniens une importance qu'elle n'avait pas eue jusqu'alors.

Il y a plusieurs années déjà, l'observation de quelques faits nouveaux m'avait porté à penser que les vibrioniens ont plus de rapport avec

les végétaux qu'avec les animaux, et, en outre, que leurs caractères physiques sont insuffisants pour faire distinguer toutes leurs espèces. J'ai déjà énoncé ces opinions en 1859 dans quelques passages de mon *Traité des entozoaires*.

1° Les vibrioniens ne sont point des protozoaires : ils n'ont point d'organe de digestion ni de locomotion; ils sont homogènes dans toute leur étendue; les deux extrémités, généralement semblables, n'ont aucun caractère particulier qui puisse y faire distinguer la tête ou la queue, et leur progression, qui se fait aussi bien et indifféremment par l'une ou par l'autre de ces extrémités, prouve qu'il n'y a point entre elles de distinction. En cela même, les vibrioniens se séparent nettement des animaux chez lesquels les segments isolés, des tronçons expérimentalement détachés suivent toujours, dans leur progression, la direction que leur eût donnée la tête. Par ces différents caractères, les vibrioniens se rapprochent des conferves filamenteuses; ils s'en rapprochent encore par leur constitution chimique, car j'ai vainement cherché à trouver par l'action de divers réactifs (acides sulfurique, nitrique, potasse caustique, iode, etc.) quelque différence entre les vibrioniens qui se produisent dans les organes des animaux ou dans les infusions d'eau douce et les conferves qui se développent dans les mêmes milieux. Reste donc, comme caractère distinctif des vibrioniens, la faculté de locomotion; mais cette faculté se retrouve chez beaucoup de conferves : des diatomées possèdent, comme les bactéries, un mouvement oscillant; des oscillaires, et, en particulier des sulfuraires, ont, comme les vibrions, un mouvement ondulatoire, et le mouvement circulaire si remarquable des spirillums, je l'ai observé chez une conferve d'une source sulfureuse de Saint-Amand, conferve disposée en une longue et élégante hélice (G. *Spirulina?* Kützing.). Enfin, chez toutes ces conferves comme chez les vibrioniens, la progression a lieu indifféremment et souvent alternativement par l'une ou par l'autre des extrémités.

Mais chez les vibrioniens les mouvements ne sont point aussi constants qu'on pourrait le croire; j'ai vu que beaucoup de ces êtres sont tout à fait immobiles dans la première période de leur développement, et que, de nouveau, ils restent immobiles dans la dernière période de leur vie, après qu'ils ont été précipités au fond d'une infusion avec la croûte où ils s'étaient formés. J'ai vu, en outre, que plusieurs espèces de ces infusoires sont toujours dénuées de mouvement. Quant aux vibrions qui tombent en état d'inertie, on pourrait dire qu'ils ont perdu le mouvement parce qu'ils ont perdu la vie : il n'en est rien, car j'ai observé que ces vibrioniens immobiles restent dans cet état quatre et cinq jours sans subir d'altération, tandis que, après la mort, ils s'altèrent et sont détruits souvent en moins d'un jour. J'ai constaté ce dernier fait par plusieurs expériences, parmi lesquelles je citerai les suivantes : elles ont consisté à changer le liquide d'une infusion tout en respectant la pellicule formée de vibrioniens qui surnageait. Ainsi, de l'eau pure fut substituée à de l'eau fétide, de l'eau de mer à de l'eau douce, et réciproquement. Dans ces cas, les vibrioniens sont profondément altérés ou tout à fait détruits en moins d'un jour.

Quant aux vibrioniens qui n'ont de mouvements spontanés à aucune période de leur vie, j'en ai vu, et les espèces n'en sont pas rares, dans l'intestin des animaux supérieurs; j'en ai vu encore dans diverses infusions d'eau de mer. On chercherait vainement chez ces infusoires, parmi des myriades, un seul individu doué de mouvements spontanés. Ces espèces immobiles se développent dans les mêmes milieux, dans les mêmes conditions que les vibrioniens doués de mouvement; elles ne se distinguent par aucun caractère de forme, de longueur, de constitution, etc. Evidemment, tous les infusoires filiformes sont de la même famille; le mouvement, chez ceux qui en sont doués, n'est le plus souvent qu'un phénomène transitoire et de plus automatique comme chez les conferves, avec lesquelles un peu plus de longueur les eût fait depuis longtemps classer.

2° Des recherches que j'ai faites, en 1853, sur les infusoires dans le choléra, m'ont fait reconnaître dès cette époque l'insuffisance des caractères extérieurs pour distinguer certaines espèces de vibrioniens.

Chez les cholériques, il existe dans les matières intestinales des infusoires filiformes que M. Pouchet, qui les a observés le premier, a rapportés au *Vibrio rugula*. L'étude que j'en ai faite en 1853 m'a montré que ces vibrioniens perdaient le mouvement dès que les matières étaient refroidies et qu'ils périssaient. Cependant de nouveaux individus apparaissaient deux ou trois jours après dans ces mêmes matières, et l'on ne pouvait, d'après leur aspect, les distinguer des premiers.

J'ai fait les mêmes remarques pour les vibrions qui se développent dans la diarrhée et dans la dyssenterie.

Dans l'intestin d'un grand nombre de mammifères et d'oiseaux, j'ai observé des infusoires qui appartiennent aux trois genres des vibrioniens. Beaucoup de leurs espèces sont semblables, en apparence, à celles des infusions; cependant elles ne peuvent vivre hors de l'intestin; elles perdent le mouvement et périssent plus ou moins vite, suivant que la température atmosphérique est plus ou moins basse. Les vibrioniens que le refroidissement tue ne peuvent être spécifiquement les mêmes que ceux qui naissent dans ces matières refroidies ou dans des infusions froides; toutefois, ils ne se distinguent les uns des autres par aucun caractère extérieur, et, suivant la classification de Dujardin, ils appartiendraient aux mêmes espèces.

Mais ce n'est pas seulement le refroidissement qui tue les vibrioniens de l'intestin que l'on examine : j'ai observé, chez des courtilières, des vibrioniens remarquables par la vivacité de leurs mouvements et que j'eusse rapportés au *Vibrio bacillus* des infusions; ils périssaient en dix minutes au plus dans l'eau ordinaire.

L'influence du milieu sur la variabilité des espèces n'est pas moins remarquable dans l'expérience suivante. J'ai préparé diverses infusions comparativement avec de l'eau douce et avec de l'eau de mer. Dans un certain nombre j'obtins des vibrioniens en apparence de même espèce. Ayant substitué, avec des soins convenables, l'eau douce d'une infusion à l'eau de mer d'une autre, et réciproquement, tous les vibrioniens, d'un côté comme de l'autre, perdirent bientôt les mouvements, et dès le soir même ou le lendemain ils étaient complétement détruits.

Ces faits, qui ne sont pas les seuls que j'eusse pu citer, montrent que dans des milieux différents, et suivant des conditions différentes, les espèces de vibrioniens sont différentes, bien qu'elles puissent manquer à nos yeux de caractères distinctifs, ce qui, au reste, tient sans doute à l'insuffisance de nos moyens actuels d'observation.

Il ressort encore de ces faits que les espèces ne peuvent se substituer les unes aux autres; aussi les expérimentateurs qui veulent éclairer certaines questions de pathologie ne doivent point espérer de déterminer des phénomènes identiques en introduisant dans l'organisme des vibrions pris à diverses sources. Pour obtenir de ces petits êtres quelque modification dans un milieu, modification qui, dans l'économie animale, se traduit par une maladie, il faut que l'espèce introduite puisse s'y développer; il faut, si je puis m'exprimer ainsi, qu'elle soit normale à ce milieu.

— M. Brochard, dont l'ouvrage, *les Bains de mer chez les enfants*, avait été présenté à la précédente séance par M. Velpeau, prie l'Académie de vouloir bien comprendre cet ouvrage parmi les pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (Réservé pour le concours de l'année 1865.)

— M. Rayer présente, au nom de M. le docteur P. Francisco da Costa Alvarenga, un ouvrage intitulé : *Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune de Lisbonne dans l'année* 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Ricard (d'Angoulême), renfermant un certain nombre d observations de vaccine généralisée. (Commission de vaccine.)

2° Un rapport de M le docteur Sales-Girons, sur le service médical des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), pendant l'année 1862. (Commission des eaux minérales.)

3° Des rapports d'épidémie, par M. le docteur Germain (de Poligny) et M. le docteur Labley (de Bayeux). (Commission des épidémies.)

— M. le Secrétaire annuel donne lecture d'une lettre de M. le docteur Brault, médecin en chef de l'hospice Saint-Servan (Ille-et-Vilaine) qui, se fondant sur un travail publié en 1853 dans la *Revue médicale* (31 décembre 1853), réclame la priorité de l'emploi des sachets d'iode, en topique, comme fondant et escarrotique.

M. Ricord répond que lorsqu'il a fait son rapport sur le travail de M. Prieur, il ne connaissait pas celui de M. Brault. Vérification faite, il s'est convaincu que le travail de M. Brault était antérieur à celui de M. Prieur, et contenait tout ce qu'il y a d'important dans ce dernier. Cependant les observations de M. Prieur remontent aussi haut que celles de M. Brault; mais il est admis que la priorité scientifique est constituée par la date de la publication. La priorité est donc acquise à M. Brault. Quant à la bonne foi de M. Prieur, elle doit être mise hors de doute : il ne connaissait pas le travail de M. Brault. M. Ricord ne le connaissait pas non plus. Il serait peut-être bon, ajoute M. Ricord, que les journaux de médecine annonçassent que, tel jour, il sera fait un rapport sur un mémoire donné, afin que les réclamations puissent se produire avant et non après le rapport.

M. Le Président fait observer que les procès-verbaux des séances, publiés par les journaux, remplissent autant que possible, et très-suffisamment, le vœu émis par M. Ricord.

— M. Mélier présente de la part de l'auteur, M. le docteur Paolo Predieri, des travaux intitulés :

1° *Études historiques sur la consommation de la viande dans la ville de Bologne*;

2° *De l'état intellectuel des hydrophobes*;

3° *Histoire de la vie et des travaux du chevalier Allessandrini*;

4° Le *Compte rendu des travaux de l'Académie de Bologne pour l'année* 1863.

— M. Gibert présente, au nom de M. le docteur Chevandier. de Die (Drôme), un mémoire sur les bains de vapeurs térébenthinés, et leurs applications thérapeutiques. (Commissaires : MM. Jolly et Gibert.)

— M. Larrey, au nom de M. le docteur Ed. Auber, dépose sur le bureau un volume intitulé : *Institutions d'Hippocrate*.

— M. Jules Béclard présente le deuxième fascicule du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et signale l'Introduction par M. Dechambre, l'article Adénite par M. Velpeau, et l'article Adénôme par M. Broca.

— M. Depaul, au nom de M. Cazaux, officier de santé, présente un mémoire sur une épidémie de choléra et une note sur l'action physiologique du vaccin.

SOURDS-MUETS.

M. Bouvier rappelle qu'en 1835, l'Académie. consultée sur le mode d'instruction à adopter pour les sourds-muets, répondit que « l'expérience n'avait pas encore décidé entre l'éducation par la mimique et l'éducation par la parole. »

« Depuis onze ans, la lumière s'est faite de plus en plus sur cette question. Le docteur Blanchet poursuit, depuis dix-huit ou vingt aos, un plan qui était le rêve d'Itard, et qui ne tend à rien moins qu'à transformer à l'avenir les sourds-muets en de simples sourds, en faisant disparaître le mutisme qui s'ajoute à leur surdité.

« Pour cela, il suffit d'élever et d'instruire les sourds muets dans un contact perpétuel avec les parlants, soit avec leur famille, soit avec d'autres enfants entendant et parlant.

« Cette méthode est en pleine activité dans le département de la Seine. Il n'est pas, aujourd'hui, un enfant sourd-muet de famille pauvre qui ne puisse recevoir, dans les écoles communales de Paris, l'instruction primaire que reçoivent les autres enfants, et acquérir en même temps la faculté du langage articulé dans les limites de son aptitude individuelle. Des essais ont été tentés avec succès daos cette voie non-seulement à Paris, mais encore à Montpellier, à Lyon, à Strasbourg.

« Il fallait un *Guide* pour les instituteurs primaires chargés d'appliquer la nouvelle méthode. Deux ouvrages ont été distingués par une commission ministérielle nommée à cet effet : ceux de MM. Blanchet et Valade-Gabel.

« Le livre de M. Blanchet est un vrai *Manuel* de l'éducation des sourds-muets par la parole. On y voit comment l'instituteur peut se mettre peu à peu en communication avec son élève; comment celui-ci apprend à connaître la valeur des caractères de l'écriture et les sons du langage oral; comment il parvient à reproduire les uns et les autres, à acquérir enfin les mêmes notions que les entendants, et à pouvoir profiter en partie des mêmes leçons.

« Les principes de l'éducation des sourds-muets par la parole ont été adoptés et mis en pratique depuis plusieurs années par un instituteur distingué, M. Houdin, qui, longtemps voué à l'enseignement par la mimique, l'a entièrement abandonné pour se livrer exclusivement à l'enseignement par la parole. M. Houdin adresse à l'Académie une note dans laquelle il donne des détails intéressants sur un jeune sourd-muet âgé de 18 ans, dont il vient de terminer l'éducation. »

M. Bouvier demande qu'une commission soit nommée par l'Académie pour examiner les faits annoncés par MM. Blanchet et Houdin et pour en faire l'objet d'un rapport.

M. Velpeau demande à M. Bouvier s'il sait ce que deviennent ces enfants, une fois qu'ils sont hors des établissements dans lesquels on leur a appris à parler, mais non à entendre.

M. Bouvier répond que les enfants comprennent la parole par la vue, et parlent de façon à être entendus par ceux qui ne sont pas sourds.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

M. Gosselin donne lecture d'un rapport sur deux observations communiquées à l'Académie par M. le docteur Legouest, professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce : l'une d'exostose de la fosse nasale gauche, enlevée au moyen de la resection temporaire; l'autre d'anévrisme traumatique de l'artère ophthalmique, traité avec succès par la ligature des artères carotide primitive et carotide externe.

La commission propose d'adresser des remerciments à l'auteur, et de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

EMPLOI D'UN MOYEN MIXTE A METTRE EN USAGE CHEZ LES PRIMIPARES POUR PROVOQUER PRÉMATURÉMENT L'ACCOUCHEMENT.

M. le docteur Verrier lit une note sur ce sujet, et conclut ainsi qu'il suit :

1° La douche, administrée avec prudence, ramollit et dilate peu à peu le segment inférieur de l'utérus.

2° Elle est véritablement le traitement le moins désagréable aux femmes; facile à graduer, à diriger à la volonté de l'accoucheur, elle peut servir de traitement préparatoire.

3° L'emploi de deux, trois ou quatre douches d'eau tiède, administrées avec toute la prudence possible, ne peut causer aucune lésion aux organes génitaux, aux membraoes ni au fœtus, et pour mieux assurer l'innocuité de la douche, je la propose seulement chez les primipares pour aider à la dilatation, si souvent difficile, du col utérin, afin d'introduire dans ce col un peu dilaté le dilatateur de M. Tarnier ou l'éponge préparée.

4° L'usage du spéculum pour le placement du dilatateur a pour avantages la sûreté du coup d'œil, l'absence du tâtonnement et, par suite, de douleurs.

5° En remplaçant le conducteur courbe par un mandrin droit, terminé par une olive, ou en plaçant une boule fraisée au fond du tube, on évite de perforer l'ampoule du dilatateur ou les membranes de l'œuf. Par ce même moyen, l'extrémité de l'instrument est réduite à un très-petit volume, et pénètre plus facilement dans un col non dilaté.

Ce même mandrin pourra être courbe dans le cas où l'accoucheur ne voudrait pas se servir de spéculum.

6° Enfin le robinet serait remplacé avec avantage par une simple ligature qu'on appliquerait après avoir injecté l'eau daos l'ampoule. (Commissaires : MM. Jacquemier et Blot.)

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les rapports des commissions sur les prix.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales sur l'organisme; par M. Scoutetten. — J. B. Baillière et fils, 1864; 1 vol. in-8 de 420 pages.

L'utilité des eaux minérales dans le traitement d'un grand nombre de maladies est reconnue par tous les médecins. S'il est sage de ne pas croire, sans vérification, aux effets merveilleux de quelques eaux thermales annoncés avec bruit dans diverses publications, on peut répéter sans crainte avec un judicieux observateur, Patissier : « Les eaux guérissent quelquefois, soulagent souvent, consolent toujours. » L'importance considérable que les eaux ont acquise depuis vingt-cinq ans, le nombre prodigieux de malades qui, tous les ans, se rendent aux établissements thermaux, plus de 4,000 ouvrages ou monographies sur les eaux minérales de la France, le témoignage de l'antiquité elle-même, prouvent qu'elles rendent de véritables services et qu'elles méritent la confiance des malades et des médecins.

Mais comment les eaux minérales agissent-elles sur l'économie animale? Cette question, si souvent discutée, n'est pas encore résolue. Les uns, en très-grand nombre, attribuent l'action des eaux à leur composition chimique, d'autres au calorique, à l'absorption, à une action mécanique, etc.; enfin ceux qui aiment le surnaturel ont imaginé *une vie des eaux*, un *quid divinum*.

Malgré les immenses progrès que l'analyse chimique a faits dans ces dernières années, il est certain que souvent on ne se rend pas compte de l'efficacité des eaux minérales par leur composition chimique. Cependant, il importe de remarquer que les propriétés spéciales de plusieurs d'entre elles sont dues aux substances qu'elles renferment : telles sont, par exemple, les eaux sulfureuses et ferrugineuses. Qui pourrait douter que l'action, si puissante, des eaux de Baréges contre certaines maladies de la peau est due au soufre? Qui oserait affirmer que le fer et l'acide carbonique contenus dans les eaux de Bussang, de Spa et d'Orezza ne sont pas les agents utiles dans le traitement de la chlorose et des engorgements des viscères abdominaux? Si les éléments minéralisateurs de certaines eaux ne suffisent pas pour expliquer leurs propriétés thérapeutiques, ne convient-il pas d'attendre, avant de se prononcer, que l'analyse chimique, née d'hier, ait dit son dernier mot? Mais les hommes aiment le merveilleux, et lorsque les notions positives deviennent insuffisantes pour l'explication des phénomènes naturels, ils admettent volontiers des principes cachés et une force vitale qui sont tout simplement un aveu d'impuissance.

A l'exemple de Vicq-d'Azyr, M. Scoutetten pense que « pour découvrir le mécanisme du système vivant, il faut rechercher parmi ses effets quels sont ceux qui se rapportent aux lois bien établies de la

chimie et de la physique. » La minéralisation des eaux n'explique pas, suivant lui, l'action des eaux minérales, et il est disposé à admettre qu'elle est due à l'électricité.

Cette idée n'est pas nouvelle, ainsi que le fait remarquer notre savant confrère M. Scoutetten. Dans un beau mémoire publié en 1827, Anglada examine les principales hypothèses qui ont été émises pour interpréter les causes de la chaleur des eaux thermales. L'électricité lui paraît être la cause la plus probable, celle qui explique le mieux *la caléfaction des sources thermales, leur fréquence dans certains lieux, la persévérance et l'uniformité respective des températures, la constance de leur composition chimique*, etc.

A la même époque, un médecin inspecteur des eaux de Bourbonne, Renard, écrivait : « Plusieurs médecins frappés de certains phénomènes occasionnés par l'état électrique de l'atmosphère sur les eaux thermales, ont été conduits à présumer que le fluide électrique y jouait un rôle important. » On trouve dans un petit ouvrage publié en 1830, et qui a pour titre : *Une saison à Plombières*, l'opinion du docteur Thiriat sur les causes de la chaleur des eaux thermales : « Le principe minéralisateur et calorifiant des eaux thermales en général et de celles de Plombières en particulier me paraît être, dit-il, le fluide galvano-électrique. En effet, si une simple pile de cent paires de disques de zinc et de cuivre superposées fait fondre le fer en peu d'instants, comment une grande pile naturelle, renfermée dans le sein de la terre, ne pourrait-elle pas aussi en peu d'instants élever l'eau jusqu'au degré de l'ébullition? » Guersant admettait également que les eaux minérales s'électrisent plus ou moins en filtrant à travers des terrains de composition différente, et que l'électricité leur communique une partie des propriétés qu'elles possèdent. Plusieurs autres médecins ont émis la même opinion, mais ce sont en général des hypothèses qui ne s'appuient sur aucune expérience spéciale.

Pour étudier cette question si difficile, M. Scoutetten n'a rien négligé; il a visité les principales stations thermales de la France, de l'Allemagne, de la Suisse, de l'Italie, de la Corse, etc.; il s'est mis partout en rapport avec les médecins, il a exécuté de nombreuses expériences, et à Plombières comme à Paris, nous avons pu constater son zèle pour la science, l'ardeur qu'il apporte dans des recherches longues et pénibles.

Le point de départ des travaux de M. Scoutetten se trouve dans un mémoire de M. Becquerel dans lequel ce savant physicien « pose en principe qu'au contact de la terre et d'une nappe ou d'un cours d'eau il y a production de l'électricité; la terre prend un excès notable de l'électricité positive ou négative, et l'eau un excès correspondant de l'électricité contraire, selon la nature des sels ou d'autres composés tenus en dissolution dans les eaux. » M. Becquerel a fait un grand nombre d'expériences pour mettre en évidence les courants électriques produits au contact des eaux et des terres, et il a démontré qu'ils sont dus aux innombrables réactions chimiques qui s'opèrent dans le sein de la terre.

M. Scoutetten s'est servi, dans ses expériences, d'un galvanomètre de Nobili, dont le fil de cuivre enroulé de soie faisait 10,000 tours sur le châssis; l'aiguille aimantée, parfaitement astatique, était très-sensible. Les électrodes étaient des lames de platine. Les premiers essais ont été faits à Plombières, qui possède des sources dont la minéralisation est faible, et dont la température varie de 8° à 72° centigrades. Dans une expérience, faite le 1er septembre 1863, on plongea une électrode en platine dans l'eau minérale de la source de Bassompierre, dont la température était de 70° centigrades, et l'on enfonça la seconde électrode dans la terre de la colline qui borde la route de Luxeuil. Dès que le circuit fut fermé, l'aiguille du galvanomètre se fixa au 80e degré. L'eau était *négative* et la terre *positive*. Cette expérience fut répétée avec l'eau du bain Romain et avec celle du bain des Capucins, et les résultats furent les mêmes.

M. Scoutetten a constaté dans d'autres expériences, exécutées à la source même, que l'aiguille s'est fixée au 80e degré dans l'eau de Bourbonne-les-Bains, au 60e degré dans l'eau de Luxeuil, au 40e degré dans l'eau de Contrexéville et de Vittel. Il a constamment observé que les eaux minérales en contact avec les terres adjacentes prennent le signe négatif, tandis que les eaux de mer, de rivières et de petits cours d'eau donnent dans les mêmes conditions un excès d'électricité positive.

Dans une autre série d'expériences sur les effets électriques produits au contact des eaux entre elles, l'auteur a observé à Plombières, à Contrexéville et à Vittel que l'aiguille du galvanomètre a dévié jusqu'au 70e degré à Plombières, au 60e degré à Bains, au 40e degré à Contrexéville et au 30e seulement à Vittel, indiquant un excès d'électricité *positive* pour l'eau froide de la source.

Les eaux de différentes sources thermales peuvent réagir les unes sur les autres et donner lieu à des effets électriques variables. Je résume ci-après les résultats obtenus à Plombières : L'eau de la source de Bassompierre rend les autres sources positives. L'eau de la source des Dames devient positive au contact de l'eau de Bassompierre et négative au contact de l'eau de la source des Capucins. L'eau de la source du Crucifix est faiblement négative au contact de l'eau des Dames. Celle-ci devient négative au contact de l'eau de chacune des sources de la galerie des savonneuses. L'eau ferrugineuse est négative au contact de toutes les sources des savonneuses. On peut admettre que lorsque deux eaux potables ou thermales de composition différente sont mises en contact au moyen des électrodes, il s'établit un courant électrique qui modifie profondément la nature des corps qu'elles contiennent.

La thermalité des eaux augmente considérablement leur pouvoir conducteur pour l'électricité. Ainsi, M. Scoutetten a observé que l'eau du bain Romain, à Plombières, à la température de 50°, dévie de 60° l'aiguille du galvanomètre; mais si on la ramène à la température ordinaire, la déviation n'est plus que de 22°.

L'auteur a fait d'intéressantes expériences sur les eaux minérales transportées et sur les mêmes eaux prises à la source. Il a reconnu que l'eau de Bassompierre, à Plombières, conservée pendant quelques mois, ne déviait plus l'aiguille du galvanomètre que de 12°, à peu près comme l'eau de la Moselle. Ainsi l'eau de Plombières qui est très-active à la source même, et qui marque de 65 à 80° au galvanomètre, ne présente plus, quand elle est transportée, que l'activité de l'eau de rivière. L'eau de Bourbonne, qui à la source donne une déviation de 80°, ne marque plus, après sept mois de bouteille, que 18° au galvanomètre.

M. Scoutetten croit pouvoir conclure de ses expériences : « 1° que les eaux minérales, prises à la source, jouissent d'une activité qui se révèle par de vives réactions qui se produisent sur les corps avec lesquels on les met en contact; que cette activité faiblit peu de temps après qu'elles ont été au contact de l'air, et qu'elle s'éteint après quelques jours de mise en bouteille; » 2° que les eaux minérales artificielles n'ont d'autre valeur que celle qu'elles doivent aux substances médicamenteuses qu'elles contiennent.

Les actions électriques des eaux sur le corps de l'homme ont dû fixer spécialement l'attention de M. Scoutetten. Dans une expérience faite à Plombières le 30 août 1862, il se plongea dans une baignoire remplie d'eau de la source des Capucins, on lui enfonça ensuite une épingle d'or dans l'épaule gauche, à la profondeur d'un centimètre et demi, et dès qu'on eut mis les électrodes en contact avec l'eau du bain et avec l'épingle fixée dans les fibres musculaires, l'aiguille du galvanomètre se porta vivement contre l'arrêt, et se fixa au 85e degré du galvanomètre. La direction du courant était positive. Plus tard l'auteur adopta avec raison le platine, et il fit usage de trois aiguilles de 6 centimètres de longueur, réunies entre elles.

Une autre expérience faite avec l'eau de la Moselle n'a donné que 10° à l'échelle du galvanomètre. Dans un bain d'eau de Vichy artificielle, préparée avec le sel naturel, la déviation n'a été que de 20°. Elle s'est élevée à 25° dans un bain d'eau salée.

M. Scoutetten a substitué dans d'autres expériences, aux aiguilles enfoncées dans l'épaule une lame de platine qu'il introduit dans la bouche, et qu'il maintient contre le palais avec la langue; les effets électriques sont alors beaucoup plus prononcés.

Dans la quatrième partie de cet ouvrage, M. Scoutetten a essayé de démontrer que c'est à l'électricité que les eaux minérales doivent leurs propriétés thérapeutiques. Il admet qu'elles ne contiennent pas d'électricité libre, mais que par les actions chimiques, quelque faibles qu'elles soient, il se produit de l'électricité positive et de l'électricité négative. Bien que ces deux fluides tendent à se combiner, on peut les recueillir séparément sur des conducteurs différents. Le frottement des liquides, les actions chimiques, la présence des gaz et l'élévation de température sont les conditions les plus favorables pour la production des courants électriques. L'eau acquiert ainsi des propriétés actives qu'elle ne possédait pas auparavant et qu'elle perd à sa sortie de la terre. Ce serait, suivant l'auteur, un véritable *état allotropique*, tel que celui du phosphore blanc et du phosphore rouge, de l'oxygène et de l'ozone.

Les eaux pluviales qui pénètrent dans l'intérieur de la terre à de grandes profondeurs, acquièrent une température considérable et abandonnent leur oxygène aux matières végétales ou inorganiques

qu'elles rencontrent dans leur parcours. Des combinaisons et des décompositions innombrables ont lieu dans le sein de la terre. Les réactions moléculaires qui s'opèrent dans l'eau sont donc une source incessante d'électricité. « C'est, dit M. Scoutetten, un liquide qui se ment, se compose, se décompose, en un mot, c'est un *liquide vivant.* »

M. Scoutetten nous permettra de lui faire remarquer que l'eau ne pouvant pas se charger d'électricité, comme un bâton de cire, il semble difficile d'admettre qu'elle arrive à la surface de la terre avec des propriétés actives dues à l'électricité. Il est incontestable que sous l'influence de diverses causes il se forme incessamment des courants électriques, mais l'eau ne conserve pas l'électricité produite, comme le disque en verre de la machine électrique. Cette électricité disparaît en quelque sorte au fur et à mesure qu'elle se produit Quant *à l'état allotropique* des eaux, nous ne pouvons le considérer que comme une hypothèse tant qu'il ne sera pas prouvé par des expériences.

M. Scoutetten a essayé de résoudre dans la cinquième partie de son ouvrage les deux questions suivantes : Qu'est-ce qu'une eau minérale? Comment agit-elle sur le corps de l'homme? Voici la définition qu'il propose : « Les eaux minérales sont des liquides de température variable et de composition diverse, ayant subi, dans leur parcours souterrain, une modification allotropique due à des actions électriques qui leur donnent des propriétés excitantes d'une courte durée. » Cette définition, on le comprend, ne sera admise que lorsque l'auteur aura clairement démontré à tout le monde l'exactitude des faits sur lesquels elle repose. Les eaux minérales provoquent, suivant lui, une stimulation générale, le *remontement* dont parle Bordeu. « Cette propriété stimulante, c'est *la vie des eaux*, c'est le *quid divinum* qui rétablit l'harmonie des fonctions et rend la santé. »

M. Scoutetten a consacré plusieurs articles à l'action dynamique, topique et médicamenteuse des eaux minérales, à leur mode d'administration et au choix des eaux suivant la nature de la maladie. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de les exposer avec quelques détails.

Nous avons lu l'ouvrage de M. Scoutetten avec un vif intérêt. C'est un travail original digne de fixer l'attention de tous les médecins qui se livrent à l'étude des eaux minérales ou qui les appliquent. Nous pensons cependant que sa théorie, avant d'être admise, a besoin de nouvelles preuves expérimentales, et nous exprimons le vœu qu'il veuille bien répéter ses expériences en présence d'une commission composée de physiciens et de chimistes, afin qu'on sache bien si les eaux produisent ou non les mêmes effets électriques suivant qu'on les examine à la source ou loin de la source. Nous le prions de tenir compte de la conductibilité plus ou moins grande des liquides qu'il emploie, de ne pas perdre de vue qu'elle dépend, en général, de leur composition chimique, que l'eau distillée est un mauvais conducteur, que dans toutes les réactions chimiques il y a dégagement d'électricité, qu'une simple dissolution saline peut donner lieu à un courant électrique considérable, et que les eaux minérales rentrent dans la loi commune. Nous voudrions qu'il fît des expériences sur les eaux elles-mêmes, sans l'intervention du corps humain, qui complique singulièrement la question, et s'il parvient à démontrer dans les eaux l'existence de l'électricité dynamique, il conviendra de déterminer ensuite par de bonnes observations médicales la part qui revient à l'électricité et à la composition chimique, dans les effets thérapeutiques des eaux minérales.

Dr Verjon,
Inspecteur adjoint des eaux de Plombières.

VARIÉTÉS.

— Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de pathologie médicale, vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 31 octobre :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

— Par arrêté ministériel en date du 6 octobre 1864, M. le docteur Campanya père, directeur du muséum d'histoire naturelle de Perpignan, a été nommé officier de l'instruction publique.

— Un médecin distingué, M. le docteur de Ibell, bien connu à Ems (duché de Nassau), par son expérience et son savoir, est mort dans cette ville le 28 septembre.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort prématurée, à Gaillon, de M. le docteur Ch. Carville fils. Notre regretté confrère était ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la maison centrale de Gaillon, et deux fois lauréat de l'Académie impériale de médecine.

— La composition écrite pour le concours des chirurgiens du Bureau central a eu pour sujet : *De l'érysipèle traumatique.*

— La composition écrite pour le concours de l'internat a eu lieu le 17 octobre.

Les candidats ont eu à traiter la question suivante : le *cordon spermatique* et le *varicocèle.*

— Les séances du concours de l'internat des hôpitaux de Paris auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

— Le concours de l'externat commencera le lundi 24 octobre. Les séances auront lieu les lundis, mardis, jeudis et samedis, à quatre heures.

— Création de deux hospices. — Il a été procédé, le 8 septembre, en séance du Conseil de préfecture, à l'hôtel de ville, à l'adjudication des travaux de diverse nature à exécuter pour la construction de deux hospices dont la création a été déclarée d'utilité publique par décrets des 30 juillet et 3 octobre 1863.

Ces deux nouveaux établissements, destinés au traitement des aliénés du département de la Seine, concurremment avec Bicêtre, la Salpêtrière et l'Asile clinique central de la ferme Sainte-Anne, seront situés dans le département de Seine-et-Oise, l'un à 35 kilomètres de Paris, au domaine de Vaucluse, arrondissement de Corbeil; l'autre à 16 kilomètres seulement, au domaine de la Ville-Evrard, arrondissement de Pontoise.

Chacun d'eux pourra contenir, dans des pavillons parfaitement distincts et isolés, 600 individus des deux sexes, dont 500 indigents admis à titre entièrement gratuit et 100 pensionnaires pour lesquels l'administration perçoit une rétribution de 1 fr. 85 c. par jour pour les hommes et de 1 fr. 50 pour les femmes.

La fondation de ces deux hospices aura l'avantage de ramener sous la surveillance immédiate de l'administration, et peut-être avec économie, une grande partie des 2,300 aliénés du département de la Seine, qui sont aujourd'hui disséminés dans les asiles de la province, et dont la pension figure au budget départemental pour plus de 1 million chaque année.

Indépendamment des locaux affectés au logement et au traitement médical des aliénés et à l'installation des services administratifs et religieux, les constructions projetées comprennent de nombreux ateliers où les pauvres insensés valides et paisibles pourront être employés à des travaux manuels, ainsi que cela se pratique avec succès à Bicêtre et à la Salpêtrière.

Les domaines de Vaucluse et de la Ville-Evrard, dont le département s'est rendu acquéreur, ayant une étendue de terrains très-considérable, les deux nouveaux hospices seront, comme l'Asile clinique de la ferme Sainte-Anne, complétés par une exploitation rurale où les aliénés pourront être occupés à des travaux agricoles essentiellement favorables à l'entretien de leur santé et à l'amélioration de leur état mental.

Les plans et devis des deux établissements ont été dressés par MM. Lequeux et Lebouteux, architectes du département, et l'ensemble des frais de construction est évalué, indépendamment du prix d'achat des terrains, à plus de 9 millions.

Cette dépense, à laquelle il faut ajouter les 5 millions affectés à la création de l'Asile Sainte-Anne, sera couverte par des excédants de recette restés disponibles sur le produit de l'imposition extraordinaire autorisée par la loi du 17 juillet 1856, et par le remboursement des 10 millions restés dus au département par la Caisse de la boulangerie pour solde du prêt de 20 millions qui lui avait été fait en 1857.

— Le total des décès, à Londres, du 1er juillet au 1er octobre derniers, a été de 18,008. Durant les trimestres correspondants de 1860 à 1863, il avait été respectivement de 12,916, 14,932, 15,133 et 17,105.

Sur ce nombre, la phthisie pulmonaire a enlevé 1,933 personnes; les autres maladies des organes respiratoires, 1,699; les affections du système nerveux, 1,734. Les ravages causés par ces diverses maladies s'étendent dans une proportion rapide et suivie.

Du 1er juillet au 1er octobre, 557 personnes à Londres sont mortes d'accidents; 63 se sont suicidées.

Les naissances, durant cette période, se sont élevées à 24,655, dont 12,555 garçons et 12,100 filles.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de France aura lieu les 30 et 31 octobre prochains, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

La séance du 30 octobre aura lieu à deux heures; celle du 31 octobre aura lieu à midi précis.

Le 30 octobre, à sept heures du soir, un banquet sera offert au *Grand-Hôtel* par le conseil général et par la commission administrative de la Société centrale, aux présidents et délégués des Sociétés locales.

La souscription, fixée au prix de 20 fr., est reçue par M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, rue d'Aumale, 23.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONGRÈS MÉDICAL DE LYON.

L'idée de congrès (nous ne parlons ici que des congrès médicaux) est bonne en soi et vraiment séduisante. Réunir en une assemblée confraternelle les médecins de toutes les écoles, de tous les pays; montrer ainsi qu'en science il n'y a pas de nationalité, et qu'il n'existe qu'une grande famille médicale; faire appel aux études, à l'expérience, au talent de chacun pour discuter de hautes questions dont la solution intéresse la science et l'humanité : voilà certes un programme qui ne saurait manquer de plaire à tout le monde. Reste à l'appliquer : c'est ici que les difficultés vont naître.

Et d'abord il convient de bien distinguer le double but, professionnel et scientifique, du congrès

Le premier but sera toujours atteint. En effet, quelque distance qui les sépare, les médecins professent universellement à l'égard les uns des autres des sentiments de bonne confraternité. Or, dans un congrès, l'hospitalité généreusement offerte et pratiquée par les uns, acceptée avec reconnaissance par les autres, ne peut évidemment que réchauffer et fortifier ces sentiments. De plus la communion intellectuelle dans laquelle on vit pendant quelques jours, doit resserrer d'anciens liens, en former de nouveaux, car le partage des idées, la convenance de l'esprit conduisent à la sympathie du cœur, et engendrent ainsi de solides amitiés.

Si nous envisageons maintenant le côté scientifique du congrès, la question est plus complexe, le but paraît plus difficile à atteindre. Ces difficultés naissent de plusieurs causes; nous allons indiquer celles qui nous ont le plus frappé.

Le choix des questions qui seront traitées, leur nombre, le temps qui sera consacré à la discussion de chacune d'elles, la détermination en un mot du programme : voilà une première difficulté. Au congrès de Rouen, il n'y avait pas de programme tracé d'avance, chacun arrivait avec un bagage scientifique qui lui était propre, et la discussion était livrée aux incertitudes de l'improvisation. On comprend sans peine la confusion qui devait résulter d'une semblable méthode. Aussi la commission exécutive du congrès de Lyon avait-elle déterminé d'avance les questions qui y seraient traitées. C'est là un progrès, mais il y a plus à faire, de l'avis même de bien des membres du congrès. En effet, les questions étaient au nombre de douze, c'est-à-dire qu'il en passait deux par jour. Or dans une réunion de plus de trois cents membres, où plusieurs mémoires doivent être lus, où chacun est apte à prendre la parole, une demi-journée est-elle suffisante pour discuter et élucider une question telle que la sixième ou la neuvième du congrès?

La commission exécutive a subi une tentation à laquelle elle a succombé. En présence de plusieurs questions, sur la discussion desquelles l'école de Lyon a jeté le plus vif éclat, elle a voulu faire la part égale entre ceux qui y avaient attaché plus spécialement leur nom. C'est ainsi que la question du traitement des ankyloses a été posée pour les élèves de Bonnet, celle des recherches sur le périoste pour M. Ollier, celle de la consanguinité pour les amis de M. Devay, celle de la contagion syphilitique pour MM. Rollet, Viennois et Diday, celle des applications du forceps pour M. Chassagny. Le nombre des questions lyonnaises a été, on le voit, considérable; personne n'a paru s'en plaindre, cependant on a peut-être trop oublié que dans un congrès, toutes les écoles étant convoquées, les questions doivent présenter le caractère de la plus grande généralité, afin que la discussion puisse être également soutenue de part et d'autre.

Le congrès de Lyon a donc compris dans son programme trop de questions, et surtout trop de questions lyonnaises. Certes le forceps de M. Chassagny est très-ingénieux; il peut, dans certains cas, devenir très-utile; mais peu de médecins, croyons-nous, feraient le voyage de Naples ou de Stockholm à Lyon pour en entendre la description. Ceci nous fait passer du nombre au choix des questions.

Dans ce choix, outre les questions par trop spéciales, comme la précédente, il faut encore éviter, ce nous semble, celles qu'on sait positivement être insolubles dans l'état actuel de la science; pourquoi discuter, en effet, si l'on ne peut conclure? La phthisie pulmonaire rentre dans ce cas. Tous les médecins en admettent la curabilité, c'est une pensée consolante dont nous ne voudrions pas nous-même nous priver; mais interrogez chacun d'eux, et demandez-leur le nombre de guérisons réelles qu'ils ont obtenues quand la maladie était véritablement confirmée; quel chiffre exigu, surtout si on le compare à la fréquence de la maladie! Certes celui qui découvrirait un spécifique contre cette terrible affection ne manquerait pas de le proclamer bien vite et bien loin; nous en avons déjà eu tant, mais, hélas! on connaît leur valeur. Nous comprenons donc que la curabilité de la phthisie pulmonaire soit constamment une question à l'ordre du jour, proposée à tous ceux qui étudient et qui observent; mais dans un congrès elle ne peut donner lieu actuellement qu'à une discussion sans issue.

Nous en avons assez dit pour faire comprendre que le nombre et le choix des questions constituent une des premières difficultés, un des premiers écueils d'un congrès, et que sous ce rapport le congrès de Lyon n'est pas à l'abri d'une juste critique.

Voilà pour le questionnaire, pour le programme : passons à la manière dont il devra être exécuté. Au congrès de Lyon, le président avait le droit de renvoyer la discussion d'une question à la séance suivante, mais il n'a pas usé de cette faculté à cause du nombre trop considérable des questions. Aussi la discussion des questions les plus importantes a-t-elle été écourtée, au grand regret des assistants. Une chose nous paraît indispensable à l'utilité scientifique d'un congrès : c'est qu'une question soit épuisée avant de faire place à une autre. Il est une manière de clore une discussion, usitée dans la plupart des sociétés savantes, sans en excepter les Académies, qui consiste à passer simplement à l'ordre du jour, quand il ne se présente plus d'orateur pour parler sur la question. Que résulte-t-il de là? C'est qu'après une discussion dont la durée se compte parfois par des semaines et même des mois, la question, loin d'être résolue, est un peu plus embrouillée qu'auparavant, dès lors chacun se retire avec son opinion première, et ceux qui n'en avaient pas de préconçue seraient fort en peine de s'en former une. Or dans un congrès, plus encore que dans les sociétés savantes, toute question discutée doit être résolue, et cette solution doit exprimer l'opinion générale du congrès. Pour qu'il

---

FEUILLETON.

LA MÉDECINE POPULAIRE.

L'ÉCOLE DE SALERNE. — ÉTUDE HISTORIQUE.

Il y a aujourd'hui toute une phalange de savants qui vivent, pour ainsi dire, du moyen âge, et qui se persuadent qu'ils ont découvert cette période intermédiaire. C'est assez l'usage dans notre siècle de prendre ou de donner le change sur de prétendues découvertes qui datent, pour la plupart, de deux ou trois cents ans. Ni l'érudition ni la critique ne sont des inventions originales de notre époque. Nous n'avons eu que la peine de suivre une voie qui a été ouverte et tracée par des explorateurs qui valaient peut-être mieux que nous, et qui sont oubliés maintenant. En continuant de faire valoir le bien qu'ils nous ont légué, nous, leurs héritiers, n'avons pas la mémoire des services qu'ils ont rendus en travaillant à émanciper et séculariser la science. A force d'imiter, de copier les Allemands, dont le charlatanisme s'impose à notre crédulité, nous avons perdu le fil de la grande tradition française, sans nous douter seulement que c'est la France qui a fourni des maîtres et des modèles à l'Allemagne en fait d'érudition et de critique.

Sans parler de cette colonie de réfugiés français qui fondèrent en Hollande les droits du libre examen, d'un Basnage, d'un Beausobre, d'un Jean Le Clerc, le frère de l'historien de la médecine. et pour abréger, de Bayle, qui les éclipsa tous, de Bayle qui fut le prédécesseur de Voltaire et le parrain du dix-huitième siècle; peut-on refuser la palme du savoir et du sens critique à des hommes tels que Saumaise, Dacier, Ménage, Tanneguy le Fèvre, Huet, le Nain de Tillemont, Lamothe le Vayer, Gassendi, Hardouin (en dépit de la fameuse épigramme qui lui dénie le jugement), Baluze, Sirmond, Montfaucon, Martène, d'Herbelot, Eusèbe, Renaudot, Samuel Bochard, Richard Simon et bien d'autres qu'il est inutile de nommer? Et pour ne mentionner que les savants qui prirent en quelque sorte possession du moyen âge, est-il aujourd'hui une seule Académie au monde dont les travaux réunis puissent faire contre-poids à ceux de Du Cange?

Et que dirons-nous des hommes qui ont formé laborieusement la grande collection des vieux historiens français, cette source abondante et intarissable, où ont puisé à pleines mains ces docteurs de la moderne université, qui prétendent avoir ressuscité, ou mieux encore, créé de toutes pièces l'histoire de France, et se vantent d'avoir introduit les premiers dans cette histoire la philosophie et la critique, sans se souvenir du travail préparatoire des savants, qui avaient déjà facilité la besogne à un Boulainvilliers, à un Mably, à un Montesquieu?

en soit ainsi, une commission spécialement désignée devra, quand une discussion sera close, résumer les débats et formuler des conclusions sur lesquelles il sera voté par tous les membres de l'assemblée; de cette sorte aux opinions individuelles sera substituée l'opinion collective du congrès. Il est inutile d'insister sur cette mesure pour en démontrer, nous ne dirons pas l'utilité, mais la nécessité.

Il est encore un point important sur lequel la *Gazette médicale de Lyon* appelle l'attention, c'est l'avantage qu'il y a à ce que tous les mémoires qui devront être lus soient mis, un jour ou deux avant la discussion, à la disposition de chaque membre du congrès. Tout le monde, en effet, n'est pas improvisateur, et d'ailleurs il n'est pas facile, à la simple audition d'un mémoire, de surprendre toutes les objections que ce travail peut soulever.

Enfin, il est une autre considération que nous avons à présenter, moins essentielle que les précédentes, mais qui cependant a son importance. Tout congrès doit réunir le plus d'adhésions possible; on s'est félicité du nombre de 300 adhérents qu'a eus le congrès de Lyon; nous ne partageons pas la satisfaction qu'a inspirée ce chiffre. Beaucoup de médecins, parmi nos maîtres, retenus par des travaux scientifiques ou par une clientèle lucrative, peuvent hésiter à faire le sacrifice d'une semaine entière. L'intérêt des questions que comprendra le programme pourra en décider quelques-uns; mais nous ne trouverions pas mauvais qu'on s'efforçât de détruire les hésitations des autres en leur adressant une invitation directe. La commission exécutive serait chargée d'inviter ainsi spécialement les savants français et étrangers qu'elle jugerait, d'après leurs travaux antérieurs, devoir apporter le plus de lumière dans la discussion des questions soumises au congrès. Cet honneur qui leur serait rendu ne ferait certainement pas de jaloux, et si l'essai réussissait, tout le monde n'aurait qu'à s'en applaudir.

Nous nous sommes laissé aller à des considérations générales qui nous ont entraîné peut-être plus loin que nous ne pensions en commençant. Nous n'avons pas cependant perdu de vue le congrès de Lyon, et nous avons signalé en passant les côtés défectueux qu'à notre avis il a présentés, et qui, malgré la valeur de certains travaux, malgré le mérite bien connu des orateurs qui ont occupé la tribune, n'en diminueront pas moins, d'une manière générale, la portée scientifique du congrès. Il y aurait intérêt maintenant à passer en revue chaque question séparément, et à rechercher ce qu'elle a gagné aux discussions du congrès. Ce travail d'analyse pourra être fait plus sérieusement après la publication du compte rendu officiel du congrès. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de signaler, dès aujourd'hui, les travaux qui paraissent avoir le plus intéressé les assistants, et qui resteront comme les monuments les plus importants du congrès. Nous mentionnerons ainsi la division clinique de l'ataxie locomotrice en symptomatique et idiopathique établie par M. Teissier, et les recherches anatomo-pathologiques de M. Bouchard sur la même affection; la dissertation de M. Ollier sur le périoste; les recherches statistiques de M. Rodet sur la consanguinité, travail dont l'appréciation dans les comptes rendus ne nous paraît pas très-logique, et sur lequel nous reviendrons peut-être ailleurs; le mémoire de M. Diday sur la transmission de la syphilis par les parasites animaux et l'action directe du sperme sur l'ovule non fécondé; la relation de M. Bulkens sur le système de traitement familial employé pour les aliénés dans la colonie de Gheel, etc.

L'institution des congrès survivra-t-elle? Inaugurée à Rouen l'année dernière, elle vient de tenir ses secondes assises; en aura-t-elle bien d'autres dans la suite? Son avenir dépend principalement de son organisation. Déjà le congrès de Lyon a réalisé des progrès sur celui de Rouen, mais il a présenté lui-même, ainsi que nous l'avons vu, un assez grand nombre de desiderata. La *Gazette médicale de Lyon*, reconnaissant elle-même ce qu'il y a eu de défectueux, a tracé un plan qui nous paraît pouvoir être adopté, en y ajoutant certains points qui découlent des considérations dans lesquelles nous sommes entré. Nous résumerions de la manière suivante ce plan ainsi modifié :

Nombre de questions très-limité; trois principales, choisies parmi celles qui offrent le plus de généralité; deux secondaires, dont la discussion sera subordonnée au temps consacré à celle des trois premières;

Publication du programme plusieurs mois avant le congrès;

Invitation spéciale aux savants français et étrangers qui ont publié les travaux les plus importants sur les questions proposées;

Mémoires déposés au secrétariat un jour ou deux avant la lecture, et mis ainsi à la disposition de tous ceux qui voudront en prendre connaissance;

Épuiser une question avant de passer à une autre; charger une commission de résumer les débats et de rédiger des conclusions sur lesquelles il sera voté par tous les membres du congrès;

Bulletin imprimé de toutes les séances.

Ce plan n'est sans doute pas parfait; l'expérience montrera de nouveaux côtés défectueux; bien d'autres perfectionnements deviendront nécessaires, et c'est après qu'ils auront été réalisés, qu'on pourra juger réellement de l'utilité et de l'importance scientifique du congrès.

Dr F. de Ranse.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

De l'emprisonnement cellulaire (troisième note, lue à l'Académie impériale de médecine, dans sa séance du 14 octobre 1852); par le docteur Prosper de Pietra Santa.

Messieurs,

Ce n'est pas sans une certaine émotion que j'aborde cette tribune pour vous entretenir de la question toujours si controversée de l'emprisonnement cellulaire.

Si je ne devais me souvenir que du bienveillant accueil que vous avez fait à mes précédentes communications, j'aurais pu développer sans appréhension les arguments puisés dans une nouvelle période d'étude de sept années; mais je ne puis oublier qu'aujourd'hui je me trouve en présence de l'opposition nettement formulée par l'un des membres les plus distingués de la section d'hygiène.

Il est facile de s'attribuer tout le mérite de l'érudition et du savoir, quand on ne prend que la peine de philosopher sur une masse de faits qui ont été éclaircis, discutés, contrôlés, rangés, classés et mis en ordre par de vrais savants, uniquement préoccupés de la vérité et tout entiers à sa recherche. Ces collections de mémoires, dont on a fait tant de bruit, ne sont qu'une faible imitation de ce grand recueil des vieux documents sur lesquels repose toute l'histoire nationale, et qui résument tout le moyen âge historique, de même que le moyen âge littéraire est exhumé dans ce magnifique monument dont les bénédictins ont jeté les fondations et élevé les premières assises, et dont la continuation est aujourd'hui la tâche la plus utile et la plus glorieuse de l'Académie des Inscriptions et belles-lettres, la plus laborieuse des cinq sections de l'Institut.

Ce préambule n'est point ici déplacé, car nous traitons aujourd'hui de la médecine au moyen âge, et il convient de remarquer tout d'abord que la tradition du moyen âge ne fut ni abolie ni interrompue par la Renaissance gréco-latine. Quiconque a feuilleté les annales de l'imprimerie sait que cette invention admirable ne fut pas, dès l'origine, uniquement appliquée à la reproduction des auteurs grecs et latins. Au moment même où le moyen âge allait être détrôné par la Renaissance, il fut stéréotypé en quelque sorte par l'imprimerie dans les premiers livres imprimés. Le caractère gothique prédominait alors, et cette typographie toute germanique et barbare servait à reproduire indistinctement les vieux monuments de l'antiquité latine, les ouvrages de piété et de controverse et les traités qui faisaient loi dans les écoles.

Le moyen âge n'abdiqua point; il eut sa part et une part très-large dans cette première période toute gothique de l'imprimerie. Ces vénérables in-folio à deux colonnes, qui ressemblent à des manuscrits barbares ou à ces documents gravés sur la pierre des vieilles cathédrales, ces in-folio nous ont conservé la science à la fois élémentaire et raffinée qui régna durant tant de siècles, sous la protection de la théologie scolastique. La littérature et les connaissances informes des Occidentaux se trouvèrent ainsi en présence de cette vaste encyclopédie littéraire et scientifique des Grecs et des Latins, dont le moyen âge n'avait connu que des fragments le plus souvent altérés, soit par la faiblesse de la tradition, soit par l'infidélité des Orientaux qui avaient travesti, jusqu'à les rendre méconnaissables, les monuments scientifiques de l'antiquité.

Le moyen âge, que je ne voudrais pas calomnier, même par esprit de réaction légitime contre ceux qui le glorifient outre mesure pour le faire servir de preuve historique à la démonstration d'un système de philosophie, le moyen âge me rappelle un peu la caverne de Platon. Au milieu des ténèbres, on discernait dans le lointain quelques points lumineux. Tout souvenir de l'antiquité ne s'était pas perdu. Charlemagne avait tenté une première résurrection de ces anciens, qui reparaissent comme des fantômes, il est vrai, ou comme des ombres dans cette renaissance anticipée du treizième siècle, véritable aurore de la renaissance définitive de la fin du quinzième. Dans ce monde invisible où il

En raison même de la difficulté de ma tâche, veuillez donc me prêter, messieurs, quelques instants d'attention. Quant à M. Tardieu, qu'il me permette de faire appel à cette hauteur de pensées et à cette libéralité de sentiments qui caractérisent son enseignement de la Faculté de médecine.

En 1853 et 1855, j'ai eu l'honneur de vous présenter deux mémoires ayant franchement pour but de démontrer que la première application du système cellulaire faite en France dans les conditions les plus favorables d'installation, d'organisation, de surveillance administrative, avait fourni des résultats déplorables au point de vue du nombre des aliénations mentales, du nombre des suicides.

Je me posais dès les premiers jours sur ce terrain : que la vie d'un homme quel qu'il soit est une chose sacrée, et qu'en présence d'un système qui conduit fatalement à la folie ou à la mort, on était en droit de déclarer ce système mauvais, et de réclamer ou son abandon ou sa modification profonde.

Je ne craignais pas d'ajouter que je me ralliais volontiers à cette seconde solution en réclamant à l'appui de ma thèse :

1° Certaines modifications dans le régime intérieur de la prison Mazas;

2° Une surveillance plus active de la part des gardiens pour prévenir les accidents;

3° Une intervention plus régulière, plus prompte du médecin; alors que se produisaient les premières manifestations du trouble intellectuel;

4° L'augmentation du temps consacré à la promenade;

5° Le contact plus fréquent des détenus avec les personnes pouvant exercer sur leur esprit une action moralisatrice;

6° Enfin la généralisation dans les cellules d'un travail sérieux et utile.

Le 17 avril 1855, M. le docteur Collineau lisait en son nom et au nom de M. Londe, un rapport sur mes deux communications, dans lequel le savant et regretté médecin de Saint-Lazare se prononçait en faveur de nos idées de réforme. Mais à la suite d'une discussion préliminaire, l'Académie ne voulant se prononcer qu'avec réserve et parfaite connaissance de cause, adjoignit à la commission cinq nouveaux membres, MM. Guénau de Mussy, Ségalas, Baillarger, Ferrus et Adelon.

J'ignore, et je me garderais bien de chercher à connaître, ce qui s'est passé au sein de la nouvelle commission; mais il n'y a pas eu de rapport supplémentaire, quoiqu'un éminent académicien, M. le docteur Lélut, fût intervenu dans les débats pour déclarer que la question de l'emprisonnement cellulaire était vidée en faveur du système; que toute discussion sur ce sujet devenait inutile.

Après trois années d'attente, j'ai cru devoir réunir mes travaux dans une brochure afin de les livrer à l'appréciation de l'opinion publique.

L'exactitude des faits et des statistiques invoqués par moi (faits et statistiques très-minutieusement contrôlés par mes adversaires), la modération de ma polémique ont porté bonheur à mon travail.

L'Académie des sciences lui a décerné un encouragement, la presse scientifique s'est empressée de l'accueillir avec bienveillance, et les journaux politiques de toute nuance lui ont consacré une série d'articles que je me suis empressé de réunir dans une troisième édition.

J'ignore l'influence que ces études ont exercée sur les déterminations de l'administration supérieure, mais j'ai eu la satisfaction d'apprendre que leurs résultats avaient été discutés dans les conseils du sénat de Hombourg et du gouvernement autrichien du littoral, et qu'ils avaient amené de profondes modifications dans le régime intérieur de leurs prisons cellulaires.

Les changements qui se sont opérés en France datent de deux circulaires du ministre de l'intérieur. Dans la première, M. le comte de Persigny dit : « Aujourd'hui le gouvernement renonce à l'application de ce régime d'emprisonnement pour s'en tenir à celui de la séparation par quartiers ».

La deuxième maintient le principe de l'abandon du système, et renouvelle des instructions rendues nécessaires par les conditions nouvelles de notre procédure criminelle. N'est-il pas à présumer que le gouvernement ne s'est prononcé qu'après une enquête préalable, qu'après mûre réflexion?

Il possédait tous les documents recueillis en France et à l'étranger; les idées américaines étaient soutenues et appliquées par les promoteurs du système; les opposants étaient comme les *rari nantes* du poëte, et l'éminent directeur général des services pénitentiaires dominait avec calme et indépendance les opinions les plus contradictoires.

Lorsque parut dans *le Droit* l'étude sur l'emprisonnement individuel de Mazas, de M. Berryat Saint-Prix, conseiller à la cour impériale de Paris, je fus désagréablement surpris de voir que le savant magistrat n'avait tenu aucun compte de mes travaux, qu'il avait complétement passé sous silence les objections, les conseils, les projets d'améliorations. Circonstances singulières!

Les notes sur lesquelles M. Berryat rédigeait son travail, en 1860, lui avaient été fournies par la direction de Mazas, et ses articles étaient insérés dans ce même journal qui écrivait le 29 avril 1858 : « Inspirée par les meilleurs sentiments, riche de faits et de calculs, écrite d'un bon style, la brochure de M. de Pietra Santa est particulièrement digne d'intérêt. »

Comme les idées que j'avais émises, au dire du rédacteur en chef, restaient avec toute leur valeur, j'accédai à son désir de ne pas engager une nouvelle polémique.

A l'apparition du remarquable *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*, j'ai pris connaissance de l'article *Système pénitentiaire;* mais en voyant M. Tardieu adopter les statistiques et les appréciations de M. Berryat Saint-Prix, j'ai senti la nécessité de demander la parole pour amoindrir, autant qu'il serait en mon pouvoir, l'autorité de ses conclusions.

Je viens protester avec d'autant plus de confiance que l'intervention de l'Académie dans le débat ne me paraît pas avoir été aussi significative que le pense le savant professeur.

Jugez-en plutôt!

A la page 267 du tome troisième de la deuxième édition, M. Tardieu s'exprime en ces termes :

« Depuis l'époque où a paru la première édition de ce livre, malgré *l'opposition persistante* de quelques publicistes et notamment de M. de Pietra Santa, dont l'Académie de médecine *n'a pas voulu sanc-*

---

s'engage hardiment, Dante prend pour guide Virgile, que la légende avait transformé en magicien, et il découvre le congrès de ces sages d'autrefois qui furent les saints et les héros des anciens temps : Homère, le poëte souverain, qui plane comme l'aigle au-dessus de tous les autres; Caton, ce modèle de sagesse, qui garde l'entrée du purgatoire; Aristote, qu'il appelle le maître de ceux qui savent :

« Poi che 'nnalzai un poco più le ciglia,
« Vid 'l maestro de color che sanno,
« Seder tra filosofica famiglia.
« Tutti l' ammiran, tutti onor gli fanno. »
(INF., cant. IV, 44.)

Et qui compte-t-il parmi cette cour d'admirateurs? D'abord Socrate et Platon, ses plus proches voisins, et puis Démocrite, Diogène, Anaxagore, Thalès, Empédocle, Héraclite, Zénon, Dioscoride, Orphée, Cicéron, Linus, Sénèque le moraliste, Euclide, Ptolomée, Hippocrate, Avicenne, Galien, et finalement Averroës, le grand commentateur d'Aristote; en somme, les plus illustres représentants de la philosophie, des sciences mathématiques, physiques et naturelles, et de la médecine.

Dante était trop religieux pour exclure Orphée et Linus, personnages presque mythologiques, et il était trop de son temps pour refuser aux deux Arabes Avicenne et Averroës une place dans ce cénacle de grands hommes. L'opinion n'avait point changé lors de la grande renaissance, qui fut comme la réalisation du rêve que firent successivement au déclin du moyen âge les trois maîtres de la langue italienne : Dante, Boccace et Pétrarque.

La philosophie grecque, puisée aux sources originales, ne tarda pas à ruiner la philosophie des commentateurs arabes, parce que ces derniers, malgré leur subtile dialectique, n'avaient proprement rien inventé, se bornant à expliquer ou à interpréter le plus souvent de travers des textes dénaturés par des traductions infidèles. Dès qu'on sut le grec en Europe, on découvrit que les philosophes arabes n'étaient que des écoliers, et pour ainsi dire les singes des Grecs. Or il est dans les destinées de la métaphysique de subir des transformations pour se perpétuer; elle ne peut vivre qu'à la condition de se renouveler, à moins qu'elle ne s'abrite sous l'aile protectrice de la théologie. Ce fut le cas du moyen âge, et il ne faut pas chercher en dehors de cette alliance avec le dogme religieux l'explication du long règne de la scolastique. Platon fut admiré, respecté et vénéré comme un oracle, sauf quelques rares exceptions, par les premiers Pères de l'Église, parce que les esprits qui travaillèrent à la lente élaboration du dogme suivaient naturellement l'impulsion de l'école alexandrine, et que dans cette école les doctrines de Platon se prêtèrent merveilleusement à la construction de ce mysticisme philosophique et de cette métaphysique religieuse qui naquirent au contact de l'Orient, des travaux des théosophes alexandrins. A le bien considérer, l'évolution théologique, dont le germe primordial était éclos à Jérusalem, compte trois grandes dates, ou mieux trois étapes : Alexandrie, Constantinople et Rome, qui représentent les

tionner les idées; malgré l'abandon par l'administration supérieure sinon des principes, du moins des applications du régime d'emprisonnement cellulaire; mes opinions, mes convictions n'ont pas varié, et je persiste à croire que tout système pénitentiaire vraiment moralisateur doit conserver une place aux prisons cellulaires.

« Non pas que je me déclare partisan absolu de ce régime à tous les degrés et dans tous les modes de la pénalité, mais parce qu'il me paraît l'emporter sur tous les autres, au point de vue dominant, de l'expiation et de la dignité morale du condamné. »

J'en demande pardon à mon éminent contradicteur, mais peut-on dire d'une manière aussi absolue que l'Académie n'a pas voulu sanctionner mes idées?

Tel aurait pu être le résultat de la discussion publique, mais tant qu'il n'y aura pas de conclusions votées, il m'est permis de penser, avec M. Collineau, « que la commission ne voulait rien décider entre M. Lélut et de Pietra Santa relativement à la folie et au suicide dans la prison Mazas;

« Qu'elle laissait à chacun de ces messieurs la responsabilité de ses opinions personnelles sur cette prison et sur des faits qu'elle n'avait pas constatés;

« Que relativement à la valeur de l'emprisonnement cellulaire en général, comparé avec la détention collective, elle ne voulait engager ni sa responsabilité ni celle de l'Académie, avant de nouvelles études! »

Tout le monde a compris cette sage réserve. Quoi qu'il en soit, sans vouloir rentrer dans le cœur de la question, sans avoir la prétention de résumer les arguments des opinions extrêmes, je vais énoncer les chiffres et les faits invoqués par mes adversaires, et dans ces chiffres comme dans ces faits je chercherai la confirmation péremptoire des idées que j'ai eu l'honneur d'exposer devant vous.

Dans toutes les discussions relatives au régime cellulaire, il importe, avant tout, de faire deux grandes distinctions entre le système préventif et le système répressif.

Comme le prévenu peut être innocent, il faut tout à la fois :

1° S'astreindre aux exigences de l'instruction, qui réclame le secret, c'est-à-dire l'impossibilité des conseils venus du dehors;

2° L'éloigner des relations du dedans qui peuvent le corrompre;

3° Le sauvegarder contre les causes de toute nature, susceptibles d'altérer sa santé ou de troubler son intelligence.

L'ensemble de ces précautions est d'autant plus nécessaire, que la durée moyenne de la prévention est encore aujourd'hui de deux mois.

Pour ce qui concerne le condamné, il est indispensable que la peine qu'il subit soit réellement conforme à l'esprit du texte de la loi qui a été appliquée au moment de la condamnation.

En partant de ce principe, il ne peut pas y avoir de règle absolue de détention; car cette cellule dont le séjour sera réclamé par des gens ayant reçu une certaine éducation, un commis infidèle, un comptable égaré par exemple, parce qu'elle évite la promiscuité, le contact des pervers, cette même cellule sera insupportable pour l'homme élevé aux champs, dénué d'instruction, privé de l'énergie nécessaire pour se trouver face à face avec lui-même.

Voici donc, dans des circonstances absolument diverses, une aggravation de peine qui n'est ni dans l'esprit ni dans le texte de nos codes.

Nous aggravons la peine du commis en le forçant à vivre avec des criminels.

Nous aggravons la peine du paysan en le condamnant à une solitude funeste.

En d'autres termes, si nous avons le devoir de placer le prisonnier dans les conditions qui sauvegarderont sa moralité et ses penchants honnêtes, nous n'avons pas le droit de l'exposer à une perversion certaine de l'intelligence.

Les Anglais sont entrés dans cette voie, en considérant la cellule comme un élément du *probation system;* arme à deux tranchants, elle est nuisible ou féconde suivant la main qui en dispose, suivant le caractère de l'homme auquel on l'applique.

On y renferme pendant six mois, un an, le détenu que la société veut éloigner de son sein, et confiner au delà des mers dans une colonie pénitentiaire.

On veut mater le *convict*; on énerve le corps pour avoir plus facilement raison de l'esprit et de la volonté, c'est plus logique!

Sans doute, cette étude préalable du régime auquel doit être soumis le prisonnier présente des difficultés; mais c'est dans son application que résident les meilleures conditions d'un système pénitentiaire.

C'est pour obéir à cette nécessité que nous demandions de placer à la tête des grandes maisons des hommes intelligents, instruits, charitables; investis d'une grande autorité, ils occuperaient une place plus élevée dans l'opinion publique, et ils seraient rétribués en proportion de leur dévouement et de leur abnégation.

Ce sont aussi ces principes qui avaient inspiré à votre très-regretté collègue le docteur Ferrus sa classification :

De pervers intelligents, chez qui toutes les fautes sont réfléchies, préméditées;

De vicieux bornés, qui se livrent au mal par manque de discernement, par indifférence pour le bien;

D'ineptes, ayant subi plusieurs condamnations sans les comprendre.

Qui oserait proposer le même système pour chacune de ces catégories?

Abordons les détails relatifs aux aliénations mentales et aux suicides.

Dans mes précédents mémoires, après avoir constaté la difficulté de réunir de bonnes statistiques et la possibilité de comparer des cas très-dissemblables, j'ai énuméré les caractères principaux de la folie pénitentiaire.

Les troubles de l'intelligence inhérente au système prennent naissance chez des individus qui jouissaient antérieurement d'une parfaite santé, sans prédispositions héréditaires ou acquises. Ils sont facilement modifiés par un traitement convenable; ils disparaissent avec la cause première.

Il suit de là que, pour nous autres médecins, l'histoire d'un cas d'aliénation mentale survenu dans la cellule, et décrit minutieusement avec ses manifestations successives, sera plus instructif que le

---

périodes successives d'élaboration, de controverse et d'autorité ou d'infaillibilité. Quand Rome fut la maîtresse, quand elle eut ressaisi au nom du nouveau dogme la suprême puissance qui s'était écroulée sous le terrible choc de la barbarie, tout l'Occident fut de nouveau sous sa main, et une unité autrement redoutable que celle de l'ancien empire pesa sur toutes ces races qui, se disciplinant enfin après la grande invasion, se groupaient en peuples pour s'organiser plus tard en nations.

Le monde occidental est positif, et quand il ne l'eût pas été dès les premiers temps du moyen âge, il fallait de toute nécessité qu'il fût régi, non plus par une espèce de poétique, telle que l'avait fournie à l'Eglise naissante la philosophie platonicienne, mais par un vrai code, capable de satisfaire les esprits et surtout de les contenir par cet appareil de démonstrations péremptoires qui trompent ou abusent la raison, en donnant ample pâture au raisonnement. L'organon d'Aristote fournit tout un arsenal d'arguments aux docteurs qui rédigèrent ces codes connus sous la dénomination de sommes théologiques, et qui restent comme les monuments les plus authentiques de cette science générale qu'on appelait la scolastique, et dont on se ferait une idée inexacte, si on la prenait pour autre chose que ce qu'elle était en réalité, à savoir : l'incarnation du principe d'autorité dans le domaine de l'intelligence et du sentiment, dans la science et dans la croyance.

On ne conteste point l'influence que les Arabes exercèrent sur la scolastique; mais on a trop peu remarqué que les philosophes arabes, malgré leur servilité comme commentateurs et copistes, avaient parfois des élans d'indépendance. Non qu'ils fussent naturellement émancipés et tourmentés d'une curiosité inquiète; mais du moins le respect de l'autorité n'émanait chez eux que d'une source unique : l'admiration du maître dont ils exposaient les doctrines. Aussi leur arriva-t-il de retirer de la philosophie aristotélicienne des conséquences légitimes, mais capables de paralyser par leur hardiesse l'esprit de spéculation des docteurs scolastiques les plus avancés. Ce fut le cas d'Averroës. Sans penser précisément avec originalité, ce médecin philosophe fit une révolution dans les écoles, parce qu'il fut bien près de découvrir le véritable Aristote, bien différent de celui qui trônait dans les universités comme le prince des docteurs.

J'ai remarqué que les adversaires d'Averroës, dès le treizième siècle, s'accordent parfaitement avec les philosophes-humanistes de la Renaissance, qui protestèrent contre Aristote, en haine de la scolastique. Il ne faut pas trop s'étonner de voir une des lumières du seizième siècle, Jean-Louis Vivès, supérieur, selon mon jugement, à son maître Erasme, reprendre contre Averroës les attaques de Ramon Lull, le docteur illuminé et l'homme du moyen âge qui connut le mieux la philosophie arabe. L'averroïsme menait à quelque chose de plus que l'hérésie. Aussi Averroës fut-il persécuté par ses compatriotes, si tolérants en général pour la spéculation pure, et peu s'en fallut qu'il n'eût le même sort que Socrate.

Ce n'est point à tort qu'on distingue aujourd'hui le dogme religieux

chiffre qui établira la plus ou moins grande proportion d'aliénés pris en bloc, sans examen possible des antécédents.

Je n'insisterai pas sur les conditions morbides qui se présentent tous les jours, mais je ne puis résister au devoir de vous citer une lettre du docteur Laforgue (de Toulouse); elle est datée du 26 avril 1855, par conséquent ce n'est pas un argument de circonstance :

Toulouse, 26 avril 1855.

« Un fait récent, qui malheureusement atteint un confrère, vient à l'appui de vos conclusions qui sont l'expression de la vérité.

« Prévenu d'un délit grave, ce médecin jeune, et d'une imagination ardente, fut arrêté et placé au secret pendant trois mois que dura l'instruction longue et ténébreuse de cette affaire, dont une dénonciation était la seule base. Pendant ce temps, ce malheureux confrère écrivait mémoires sur mémoires, lettres justificatives de toutes sortes.

« Seul avec ses idées, séparé de ses amis, de ses parents, abandonné de tous, il n'a pas tardé à éprouver un trouble marqué dans l'intelligence.

« Après trois mois, il a été déclaré innocent faute de preuves.

« Aujourd'hui, ce prévenu, innocent et rendu à la société est complétement privé de sa raison, et avant d'entrer dans une maison de santé, où il finira ses jours, il me disait dans un moment lucide :

« Je suis victime de la législation. Pendant le temps que j'ai passé « en prison, j'ai senti que je perdais la tête; la présence, la vue seule « de ma femme m'aurait sauvé, la solitude dans une cellule est mor- « telle; je ne comprends pas comment je ne suis pas mort. »

Hélas! ajoute M. Laforgue, il n'a que peu de temps à vivre.

Ce fait n'est pas isolé, c'est pour ainsi dire le type de tous ceux que l'on peut observer tous les jours.

Et quoi! en présence de pareils résultats, vous ne sentirez pas l'émotion vous monter au cœur, et vous n'applaudirez pas à cette haute initiative qui toujours attaque le mal dans sa racine sans se préoccuper des mesquines exigences de la routine!

Quels sont les meilleurs moyens de prévenir les accidents?

C'est d'abord de fournir du travail au détenu (parce que la plupart des natures ordinaires ne sont pas habituées à réfléchir, à se trouver en face d'elles-mêmes); c'est ensuite de le surveiller de près, afin que l'intervention du médecin se manifeste aussitôt par la mise en cellule double ou le transfèrement dans une maison en commun.

Les statistiques que j'avais recueillies à Mazas et aux Madelonnettes, de 1850 à 1854 donnaient :

Pour Mazas..........	71 cas de folie	sur 27,000 prisonniers.
Pour les Madelonnettes..	41	—	pour 14,000 —

D'après les chiffres communiqués à M. Berryat, il y a eu à Mazas :

De mai 1850 à mai 1852,	9 cas sur	12,542 détenus.
Soit....	1	—	1,393 —
De mai 1852 à mai 1860,	36	—	60,766 —
Soit....	1	—	1,687 —

Il y aurait donc une amélioration dans cette deuxième période, amélioration que je ne puis adopter que sous bénéfice d'inventaire, par les raisons que j'ai énumérées plus haut.

Ce qui me confirme dans cette manière de voir c'est que, d'une part, en suivant les calculs de M. Berryat, on arrive à admettre qu'il y a moins de cas de folie à Mazas que dans la vie commune.

D'autre part, en consultant mes relevés des Madelonnettes, j'arrive toujours à cette conclusion :

Qu'à Mazas, il y a des cas de folie bien constatés nés dans la maison même;

Qu'aux Madelonnettes, à quelques rares exceptions près, les fous viennent du dehors.

SUICIDES.

Dans les quatre premières années de l'existence de Mazas, il s'est produit :

Sur une population flottante de 25,268 prisonniers, 26 suicides et 43 tentatives, c'est-à-dire 1 suicide sur 971 prisonniers, 1 tentative sur 765.

Dans les sept années suivantes :

Sur 52,000 prisonniers, 28 suicides, c'est-à-dire 1 suicide sur 1,800.

J'ignore le chiffre des tentatives. Cette notion était très-importante, mais on ne la connait pas au ministère de l'intérieur, et il est à regretter qu'elle n'ait pas été fournie à M. Berryat par la direction de Mazas.

En prenant en bloc les deux périodes de mai 1850 à mai 1860, on compte sur 75,000 détenus environ :

54 suicides, c'est-à-dire 1 sur 1,388.

Il y a évidemment une diminution; mais il ne faut pas exagérer l'importance de ces résultats qui sont encore loin du chiffre :

1 suicide sur 12,000 détenus des prisons en commun, et ne pas chercher à prouver, de déductions en déductions, de calculs en calculs, que le suicide dans la population libre de Paris est à peu de chose près aussi fréquent qu'à Mazas, 1 sur 1,512.

L'argument tiré de l'absence des accidents en 1860 n'a pas grande valeur; d'abord il y a eu 1 suicide à la fin de 1860 après la publication du travail de M. Berryat. Puis ensuite on ne doit pas oublier que l'année précédente on avait compté 9 suicides, c'est-à-dire autant qu'en 1853.

Il est donc indispensable de prendre les résultats dans l'expression de leur généralité pendant une série d'années; de cette manière, après avoir reconnu que le chiffre des suicides a réellement diminué à Mazas dans cette dernière période de sept ans, je fais observer immédiatement qu'à la diminution des suicides correspond la génération du travail.

En 1850, indépendamment du triage des légumes, trois industries étaient exploitées à Mazas (cordonnier, tailleur, chaussonnier), occupant 300 individus sur 1,200.

En janvier 1859, on compte	450 détenus gagnant par mois		1,600 fr.
En — 1860	—	808	—	3,000
En juillet 1860	—	860	—	3,300

Le problème du travail est donc résolu selon nos vœux, et avec le travail — le repos de l'esprit, — l'amélioration matérielle dans la nourriture, — l'épargne pour le moment de la sortie.

---

on la théologie, qui est le fondement de toute religion positive, du sentiment religieux, qui est le principe et la source de toute vraie religion. Il faut tenir grand compte de cette distinction très-légitime pour bien comprendre la réaction qui éclata contre Aristote dès les premiers temps de la renaissance. La source véritable de cette réaction violente était cet élément mystique qui couvait comme un ferment, et qui se manifesta dans des conditions assez analogues à celles qui avaient favorisé l'éclosion et le développement du néoplatonisme alexandrin.

En quoi, je le demande, les disciples fanatiques de Platon de la république florentine différaient-ils des mystiques alexandrins? et ceux-ci ne furent-ils pas réhabilités par leurs successeurs de la Renaissance? Platon fut honoré et vénéré comme un saint par ces esprits élégants, poétiques et un peu nuageux qui, tout en s'avouant catholiques et orthodoxes, rêvaient déjà, au milieu des agitations de la réforme, ce christianisme moitié philosophique, moitié mystique, après lequel soupirent de nos jours tant d'âmes en peine. Aristote, même au temps de sa plus forte autorité, ne fut jamais que le représentant du principe dogmatique ou du dogme, le premier des docteurs; tandis que Platon, si séduisant, finit par redevenir ce qu'il avait été un peu dans l'Église primitive, un rival ou un auxiliaire du fondateur du christianisme, ou du moins un de ses apôtres, une sorte de saint Jean païen. C'est ainsi que s'expliquent la retentissante ruine de la philosophie aristotélicienne et le discrédit du grand commentateur arabe, mentionné avec tant d'honneur par le poëte florentin :

« Averrois che'l gran commento feo. »

Si Averroës n'eût été que médecin, son règne se fût perpétué deux ou trois siècles de plus, comme celui de son compatriote Avicenne. Celui-ci eut l'honneur d'être brûlé avec Galien, en place publique de Bâle par ce fou de Paracelse, qui trouva bon de renouveler la représentation qu'avait donnée dix années auparavant à Wittemberg le moine augustin Martin Luther. Avicenne et Galien étaient de fait aussi inséparables que les bulles et les décrétales. Mais de même que l'ancien droit romain ne prévalut qu'après une longue lutte sur le droit canonique, de même la pure médecine grecque, qui devait ramener les esprits aux vrais principes de l'observation féconde, ne triompha qu'assez tard des doctrines qui s'imposaient sous l'autorité de Galien et de son commentateur.

Fernel, le premier des médecins modernes qui enseigna et exposa la médecine avec clarté, avec élégance, et d'une façon vraiment magistrale. Fernel, suivant la juste remarque de Duret, qui est une épigramme, employa son talent à mettre en excellent latin toutes les billevesées des Arabes, et n'eut pas assez d'énergie pour oser être le restaurateur de la médecine hippocratique. Bordeu, qui a jugé Fernel avec sa finesse habituelle, a dit avec raison de ce professeur illustre : « Il joua un rôle tout opposé à celui de Cælius Aurelianus : celui-ci écrivit d'une manière la plus barbare; mais il copia d'excellents modèles. Fernel s'attacha au char pesant des Arabes et des sectateurs

Où se trouvait donc la vérité en 1851 et 1855? Du côté de M. Lélut, affirmant que le chiffre des suicides, 1 sur 1,059, n'avait rien d'exorbitant, qu'il coïncidait avec celui du département de la Seine; de M. Lélut, très-satisfait des conditions du prisonnier, ou du côté de M. de Pietra Santa, effrayé de la quantité considérable des suicides, et réclamant le travail, c'est-à-dire la conséquence forcée de l'isolement, le correctif obligé du mode de détention?

Où trouve-t-on plus de libéralité, dans le camp de ceux qui déclarent toute discussion inutile, — qui blâment de pareilles recherches, — qui suscitent de sourdes taquineries, — qui dénoncent une opposition persistante, ou dans le camp des administrateurs intelligents qui appellent de tous leurs vœux l'étude, la discussion, l'examen?

J'accepte donc les résultats obtenus avec une entière satisfaction, car j'y trouve la confirmation des idées et des principes que j'ai soutenus.

Je n'étais pas venu combattre le système à tort et à travers; mais avec un calme et une modération qu'ont bien voulu reconnaître mes principaux adversaires, j'ai présenté des faits, énoncé des chiffres, émis des doutes, constaté des résultats fâcheux.

En signalant le mal, j'ai indiqué les moyens de le restreindre, de l'amoindrir.

Si donc aujourd'hui les accidents relatifs à la folie et aux suicides ont diminué dans une proportion très-significative, constatons que les remèdes proposés étaient aussi opportuns qu'efficaces.

Le seul rôle que j'ai voulu jouer, c'est celui si heureusement décrit par M. A. Latour.

« La science médicale ne peut avoir la prétention de faire des lois ou même des systèmes de détention pénitentiaire. Au législateur d'examiner les droits et les devoirs de la société, pour la prémunir contre les inconvénients de tel ou tel système, à lui seul de s'élever à ces hauteurs de philosophie sociale d'où l'on n'aperçoit plus quelques souffrances individuelles, obscurcies qu'elles peuvent être par le bien général.

« Le médecin doit rester l'avocat des misères du corps. Partout où il les rencontre, il les signale, il cherche à les soulager ou à les prévenir. »

Rester fidèle à un pareil programme, ce n'est pas professer une opposition blâmable, et de pareilles idées ne peuvent pas être considérées comme subversives, et indignes de la sanction de l'Académie de médecine.

M. de la Baume, avocat général à la cour de Montpellier, dans une brochure intitulée *le Régime cellulaire devant ses détracteurs*, s'exprime en ces termes, au sujet de ma brochure :

« C'est un mélange de données statistiques et d'arguments philosophiques déduits avec une grande vigueur et une entière netteté. »

En me faisant hommage de son travail, cet éminent magistrat m'écrivait :

« Nous pourrions au surplus être l'un et l'autre dans le vrai; car vous avez principalement en vue l'intérêt hygiénique des prisonniers, et je me préoccupe avant tout de leur moralisation.

« Comme médecin, vous avez tout naturellement songé à la santé des détenus.

« Comme magistrat, je me suis laissé dominer par le désir bien naturel de voir diminuer le nombre des récidives. »

Permettez-moi en finissant, de vous signaler les restrictions assez caractéristiques posées par MM. Berryat Saint-Prix et Tardieu.

Le premier considère la cellule comme une aggravation de peine tellement grande, qu'il demande une loi devant tenir compte aux condamnés placés en cellule, d'une certaine durée en sus de la captivité réellement subie.

Il propose même de réduire la peine à moitié parce que *la rigueur de la cellule justifie cette déduction!*

Le savant professeur ajoute :

Non pas que je me déclare partisan absolu de ce régime à tous les degrés et dans tous les modes de pénalité.

Mais pourquoi cette restriction, puisque pour vous le système cellulaire *l'emporte sur tous les autres, au point de vue dominant de l'expiation et de la dignité morale du condamné?*

Pourquoi cette restriction, du moment où vous acceptez comme normal le chiffre des aliénations mentales et des suicides!

Pour ne pas abuser de votre bienveillance, permettez-moi de me résumer en ces termes :

Je voudrais conserver la cellule, c'est-à-dire la séparation corporelle, l'impossibilité de la promiscuité, avec la privation des conseils pervers et la puissance de la moralisation. Mais je ne veux pas du système cellulaire d'une manière absolue, dans les éléments constitutifs de son organisation; qu'il s'appelle système français, système d'Auburn, ou système de Philadelphie, parce qu'il attaque et détruit dans son essence première, l'intelligence de l'être *créé à l'image de Dieu!*

OBSTÉTRIQUE.

De l'hydrocéphalie du fœtus considérée comme obstacle a l'accouchement; par le docteur R. Chassinat, médecin à Hyères (Var), lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Montyon) et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

(Suite. — Voir les nos 29, 30, 37 et 39.)

Signes de l'hydrocéphalie du fœtus dans la présentation du siége. — Si des difficultés si nombreuses et si graves viennent s'opposer à la fixation du diagnostic de l'hydrocéphalie fœtale, quand la tête se présente, que sera-ce donc quand il y aura présentation de l'extrémité pelvienne?

Baudelocque se plaçant toujours sans doute dans l'hypothèse que l'examen des parties est possible et a été fait d'une manière complète, prétend que, même dans ce cas, le diagnostic est très-facile. Dans ces conditions, on peut le comprendre jusqu'à un certain point; mais cette possibilité d'un examen complet ne se rencontre pas toujours. Je dirai plus, on ne pense même pas le plus souvent à pratiquer cet examen, à moins d'avoir déjà quelque soupçon que l'on a affaire à une hydrocéphalie; or on a vu par les faits cités que, par suite de la rareté de la maladie, ce soupçon ne vient presque jamais à l'esprit.

---

corrompus de Galien; mais il fit un corps élégant de leur doctrine fastidieuse (1). »

Fernel ne manqua point de successeurs. Quiconque a lu Guy-Patin connaît les emportements de ce caustique censeur contre les partisans de la médecine arabe. Dans la seconde moitié du dix-septième siècle, un savant médecin hollandais, professeur de l'Université de Louvain, Vopisque Fortuné Plemp, auteur d'une excellente traduction partielle du canon d'Avicenne, rempli d'admiration pour le médecin arabe, le compare à saint Thomas, comme il compare Hippocrate à la *Bible*, et Galien à saint Augustin.

Le rapprochement est assez ingénieux, et à le bien considérer, fondé en raison (2). Le canon d'Avicenne jouissait en effet dans les écoles de médecine d'une aussi grande autorité que la *Somme* de saint Thomas dans les écoles de théologie. C'était aussi un code ou une règle, comme son titre l'indique. Et pourtant Avicenne, semblable encore en ce point à saint Thomas, n'était qu'un compilateur et un copiste; mais il était doué de cet esprit de coordination et de discipline que le moyen âge admirait infiniment plus que l'originalité.

(1) Bordeu, *Rech. sur l'hist. de la méd.*, chap. II, § 5, p. 596, t. II de l'édit. Richerand.

(2) V. l'avant-propos de Plemp « *Ad lectores medicos*, » dans son *Avicenne*, Louvain, 1658, 2 vol. pet. in-fol.

De tout ce qui a été exposé jusqu'ici, nous concluons que la tradition arabe était très-puissante en Occident, puisqu'elle dura et se perpétua plus de deux siècles après la renaissance gréco-latine. De ce fait incontestable, nous tirons une autre conclusion : c'est que l'influence des Arabes en médecine remonte bien plus haut que ne veulent l'admettre aujourd'hui quelques médecins érudits qui, dans l'étude de la médecine durant le moyen âge, s'attachent un peu systématiquement ou de parti pris, à saisir une tradition tout occidentale que nous croyons imaginaire, et contre laquelle nous ferons valoir des arguments tirés de l'histoire, en examinant l'introduction de notre docte confrère le docteur Ch. Daremberg, à *l'Ecole de Salerne*, traduite en vers français par M. Ch. Meaux Saint-Marc (1). Ce dernier a fait de son mieux pour rendre accessible et agréable au commun des lecteurs la traduction d'un texte qui n'est ni élégant ni poétique. Les vers léonins de l'Ecole de Salerne valent encore moins, et ce n'est pas peu dire, que les détestables vers politiques qui marquèrent l'extrême décadence de la poésie grecque. Il ne faut y chercher ni harmonie, ni rhythme, ni mesure. Rien n'est moins littéraire que ces vulgaires aphorismes rédigés parfois avec une conci-

(1) *L'Ecole de Salerne*, traduction en vers français par M. Meaux Saint-Marc avec le texte latin en regard, précédée d'une introduction par M. le docteur Ch. Daremberg. Paris, J. B. Baillière et fils, 1861, in-18, LXX-342 pages.

Il y a donc lieu de dire avec Delatourette, pour la présentation du siége et sans aucune restriction, ce qu'il disait pour toutes les présentations dans le cas d'hydrocéphalie, que le diagnostic est très-difficile dans l'immense majorité des cas.

En effet, qu'observe-t-on dans ces cas? Le siége s'est présenté, il a franchi avec la plus grande facilité; le tronc a suivi; tout fait espérer un accouchement heureux et rapide; les douleurs sont intenses, rapprochées; la femme est jenne, forte; elle fait valoir ses douleurs avec toutes les ressources de son âge et de sa constitution: vain espoir! Le travail s'arrête tout à coup. La tête arrivée au détroit supérieur n'avance pas; est-il possible de reconnaître ce qui s'oppose à son passage?

Supposons que le toucher est facile, que le tronc du fœtus n'est pas assez volumineux pour obstruer complétement les parties, et qu'il permet au doigt de pénétrer entre l'orifice et le cou de l'enfant, et d'aller chercher sur la portion de la tête qui se présente, c'est-à-dire sur la base du crâne, les sigoes propres à l'hydrocéphalie. On sent l'occipital, quand cet os est très-large (obs. 28), et surtout quand en même temps il est mince, son étendue extraordinaire et le peu de résistance qu'il offre à la pression du doigt, peuvent fournir un signe utile; mais il est rare qu'il en soit ainsi. Le plus souvent le développement en largeur de l'occipital n'est pas proportionnel à celui des autres os du crâne; il est moins large et partant moins mince qu'eux; il ressortira peu de chose dès lors de son examen. La fontanelle postérieure est large, mais on ne peut parvenir jusqu'à elle; les branches de la suture lumbdoïde, les fontanelles mastoïdiennes sont plus larges qu'à l'état normal, mais il est encore difficile de les atteindre, et, par conséquent, d'avoir de leur état une connaissance exacte. Ce n'est pas tout, la largeur insolite de ces espaces membraneux sera-t-elle rapportée à sa véritable cause, si l'on n'est pas prévenu déjà, ce qui n'arrive jamais, pour ainsi dire? C'est ici que les anomalies dans la consistance des os d'une tête bien conformée, dont j'ai parlé précédemment, viennent encore s'ajouter aux causes d'incertitude, car c'est à ces anomalies que l'on pense d'abord, mais à l'hydrocéphalie, jamais.

Il est un signe que l'on indique dans l'une des observations citées (obs. 22), c'est qu'après l'évacuation des eaux et la sortie du tronc, l'utérus reste plus volumineux qu'à l'ordinaire, ce qui serait dû alors à la tête du fœtus énormément distendue. Ce signe n'est pas à négliger, et uni à d'autres, si l'on a pu en recueillir, il peut avoir son utilité. J'en ai tenu compte dans le cas que j'ai observé (obs. 28), mais considéré en lui-même il a peu de valeur, car il n'y a pas qu'une tête de fœtus hydrocéphale qui puisse faire conserver à l'utérus un volume plus considérable qu'à l'état normal, avec les conditions de mollesse observées dans ce cas; un gros arrière-faix, une épaisseur plus grande des parois utérines, quelque tumeur, quelques caillots de sang, une certaine quantité d'eau restée après la rupture des membranes, etc. : voilà autant de causes qui, ajoutées au volume d'une tête un peu grosse, quoiqu'à l'état normal, suffisent pour rendre l'utérus aussi volumineux ou à peu près que s'il contenait une tête hydrocéphalique.

Il est donc vrai de dire que le plus souvent il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître par les moyens d'investigation ordinaires l'hydrocéphalie fœtale dans la présentation du siége. Les faits le prouvent de la manière la plus évidente, sur les sept observations rapportées précédemment, une fois la maladie a été soupçonnée; et si, dans un autre cas (obs. 25), le diagnostic a été établi à une époque fort avancée du travail, c'est à l'aide d'un moyen d'investigation particulier dont je parlerai bientôt.

Il est une circonstance qui a subitement éclairé le diagnostic, c'est l'infiltration générale du tissu cellulaire du fœtus, survenant tout à coup après une violente traction exercée sur le tronc; ce signe est pathognomonique, mais il ne s'est offert que deux fois, et quand par lui on a reconnu l'hydrocéphalie, cette connaissance était inutile, l'obstacle opposé à l'accouchement était levé, la collection de liquide n'existait plus, et la tête diminuée de volume pouvait franchir facilement, et quand même il eût été nécessaire encore d'aider la nature par une opération chirurgicale, l'intervention de l'art était devenue moins utile que si elle eût eu lieu plus tôt; car la mère, par suite de la longueur du travail et des efforts employés pour le terminer, avait subi déjà les fâcheux effets de l'hydrocéphalie du fœtus.

Quand il s'est agi de la présentation du sommet de la tête, j'ai dit que s'il était impossible de fixer le diagnostic par le toucher digital, il ne fallait pas craindre d'introduire la main dans l'utérus, afin d'acquérir des notions plus précises sur l'état de la tête du fœtus. Ce moyen sera encore applicable ici, et s'il était possible de soupçonner le moins du monde que l'on a affaire à une hydrocéphalie, ce scrait une excellente pratique d'y recourir de bonne heure, et avant de se livrer à de pénibles et infructueuses investigations avec le doigt seul. Mais on comprend que cette introduction de la main dans l'utérus, quand le tronc est en partie au dehors, n'est pas toujours facile, surtout quand l'enfant est volumineux, et cela arrive plus souvent qu'on ne pense communément. En outre, l'orifice utérin irrité par l'obstacle lui-même ou par les tractions qu'il a nécessitées, se contracte souvent spasmodiquement sur le cou de l'enfant; et alors il est difficile de faire pénétrer entre ces deux parties fortement serrées l'une contre l'autre, la main et même quelques doigts. Il en résulte que ce moyen d'exploration, si rationnel et si important en général, est d'une application moins facile et moins sûre que dans les cas de présentation de la tête. Néanmoins il y aura toujours sagesse à y avoir recours, parce que les difficultés qui pourraient gêner son emploi, telles que la contraction spasmodique du col utérin, par exemple, pourront être surmontées à la fin avec des ménagements et de la patience, sans parler des moyens médicaux appropriés.

Une fois la main introduite dans l'utérus et placée sur la tête du fœtus, il sera facile de constater l'altération dont elle sera le siége par les caractères qui tant de fois ont été énumérés, comme cela a été fait dans l'observation 25, après introduction des doigts dans les parties.

Ne pouvant tenir aucun compte du fait indiqué sans détails par Dugés (mém. cit.), et en l'absence d'autres observations, je ne saurais dire ce qui surviendrait si l'épaule ou toute autre partie du tronc se présentait, le fœtus étant hydrocéphale. Toutefois, il est facile de comprendre que la version étant indiquée par la présentation vicieuse, les choses seront ramenées, après cette manœuvre, à un de ces cas dont il a été parlé, et dans lesquels le tronc étant hors des

---

sion désespérante, dans une langue indisciplinée, qui échappe également et aux lois de la syntaxe et aux règles de la métrique et de la prosodie. Aussi serait-ce folie de prétendre restituer ces vieilles rapsodies, en se conformant aux principes de la grammaire et de la poétique.

Nous avons souri plus d'une fois en lisant les remarques philologiques qu'un professeur de l'Université catholique de Louvain a cru devoir ajouter à une récente traduction de ces préceptes tant vantés, et dont le fond, selon nous, ne vaut guère mieux que la forme (1). Le docteur Van Biervliet a fait un nouveau commentaire sur les vers qu'il a traduits ou plutôt paraphrasés en prose, et qui lui ont servi de texte ou de prétexte pour faire un petit cours élémentaire de physiologie et d'hygiène à l'usage des gens du monde. L'élégant volume qu'il a publié l'année dernière peut aller sans danger dans les mains de la jeunesse studieuse des pensionnats et des colléges. Il est tout à fait inoffensif.

L'interprète belge des préceptes de l'Ecole de Salerne n'a rien négligé pour rendre ces préceptes utiles et d'une application facile; et il

(1) Les préceptes de l'Ecole de Salerne, à l'usage du roi d'Angleterre, traduits et commentés par A. L. Van Biervliet, professeur de physiologie et de pathologie à l'Université catholique de Louvain, membre honoraire de l'Académie royale de médecine de Belgique. Louvain, Ch. Peeters, éditeur. Paris, J. B. Baillière, 1863; in-8, xvi-332 pages.

a profité de leur insignifiance même pour répandre des notions qui ne sauraient nuire à personne sur les moyens de conserver la santé.

M. Meaux Saint-Marc n'a point fait le docteur; il s'est simplement donné la tâche, selon moi très-ingrate, de rendre en vers français, simples et familiers, corrects le plus souvent, et parfois très-spirituels, le texte de l'Ecole de Salerne. Pour donner au lecteur un échantillon de sa façon de versifier, nous reproduisons ici le texte du préambule, et la traduction de ce morceau, qui nous paraît incontestablement le meilleur de tout le recueil :

« Anglorum Regi scribit schola tota Salerni :
Si vis incolumem, si vis te vivere sanum,
Curas tolle graves, irasci crede profanum,
Parce mero, cœnato parum; non sit tibi vanum
Surgere post epulas; somnum fuge meridianum;
Ne mictum retine, ne comprime fortiter anum.
Hæc bene si serves, tu longo tempore vives.
Si tibi deficiant medici, medici tibi fiant
Hæc tria : mens læta, requies, moderata diæta. »

Voici comment le traducteur-poëte a rendu cette dédicace :

« L'Ecole de Salerne au grand roi d'Angleterre :
Veux-tu jouir en paix d'une santé prospère,

parties l'accouchement se trouve entravé par l'excessif volume de la tête.

Que dirai-je des signes qui pourraient faire reconnaître une tête hydrocéphalique restée dans l'utérus après la séparation du tronc (obs. 17)? On trouve citée, mais sans aucun détail, dans le *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris* (an 1810, n° 3, p. 33), l'observation recueillie par Bilon (de Grenoble) d'une tête hydrocéphalique décollée pendant le travail, et expulsée par les seuls efforts de la nature. Ce cas constitue évidemment une très-rare exception. Le plus souvent, c'est par les moyens de l'art et avec de grandes difficultés que l'on parvient à extraire une tête hydrocéphalique restée dans l'utérus.

Ce que j'ai dit relativement à cette tête avant la décollation peut s'appliquer au cas présent; seulement l'absence du tronc dans les parties rendait l'exploration plus facile. Mais sera-t-elle plus fructueuse? Il y a lieu d'en douter, et les fruits rares que l'on a pu observer le prouvent. Le seul moyen de fixer le diagnostic serait donc d'introduire la main dans l'utérus. Mais on comprend qu'il est ici moins important d'être fixé d'une manière précise sur le diagnostic; car il est évident que tous les efforts de l'accoucheur doivent tendre à agir sur cette tête pour la diminuer; peu importe alors de savoir si son excès de volume est dû à une collection de liquide ou à toute autre cause.

Quelle sera la marche du travail de parturition quand le fœtus sera affecté d'hydrocéphalie? En nous reportant aux observations citées, nous voyons que l'accouchement peut être naturel, et même offrir peu de difficultés, quand la maladie est au premier degré. Il n'est pas nécessaire encore que l'art intervienne, lorsqu'elle n'est qu'au second degré. Il est vrai que, dans ce cas, le travail est plus long, plus pénible; les dangers pour la mère et pour l'enfant sont, par conséquent, plus imminents et plus graves; mais enfin l'accouchement peut être spontané.

En considérant la grande étendue des diamètres de la tête hydrocéphalique, comment peut-on se rendre compte de cette terminaison naturelle de l'accouchement, puisque ces diamètres dépassent quelquefois de plus de 5 centimètres l'état normal? Cela dépend de ce qu'en même temps que la tête est plus volumineuse, elle est plus molle et plus réductible, grâce à la largeur des espaces membraneux qui séparent les os. Elle se conduit alors, jusqu'à un certain point, comme les membranes; elle se moule sur le bassin, elle le franchit en s'allongeant de plus en plus. Néanmoins si son volume était trop considérable, comme les os se seraient agrandis proportionnellement, la réduction qu'éprouve la tête se faisant presque exclusivement aux dépens des espaces membraneux et des parties les plus excentriques des os qui sont minces et demi-membraneuses, il arriverait un moment où la réduction aurait un terme, la tête alors n'ayant pas acquis des diamètres horizontaux qui soient en rapport avec ceux du bassin, ne franchirait qu'en partie et seulement par son sommet; et encore il faudrait que les contractions utérines fussent énergiques et les parties de la mère dans un état parfait de conformation. Ainsi, quand l'hydrocéphalie sera au troisième degré, on comprend facilement que la sortie de la tête sera impossible si elle n'a subi aucune modification qui ait préalablement diminué son volume.

La sortie spontanée de la tête serait également impossible dans le deuxième degré de l'hydrocéphalie, et même peut-être dans le premier degré, si les os étaient complétement ossifiés et les sutures et les fontanelles aussi étroites qu'à l'état normal, comme cela a été observé une fois par Smellie (obs. 15); car alors on comprend qu'il y aurait difficulté énorme, pour ne pas dire impossibilité de réduction suffisante de la tête.

Dans plusieurs des observations citées, on a vu que les douleurs étaient faibles de prime abord, ou bien qu'elles le devenaient dans la suite du travail, après avoir commencé par être assez marquées, et même, dans quelques cas, fort énergiques, au point que des jours entiers se passaient sans qu'on les vît se réveiller. Ce phénomène dépend de plusieurs causes. D'abord on a remarqué que les femmes chez lesquelles on a observé l'hydrocéphalie du fœtus étaient souvent d'une constitution molle et peu vigoureuse; que, par conséquent, il y avait chez elles prédisposition à une inertie primitive ou consécutive de l'utérus.

En outre, on sait combien la distension exagérée des fibres musculaires d'un organe creux diminue leur contractilité; cela est prouvé et s'observe tous les jours pour la vessie, le rectum, etc. Le même phénomène doit être admis pour l'utérus, organe essentiellement musculaire et doué de la faculté continuelle à un très-haut degré, à la fin de la gestation surtout. Or si cet organe a été trop distendu, les fibres portées au delà de leur sphère d'extensibilité perdront de leur puissance de ressort, et ne se contracteront plus avec une énergie suffisante. Cette dilatation excessive de l'utérus a lieu ici, par suite du volume de la tête du fœtus qui est le siége d'un amas considérable de liquide, sans que le tronc offre un volume moindre qu'à l'ordinaire, et quelquefois même le tronc peut présenter dans l'une de ses cavités une hydropisie concomitante de celle du cerveau. De plus on dit avoir rencontré dans quelques cas la coïncidence de l'hydrocéphalie du fœtus avec une hydramnios. Voilà des causes de distension de la matrice qui peuvent rendre compte de la faiblesse de ses contractions pendant le travail de parturition.

Mais quand ces contractions ont été énergiques d'abord, et ont agi sur le fœtus avec une telle intensité et une telle persistance qu'elles ont forcé la tête à s'engager un peu, pourquoi faiblissent-elles et finissent-elles même par se suspendre tout à fait? Il est impossible ici de rapporter cette cessation des douleurs exclusivement aux causes dont je viens de parler; elles peuvent bien y contribuer; mais si l'on fait attention que cette inertie consécutive de la matrice ne survient qu'après un travail déjà assez longtemps prolongé, durant lequel la femme s'est épuisée pour lutter vainement contre un obstacle insurmontable, on devra attribuer à cette fatigue de la matrice et à l'anéantissement de sa force contractile qui en résulte la cessation des douleurs après qu'elles ont été d'abord très-intenses.

On a remarqué que, dans quelques cas d'hydrocéphalie, le cordon ombilical était plus court que dans l'état normal. C'est ainsi que dans l'observation 27 il n'avait que 10 pouces, soit 0m,27, quand la moyenne de longueur du cordon à la fin de la grossesse est de 0m,57. Il était aussi fort court dans le cas rapporté par Delamotte, et de plus

---

Chasse les noirs soucis, fuis tout emportement;
Ne bois que peu de vin, soupe légèrement;
Souviens-toi de marcher quand tu quittes la table;
Du sommeil en plein jour crains l'attrait redoutable:
Crains en toi le séjour de l'urine et des vents.
Fidèle à ces conseils, tu vivras de longs ans.
Es-tu sans médecins? les meilleurs, je l'atteste,
Ce sont, crois-moi: repos, gaîté, repas modeste. »

C'est tout à fait le ton didactique. M. Meaux Saint-Marc, chez qui le savoir n'exclut ni l'esprit ni le goût, et qui n'abuse pas de sa facilité pour rimer des vers médiocres, M. Meaux Saint-Marc qui n'a pas précisément pour l'École de Salerne le même respect que son concurrent en prose, le docteur Van Biervliet, M. Meaux Saint-Marc, pour achever enfin cette trop longue phrase, eût peut-être mieux fait d'emprunter la forme burlesque à la muse familière de Scarron, pour rendre en vers français les préceptes salernitains. J'avoue, pour mon compte, que je fais grand cas de la vieille traduction de 1649, qu'on a tour à tour attribuée à deux médecins de Paris, L. Martin et Guy-Patin. On se souvient du début:

« A vous, Roy de la Grand'Bretagne,
Jadis le pays de Cocagne,
L'Eschole des Salernitins,
En corps escrit ces vers latins, etc.»

Le ton est tout à fait proportionné au sujet.

M. Meaux Saint-Marc a eu ses raisons pour traduire les vers léonins de Salerne en vers alexandrins; et d'ailleurs, il s'est inspiré de l'esprit du texte, qu'il a suivi de près et sans grand effort. Sa traduction n'a pas besoin d'indulgence, et c'est ce que j'en puis dire de mieux. Je le loue aussi d'avoir fait intercaler quelques images dans ce volume, que les éditeurs ont fait très-élégant; celle qui représente les signes du zodiaque dans leurs rapports avec les différentes parties du corps, d'après un manuscrit de la bibliothèque Mazarine, est aussi curieuse qu'instructive.

Ce que je n'aime point c'est le *Traité de la sobriété*, par Cornaro, traduit avec le plus grand soin par M. Meaux Saint-Marc, en prose très-courante. Ce Cornaro, avec ses conseils pour vivre longtemps, n'était qu'un bonhomme dont les radotages devraient être depuis longtemps oubliés. C'est un vieillard tombé en enfance qui écrit pour des enfants. J'eusse préféré un bon résumé des aphorismes de Sanctorius. La notice qu'on a donnée sur ce patient observateur est trop succincte et insuffisante, malgré l'image intercalée dans le texte. Au demeurant, je reconnais que l'insignifiant opuscule de Cornaro est le digne complément de ces préceptes de l'école de Salerne, à l'occasion desquels le docteur Ch. Daremberg a soulevé une grande question que nous examinerons prochainement et avec toute l'attention dont nous sommes capable, avant de clore cette étude sur la médecine populaire.

J. M. GUARDIA.

il était enroulé autour du cou de l'enfant. D'après les faits connus, ce phénomène serait peu fréquent.

Quoi qu'il en soit, la brièveté du cordon ombilical, quand elle existe, peut-elle s'opposer à la sortie de la tête, ou au moins la rendre plus difficile? Cette opinion a été admise par beaucoup d'accoucheurs : il leur semblait que le cordon pouvait être assez résistant, assez adhérent au placenta et celui-ci à l'utérus, pour retenir le fœtus et contre-balancer la force d'expulsion de la matrice. D'autres auteurs, au contraire, repoussent cette doctrine, et Mauriceau, entre autres, la combat en ces termes : « Si court que puisse être le cor« don, il cède toujours assez lors de l'expulsion de l'enfant, parce « qu'à mesure qu'il sort, le fond de la matière auquel est attaché « l'arrière-faix et le cordon qui y tient se rapprochent de l'extérieur. « Cela fait que le cordon cède toujours assez, comme je viens de dire, « nonobstant qu'il soit naturellement court (1). »

Il est possible que la raison donnée par Mauriceau ait quelque valeur; mais il en est une autre plus généralement admise, parce qu'elle est plus en rapport avec les faits : c'est que les connexions du placenta avec l'utérus ne sont presque jamais assez puissantes pour triompher, soit des contractions utérines elles-mêmes qui tendent à le décoller, soit des tractions exercées sur le cordon par le fœtus, et qui agissent dans le même sens. Cela est si vrai que dans l'observation 27, j'ai observé qu'à la suite d'une traction exercée sur le cordon dans l'intention de le relâcher, il s'écoula une ondée de sang qui provenait certainement du décollement d'une portion du placenta.

Baudelocque (2) a consacré plusieurs paragraphes de son ouvrage à combattre cette opinion, que la brièveté du cordon ombilical pouvait ralentir le travail, et ses efforts n'ont pas contribué pour peu à la faire rejeter. Cependant, selon madame Lachapelle (3), Antoine Dubois pensait « que le tiraillement douloureux qu'exerce alors le cor« don sur le placenta, et par suite sur l'utérus, arrête les contrac« tions utérines et suspendent le travail. » Madame Lachapelle ne partage pas cette opinion.

On devra donc regarder la brièveté du cordon ombilical, quand elle existe, comme n'apportant aucun obstacle à l'expulsion du fœtus.

Il peut arriver, et cela s'est présenté, quoiqu'à un degré médiocre, dans l'observation 20, que l'hydrocéphalie du fœtus soit compliquée d'une altération dans l'organisation du bassin de la mère assez marquée pour diminuer ses diamètres dans une proportion telle que l'accouchement pourrait encore être spontané si le fœtus était bien conformé, mais qui ajoute encore de nouvelles difficultés à celles qui existent déjà du côté du fœtus. On a observé dans ces cas que malgré l'existence d'une de ces altérations d'organisation dont je viens de parler, la nature termine encore l'accouchement, mais alors en opérant elle-même ce que l'art eût été appelé à faire, c'est-à-dire en diminuant le volume de la tête du fœtus. J'ai déjà parlé de ces cas dans lesquels, par suite de tractions exercées sur le tronc, et aidées de fortes contractions de l'utérus sur la tête encore contenue dans sa cavité, la collection séreuse a pu se répandre dans le tissu cellulaire, de sorte que la tête ayant ainsi perdu de son volume, l'accouchement a pu se terminer spontanément. Il peut encore arriver que sous l'influence de contractions énergiques de l'utérus, la tête qui se présente vienne à être perforée dans un point quelconque de sa surface, et qu'alors le liquide s'écoulant au dehors, elle se trouve ramenée à des dimensions qui soient en rapport avec celles du bassin. Mais, dans ces cas, les choses n'en restent pas toujours là; il peut se faire que la rupture de la peau s'agrandisse par suite des tractions en sens inverse opérées sur elle par l'utérus qui lui est intimement appliqué, et devienne assez large pour que le crâne dépouillé de téguments passe au travers comme par une espèce d'énucléation (obs. 6). Les faits de ce genre sont très-rares, et pour s'en rendre bien compte, peut-être serait-il nécessaire d'admettre un commencement de putréfaction du cuir chevelu et une absence de liquide amniotique assez complète pour que la tête, n'étant pas lubrifiée par ce liquide, ne puisse glisser sur les parois utérines et leur adhère au contraire assez intimement pour que cette adhérence triomphe de la résistance de tissu de la peau du crâne : ces deux circonstances paraissent s'être rencontrées dans l'observation de Wepfer.

Dans la grande majorité des cas, l'accouchement ne peut se terminer par les seuls efforts de la nature, et l'hydrocéphalie fœtale étant un accident fort rare, il arrive que l'accoucheur, appelé le plus souvent quand le travail est suspendu déjà depuis longtemps, se trouve dans un très-grand embarras; car il faut qu'il sache à quoi s'en tenir sur la nature de l'obstacle dont il doit triompher, et presque jamais son attention ne se porte sur la véritable cause qui le produit. Son esprit parcourt toutes celles qui se présentent ordinairement à l'observation, et souvent il ne saura à quoi il avait affaire que quand il a agi, c'est-à-dire quand cela n'est presque plus nécessaire. Les signes de l'hydrocéphalie pourraient certainement l'éclairer; mais ces signes, comme on l'a vu, sont difficiles à constater, et la préoccupation à laquelle sera livré son esprit l'empêchera souvent de les rechercher d'une manière convenable et par les moyens capables de les lui faire trouver.

Pour prémunir autant que possible l'accoucheur contre ces difficultés, il faut examiner jusqu'à quel point les phénomènes présentés par l'hydrocéphalie, considérée comme cause de dystocie, peuvent être confondus avec ceux offerts par tout autre obstacle apporté à l'accouchement, qu'il dépende du fœtus ou de la mère. Dans l'examen comparatif de ces obstacles, d'où résulte la fixation du diagnostic différentiel, je les partagerai en deux catégories, selon qu'ils dépendent du fœtus ou de la mère; en outre je tiendrai compte dans cet examen de ces deux circonstances, savoir : que l'enfant présentant la tête est encore contenu en entier dans l'utérus, ou que le tronc étant hors des parties, la tête seule est retenue au passage.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Observation particulière sur la grossesse et l'accouchement.* Réponse à M. Peu.
(2) Ouvr. cit., §§ 650, 1188 et suiv.
(3) Mém. IX, p. 223; mém. X, p. 289, note.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

XI. MEDIZINISCHE JAHRBUECHER.

(Journal de la Société des médecins de Vienne, rédigé par A. Duchek et A. Schauenstein.)

Les années de 1862 (1) et 1863 de ce recueil, publié en six cahiers par année, renferment les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'écorce de la racine d'une plante de l'ancienne Cyrène* (Afrique septentrionale), *et sur le sylphium des anciens Grecs*, par C. Schroff. (Deuxième article.) 2° *Etudes expérimentales relatives à l'action de l'iode et de l'iodure potassique sur le système nerveux*, par Maurice Benedict. 3° *Pour servir à la topographie des organes urinaires chez l'homme*, par C. Langer. (Travail détaillé et fait avec soin sur les rapports de la vessie et de l'urètre avec les organes voisins.) 4° *Meurtre d'un crétin à Admont et portraits photographiques des meurtriers*, par Ch. Haller. (Relation d'un événement qui a fait une profonde sensation dans le pays. Les assassins étaient au nombre de trois et tous crétins.) 5° *Sur la durée de quelques maladies aiguës, leur degré de mortalité et leurs complications*, par Maurice Smoler. (Travail de statistique curieux, mais offrant peu d'intérêt pratique.) 6° *Nouveau travail sur les cordons amniotiques, et leur influence sur le développement du fœtus*, par Gustave Braux, avec une planche lithographiée. 7° *Des causes de la fièvre pyémique*, par Fr. Schuh. 8° *Sur la théorie des sphygmographes*, par Ernest Mach. 9° *Recherches sur le pouls artériel*, par A. Duchek. 10° *Des vices de conformation de la première côte*, par Jean Srb. 11° *Rapport annuel sur l'établissement anatomo-pathologique de l'hôpital général de Vienne, sous la direction du professeur Rokitansky*, par F. Scbott. (Récapitulation de 1,464 autopsies faites pendant l'année 1861. Sur ce nombre il y a 120 cas de pneumonies, 178 de typhus, 105 de fièvre puerpérale, 255 de tuberculose et 101 de carcinome.) 12° *Etudes pharmacologiques sur le jalap du commerce*, par W. Bernatzik. (On trouve dans cet important travail une anatomie très-détaillée de la racine de jalap, avec figure.) 13° *Sur les ligaments suspenseurs de la glande thyroïde*, par Wenzel Gruber. (Après avoir rappelé ce que disent les anatomistes sur les attaches de la glande thyroïde, l'auteur décrit et figure de véritables ligaments suspenseurs, au nombre de trois, savoir : deux latéraux et un médian.) 14° *Sur l'état de santé des femmes en couches à la clinique d'accouchement pour les sages-femmes, à Vienne, d'octobre 1861 à janvier 1863*, par Spaeth. 15° *Recherches sur l'étiolo-*

(1) Le premier cahier de 1862 manque.

gie de la fièvre puerpérale, par Ch. Mayrhofer. (Premier article dans lequel l'auteur rapporte les cas où des vibrions ont été trouvés dans les lochies. Expériences sur des lapines; injection du liquide des lochies dans la cavité utérine de ces animaux peu de temps après la mise-bas; mort au bout de douze à quinze heures; signes de septicémie. Une autre injection fut faite avec un liquide sucré auquel on avait ajouté du phosphate de soude et du phosphate d'ammoniaque, et dans lequel des vibrions s'étaient produits (comme l'a fait voir M. Pasteur); la lapine mourut dix-huit heures après l'injection. Cette dernière expérience semble indiquer que les vibrions jouent le principal rôle dans la décomposition putride du sang.) 16° *Esquisse d'un voyage dans le nord de l'Allemagne, la Norwége et la Suède*, par Louis Schlager. (On lit dans cette relation de bons renseignements sur les hôpitaux et sur les établissements d'aliénés. L'auteur décrit avec beaucoup de soin le mal de mer qu'il a éprouvé pendant la traversée.) 17° *Observations sur le typhus exanthématique*, par Maurice Gauster. 18° *Sur la staphyloraphie*, par de Pitha. 19° *Histoire et autopsie de trois idiots de Salzburg, avec des remarques sur le pays de Salzburg et sur ses habitants*, par Henri Walmann. 20° *Recherches histologiques sur le cerveau de trois idiots de Salzburg*, par C. Wedl. (Les recherches ont porté principalement sur l'état des capillaires de la substance corticale, dont un grand nombre étaient oblitérés par épaississement de leurs parois, d'où un trouble dans la circulation veineuse. Les cellules nerveuses avaient leurs parois épaissies et étaient privées de leur noyau.) 21° *Fente abdominale sur un fœtus de 6 mois*, par le même. 22° *Microcéphale chez un nouveau-né*, par le même. (Ces deux notices sont accompagnées de figures.) 23° *Sur l'opération de la fistule vesico-vaginale*, par Fr. Ulrich. (Relation de dix opérations; description du procédé opératoire avec figures représentant les instruments dont l'auteur a fait usage.) 24° *Coup d'œil sur l'épidémie de typhus de* 1863, par Ch. Haller. (Pour le traitement, l'auteur insiste avec raison sur les soins généraux : bonne ventilation, grande propreté, lotions d'eau froide sur les membres, température convenable, ni trop élevée ni trop basse (entre 15 et 18 degrés C); peu de médicaments, dont le choix varie suivant les symptômes. Dans les cas de diarrhée intense, voici les médicaments dont l'auteur s'est le mieux trouvé : alun (12 à 18 grains, ou 60 à 90 centigrammes par jour); poudre de Dower (60 centigrammes par jour); extrait de noix vomique (10 à 20 centigrammes); lavements d'amidon avec teinture d'opium (14 à 20 gouttes.) 25° *De l'origine de la lymphe*, par C. Ludwig. 26° *Contribution à une connaissance plus exacte du genre veratrum*, par C. Schroff. (Études pharmacologiques et expérimentales sur deux espèces d'Amérique, le *ver. viride*, Ait., et le *v. officinale*, Schlecht.) 27° *De la position et des fonctions des procès ciliaires sur le vivant; contribution à l'étude du mécanisme de l'accommodation*, par Otto Becker.

Action de l'iode et de l'iodure de potassium sur le système nerveux; par le docteur Maurice Benedikt.

L'auteur ayant vu une injection de teinture d'iode produire tout à coup une paralysie de la respiration et de la circulation, jugea qu'il pourrait être utile de rechercher l'action de l'iode sur le système nerveux. Les expériences, au nombre de 70, furent faites sur des grenouilles. La solution aqueuse d'iodure de potassium était dans la proportion de 1 à 4; la teinture d'iode dans le rapport de 1 à 3 ou de 1 à 6.

L'auteur recherche d'abord par quelles voies se fait la paralysie. Ses expériences lui montrent :

1° Que l'emploi de l'iode pur et de l'iodure de potassium affecte tout d'abord la respiration, cette dernière substance plus que la première;

2° Que la sensibilité est diminuée et finit par disparaître;

3° Que le cœur est paralysé plus vite par l'iode que par l'iodure;

4° Que la contractilité musculaire disparaît plus tôt que celle du cœur quand on emploie de petites doses.

C'est par le système nerveux que se fait l'empoisonnement.

L'auteur recherche ensuite quelle est la partie de ce système la première affectée. L'expérience lui montre que l'application de l'iode ou de l'iodure sur l'extrémité centrale de la moelle arrête la respiration, la circulation et la contractilité des muscles des extrémités, beaucoup plus rapidement que lorsque le poison est introduit dans le torrent circulatoire. Les signes d'intoxication surviennent plus lentement quand le poison est appliqué à l'extrémité périphérique de la moelle. Comme conclusion finale, l'auteur établit que l'iode et l'iodure potassique, introduits dans le mouvement circulatoire, attaquent l'extrémité centrale de la moelle épinière, et de là excitent ou paralysent les organes de la respiration et de la circulation, les fibres sensibles et les fibres motrices.

De l'origine de la lymphe; par C. Ludwig.

Le célèbre physiologiste de Vienne a réuni dans ce travail les résultats d'une série de recherches faites par lui et par Noll, Krause, Schwanda et Tomsa. Il démontre de nouveau que les vaisseaux lymphatiques ne commencent pas par des tubes fermés, mais bien par des lacunes interstitielles traversées par des vaisseaux sanguins. Il décrit et figure ces origines dans le testicule. Les dessins au trait qu'il a eu soin d'intercaler dans son mémoire montrent très-distinctement les espaces lymphatiques qui entourent les vaisseaux de cette glande et les conduits séminifères, et font voir comment ces espaces ou lacunes s'ouvrent dans les vaisseaux lymphatiques proprement dits. Les mêmes dispositions ont été constatées pour la muqueuse intestinale et pour quelques autres organes, d'où il est permis de supposer qu'elles existent partout.

Le reste du mémoire contient des considérations physiologiques très-intéressantes, mais qu'il serait difficile de résumer en quelques mots, sur la production de la lymphe et sur la marche de ce liquide; c'est à la pression du sang dans les vaisseaux que l'auteur rattache la cause principale de ces phénomènes. D'après cette théorie, la lymphe ne serait autre chose que la sérosité même du sang qui aurait filtré à travers les parois des vaisseaux.

Position et fonction des procès ciliaires dans l'œil de l'homme; contribution a l'étude du mécanisme de l'accommodation; par le docteur Otto Becker.

L'auteur a eu l'occasion d'étudier, à l'aide de l'ophthalmoscope, les yeux de 7 albinos. 4 d'entre eux avaient l'iris tellement transparent qu'on pouvait distinguer parfaitement tous les objets situés derrière cette membrane. Ces 4 albinos étaient âgés de 3 semaines, 6, 14 et 28 ans. D'après ses observations, l'auteur pense qu'on peut regarder comme établis les faits suivants :

1° A tous les âges, les procès ciliaires sont situés en dehors et en devant du bord de la lentille.

2° Ces appendices ont une longueur qui varie avec la grosseur de la pupille; quand celle-ci se dilate, les procès ciliaires deviennent plus longs, tandis qu'ils se raccourcissent quand la pupille se rétrécit.

3° Lorsque les procès ciliaires se gonflent pendant la dilatation de la pupille, ils se glissent en avant, dans la chambre postérieure de l'œil, entre la portion périphérique de l'iris et la face antérieure de la lentille, mais ils ne touchent pas cette dernière ni sur son bord ni en avant.

4° Le bord brillant que montre le cristallin à la lumière directe et son bord sombre quand il est éclairé par derrière, sont des phénomènes de réflexion totale. La largeur de ce bord dépend de la grandeur de l'angle sous lequel les deux surfaces de la lentille se rencontrent. Comme cet angle augmente lorsque la lentille devient plus épaisse, dans le sens de l'axe visuel, l'accroissement du bord en largeur est un signe que le cristallin devient plus épais, de sorte qu'on peut observer directement le changement que produit l'accommodation dans la lentille.

L'auteur discute ces propositions et s'arrête à cette conclusion générale que les procès ciliaires ne sont jamais en contact avec le cristallin, et que ces procès s'éloignent de la lentille précisément quand cette dernière accommode l'œil à la distance.

Le mécanisme de l'accommodation fera le sujet d'un second article.

A. Lereboullet.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 octobre. — Présidence de M. Morin.

M. H. Lecoq fait hommage à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Les eaux minérales du massif central de la France considérées dans leurs rapports avec la chimie et la géologie.*

Le dernier ouvrage dont j'ai fait hommage à l'Académie, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, contenait le développement de l'hypothèse qui attribue la plupart des dépôts chimiques, pierreux ou métalliques, à des eaux minérales plus ou moins actives. Le volume que j'ai l'honneur de lui offrir aujourd'hui contient l'application des principes émis dans le précédent aux sources et aux terrains du massif central de la France.

Il était important pour la géologie de rechercher le nombre et la situation des sources minérales dans une contrée que la mer n'a jamais recouverte, et sur laquelle les feux souterrains ont laissé des traces si évidentes de leur intensité.

Nous avons constaté la présence de 512 sources sur cet espace, relativement peu étendu, si on le compare à la totalité du territoire de l'Empire. Ce nombre est certainement inférieur à la réalité.

Quelques-unes de ces sources sont isolées, mais le plus grand nombre est réuni par groupes, dont une fracture ou un étoilement du sol ont déterminé la position.

De grandes lignes de cassure, la plupart nord-sud, indiquent des séries d'eaux minérales. Deux de ces grandes lignes suivent à peu près les falaises primitives de la Limagne; une autre suit le cours sinueux de la rivière d'Allier, laquelle, abstraction faite de ses détours, coule encore du sud au nord.

Ainsi, dans le département du Puy-de-Dôme, les sources minérales ne sont pas dispersées au hasard, elles sont réunies par groupes dépendant d'un étoilement local, et les groupes sont disposés en séries.

Toutes ces eaux minérales paraissent avoir été amenées au jour par des roches soulevantes ou par des injections plutoniques qu'elles ont suivies. Les unes sont en relation avec les éruptions granitiques, d'autres avec la sortie des porphyres. Plus tard, les trachytes, et surtout les basaltes, ont ouvert les voies à des sources nombreuses amenant, les unes de la silice et du fer, les autres des calcaires et des sels de soude. Il est impossible ici de nier la connexion de ces sources avec les foyers volcaniques.

La plupart de ces eaux sont riches en bicarbonate de chaux et en bicarbonate de soude. Presque toutes sortent des terrains primitifs qui ne contiennent pas de calcaire et dont le feldspath à base de potasse n'a pu fournir la soude. Elles ne peuvent non plus puiser dans ces terrains, exempts de carbonates, l'excès d'acide carbonique qu'elles émettent après la saturation des bases.

Nous avons dû, par conséquent, considérer l'émission des eaux minérales, pendant les époques géologiques qui ont précédé l'époque actuelle, comme ayant donné naissance à tous les calcaires de la Limagne, des bassins du Puy et d'Aurillac, à tous les dépôts ferrugineux de ces terrains, aux quartz résinites et aux meulières.

Notre livre contient le résumé des observations chimico-géologiques que nous avons pu faire sur les eaux minérales du massif central de la France pendant près de quarante ans (de 1826 à 1864).

Sur la fabrication des abat-jour peints en vert par les préparations arsenicales de Scheele et de Schweinfurt; par M. Prosper de Pietra Santa.

(Renvoi à la commission des arts insalubres.)

Dans la séance du 23 août 1858, vous avez accordé votre bienveillante attention à la lecture d'un mémoire intitulé : *Existe-t-il une affection propre aux ouvriers en papiers peints qui manient le vert de Schweinfurt?* Votre commission des arts insalubres ayant jugé ce travail digne de vos encouragements, je me suis imposé l'obligation de continuer ces recherches, et je viens vous communiquer aujourd'hui les résultats d'une nouvelle période d'observations de six années.

Je rappellerai d'abord que notre qualité de médecin des prisons nous place dans des circonstances très-favorables pour résoudre certains problèmes industriels.

En raison de la surveillance que nous pouvons exercer, pas de doutes sur l'étiologie; pas d'ambiguïté sur la manifestation des symptômes morbides; pas de fraude possible sur le traitement employé.

Ma première communication se résumait dans les conclusions suivantes :

1° J'admettais l'existence d'une affection professionnelle.

2° Je caractérisais ses manifestations.

3° Je circonscrivais son action (accidents locaux).

4° Je reconnaissais le peu de gravité des phénomènes.

5° J'établissais la prophylaxie (propreté, bains, division du travail).

6° Je signalais un traitement spécifique (eau salée et calomel à la vapeur).

Les récentes publications de MM. Beaugrand, Chevallier, Vernois et Bazin ont amené l'instruction du conseil de salubrité de la Seine, qui a été revêtue de la sanction ministérielle le 20 avril 1861. La pensée qui domine ce document, c'est celle de ne pas proscrire la fabrication, et de reconnaître par conséquent la liberté de l'industrie jusqu'aux limites de la responsabilité civile.

En dehors de l'hygiène, de nombreux efforts ont été faits par les chimistes et les industriels pour rendre la profession salubre. Le procédé Bérard-Teuzelin arrive à ce but par l'incorporation directe du vert arsenical dans un collodion contenant 75 pour 100 de coton azotique. L'année dernière, l'Académie a délivré un prix à M. Guignet pour la préparation d'un vert de chrome salubre, et une récompense à M. Bonffé pour avoir substitué aux verts arsenicaux un vert résultant du mélange de l'acide picrique avec le vert Guignet.

Si ces espérances avaient pu se réaliser, les fabricants et les ouvriers posséderaient un remède radical, et l'industrie pourrait être rayée de la catégorie des professions insalubres. Malheureusement, d'une part le procédé Bérard-Teuzelin est encore protégé par un brevet d'invention, d'autre part le vert Guignet ne donne pas les nuances que réclame le commerce.

« Ce qui fait rechercher le vert de Schweinfurt, écrivait le savant rapporteur de la commission, c'est la beauté de sa couleur, son éclat extrême à la lumière des bougies, surtout quand elle est associée à des fleurs rouges. »

La différence du prix de revient est assez considérable, car pendant que le vert Guignet coûte 12 fr. le kilogramme, le vert de Schweinfurt ne coûte que 2 fr. 50.

Dans cet état de choses, il est toujours indispensable de surveiller la fabrication des abat-jour. Les observations que j'ai recueillies aux Madelonnettes, pendant cette nouvelle période de six années, confirment de la manière la plus péremptoire mes précédentes conclusions. Jamais un seul détenu de l'atelier n'a été reçu à l'infirmerie pour des symptômes d'intoxication arsenicale. Les accidents (érythèmes, ulcérations, plaques muqueuses) ont toujours été locaux, présentant peu de gravité, promptement modifiables par le traitement spécifique.

Toutes les fois que par des circonstances inhérentes aux changements de surveillants, d'internes, de contre-maîtres, on s'est départi des règles que j'avais établies, on a constaté des recrudescences d'accidents qui n'ont été maîtrisés que par le retour aux saines pratiques.

Il est d'autant plus nécessaire de vulgariser ces sages notions d'hygiène industrielle, que dernièrement encore des ateliers d'abat-jour ont été supprimés dans une maison centrale, sur le rapport du médecin qui redoutait je ne sais quels accidents d'intoxication arsenicale; et cependant ces ateliers occupaient depuis longtemps trente trois détenus qui avaient choisi librement ce genre de travail, qui leur rapportait une rétribution de 86 centimes, pendant que la moyenne du prix de journée ne s'élève dans la maison qu'à 57 centimes.

Je n'insisterai pas sur l'importance de nos mesures prophylactiques (propreté des mains et du corps par de fréquentes ablutions et par les bains généraux, division de travail, ou pour mieux dire changement d'une même occupation toutes les semaines.) En réfléchissant à notre traitement, on se persuade que l'action de l'eau salée et de la poudre de calomel, en contact avec les parties malades, se manifeste nécessairement par la production d'un deutochlorure de mercure à l'état naissant.

Le mémoire que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie contenant les détails les plus circonstanciés sur la matière, je me borne à vous signaler les deux principales conclusions.

1° Dans la fabrication des abat-jour, il a été jusqu'ici difficile de substituer aux verts arsenicaux de Schweinfurt des substances donnant les belles nuances de vert que recherchent l'industrie et le commerce.

2° Jusqu'à nouvel ordre, il est nécessaire de proclamer d'une part l'utilité d'une prophylaxie basée sur la propreté, les bains, la division du travail, d'autre part l'efficacité d'un traitement pour ainsi dire spécifique (eau salée et calomel) que recommandent huit années d'observations et de succès dans la prison des Madelonnettes.

La facilité de son application permet en outre de respecter les sages principes de la liberté industrielle.

Observation de sommeil léthargique a longue période, et nouvelles applications zoologiques de la théorie du sommeil. Extrait d'un mémoire de M. Blandet.

(Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Rayer.)

Il m'a été donné d'observer trois fois sur le même sujet le sommeil à longue période. Madame X..., grande et belle femme de 24 ans, a dormi quarante jours à 18 ans, et cinquante jours à 20 ans, après son mariage, en 1858; l'épousée eut donc une triste lune de miel, et pendant cinquante jours elle garda l'immobilité, l'insensibilité, l'abstinence et une contracture générale telle, que je fus contraint de dévisser une incisive à pivot pour introduire quelques cuillerées de lait et de bouillon, ses seuls aliments. Enfin, quatre ans après, le jour de Pâques 1862, on la trouva endormie le matin, et elle ne se réveilla plus que le printemps suivant, en mars 1863; je me trompe, ce sommeil d'un an fut interrompu une fois; le huitième jour du début, Madame X... se réveilla, descendit chez ses parents, se mit à table, mangea, et retomba définitivement endormie sur sa chaise. C'était un singulier et profond sommeil; je ne le nomme pas *catalepsie*, mot vide de sens, et sous le mot *maladie mal définie*, souvent simple imposture. Mes honorables confrères, MM. Ségalas, Duméril, Darsonville, Puel, etc., pourraient attester la vérité de mon observation. Pendant une année entière, Madame X... renouvela sous mes yeux la léthargie offerte par deux autres jeunes femmes, Mac Leod et Louise Durand; c'est-à-dire la vie animale nulle,

la vie organique bonne, mais réduite au minimum; pouls lent, respiration presque insensible, évacuations nulles, chairs belles et fraîches, embonpoint même, mais insensibilité absolue et contracture générale. Une deuxième fois, l'incisive fut dévissée, ne pouvant vaincre la contraction des mâchoires; sur Louise Durand, une dent fut arrachée pour le même fait, et les membres inférieurs furent mis dans un appareil à fracture pour maintenir leur rectitude et empêcher leur ankylose. Tous les excitants ont été employés au début pour réveiller cette personne : internes, externes, l'exercice forcé, la déambulation forcée, le dur cahotage d'une charrette, etc., tout fut inutile. A ces soins incessants, le bon père de cette honorable famille gagna un cancer du pylore, qui l'emporta en quelques mois; sa petite fille chérie ne le trouva plus à son réveil; sa mère, qui veillait pour elle, contracta aussi, mais au sein, l'affection cancéreuse; je l'opérai, et elle guérit avant le réveil de sa fille. Mieux instruit aujourd'hui sur ce sommeil, je me garderais bien de le troubler, de combattre son influence salutaire; car, dans les deux premiers accès, il avait été la terminaison heureuse d'un délire général arthritique, et dans le dernier, celle d'une gastrite des plus aiguës, des plus intenses, et qui l'avait précédé un mois durant. Qu'est-ce donc que le sommeil pour avoir de telles immunités, pour maintenir la fraîcheur, l'embonpoint pendant un jeûne d'un an, pour juger et guérir de graves maladies? Le sommeil est donc le principe conservateur, la dynamique même de la vie?

Il y a trois sortes de sommeil : diurne, annuel, et métamorphique ou chrysalidaire... La seconde forme du sommeil coïncide, non plus avec la révolution diurne, mais avec la révolution annuelle du globe; c'est le sommeil d'hiver. L'hibernage n'est pas non plus le fait d'une cause isolée locale : absence des carotides internes ou du cœcum, grandeur du thymus ou du cœur, incoagulabilité du sang, albuminosité de la bile, anémie, hyperhémie, etc. Ce n'est pas le froid qui le produit, car l'hibernant s'endort à 15 degrés centigrades pour se réveiller à 8 degrés. Ce n'est pas le manque d'aliment, car l'aliment abonde en automne et est rare au printemps; l'hibernant s'endort à côté de l'aliment dans des chambres chauffées, sous l'éclat de la lumière. L'hiver paraît bien être la cause occasionnelle de l'hibernage, le mot l'indique; mais pourquoi ceux-ci et non pas ceux-là dorment-ils? Pourquoi les plus frileux veillent-ils, quand les mieux fourrés, l'ours, la marmotte, dorment? Pourquoi certains campagnols et non le campagnol des neiges? Si la nature endort l'animal pour le préserver du froid, pourquoi limiter ce sommeil à quelques rongeurs? Ils n'en ont nul besoin, ces animaux des hautes montagnes, des stations rigoureuses, l'hibernage n'a plus même sa raison d'être dans nos climats tempérés où il a dégénéré dans ses modes affaiblis, dans la mue, dans l'émigration. Il ne préserve de rien, il ne sauvegarde rien, et cependant le fait existe. C'est que l'hibernage est un reste, un écho d'un phénomène ancien et général, et qui a dû nécessairement se produire dans ces durs hivers d'une époque éloignée où l'animalité aurait succombé sans cette torpeur salutaire où l'a plongée le principe de la vie. L'hibernage présent n'est plus qu'un effet de l'habitude et de la périodicité annuelle; il s'est confiné dans certaines espèces septentrionales, et finira par s'éteindre et disparaître. Telle est la thèse que j'aurais soutenue devant l'Académie, si j'avais eu l'honneur de concourir pour le prix proposé en 1815, sur la cause première de l'hibernage.

— M. Houdin (Aug.), qui, en 1855, appelait l'attention de l'Académie sur les succès qu'il avait obtenus dans l'enseignement des sourds-muets en substituant aux méthodes ordinaires basées sur la mimique et l'écriture un procédé direct, annonçait, dès lors, que la plupart de ces infortunés pouvaient acquérir directement la faculté de lire et de parler très-intelligiblement. Aujourd'hui, après dix années nouvelles d'expériences, il en est venu à considérer un pareil succès, non plus comme un cas fréquent, mais comme le cas général. C'est ce qu'il exprime dans les termes suivants :

Tout sourd-muet dont l'intelligence, la vue, les nerfs sensitifs et l'appareil vocal sont intacts peut, si ancienne, si profonde et si incurable que soit sa surdité, acquérir par les sensations visuelles et tactiles la fonction et la faculté de la parole articulée, et la faculté de lire sur les lèvres la parole des autres.

Tout sourd-muet placé dans ces conditions peut, par la parole et la lecture sur les lèvres, entrer en communication avec la société et acquérir, avec le temps, la même instruction que les autres hommes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département d'Ille-et-Vilaine, dans l'année 1863.

2° Un mémoire de M. le docteur Chonnaux-Dubisson, intitulé : *Du génie des épidémies*. (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Kœberlé, qui demande que ses travaux sur l'ovariotomie soient admis à concourir pour le prix Barbier.

Cette demande ne peut être accueillie pour cette année, vu l'expiration du délai de présentation.

2° Une lettre de M. le docteur E. Barthez, relative au rapport de M. Blache et au traitement de la pneumonie des enfants par l'expectation.

3° Une note de M. Aug Houdin, sur l'éducation en famille des sourds-muets par le développement physiologique de la parole. (Comm : MM. Lélut, Baillarger et Bouvier.)

4° Un mémoire de M. le docteur Bergeret (de Châlons-sur-Saône), relatif à l'influence des milieux atmosphériques sur l'économie vivante. (Comm : MM. Vernois et Delpech.)

— M. Blache présente : 1° au nom de M. Grimaud (de Caux), cinq mémoires sur l'aménagement des eaux publiques à Marseille; 2° au nom de M. le docteur Bertholles, un mémoire sur le traitement de la coqueluche par l'inhalation des vapeurs qui se dégagent des résidus de l'épuration du gaz de l'éclairage : « Les registres de l'usine des Ternes constatent qu'il s'est présenté, pendant les mois d'avril, mai, juin, juillet, août, septembre (six mois), un total de 901 malades, qui ont subi ensemble 3,907 inhalations. Sur ce nombre, 219 furent guéris et 122 seulement améliorés. Les résultats favorables doivent être attribués principalement au gaz ammoniac et aux vapeurs goudronneuses qui lui sont associées. » (Com. déjà nommée, M. H. Roger, rapporteur.)

— M. Larrey dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Bétangès, intitulée : *De l'oschéotomie*.

— M. H. Roger offre en hommage, au nom de l'auteur, M. Vidal, un mémoire intitulé : *De l'isolement des malades atteints d'affections infectieuses ou contagieuses*.

— M. le Président annonce que la prochaine séance aura lieu mercredi, 2 novembre, à l'heure ordinaire.

RAPPORTS. — SUR LA PONCTION DE LA VESSIE.

M. Ségalas, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Huguier et Ricord, lit un rapport *sur la ponction de la vessie par une voie nouvelle*, proposée par M. Voillemier.

Voici la description de ce procédé :

Le malade est couché sur le dos, les jambes légèrement écartées. Un coussin épais est placé sous le bassin, de manière à le faire basculer et à ramener le pubis en avant. Un aide, placé à la gauche du lit, prend la verge du malade et la tire en bas et en arrière. Debout, à la droite du malade, le chirurgien commence par reconnaître avec l'indicateur de la main droite le ligament suspenseur, et, avec la main gauche, il enfonce à côté de ce ligament un trocart courbe, de manière à contourner le pubis. Pendant ce mouvement, il soutient et dirige l'instrument avec la main droite pour éviter toute échappée. Arrivé dans la vessie, ce qu'on reconnaît au défaut de résistance et à la sortie de l'urine par la canule du trocart, on retire le poinçon. La canule est ensuite bouchée, jusqu'à ce que les voies naturelles soient rétablies par le cathétérisme ordinaire.

M. Voillemier a opéré de cette manière un malade de 51 ans, entré le 14 décembre 1863, à l'hôpital Saint-Louis, pour une rétention d'urine résultant d'un rétrécissement infranchissable. Les suites de l'opération ont été fort simples. La cicatrisation de la plaie s'est opérée en quarante-huit heures, et aujourd'hui il ne reste d'autres traces de l'opération qu'un cordon fibreux indiquant la route qu'a suivie l'instrument.

Comparant la ponction sous-pubienne, telle que l'a imaginée et pratiquée M. Voillemier, avec les autres modes de ponction vésicale, M. le rapporteur n'hésite pas à lui donner la préférence, bien qu'il doute que le procédé soit adopté dans la pratique générale avant que des faits nombreux aient prouvé l'innocuité de la blessure du plexus veineux que traverse l'instrument.

La commission propose de remercier M. Voillemier de son intéressante communication, et de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

M. Velpeau demande la parole pour la prochaine séance.

DE L'ICTÈRE ÉPIDÉMIQUE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

M. Blot, rapporteur d'une commission dont il fait partie avec MM. Danyau et Jacquemier, lit un rapport sur un mémoire de M. Bardinet (de Limoges), intitulé : *De l'ictère épidémique chez les femmes enceintes, de leur influence comme cause d'avortement et de mort.*

Après une analyse détaillée de ce travail, dont les conclusions ont été publiées lors de sa présentation, M. Blot rapporte un cas d'ictère grave sporadique qui s'est présenté à la Clinique d'accouchement pendant qu'il en dirigeait le service en remplacement de M. le professeur Depaul.

Il a pu vérifier, dans ce cas, l'exactitude des symptômes décrits par

M. Bardinet, et de plus se livrer à des recherches d'anatomie pathologique assez complètes. Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans parvenue au milieu du cinquième mois d'une première grossesse. A la suite d'une vive contrariété, elle avait été prise d'un ictère presque immédiatement compliqué d'agitation extrême, avec cris et perte de connaissance; mouvements désordonnés, cris aigus, vomissements abondants et brusques d'une matière aqueuse, verdâtre; dilatation complète du col utérin; rupture artificielle des membranes; issue d'un fœtus mort et non macéré; somnolence suivie d'une nouvelle agitation; pouls petit et fréquent; état comateux; mort le deuxième jour. Autopsie : ecchymoses sous-cutanées nombreuses; teinte ictérique de la peau; vascularisation considérable des méninges cérébrales et de la substance corticale des hémisphères; ecchymoses sous-péricardiques; sang noir et diffluent dans les ventricules; congestion hypostatique des poumons; taches ecchymotiques sous le péritoine, surtout au niveau de l'estomac et de la vessie; reins assez volumineux et colorés en jaune; foie petit, pesant 732 grammes, brun foncé, plus consistant qu'à l'état normal; vésicules biliaires vides; examiné au microscope, le tissu de l'organe ne présente plus aucune trace de cellules hépatiques; on n'y trouve que d'abondants globules de graisse mêlés à la matière biliaire.

A quoi tient la gravité particulière de l'ictère des femmes enceintes? Suivant M. Bardinet, la cause en est inconnue; mais M. Blot pense qu'on pourrait peut-être en trouver l'explication dans les modifications importantes imprimées par la grossesse à la glande hépatique. Elles consistent dans une hypertrophie très-notable et dans un état graisseux plus ou moins prononcé suivant les cas.

Abordant la deuxième partie du mémoire de M. Bardinet, relative au traitement, M. Blot discute les différents moyens proposés par l'auteur, à savoir : le déplacement des malades, l'avortement provoqué, ou l'accouchement prématuré artificiel. L'utilité du déplacement des malades ne saurait être mis en doute dans les épidémies d'ictère; quant aux deux autres moyens de traitement M. Blot, d'accord en cela avec M. Caradec, pense que l'abstention est préférable.

La commission propose : 1° d'adresser à M. Bardinet une lettre de remercîments; 2° de renvoyer son remarquable travail au comité de publication; 3° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondants. (Adopté.)

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart, pour entendre les rapports des commissions sur les prix.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'acide carbonique et de ses propriétés physiques, chimiques et physiologiques, et de ses applications thérapeutiques: par J. Ch. Herpin (de Metz).—J. B. Baillière et fils; 1 vol. de 564 pages. Paris, 1864.

En 1750, Venel démontra l'existence de l'air fixe dans les eaux de Selters. Vinrent ensuite les travaux de Black, Priestley, de Chaulnes, Rouelle le jeune, qui publia en 1773, dans le *Journal de médecine de Roux*, d'intéressantes observations « sur l'air fixe et sur ses effets dans certaines eaux minérales. » Rouelle écrivait que plusieurs d'entre elles tiennent le fer en dissolution par le moyen de l'air fixe seulement et sans aucun acide; qu'à l'exemple des eaux artificiellement aérées elles déposent ce fer, soit par l'évaporation, soit par l'ébullition. On soupçonnait bien à cette époque la présence d'un acide dégagé et volatil, mais on s'arrêtait là, et au lieu de conclure que l'air fixe était lui-même un acide, on disait qu'il en faisait la fonction. C'est à Bergmann que revient le mérite d'avoir découvert la propriété acide de l'air fixe, appelé depuis acide carbonique. Ce gaz, à partir de Priestley, prit véritablement rang dans la thérapeutique; puis, vanté outre mesure, il était tombé dans le discrédit le plus complet.

A la tête des hommes qui ont essayé de l'en retirer dans ces dernières années se place un médecin distingué, M. Herpin (de Metz). Après plusieurs voyages en Allemagne, il présenta en 1854 à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine une notice des plus instructives sur les bains et douches de gaz acide carbonique : en même temps il faisait paraître ses études sur les principales sources minérales de France, d'Angleterre et d'Allemagne, et l'Académie de médecine se montra juste en récompensant ces excellentes publications.

Encouragé par le succès, M. Herpin vient de donner à la science un véritable compendium de l'acide carbonique, dont nous allons essayer de montrer toute l'importance.

Propriétés physiques et chimiques, origine, état naturel, production de l'acide carbonique par la combustion et la respiration, son extraction, sa préparation, ses applications industrielles, sont longuement exposées au commencement de l'ouvrage. La première partie se termine par un rapide historique de la question, et par un chapitre consacré à l'oxyde de carbone, véritable cause des accidents déterminés par la vapeur du charbon en combustion et attribués à tort à l'acide carbonique. Selon M. Herpin, ce gaz n'est ni délétère ni toxique par lui-même. « S'il est impropre à la respiration, c'est qu'il ne peut servir à la combustion qui a lieu dans les poumons. Plus lourd que l'air, il l'empêche d'y pénétrer et détermine l'asphyxie, comme le fait l'immersion dans l'eau. »

Le livre premier de la seconde partie (physiologie) est consacré entièrement à la production et à l'exhalation de l'acide carbonique chez les animaux vivants par les poumons et par la peau. La quantité exhalée varie avec l'état de santé ou de maladie, la nature de celle-ci, avec l'heure de la journée, la température, la hauteur barométrique, l'état de sommeil ou de veille, l'usage exclusif du régime animal ou du régime végétal. L'acide carbonique existe dans le sang: 1° à l'état libre; 2° combiné avec des bases et formant les bicarbonates en dissolution dans ce liquide. On constate également sa présence dans la bile et dans l'urine.

Le rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale est emprunté à un mémoire lu par M. Mialhe à l'Académie de médecine en 1856. D'après lui, l'acide carbonique n'est plus un produit excrémentitiel sans aucune utilité, mais au contraire l'agent indispensable des phénomènes de dissolution et de circulation des éléments calcaires et magnésiens et de combustion des matières sucrées.

Les effets physiologiques généraux de l'acide carbonique sur l'homme et sur les animaux ont été examinés avec soin par M. Herpin. L'application locale est d'abord suivie d'une sensation particulière de chaleur, d'excitation à la peau, de transpiration, puis il y a aesthésie, et enfin, par suite de l'absorption du gaz, des effets généraux très-marqués. Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces phénomènes diffèrent selon les individus. Il résulte des expériences de Wharton Jones et de M. Brown-Sequard que l'acide carbonique est l'excitateur du système nerveux et du système musculaire. M. Herpin rapporte les sensations éprouvées par M. Rotureau, lorsque ce médecin prit les bains et les douches d'acide carbonique à Nauheim. L'expérience de M. Boussingault est également mise à contribution par l'auteur qui, lui aussi, a fait usage des bains d'acide carbonique et des bains d'eaux gazeuses.

L'augmentation de la transpiration et de la sécrétion urinaire sous l'influence des bains d'acide carbonique indique assez leur efficacité chez les goutteux et les rhumatisants. Dès le commencement du siècle dernier, Seip avait le premier appliqué sous le nom de *bain de sueur sec* les vapeurs de la caverne de Pyrmont au traitement du rhumatisme et de la goutte. La reconnaissance publique fit graver sur un marbre au-dessus de la grotte l'inscription suivante :

Hunc mirum naturæ effectum
Primus exposuit
MDCCXX
De fonte sacro meritissimus
D. PH. SEIPIUS.

L'*étuve sèche* était oubliée depuis longtemps, lorsque le docteur Goin (à Saint-Alban), qui connaissait les travaux de Seip, et la guérison presque miraculeuse du docteur Struve, à Marienbad, appelèrent de nouveau l'attention sur ce mode d'emploi de l'acide carbonique.

M. Herpin étudie ensuite l'action physiologique de ce gaz sur les organes du goût, de l'olfaction, de la vision et de l'ouïe, puis sur les organes et les fonctions de la digestion, de la nutrition, de la circulation et sur le sang. Les organes de la respiration sont les plus sensibles à l'action de l'acide carbonique qui, pur ou en proportion notable dans un mélange d'air, est irrespirable. Un sentiment de bien-être général accompagne l'asphyxie lente causée par l'acide carbonique. M. Herpin a rapporté une observation curieuse d'anesthésie cataleptique publiée par le docteur Graefe et qui faillit coûter la vie au gardien des grottes de Pyrmont, alors que cet homme aidait dans leurs expériences les docteurs Graefe et Steinmetz. Les cadavres d'individus que l'on a trouvés asphyxiés dans la grotte de Pyrmont n'avaient rien d'effrayant et ressemblaient à des personnes endormies. Il n'en est pas de même lorsque l'acide carbonique est pur ou en quantité considérable: alors la suffocation, très-prompte, est accompagnée de convulsions violentes, et, après la mort, tout le corps montre les traces d'une vive souffrance. MM. Lallemand, Perrin et Duroy ont étudié sur des chiens les phénomènes d'anesthésie produits par l'acide carbonique; ils sont analogues à ceux de l'éther et du chloroforme, mais plus fugitifs. M. Ozanam a prouvé, par de nombreuses

expériences sur les lapins, qu'on peut déterminer avec avantage et sécurité l'anesthésie au moyen de l'acide carbonique dont il est facile de diminuer ou d'augmenter l'action. M. Herpin est trop complet pour omettre l'analogie qui existe entre les phénomènes produits par l'inhalation de l'acide carbonique et les phénomènes d'insensibilité, de catalepsie, d'extase obtenus par le magnétisme animal ou par l'hypnotisme. A propos de l'examen théorique du mode d'action de l'acide carbonique sur l'économie animale, nous retrouvons avec plaisir un extrait du *Traité de matière médicale et de thérapeutique* de Giacomini, extrait emprunté au remarquable travail du docteur Bach sur les eaux de Sonlzmatt. Bien que Giacomini, avec Collard de Martigny, d'Arcet, Orfila et autres, accorde à l'acide carbonique une action toxique essentiellement délétère, contrairement à l'opinion de M. Herpin, celui-ci peut compter dans l'illustre professeur de Padoue un partisan de ses idées sur le rôle de l'acide carbonique dans les eaux minérales. Giacomini parle de ce gaz d'après son expérience personnelle, pendant deux années, des eaux de Recoaro qui contiennent, il est vrai, d'autres principes, mais dans lesquelles domine l'action de l'acide carbonique. Méglin, également cité d'après M. Bach, soupçonne le *gaz méphytique* de donner aux eaux de Soultzmatt leur vertu calmante. Il incline à penser que ce gaz a la propriété d'agir immédiatement sur les nerfs et de diminuer leur mobilité et leur sensibilité trop grandes. « La vertu assoupissante et soporifique qu'ont différents corps dans le moment qu'ils laissent échapper leur *gaz méphytique*, la vertu inébriante des liqueurs fermentantes, l'abolition presque subite du sentiment et du mouvement lorsqu'on est frappé vivement par le *gaz méphytique*, la vertu antiémétique de la potion de Rivière, qui n'est autre chose que le dégagement du *gaz méphytique* par l'effervescence d'un acide avec un alcali, semblent autant de preuves à l'auteur de l'analyse des eaux de Sonlzmatt en basse Alsace, publié en 1779 à Strasbourg. » Au point de vue chimique, Méglin apprécie le gaz méphytique comme dissolvant du fer; au point de vue thérapeutique, il sait déjà que ce gaz est administré avec le plus grand succès dans le calcul des reins et dans les maux qui en dépendent : enfin il ne néglige pas la part d'action qui revient à l'alcalinité de ces eaux.

J'ai insisté sur ces passages pour répondre au reproche de M. Herpin, qui se plaint qu'on n'accorde pas assez d'attention à l'acide carbonique renfermé dans les eaux minérales. Ce reproche est-il fondé? Je ne le pense pas. A propos d'une des eaux les plus riches en acide carbonique, celle de Pyrmont, Bouillon-Lagrange déclare cet acide le plus essentiel de leurs principes; lorsque Alibert expose les propriétés chimiques des mêmes eaux, il parle du grand rôle que joue l'acide carbonique dans la plupart des sources. Raulin, Macquer et d'autres observateurs avaient déjà exprimé la même opinion.

Les applications thérapeutiques de l'acide carbonique forment la partie la plus importante de ce livre. M. Herpin rappelle un passage de Pline le Naturaliste : « La poudre d'un marbre d'Egypte appelé memphitis, mélangée à du vinaigre, endort tellement les parties sur lesquelles on l'applique que l'on peut couper et cautériser sans que le malade éprouve aucune douleur. » Les expériences d'Ingenbousz, répétées de nos jours par M. Salva, de Beddoës, de M. Vernière, inspecteur des eaux de Saint-Nectaire, l'application de l'acide carbonique à la dysménorrhée par Mojon, un des traducteurs de Giacomini, aux maladies des voies génito-urinaires de la femme par MM. Simpson, Scanzoni, Follin, Maisonneuve, Broca, Demarquay, Cb. Bernard, établissent d'une manière incontestable les propriétés analgésiques du gaz acide carbonique qui, dans la grande majorité des cas, réussit à calmer les douleurs, même celles qui sont liées à une dégénérescence cancéreuse. Nous-même en avons été témoin dans le service de M. Follin à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Antoine, et de M. Ch. Bernard à la Charité, et nous ne saurions mieux faire que d'engager le lecteur à consulter sur cet intéressant sujet les articles publiés par ces maîtres dans différents journaux de médecine et les thèses de MM. Salva et Le Juge, auxquels M. Herpin a emprunté de nombreux passages. L'action antiseptique désinfectante et cautérisante de l'acide carbonique est également mise hors de doute par des faits tirés de la pratique de MM. Demarquay et Lecomte. Ch. Petit, MM. Willemin, Barthez, Duraud-Fardel sont redevables aux eaux carbo-gazeuses de Vichy de nombreux succès dans les engorgements du col de l'utérus, des voies urinaires, etc.

Dans les maladies des voies digestives, l'utilité de l'agent que nous étudions est établie par Hufeland et par M. Blache, qu'on n'accusera pas d'enthousiasme en faveur de l'acide carbonique, sévèrement jugé par ce savant médecin dans le *Dictionnaire de médecine en trente volumes*.

La tuméfaction des vaisseaux hémorrhoïdaux par les bains de gaz carbonique a été mise à profit pour rappeler le flux hémorrhoïdal supprimé; on a également tiré parti de l'action excitante de ce gaz sur l'appareil de génération des deux sexes. L'acide carbonique appliqué au traitement des maladies des voies respiratoires a encouru de trop graves reproches pour que M. Herpin n'entre pas dans de grands développements à ce sujet. MM. Simpsou (d'Edimbourg) et Sprengler (d'Ems), la pratique de Saint-Alban rapportée d'après la thèse de M. Terver (*Inhalation du gaz acide carbonique dans la chlorose*), Heidler (de Marienbad), MM. Willemin et Amable Dubois (de Vichy), sont d'excellentes sources auxquelles M. Herpin puise largement. Pour la phthisie pulmonaire, il ne peut partager les illusions de Hufeland, et il est même très-près de proscrire avec les médecins allemands les inhalations d'acide carbonique d'une innocuité douteuse dans la phthisie confirmée, mais fort utiles comme moyen prophylactique.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'exposition si complète qu'il fait de l'application de l'acide carbonique aux paralysies, aux maladies des membranes muqueuses, des systèmes glanduleux et lymphatiques, des organes des sens, aux concrétions goutteuses et urinaires, aux maladies de la vessie, où il trouve dans M. Broca un puissant appui, aux affections cancéreuses. Ce sont pour ainsi dire autant de monographies que les limites de ce compte rendu nous permettent seulement d'indiquer. Les exemples nombreux d'amélioration et de guérison de maladies utérines obtenues par diverses eaux minérales contenant de l'acide carbonique libre (Vichy, Saint-Nectaire, Carlsbad, Marienbad, Kissingen, Lamotte), mettent en évidence la valeur de l'acide carbonique dans ces maladies.

Les établissements de bains d'acide carbonique sont jusqu'à présent fort peu nombreux en France; espérons que grâce aux efforts persévérants de M. Herpin, cette médication sera instituée auprès d'un grand nombre de nos sources minérales d'où ce gaz s'échappe avec abondance.

Mais malgré les efforts de l'Assistance publique et l'établissement d'hôpitaux civils et militaires dans la plupart de nos principales stations minérales, les eaux sont un moyen thérapeutique encore trop coûteux, et dont beaucoup de malades, par conséquent, sont privés. De là la nécessité de préparer les eaux gazeuses artificielles et l'acide carbonique pour les usages de la médecine.

M. Herpin a décrit et même représenté les principaux appareils gazogènes avec lesquels on peut prendre, chez soi et à peu de frais, des douches et des injections d'acide carbonique, d'eau gazeuse simple ou minéralisée. Une description des bains en commun ou piscines à gaz, des bains gazeux généraux ou en baignoire, des bains locaux ou partiels, des douches et des injections, l'administration de l'acide carbonique en dissolution dans l'eau ou mélangé à la vapeur d'eau, l'application de ce gaz mélangé à d'autre gaz, la déglutition et l'inhalation de l'acide carbonique, la construction et la disposition des salles d'inhalation, sont traités avec une grande connaissance du sujet, et résumés dans un chapitre spécial.

Enfin, l'index bibliographique qui termine l'ouvrage permettra au lecteur de remonter aux sources heureusement utilisées par M. Herpin, pour offrir au corps médical l'histoire complète de l'acide carbonique.

Dr VERJON,
Inspecteur adjoint des eaux de Plombières.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté ministériel en date du 11 octobre 1864, le jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le 2 novembre prochain, pour cinq places d'agrégé des Ecoles supplémentaires de pharmacie, est constitué de la manière suivante :

Juges : MM. Brongniart, président; Bussy, Cl. Bernard, Guibourt, Lecanu, Chatin, Oppermann, Bérard.

Juges supplémentaires : MM. Delafosse, Regnault, Baillon et Chevalier.

— M. le docteur Ph. Kuhn, qui avait été chargé d'une mission à Morzines, vient d'être nommé médecin adjoint de l'Asile public d'aliénés de Pau.

— Un concours public pour une place de médecin adjoint des hospices civils s'ouvrira à Strsbourg, le 12 décembre 1864.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS : SÉANCE SOLENNELLE DE RENTRÉE LE 3 NOVEMBRE 1864.

C'est uniquement pour nous conformer à l'usage que nous qualifions par l'épithète consacrée la séance de rentrée de la Faculté de médecine. Cette cérémonie n'a rien eu de bien solennel, et ce n'est pas nous qui regretterons la pompe et l'apparat que les corps enseignants déploient volontiers en pareille circonstance. Le nouveau doyen est bien de son temps, il connaît les goûts et les tendances de notre société, et il est entré à pleines voiles dans le courant démocratique. Nous l'en félicitons sincèrement, comme s'il n'eût pas fait un acte d'habileté ou de politique, en supprimant cette haute tribune où trônaient ses prédécesseurs, et cet immense buffet chargé de volumes, qui donnaient beaucoup trop à l'ouverture annuelle des études médicales, l'air d'une distribution des prix de collége.

Nous sommes heureux aussi d'avoir vu disparaître cette espèce d'enceinte réservée dans laquelle se pressaient encore l'an passé tous les invités et autres curieux et assistants de bon vouloir qui prenaient sans façon la place des étudiants. Ceux-ci n'auront pas sujet de se plaindre cette année-ci, car on leur a livré toute la salle. Aussi se sont-ils conduits comme des gens qui sont chez eux et qui se sentent en nombre. On pense bien que cette jeunesse n'a pas laissé passer une si belle occasion de se réjouir, en faisant un peu de bruit, sans aller fort heureusement jusqu'au tapage. Il y a eu toutes sortes de préludes qui n'étaient pas précisément harmonieux ni très-spirituels, s'il faut le dire, lorsque la parole remplaçait la musique charivarique, si différente de celle que le regrettable docteur Chevé a fait tant de fois retentir sous la voûte du vaste amphithéâtre.

A une heure précise la Faculté a fait son entrée par cette grande porte qui met la salle des cours en communication avec la cour d'honneur, et elle a pris place dans l'hémicycle. Le doyen, ayant à sa gauche le chef de l'Académie de Paris et à sa droite le chef de l'Université, assis ainsi que ses assesseurs et l'orateur du jour, sur des fauteuils placés au premier rang, ayant derrière lui ses collègues et les professeurs agrégés sur les banquettes, a ouvert la séance par un compte rendu net, sobre, substantiel, comme il sait les faire quand il n'est pas gêné par les entraves de l'éloquence académique.

M. Tardieu excelle aux rapports; il est praticien et pratique en tout, et la Faculté peut se vanter de posséder en lui un administrateur véritable, qui ne considère pas sa charge comme une sinécure. Il a parlé avec modestie de son avénement au décanat, et il a eu le bon goût de ne point faire la plus petite allusion aux circonstances qui l'ont poussé ou porté au rang qu'il occupe.

Par une innovation heureuse, qui est un usage depuis longtemps établi dans les Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg, le nouveau doyen de la Faculté de Paris a résumé les choses faites dans le courant de l'année écoulée, il a donné des regrets aux morts, des louanges aux vivants qui se retirent du corps de la Faculté, des encouragements à la jeunesse, mêlés de quelques conseils et avertissements très-opportuns; bref, il a parlé en bon collègue, en excellent confrère, en père de famille affectueux et ferme, et finalement il a trouvé des paroles aimables pour tout le monde.

Nous n'avons pas à reproduire ici, même en abrégé, la partie statistique du discours clair et simple de M. Tardieu ni à discuter les éloges, peut-être exagérés, qu'il a distribués libéralement aux lauréats de tout rang et de tout ordre. Ce qui nous a fait plaisir, c'est ce qu'il a dit de la valeur et du nombre croissant des bonnes thèses. On sait que cette épreuve capitale du doctorat était tellement effacée et sacrifiée dans ces dernières années, qu'il a fallu proposer des récompenses aux étudiants pour les engager à se faire honneur dans leur dernier acte probatoire. Dès qu'il y a eu des prix en perspective l'émulation est intervenue, et il s'est produit entre les aspirants au doctorat quelque chose d'assez semblable à un concours.

La jeunesse de notre temps en est là; elle tient que tout travail mérite son salaire, et elle fait bien ou de son mieux quand on la récompense. Il y a là toute une question d'économie politique qu'il nous suffit d'indiquer.

Nous n'avons jamais été grand partisan de ces distinctions publiques qui se traduisent ou se réduisent en récompenses effectives. La jeunesse vraiment studieuse n'a pas ou du moins ne devrait pas avoir besoin de tous ces stimulants, et ce qui nous peine, c'est qu'elle ne sente pas qu'après l'âge des couronnes de collége, il ne faut plus penser ni agir en écolier qui travaille en vue d'une distribution des prix.

Il nous a paru que la Faculté abuse des récompenses et des encouragements; cet abus exagéré devrait promptement être réprimé par une bonne loi somptuaire. Mais on l'a dit depuis longtemps, ce sont les mœurs qui font les lois, et quand les mœurs sont excellentes, les lois deviennent inutiles.

Nous ne savons pas au juste quelles sont sur ce point capital les idées ou les intentions du doyen, mais nous entrevoyons un espoir de réforme ou d'amélioration dans ce passage de son discours où il a été question de la sévérité des épreuves. Ce passage, bien qu'un peu court, nous a plu par sa fermeté, et il nous paraît contenir de bonnes promesses pour l'avenir. Il faudrait moins de prix et des examens plus sévères, rigoureux au besoin; la vraie récompense des jeunes gens laborieux, c'est l'approbation des maîtres, obtenue sans complaisance, accordée sans indulgence. Il serait temps vraiment d'écarter de nos écoles ces incapacités notoires qui se réfugient dans la médecine après avoir frappé en vain à toutes les portes qui ouvrent au travail et au mérite les autres carrières libérales.

Notre opinion, et c'est uniquement le sentiment de la dignité médicale qui nous la dicte, notre opinion est que les examens doivent être difficiles et qu'un docteur en médecine doit avoir la pleine conscience de sa valeur et se rappeler avec satisfaction à la fin de ses études que le grade qui lui confère un pouvoir illimité, formidable, dans la société, il l'a mérité et non pas volé ou obtenu par grâce. La réputation, le prestige, disons mieux, la considération et la gloire des grands corps enseignants des Facultés et des écoles, sont en raison de la sévérité des maîtres. Quand ceux-ci sont fermes, difficiles même, sans cesser d'être équitables, les étudiants font leur devoir, et une fois docteurs, ils savent leur métier et honorent leur profession. Celle-ci y gagne autant que le haut enseignement. Les paresseux et

---

FEUILLETON.

LA MÉDECINE POPULAIRE.

L'ÉCOLE DE SALERNE. — ÉTUDE HISTORIQUE.

II.

A défaut de faits bien établis et de textes authentiques, l'histoire ne dédaigne point les vagues rumeurs de la tradition et s'aide au besoin de la légende. Il y a une voie moyenne entre le scepticisme absolu et l'investigation conjecturale, et cette voie est toujours ouverte à l'historien qui interroge le passé sans idées préconçues.

On ne sait rien de positif sur les origines de l'école de Salerne; mais une vieille chronique citée par Antonio Mazza donne pour fondateurs de cette école quatre médecins ou quatre maîtres : un Juif, Rabbi Elinus, un Grec, nommé Pontus, l'Arabe Adala et un Latin, Salernus. Ce dernier nom, à cause de sa similitude parfaite avec le nom même de Salerne, prouve assez que le chroniqueur n'a fait que recueillir une tradition fabuleuse, selon toute apparence, mais symbolique et par cela même significative. Chacun de ces quatre maîtres, d'après la légende, enseignait la médecine dans sa propre langue à ceux qui pouvaient l'entendre, c'est-à-dire à ses compatriotes. En autres termes, ces professeurs, *Salernitani studii medici primævi fundatores*, formaient le corps enseignant de cette espèce de collége médical des Quatre-Nations, où étaient confondus ou réunis les quatre éléments de la civilisation du moyen âge : Grecs et Latins, Sarrasins et Juifs, l'Occident et l'Orient (1).

Un grand sens est caché sous la légende : dans les contrées méridionales de l'Europe, l'Occident et l'Orient furent perpétuellement en contact durant le vrai moyen âge. L'assertion n'a pas besoin de preuves pour ce qui est de l'Espagne : les Arabes ayant pris possession de la Péninsule par la conquête, on sait que pendant près de huit siècles, chrétiens, israélites et musulmans, malgré de fréquentes hostilités et de profondes antipathies de religion et de race, se mêlèrent et se pénétrèrent si bien, qu'elles sont rares en Espagne les familles qui ne comptent pas parmi leurs ascendants des Juifs et des Maures.

Dans l'Italie méridionale, dans la grande Grèce des temps anciens, la fusion des races fut moindre, mais non le contact; les Arabes pénétrèrent de bonne heure dans cette contrée, qui était ouverte au commerce

(1) V. le travail d'A. Mazza, *Urb. Salernit. hist. et antiq.*, dans le grand répertoire de Grævius et de Burmann : *Thes. antiq. et hist. Italiæ*, t. IX, p. 63, et Ackermann, *Instit. hist. medic.*, p. 338.

les incapables fuient naturellement les difficultés; mais il faut qu'ils ne trouvent d'indulgence nulle part.

Une Faculté se déshonore, elle déroge et s'abaisse en consentant, n'importe sous quelles influences et pour quels motifs, à conférer complaisamment ce grade de docteur, dont nous sommes tous si fiers, à des infirmiers, à des dentistes, à des praticiens vulgaires qui mériteraient tout au plus d'être officiers de santé.

Nous ne disons pas tout cela pour la Faculté de Paris. Jusqu'ici elle a su se respecter, et si nous l'engageons à persévérer et à se surveiller, c'est afin qu'elle ne descende jamais à ce degré d'indulgence ou de complaisance qui avilit et dégrade. De même qu'un homme d'intelligence et de caractère ne consent pas, malgré le précepte évangélique, à être le frère de n'importe qui; de même un médecin instruit, qui a gagné son titre par son savoir et sa capacité, ne doit pas consentir à être le confrère du premier venu, pourvu d'un diplôme extorqué par force majeure on accordé par grâce. Il ne faudrait point envier la facilité de l'Université de Pise, qui recevait tout candidat bien pensant.

Il y avait autrefois à Montpellier une formule qui avait bien son prix, et dont la signification est salutaire. Quand un candidat était refusé à ses examens, on lui disait, paraît-il, ces mots bons à retenir : *Magnus ipse Riverius ter caudatus fuit.* Qui sait si le grand Rivière, sans les trois queues dont parle la tradition, n'eût pas été un âne ou un médicastre? Nous en dirions long sur ce sujet si nous voulions seulement tirer parti de quelques documents qui sont entre nos mains, et qui nous serviront quelque jour pour écrire un curieux chapitre de mœurs médicales de l'histoire contemporaine.

M. le doyen Tardieu u'a pu se dispenser de dire un mot des changements et permutations qui viennent d'avoir lieu dans la Faculté par suite de la retraite d'un ou de deux professeurs titulaires. L'appréciation de M. Tardieu est celle d'un optimiste; nous verrons bien ce qui résultera en fin de compte de ces substitutions de personnes, et si le niveau de l'enseignement montera au lieu de descendre. C'est toujours avec plaisir que nous voyons arriver des hommes nouveaux; mais nous attendons peu, s'il faut le dire, de tous ces changements qui ne sont point des rénovations.

L'enseignement théorique a grand besoin de prendre crédit et consistance dans la Faculté, et nous serions heureux de voir dans les deux chaires de pathologie générale et de pathologie interne, non pas des professeurs diserts comme il y en a tant, mais des maîtres comme il s'en trouve peu, savants et philosophes. Pour soutenir la réputation d'une école, il suffit d'un ou de deux hommes ayant la tête forte et bien meublée. Une Faculté qui veut se refaire et se régénérer doit choisir, découvrir et dénicher le mérite vrai qui s'impose dès qu'il est mis en évidence. La présentation a cet avantage sur le concours, qu'elle oblige les professeurs à faire des choix dont ils sont seuls responsables; si les choix ne sont pas heureux, la faute en est presque toujours à ceux qui choisissent les candidats et les désignent à l'autorité. Reste à savoir si le choix des professeurs par présentation ne donne pas lieu à des conflits dangereux entre la conscience et l'amour-propre ou les intérêts des électeurs. C'est pour le coup dans ces réceptions qu'il faut se montrer encore plus difficile et scrupuleux que pour l'admission des aspirants au doctorat. Il ne faut pas, pour l'honneur de la Faculté, qu'on puisse dire d'un homme qu'elle s'associe pour l'enseignement, qu'il a été heureux, qu'il a eu de la chance. Il faut au contraire qu'on ne puisse pas le dire, et que le choix libre de la Faculté soit considéré comme un acte de raison et de justice.

Voilà assez de réflexions sur ce point. Elles ne sauraient déplaire à M. Tardieu qui, malgré sa discrétion et son optimisme apparent, ne se fait, je crois, aucune illusion, ni sur les obligations de sa charge ni sur l'état présent du grand corps dont il est la tête. La Faculté de médecine de Paris a, somme toute, un doyen, un vrai doyen, plein de bon vouloir, actif, diligent et vigilant, qui connaît le terrain et le milieu, et qui ne désespère point de l'avenir. C'est quelque chose que cela. Je dirai même que c'est une nouveauté.

Passons sans transition de M. Tardieu à M. Baillon, successeur et panégyriste de feu Moquin-Tandon, professeur de botanique. M. Baillon est un homme nouveau dans la Faculté, j'entends un nouveau venu, et il me paraît très-neuf et inexpérimenté dans le genre de l'éloge. Le panégyrique qu'il a prononcé, d'abord avec un embarras visible, malgré l'apparente fermeté de sa voix et de son attitude, ce panégyrique a, selon moi, deux défauts : il n'est pas court et il manque de naturel. L'auditoire l'a bien jugé ainsi, et peut-être avec trop peu de retenue, en témoignant de son impatience, lorsque l'orateur a déployé son talent descriptif, un peu hors de saison, et surtout aux endroits où il y avait évidemment abus de l'allégorie et de la comparaison. Je ne saurais applaudir pour mon compte à celle que l'orateur a risquée à propos des monstruosités végétales servant de point de départ ou de fondement à des théories plus ou moins solides. L'interprétation des lois par les criminels, ou du moins par les gens de sac et de corde, n'avait rien à faire dans ce discours à propos de tératologie.

On sent que M. Baillon est quelque peu novice dans l'art oratoire; et il a fait trop sentir, malgré beaucoup de fleurs de rhétorique répandues sur la mémoire de son prédécesseur, que cette mémoire le mettait à la gêne, au lieu de l'inspirer et de le mettre à l'aise.

Certes, je n'ai aucune envie de surfaire le regrettable Moquin-Tandon, et je conviens qu'il était un joli sujet plutôt qu'un grand et beau sujet. Mais c'est bien quelque chose d'avoir sous la main un joli sujet, et les panégyristes officiels de la Faculté ont rarement cette bonne fortune.

M. Baillon a jugé le savoir et le mérite de Moquin-Tandon avec un peu de suffisance, et il en a été puni ou du moins averti par son auditoire, dont les interruptions et les impatiences n'ont pas pourtant abrégé la leçon qu'il a faite sur les dédoublements et les zoonites. On a failli bâiller, malgré les intentions ironiques et les phrases bien peignées, et le doyen a dû intervenir pour rétablir le calme.

L'orateur a retrouvé son assurance et un peu plus de faveur dans la seconde partie de son discours, lorsque descendant des hauteurs, il a retracé la carrière rapide, brillante de Moquin-Tandon, et ses relations avec les hommes ou illustres ou éminents qui lui donnèrent l'impulsion dont il avait besoin : E. Geoffroy-Saint-Hilaire, de Candolle, Auguste-Saint-Hilaire et Dunal.

Moquin-Tandon relevait de tous ces maîtres de la science des végé-

---

des nations, et où affluaient les Juifs et les Grecs. Ces derniers, qui ont toujours conservé, même dans la servitude, le génie du négoce et le goût des aventures, n'avaient jamais cessé de visiter les ports de la Sicile et de la basse Italie, et ces côtes de la mer Thyrrhénienne, de la mer Adriatique et du golfe de Tarente, peuplées jadis de colonies grecques.

Les Arabes, de même que les Grecs, eurent aussi dans ces riantes contrées des relations commerciales et politiques. On sait que malgré les menaces et les défenses de l'Eglise, un commerce très-actif s'établit, dès le neuvième siècle, entre les mahométans de Sicile et les chrétiens d'Italie. Il n'y a point d'interdiction qui puisse prévaloir en aucun temps sur l'amour du gain, qui est la passion des populations maritimes. Bien avant les croisades, les marchands de Venise et d'Amalfi trafiquaient avec les Arabes sans aucun scrupule, puisqu'ils payaient les marchandises et les denrées que leur livraient les Sarrasins d'Espagne et de Sicile en chair humaine; en autres termes, ils vendaient des esclaves. Marini, l'historien véridique des transactions commerciales des Vénitiens, est très-précis sur ce point (1).

D'Amalfi à Salerne, la distance est petite; le port de Salerne était fréquenté par les Arabes aussi bien que par les Grecs, et le territoire de Salerne fut plus d'une fois conquis par les musulmans de Sicile.

Il importe ici de faire une réflexion. Les Arabes sont représentés en général par les historiens qui ont raconté leurs premières invasions comme des conquérants sauvages dont le fanatisme ne respectait rien. Sans doute, ce peuple, fanatisé par son prophète, se répandit comme un torrent qui se précipite, renversant tous les obstacles; mais la rapidité même de la conquête en Asie, en Afrique et en Europe explique ce phénomène étrange d'une armée de fanatiques, qui, la guerre sainte achevée, entre tout aussitôt dans la civilisation et se livre aux travaux pacifiques et glorieux, à la culture des lettres, des beaux-arts et des connaissances utiles. Jamais peuple conquérant ne passa plus vite de l'état de guerre à la vie civile et vraiment sociale.

La médecine fut de bonne heure en très-grande considération chez les Arabes. Tous les successeurs de Mahomet ne pensaient pas comme ce dernier qui, repoussant les services d'un médecin, lui disait pieusement : « Tu es un homme habile; mais le médecin, c'est Dieu. » C'est presque le mot d'Ambroise Paré; mais ce dernier, qui n'était point fataliste, commençait par panser le blessé avant de l'abandonner à la Providence. Est-il besoin de rappeler la protection accordée aux médecins par Al-Mansor, par Al-Mamoun et leurs successeurs, et ces grands hôpitaux de Bagdad et de Damas, où florissait la médecine clinique? Avant l'hégire même, les Arabes fréquentaient l'Ecole d'Alexandrie, et leurs connaissances s'accrurent dans le commerce de ces Nestoriens que le fanatisme et la mauvaise politique des empereurs de Constantinople avaient relégués dans ces contrées de l'Orient, où ils furent les inter-

(2) V. Prunelle, *De l'influence exercée par la médecine sur la renaissance des lettres.* Montpellier, 1809, in-4, p. 43.

tanx, et il faut lui rendre justice sur ses sentiments à leur égard. Lui, qui fut avant tout un homme heureux, à qui la fortune frayait et aplanissait la voie, il fut reconnaissant envers ses protecteurs, et c'est un mérite qui est rare partout, en Gascogne et ailleurs.

Il est certain que Moquin-Tandon était né pour plaire et pour réussir. Savant de province et persuadé pendant plus des trois quarts de sa vie qu'il ne serait jamais autre chose, il dut une fortune inespérée à l'amitié d'un ministre qui cultivait les lettres en amateur et avec lequel il s'était lié à Toulouse. Appelé à Paris, il fut nommé successivement professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Cet homme a été trop heureux et en trop peu de temps. Il en est mort. Sa mémoire vivra-t-elle? Son panégyriste le croit sans en paraître très-persuadé. Moquin-Tandon était un esprit facile; il a parcouru avec un bonheur inouï la carrière des sciences et celle des lettres. Le sillon qu'il a creusé n'est peut-être pas bien profond; mais enfin il a laissé trace de son passage dans l'enseignement supérieur des sciences naturelles et dans un petit recoin du monde littéraire, où il s'était introduit un peu trop ingénieusement et sous un nom d'emprunt.

Moquin-Tandon, qui avait conservé je ne sais quoi de positif et de pratique, malgré son caractère aimable et enjoué, et en dépit de ses goûts littéraires et scientifiques, Moquin-Tandon savait bien ce qu'il valait au fond. Son secret a été de jouir du présent. Il y a un art d'être heureux, et cet art qu'il cultivait avec prédilection l'occupait et l'absorbait trop pour qu'il ait eu le désir et trouvé le temps de se recommander à la postérité.

M. Baillon nous a bien laissé entrevoir l'homme tel qu'il était en réalité, tel que lui-même l'a connu; mais il y a dans son discours trop d'intentions et trop peu de netteté. Il a dès à présent besoin d'un commentaire. C'est que rien n'est plus difficile que de réussir du premier coup, et qu'avec les plus heureuses aptitudes pour composer une excellente monographie, on peut ne pas réussir à faire un bon panégyrique. Si M. Baillon, qui a déjà donné des gages à la science qu'il cultive, devait reparaître en public comme panégyriste d'un mort quelconque, nous ne serions pas fâché qu'il prît un style moins empesé et des allures un peu plus vives. De grâce laissons la rhétorique à ceux qui l'enseignent, à ceux qui en vivent, et parlons en toute occasion, naturellement et sans prétentions.

Nous n'avons rien à dire de l'allocution de M. le ministre de l'instruction publique, très-familière et paternelle, mais nullement médicale.

En résumé, la séance a été passable, quoiqu'un peu longue.

J. M. GUARDIA.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE.

DU RÔLE DU MOUVEMENT DANS L'ORDRE VITAL.

(Suite et fin. — Voir le n° 43.)

Passons maintenant à l'ordre pathologique. Conformément à la thèse que je viens de développer comme applicable à l'état normal, on doit se trouver en présence d'une double catégorie de conditions. 1° Des conditions mécaniques où les considérations que je viens de soumettre au lecteur se reproduisent dans les mêmes termes. Ainsi lorsqu'un os, un muscle, un nerf, la moelle épinière sont interrompus dans leur continuité par le traumatisme ou par une lésion nutritive profonde, lorsque certaines parties du cerveau ont absolument perdu leur structure normale, nous avons une explication mécanique parfaitement simple des phénomènes de paralysie consécutifs à ces altérations diverses. 2° Par le fait de l'activité propre aux forces vitales il y a conversion des effets moteurs en effets dynamiques, et il est également impossible de saisir un rapport entre la lésion quand elle existe et les symptômes observés. De même que dans l'ordre physiologique, notre connaissance est ici purement expérimentale et ne saurait être déduite de l'altération nutritive, tandis qu'on peut inférer d'une ligature placée sur une artère que le sang ne peut plus traverser celle-ci.

Examinons d'abord la sensibilité. L'expérience et l'expérimentation nous enseignent que les effets moteurs exercent leur action sur cette faculté sous des formes très-variées, tantôt avec une altération très-appréciable du sang et des divers tissus, tantôt par un simple contact comme pour le curare, le chloroforme, l'alcool, etc. (1). Dans ce dernier cas, la perversion du sentiment est sans proportion aucune avec le phénomène moteur primitif (2). Prenons une autre influence extérieure, celle du froid humide, par exemple, qui joue un rôle si important en pathogénie. L'action motrice du dehors peut provoquer une modification particulière de la sensibilité au point de contact, ou bien celui-ci n'étant affecté que d'une manière peu appréciable ou complétement latente, il y a ressort de la perception exaltée, comme amplifiée sur des surfaces ou au sein des parenchymes dont la corrélation sympathique se trouve ainsi constatée par l'expérience. Or, au point de vue mécanique, on ne saurait comprendre que les effets moteurs puissent avoir une intensité plus grande au point de réflexion qu'à celui du premier contact. Aucune raison anatomique n'a pu donner une explication *intégrale* du fait des sympathies, qui n'ont par cela même qu'une valeur purement empirique.

Malgré son indépendance réelle, le plus souvent la contractilité n'est affectée que secondairement à des lésions de la sensibilité. L'action motrice extérieure n'amène donc, au sein de l'économie, des phénomènes de même ordre qu'après une conversion préalable en phénomènes sensitifs. J'arrive à la nutrition.

Les altérations nutritives se présentent dans des conditions diverses relativement aux phénomènes moteurs. Tantôt le milieu ayant agi sur la sensibilité, celle-ci, par l'intermédiaire de mouvements organiques, sollicite des lésions locales ou de nature diathésique (tubercules, scrofules, etc.); tantôt il y a une diathèse héréditaire dans laquelle, pour

(1) Pour tous les cas analogues, les effets dynamiques sont en raison inverse des phénomènes moteurs ou effets mécaniques (chimie). La toxicologie nous montre d'ailleurs ces deux ordres de conditions associées et souvent distinctes. De même la thérapeutique (tartre stibié).

(2) L'action dynamique succède au simple contact, mais ici rien de semblable à ce que la chimie appelle force *catalytique*.

---

médiaires entre les Grecs et les Arabes comme les Maronites ou chrétiens de Syrie devaient l'être plus tard entre l'Orient et l'Occident.

C'est surtout par les travaux de quelques savants maronites que nous connaissons aujourd'hui la valeur scientifique et littéraire des Arabes. Les trois Assemani et Casiri ont révélé les trésors de la science orientale qui étaient enfouis depuis des siècles dans les immenses dépôts du Vatican et de l'Escurial (1); et l'on n'est pas peu surpris en parcourant les vastes recueils bibliographiques de ces érudits d'Orient de trouver chez les Arabes beaucoup plus d'originalité qu'il n'est reçu de leur en accorder, surtout comme traducteurs des Grecs.

On a trop répété que toutes les traductions arabes des auteurs grecs n'étaient elles-mêmes que des traductions des versions syriaques. Il est avéré au contraire que le nombre de savants arabes, dont il est inutile de reproduire les noms, avaient traduit directement sur le texte grec, notamment sous les règnes d'Al-Mamoun et de Motawakkel. Galien avait été traduit tout entier en arabe, d'après les originaux grecs. Quelques auteurs étaient simultanément traduits en arabe et en syriaque, et l'on sait maintenant, à n'en pas douter, malgré les négations de Renaudot et de Buble, et de beaucoup d'autres orientalistes, que des versions syriaques furent faites d'après les traductions arabes, par exemple, celle des *Analytiques* d'Aristote. Bien plus; il y a des auteurs grecs traduits en arabe, qui ne l'ont jamais été en syriaque; ainsi, des commentaires d'Ammonius et d'Alexandre d'Aphrodisie sur Aristote. Les médecins érudits savent que des écrits perdus des auteurs grecs se trouvent conservés dans les traductions arabes; mais ce qu'ils ne savent peut-être pas aussi bien, c'est l'utilité qu'on peut retirer des versions arabes pour la correction et l'intelligence des textes grecs qui nous restent.

Honnain ben Isâhk, traducteur des écrits hippocratiques, passe, aux yeux des orientalistes, pour avoir mieux entendu le médecin grec que la plupart des traducteurs en langue latine. On sait d'ailleurs que ce savant interprète arabe avait enseigné le grec à Bagdad. Le grec n'était pas d'ailleurs une langue morte en Orient. Les Melkites ou Grecs orthodoxes conservaient l'usage du grec dans leur liturgie. Tout porte à croire que les versions syriaques appartiennent à une époque antérieure à l'établissement définitif de la puissance musulmane en Asie. Cette puissance une fois établie, les traductions arabes remplacèrent les traductions syriaques, ou du moins leur firent concurrence.

Quant à l'infidélité des traductions arabes, notamment de celles d'Aristote, il faut se souvenir d'une particularité trop oubliée, c'est que la plupart des versions latines qui avaient cours et faisaient autorité dans les écoles du moyen âge, n'étaient elles-mêmes que des copies des versions hébraïques ou rabbiniques faites d'après l'arabe. On aurait tort, par conséquent, de reprocher aux Arabes ce qui est du fait des rabbins et des traducteurs barbares de ces derniers.

(1) Jos. Sim. Assemani, *Bibliotheca orientalis Clementino-Vaticana*. Rome, 1719-1728, 4 vol. in-fol. — Mich. Casiri, *Bibliotheca arabico-hispana*. Madrid, 1760-1770, 2 vol. in-fol.

satisfaire une sorte d'instinct anormal de la vie végétative (1), les altérations nutritives sont un produit de la force plastique aussi naturel que les tissus sains, et cela sans action du milieu sur la sensibilité, par la seule continuité d'action des causes prédisposantes, comme dit l'École; tantôt enfin il y a une sorte de combinaison des deux ordres de faits que je viens d'indiquer, le mouvement extérieur excitant la sensibilité qui provoque à son tour une nutrition anormale, en faisant passer la diathèse de la puissance à l'acte. La nutrition peut donc être affectée primitivement, en dehors de tout antécédent moteur préalable (hérédité), puisqu'il y a des maladies cancéreuses, des tuberculisations, des diathèses hémorrhagiques (hœmophilie), des atrophies musculaires progressives avec transformation graisseuse (2) dans lesquelles on ne saurait assigner aucun rôle à la sensibilité. L'indépendance et l'autonomie des facultés vitales est ici caractérisée au premier chef.

Le rôle subordonné de l'action motrice externe paraît tout aussi évident lorsqu'on étudie l'ordre dans lequel les facultés vitales sont affectées. C'est là une question d'analyse étiologique, implicitement abordée dans les lignes précédentes, et qui est parfois facile à résoudre. Ainsi, par exemple, lorsque le mouvement qui ne détermine qu'une modification passagère de l'état sensitif de l'enveloppe cutanée sollicite accessoirement des troubles morbides sympathiques, il est manifeste que la sensibilité est primitivement intéressée et que la lésion anatomique se développe postérieurement. De ce fait, je passe aux phénomènes divers que provoque l'ingestion prolongée de l'alcool. On sait que ce corps, d'après les recherches de MM. Ludger Lallemand, Perrin et Duroy, ne sert ni à l'assimilation ni à la combustion, qu'il n'éprouve aucune transformation au sein des tissus, et qu'au bout d'un certain nombre d'heures il est complétement éliminé. L'alcoolisme donne lieu à des hallucinations, au délire maniaque, mélancolique, à la démence, à des troubles divers de la sensibilité et du mouvement, et même à la paralysie générale. Or, à côté de lésions viscérales dont je n'ai pas à me préoccuper (thorax, abdomen), on trouve fréquemment des altérations du côté des centres nerveux, mais aucune de ces altérations n'est constante et par cela même essentielle. Pour tous les cas de ce genre, il faut donc invoquer une affection primitive et dominante de la sensibilité. La lésion nutritive est accessoire, subordonnée et par cela même secondaire.

Une maladie artificiellement produite, relevant pour ainsi dire du domaine de l'expérimentation, nous démontre que la sensibilité (3) peut être lésée primitivement, n'amener qu'à la longue, et d'une manière variable et non constante, des altérations consécutives de la nutrition. Ce principe établi par la seule expérience, on peut aborder, avec un point de départ solide et un critérium certain, d'autres états morbides appartenant à la pathologie de l'innervation. La grande prédominance des causes morales, admise par tous les auteurs, m'autorise à choisir pour exemple une folie soudainement développée à la vue de certains objets (frayeur), à l'audition de certaines paroles (passions diverses). Ce n'est point, sans conteste, l'ondulation mécanique des fibres des nerfs optiques, acoustiques, ni des parties cérébrales correspondantes, qui détermine les accidents vésaniques. L'oscillation est devenue, par une transformation radicale, perception d'idée; un sentiment très-vif survient et la folie éclate. Si cette dernière est constamment liée, comme on le prétend de nos jours, à un état somatique, c'est-à-dire à une altération consécutive à la notion psychique, celle-ci n'en aura pas moins été la seule et unique cause déterminante des effets moteurs, qui auront, d'après l'hypothèse, provoqué des lésions anatomiques avec une si grande rapidité. Au lieu donc d'argumenter ainsi l'organicisme : La monomanie n'a point d'anatomie pathologique; la mélancolie attend la sienne; la manie ne saurait s'expliquer par la seule turgescence des vaisseaux de l'encéphale, puisqu'alors la position déclive de la tête serait suffisante pour provoquer l'aliénation ; la folie paralytique est autre chose qu'une méningo-encéphalite, car il y a des faits exceptionnels sans aucune trace d'inflammation, qu'il est de bonne science d'accepter en vue de toute conception intégrale et légitime de la maladie (1);au lieu donc de dire à l'organicisme: Dans tous ces cas, le symptôme est constant, la lésion nulle ou variable, est-il donc de bonne logique de subordonner ce qui est fixe à ce qui ne l'est point? je le prierai, afin d'éviter une fin de non-recevoir bien connue, d'analyser, à mon exemple, le fait précédemment indiqué, lui demandant si l'oscillation interne a dans ce cas produit la lésion, ou bien si, au contraire, c'est l'idée, le sentiment consécutif à la perception du mouvement qui ont pu donner lieu à l'altération anatomique par une réaction motrice imprimée aux fibres nerveuses et au système vasculaire. J'ignore s'il y a toujours un état somatique dans la folie, mais dans l'espèce il n'a et ne peut avoir qu'une valeur secondaire.

Les considérations qui précèdent m'autorisent à penser que dans la folie de cause héréditaire et due à une véritable diathèse, on peut établir relativement à l'action motrice du milieu, exactement les mêmes distinctions que j'ai établies pour la nutrition. Donc le sentiment, par la seule continuité d'action des causes prédisposantes, peut être primitivement intéressé. Donc, comme la nutrition, cette faculté est indépendante et autonome (2).

Ce que je crois avoir démontré pour la folie, je puis le dire de l'épilepsie due à une frayeur, de la chorée et des attaques d'hystérie produites par l'imitation. S'il y a toujours une lésion, chose qu'on ne saura probablement jamais, cette lésion sera toujours survenue en

(1) L'expression est de M. Baumès, *Traité des diathèses*. On ne peut d'ailleurs y voir qu'une simple figure.

(2) Lorsque l'attention fut appelée sur cette singulière affection, il parut d'abord possible d'y subordonner l'altération nutritive à un état rhumatismal, à des fatigues exagérées. Depuis on a pu s'assurer que ces conditions étiologiques ne sont rien moins que constantes.

(3) Sous ce terme générique je groupe le sentiment, puis dans son acception la plus étendue l'intelligence et la volonté. Mais je sais fort bien que ces facultés diverses sont parfaitement distinctes entre elles.

(1) La folie paralytique est souvent la conséquence de l'alcoolisme ou de causes purement morales. Dans ces deux cas, il faut bien reconnaître que l'action primitive appartient à la sensibilité. Raisonnez par analogie et concluez.

(2) En aliénation, la sensibilité, l'intelligence et la volonté peuvent être isolément ou concurremment affectées. Ce dernier cas est le plus commun.

Ce que nous venons de dire des versions arabes comparées aux versions syriaques des auteurs grecs, n'est pas une simple conjecture, mais une induction contre laquelle on ferait valoir en vain un passage du chroniqueur Ahul-Pharadj, dans lequel il est précisément question de ces savants philosophes, mathématiciens et médecins, qui tiraient toute leur science des Grecs, et qui, grâce aux interprètes syriens, étaient les maîtres des Arabes. Pour moi, ce passage, assez embrouillé d'ailleurs dans la version latine, signifie que le savoir des Grecs fut introduit en Orient d'abord par ces philosophes que l'intolérance inepte de Justinien obligea de s'exiler, et plus tard par les savants d'Alexandrie, qui se dispersèrent après l'invasion musulmane et la prise de cette ville par Amrou, lieutenant d'Omar. Il s'agirait donc de la première période, et de ces écoles nestoriennes qui furent en Orient comme une colonie littéraire de la Grèce.

Au surplus, peu de chroniqueurs méritent moins de créance que ce faiseur de contes qui tient le milieu entre Froissart et Brantôme. Il a autant de souci de la chronologie que des faits. Voici comment il explique l'introduction de la médecine grecque en Orient. Nous empruntons la version de Freind : « Georges Bakhtiechoû, d'après Aboûl' Faradj, avait été élevé à Djoundaïzâbour ou Nisapour, sa ville natale, capitale du Khoûzistân (l'ancienne Susianne), bâtie environ l'an 272 de J.-C. par Sapor, roi des Perses, en l'honneur de sa femme, fille de l'empereur Aurélien. Depuis la fondation de cette ville, la médecine y avait été toujours florissante, attendu que pour honorer sa fille, Aurélien eut soin de lui envoyer des médecins grecs qui propagèrent en Orient l'art d'Hippocrate. »

Freind a pris au sérieux l'assertion d'Aboûl' Faradj, et a fait sur cette historiette des conjectures qui seraient plausibles si elles avaient un fondement solide (1). Les historiens de la médecine venus après Freind n'ont pas manqué de copier ce dernier. Ackermann lui-même, le modèle des abréviateurs, a cité à son tour le texte d'Aboul' Faradj, et a répété d'après lui que l'empereur Aurélien ayant marié sa fille à Sapor, roi des Perses, pour cimenter la paix, envoya des médecins grecs qui fondèrent une école de médecine à Djoundaïzâbour; et il ajoute gravement que, selon toute vraisemblance, cette école fut la source des connaissances médicales en Orient, *vero non absimile est* (2).

Sprengel est le premier et le seul à ma connaissance qui ait protesté contre la fable du chroniqueur arabe. Il a pris la peine de démontrer que Sapor Ier, mort deux années après l'avénement d'Aurélien à l'empire, vécut en paix avec l'empereur romain. Et pour renforcer sa démonstration, il a cité un texte d'un historien plus véridique, qui prouve que la ville de Djoundaïsâbour fut fondée par Sapor II, après le concile de Nicée; et il remarque avec intention qu'Aboul Faradj fait mourir

(1) *Histor. medicin. a Galen. temp. usq. ad init. sæc. XVI. in Joannis Freind Opera omnia, ed. alt.* Paris, 1735, in-4°, p. 226.

(2) *Instit. histor. medic.*, auct. J. Chr. Gottl. Ackermann, Norimb., 1792, in-8° medic. recent, period. III, c. XXVII, p. 276-277.

vertu d'une action qui, pour être motrice, n'est point elle-même un mouvement.

En thérapeutique ne faut-il pas aussi admettre, comme en physiologie et en pathologie, que le mouvement n'est dans l'ordre vital qu'une condition et point un principe. L'action curative du médicament peut-elle être déduite de la forme, du volume, de la densité, de la composition chimique et de l'arrangement moléculaire? Nul doute qu'il ne faille ici faire également la part du feu, et reconnaître l'action mécanique pour les parasiticides, les antidotes, les caustiques (1); c'est là pour ainsi dire la chirurgie de la médecine. Mais, en dehors de ces données toutes spéciales, le principe général de la thérapeutique est de susciter, au sein de l'économie, des actes vitaux ou opposés à ceux de l'état morbide primitif (énantiopathie, antipathie), ou sympathiques (allopathie), ou substituteurs et perturbateurs; car on ne croit plus maintenant à la neutralisation du miasme paludéen par le sulfate de quinine, à celle du virus syphilitique par le mercure ou l'iodure de potassium, à la cure de la chlorose parce qu'on restitue au sang le fer qui lui manque. Ces idées chimiques mécaniques cessent d'avoir cours comme étant dénuées de tout caractère médical. Or de quelle manière, sinon par l'expérience, avons-nous appris que l'opium *fait dormir?* Quand nous appliquons cette notion préalable au traitement de la douleur, nous obéissons à une indication physiologique où la chimie n'a aucune part. D'où savons-nous l'effet curatif des médicaments substituteurs ou perturbateurs? Pourquoi tel moyen est-il employé de préférence à tel autre comme mieux approprié? L'expérience a été ici notre seul maître, ce qui nous oblige à convenir que les effets moteurs de la cause externe ne sont aussi, dans l'espèce, qu'un intermédiaire obligé, une condition, et rien d'autre.

De l'ensemble de cette argumentation je conclus, contradictoirement à Cabanis, que le mouvement n'est pas la source générale et féconde de *tous les phénomènes de l'univers.*

Lorsqu'on embrasse d'une vue d'ensemble la chaîne des êtres il est aisé d'y reconnaître, malgré certaines lacunes, un ordre universel, une disposition harmonique que constate l'analyse et que proclame la synthèse. L'homme n'est point un fait isolé, à convenance douteuse et incertaine avec tout ce qui l'entoure, mais il est comme un centre commun où viennent se concentrer les rayons partis de chacun des points de la nature (2). Celle-ci, à tous les degrés de la série ascendante, préseute des conditions nouvelles qui détruisent l'identité sans doute, mais établissent l'analogie entre le terme qui précède et celui qui le suit Ces conditions nouvelles, tantôt consistent dans une évolution plus complète d'un état antérieur, tantôt dans l'apparition d'un point de départ pour un ordre de phénomènes encore ignoré. Dans cette série immense qui, de la matière chaotique s'élève au faîte de l'être, l'homme occupe une place éminente et est en rapport intime avec son propre milieu. Aussi voit-on l'organisme être le siége incessant de phénomènes physico-chimiques, comme tous les autres corps de la nature, et de plus, en vertu même de la place qu'il occupe dans la chaîne des êtres, jouir d'une faculté motrice de premier ordre. Peu nous importe, au fond, que dans le monde extérieur on puisse mettre en doute la notion de substance (1) et par conséquent de force unique ou de forces multiples; peu nous importe que le dynamisme, pour quelques physiciens, n'exprime que des effets moteurs, des phénomènes que diversifie leur forme et leur intensité, pourvu que nous trouvions en nous-mêmes un principe d'activité motrice qui ne soit pas lui-même un mouvement.

Vous nous parlez métaphysique, m'objectera quelque adepte de l'organicisme, et nous n'avons que faire des causes premières: le champ des phénomènes nous suffit, et lui seul d'ailleurs est accessible à l'esprit humain. Les rêveries des anciens jours étaient bonnes pour les enfants, et nous sommes dans l'âge mûr. Trêve donc à vos puérilités! Je n'ai nullement le projet d'entamer ici une discussion en règle, mais je ferai observer à mes adversaires qu'ils sont un peu comme M. Jourdain, puisqu'ils font de la métaphysique et ne s'en doutent point(2). Cabanis, l'antécédent direct de l'organicisme moderne, déclamait aussi beaucoup contre l'étude des causes premières (3), ce qui ne l'a pas empêché de dire que « vivre c'est sentir; que la sensibilité, l'organisation dérivent des lois générales de la matière, et que ces lois sont celles du mouvement. » Quand on sait pertinemment tout cela, que reste-t-il à apprendre sur les causes premières? Descartes de son côté, adoptant l'*à priori*, c'est-à-dire l'hypothèse de l'anatomisme antique, de celui de Leucippe, de Démocrite et d'Épicure, suppose qu'il y a ideotité absolue de principe entre l'organisme doué de vie et la matière générale. Pour lui le corps est une machine, ni plus ni moins, et les fonctions résultent de la seule disposition de ses rouages (4). D'où il conclut que la physiologie n'est qu'une branche de la physique générale, et la confusion du mouvement et de la force motrice une fois admise *à priori*, il fallait de toute nécessité que l'idéalisme géométrique de Descartes remontant la suite des âges jusqu'à son origine première, renouât la chaîne de l'anatomisme à un développement peu nouveau de la pensée moderne (5). La confusion des deux catégories de l'être et de la forme, consommée par Pythagore et consacrée par les spéculations ontologiques de l'école atomistique et de la descendance plus ou moins avouée du pythagorisme: Platon,

(1) Ceci n'a trait évidemment qu'à l'action immédiate des caustiques.

(2) L'homme c'est la vie à son maximum d'intensité.

(1) Cournot, *Essai sur les fondements de nos connaissances.* Je suis loin d'ailleurs, je le déclare, d'accepter un pareil point de vue.

(2) « Quoi qu'on en puisse dire dans les écoles scientifiques modernes, où l'on craint surtout de paraître faire de la métaphysique, l'atomisme mitigé, aussi bien que l'atomisme pur, implique la prétention de saisir par quelque bout l'essence des choses. » (Cournot, *Traité de l'enchaînement des idées fondamentales dans la science et dans l'histoire*, t. I, p. 264.)

(3) « Les causes premières ne peuvent être ni un objet d'examen ni même un sujet de doute, et l'ignorance la plus invincible est le résultat auquel puisse conduire à leur égard le sage emploi de la raison. » (*Rapports du physique et du moral.*)

(4) *Traité de l'homme.*

(5) Voir M. Vacherot, *Métaphysique et science*, t. I, p. 158, pour les liens d'étroite parenté qui unissent l'atomisme à l'idéalisme géométrique.

Aurélien d'un coup de foudre, lorsqu'il est avéré qu'il périt assassiné par les gens de son entourage entre Héraclée et Byzance.

Assemani a prétendu que le passage d'Aboul' Faradj se rapportait à Valérien, non à Aurélien; mais rien n'autorise cette substitution. Seulement, il me semble que Sprengel s'est mis assez inutilement en frais d'érudition. Il suffisait d'ouvrir la vie d'Aurélien, par Flavius Vopiscus, excellent morceau d'histoire, composé d'après les pièces officielles et les documents conservés dans la bibliothèque ulpienne. Flavius Vopiscus dit en termes exprès: « Aurélien laissa une fille unique dont les descendants sont encore à Rome. Aurélien, jadis proconsul en Cilicie, qui réside maintenant en Sicile, est son petit-fils. » Et plus loin, parlant des mœurs et des habitudes de l'empereur Aurélien: « Jamais, étant malade, il ne fit appeler un médecin; il se traitait lui-même, surtout par la diète: » *Medicum ad se quum ægrotaret nunquam vocavit, sed ipse se inedia præcipue curabat* (1).

Concluons, de cette discussion de textes, qu'il ne faut point abuser de l'autorité plus que suspecte d'Aboul' Faradj, et que l'école médicale de Nisapour ne remontait pas aussi haut qu'on l'avait cru sur la foi de ce conteur de fables.

Il serait pourtant bien intéressant d'être renseigné, sinon sur le vrai mode de transmission de la science grecque aux Orientaux, lequel probablement ne sera jamais connu d'une manière précise, du moins sur les travaux d'interprétation qui mirent les Orientaux en possession du savoir des Grecs. Un auteur arabe, qui a écrit sur l'histoire de la médecine, a justement traité ce curieux sujet dans un ouvrage qui mériterait d'être traduit en entier, si nous en jugeons par les précieux extraits qu'en a donnés le docteur Sanguinetti (1). Il paraît que Reiske, savant médecin et philosophe allemand, avait traduit en latin l'ouvrage d'Ibn Aby Ossaïbi'ah; sa traduction manuscrite est, dit-on, conservée dans la bibliothèque de Copenhague, et il serait à souhaiter qu'elle fût publiée, à défaut d'une traduction française, que nous aurions certainement aujourd'hui si l'incurie de la grande majorité des médecins pour les études d'érudition et d'histoire n'eût arrêté l'essort d'un homme auquel nous devrions une grande obligation, car les langues orientales sont inconnues aux cinq ou six médecins qui s'occupent sérieusement

(1) Flavii Vopisci *Divus Aurelianus*, p. 881, 897, in Histor. August. Scriptor. VI, édit. varior. de Schrevelius. Leide, 1661, in-8°. « Aurelianus filiam solam reliquit, cujus posteri etiam nunc Romæ sunt, etc. » — Sprengel, hist. de la médec. sect. VI. c. 6. tom. II, p. 249 de la traduction française.

(1) Extraits de l'ouvrage arabe d'Ibn Aby Ossaïbi'ah sur l'histoire des médecins, traduction française accompagnée de notes, par le docteur Sanguinetti. Paris, imprimerie impériale, 1854, 1855, 1856; 5 cahiers in-8.

le néoplatonisme, Descartes, Spinoza, a entraîné une confusion pareille des méthodes propres à ces deux catégories, et fait de la métaphysique une science purement abstraite et négative (1). L'organicisme de nos jours est un écho très-fidèle des conceptions géométriques de Pythagore, et de l'application qu'en fit Leucippe à la métaphysique de la matière, dont les propriétés diverses seraient la conséquence de la forme (2), de l'ordre et de la position des atomes. Or comme en vertu de la loi sériaire du développement des êtres, les corps vivants présentent ce qu'on peut appeler *l'assise mécanique*, il s'ensuit que l'organisme ne peut manquer de trouver dans la nature des faits conformes à son hypothèse. Quant à ceux qui le gênent, il les supprime ou il les fausse. Mais l'observation, pour être rigoureuse, doit être complète; il faut d'abord accepter l'expérience en bloc, puis soumettre celle-ci à une analyse sévère. Cela posé, les résultats de l'analyse me paraissent établir d'une manière péremptoire que la notion générale des mouvements qui résume les influences que le milieu exerce sur les êtres vivants, suscite dans notre économie un ordre de faits radicalement distincts : sensitifs, moraux, intellectuels et volontaires. D'où je conclus que les facultés propres à la vie, pour être en conflit avec le mouvement, ne procèdent en aucune manière de la mécanique, et, par cela même, de la physique et de la chimie qui ne paraissent plus que des cas particuliers de la cinématique.

PAUL DUPUY.

(1) J'ai longuement insisté sur cette confusion dans les deux mémoires : *De la méthode, Des catégories.*

(2) Leucippe fait hardiment dériver le mouvement de la forme des atomes. Qu'en pense l'organicisme?

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES; par le docteur GALLAVARDIN (de Lyon).

(Suite. — Voir les nos 1, 2, 3, 5, 7, 17, 21, 23, 27 et 24.)

CHAPITRE II. — PARALYSIES MUSCULAIRES DE L'APPAREIL GÉNÉSIQUE.

Je comprends sous ce titre, non-seulement les paralysies, mais encore les convulsions toniques ou cloniques des muscles érecteurs et des fibres musculaires des vésicules séminales et du canal éjaculateur, phénomènes qui se traduisent par des érections et pollutions anormales, par la spermatorrhée, le priapisme ou l'impuissance génésique. On doit étudier en même temps que les paralysies les convulsions qui habituellement les précèdent ou les accompagnent.

§ I. — Paralysies musculaires de l'appareil génésique guéries par le phosphore.

IMPUISSANCE DEPUIS SIX ANS CHEZ UN HOMME DE 41 ANS.

OBS. I. — (Voy. chap. I, § I, obs. 27.)

IMPUISSANCE A LA SUITE D'EXCÈS GÉNÉSIQUES.

OBS. II. — « A un monsieur affaibli par des excès sexuels, j'avais prescrit contre l'impuissance, outre d'autres remèdes homœopathiques, l'acide phosphorique à la dose recommandée par Hahnemann. Effet nul. Alors je lui fais prendre trois fois par jour 12 gouttes d'acide phosphorique dilué dans de l'eau. Le résultat en fut très-marqué : bien-être général, la gaieté ranime le malade, les sueurs nocturnes qui duraient depuis si longtemps disparurent, et il pouvait de nouveau parfaitement coïter. » (Docteur Kopp, *Allgemeine Hom. zeitung*, t. II, p. 130.)

SPERMATORRHÉE.

OBS. III. — (Voy. chap. I, § I, obs. 25.)

SPERMATORRHÉE; POLLUTIONS NOCTURNES.

OBS. IV. — Ch. N..., étudiant en droit, âgé de 19 ans, grêle, pâle, faible, avait abusé de la masturbation dans son enfance. Depuis trois à quatre ans, s'étant beaucoup appliqué à l'étude, il avait été atteint de maux de tête habituels, auxquels s'étaient joints un abattement général et une inaptitude au travail; toutes les fois qu'il allait à la selle, il avait un écoulement de sperme avec une sensation de volupté assez marquée. Pendant un an il fut vainement traité d'après la méthode broussaisienne. Alors, le 12 juin 1836, il s'adressa au docteur Croserio, qui observa chez ce jeune homme les symptômes suivants :

Embarras de tête constant, mais surtout le matin et après les évacuations de sperme; perte de mémoire; inaptitude au travail; absence de désirs; indifférence à tout ce qui l'entoure, excepté sur son état morbide, auquel il pense sans cesse; tristesse; il désespère de guérir; désir de la mort et propension au suicide; il sent fréquemment le besoin de nourriture comme s'il était épuisé; digestion lente, constipation habituelle; selles dures, difficiles; quelquefois diarrhée pendant un jour; écoulement de sperme en allant à la selle, suivi d'un abattement général; pollutions nocturnes; palpitations; sommeil agité par des rêves.

Le docteur Croserio lui prescrivit trois doses d'acide phosphorique à cinq jours d'intervalle. Quinze jours après, il trouva la santé de ce jeune homme beaucoup améliorée : ses selles étaient devenues régulières, la spermatorrhée avait entièrement disparu; il n'avait pas eu de pollutions nocturnes depuis huit jours; son esprit, sa mémoire et son humeur étaient en bien meilleur état. (Docteur Croserio, *Bibliothèque Hom. de Genève*, nouvelle série, t. I, p. 4, 1837.)

OBS. V. — IMPUISSANCE; POLLUTIONS.

Hufeland dit que l'on peut employer avec grand succès le phosphore contre l'impuissance. (*Journal de Hufeland*, t. VII, p. 114.)

Il rapporte ailleurs (*id.*, t. XV, p. 74) l'observation suivante empruntée à la *Thèse* de Stueve, p. 98 :

« Homo pollutionibus diurnis laborans et quam maxime enervatus, cujus partes genitales mirabile relaxatæ erant, a medico auxilium petiit. Hicce solutionem phosphori oleosam in regionem sacralem et perinæi inungere jussit. Magni momenti fuit phosphori applicatio, sicut etiam usus elixirii acidi Halleri ægroto multum profuit. »

Alphonse Leroi a, dans un très-grand nombre de cas, administré le phosphore chez des jeunes gens épuisés par des excès sexuels.

Hahnemann qui, en thérapeutique, résume la tradition, comme l'a démontré le professeur Imbert-Gourbeyre, Hahnemann recommande, et toute son école emploie le phosphore, et surtout l'acide phosphori-

---

de l'histoire de l'art. Ne désespérons pas toutefois, et n'hésitons pas à recommander l'ouvrage historique d'Ibn Aby Ossaïbi'ab aux quelques médecins de l'armée qui ont appris l'arabe en Afrique, et qui nous donnent parfois, trop rarement, des échantillons de leur savoir. Pourquoi le docteur Lucien Leclerc, qui a traduit la médecine du Prophète et la chirurgie d'Abulcasis ne reprendrait-il pas l'œuvre inachevée du docteur Sanguinetti? Ce serait pour lui un titre de plus à la reconnaissance des médecins en quête d'informations historiques, et qui n'ont pas entrée dans l'Orient.

On voit d'après les sommaires de l'ouvrage d'Ossaïbi'ab que ce savant médecin (né à Damas vers 1203, mort en 1270) avait consacré quelques chapitres aux successeurs de Galien, aux médecins d'Alexandrie de toute religion, aux médecins arabes des premiers temps de l'islamisme, aux médecins syriens du commencement de la dynastie des Abbâcides, et aux divers médecins qui avaient traduit des livres de médecine et autres de la langue grecque en arabe, sans oublier de mentionner les personnages ou les souverains qui les avaient engagés à faire ces versions (1).

C'est précisément tout cela qu'il faudrait savoir pour nous faire une exacte idée de la transmission de la médecine grecque aux Arabes. Nous en savons assez toutefois pour être certain que les Arabes reçurent la médecine grecque lorsque celle-ci était déjà contenue dans son évolution, pour ne pas dire arrêtée, et sur le déclin. Les Arabes possédaient Galien tout entier et les compilateurs et abréviateurs qui vinrent après lui. Ils eurent de bonne heure un corps de doctrines médicales, auquel ils n'ajoutèrent, paraît-il, que des commentaires, en Orient du moins; car les médecins arabes d'Espagne se distinguèrent par une certaine originalité; par exemple, Abulcasis, Averroës, Ebn Beithar, Avenzoar, pour ne citer que les plus célèbres.

Un fait incontestable, c'est qu'on ne trouve dans les écrits médicaux des Arabes que l'empirisme ou le dogmatisme des Grecs. Hippocrate était chez eux en grande vénération; mais ils ne connaissaient bien et ne suivaient que Galien. Cette particularité est notable. Elle prouve que les Arabes n'eurent pas connaissance de ces doctrines rivales qui agitèrent la médecine depuis Hippocrate jusqu'à Galien. Mais cette particularité ne peut s'expliquer que par le mode de transmission des connaissances médicales des Grecs aux Arabes; point capital dans l'histoire philosophique de la médecine, et qui demeure aujourd'hui très-obscur, parce que jusqu'ici la médecine des Arabes n'a eu aucun historien sérieux.

L'ouvrage de Wüstenfeld est estimable; mais ce n'est qu'un essai qui avive le désir des curieux au lieu de le satisfaire par des informations abondantes et des conclusions bien nettes. Wüstenfeld n'a fait qu'un recueil de biographies, ou pour mieux dire, un catalogue des médecins

(1) V. Sanguinetti, premier extrait, 1854, p. 121.

que contre l'impuissance, la spermatorrhée et les pollutions trop fréquentes survenues à la suite de l'onanisme ou des excès sexuels. Le phosphore serait plus particulièrement indiqué quand il y a orgasme génésique.

ANAPHRODISIE CHEZ N. H..., AGÉ DE 52 ANS, A LA SUITE D'UNE INTOXICATION CHRONIQUE PAR LE SULFURE DE CARBONE.

Obs. VI. — Le 15 avril 1862, le malade prend 2 pilules de phosphore de 1 milligramme, et le 16 encore pareille dose.

La nuit suivante il a deux érections, ce qui ne lui était pas arrivé depuis un an. Mais en même temps il se manifeste une diarrhée abondante qui oblige à cesser le remède. Cependant les érections persistent comme à l'état normal, et l'anaphrodisie disparaît complétement. (Docteur Delpech, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1863, t. XIX, p. 160, obs. 18.)

ANAPHRODISIE CHEZ M. D..., AGÉ DE 34 ANS, A LA SUITE D'UNE INTOXICATION CHRONIQUE PAR LE SULFURE DE CARBONE.

Obs. VII. — Pendant cinq jours de suite, le malade prend chaque jour une pilule de 1 milligramme de phosphore. Cette faible dose l'a purgé et a produit une grande surexcitation dans les facultés intellectuelles et dans les fonctions génitales. « L'érection était presque constante. D... aurait renouvelé constamment l'acte vénérien s'il n'eût pas été retenu par sa raison. L'éjaculation était brûlante, c'était, disait-il, comme du feu qui sortait. » (*Id.*, p. 165, obs. 19.)

ANAPHRODISIE A LA SUITE D'UNE INTOXICATION CHRONIQUE PAR LE SULFURE DE CARBONE.

Obs. VIII. — (Voy. chap. I, § I, obs. 33.)

ANAPHRODISIE CHEZ T..., AGÉ DE 21 ANS, A LA SUITE D'UNE INTOXICATION CHRONIQUE PAR LE SULFURE DE CARBONE.

Obs. IX. — Après un traitement phosphoré, ce malade vit reparaître les érections et les désirs génésiques, d'abord avec une forte surexcitation, ensuite comme à l'état normal. (*Id.*, p. 172, obs. 21.)

ANAPHRODISIE ET IMPUISSANCE A LA SUITE D'UNE INTOXICATION CHRONIQUE PAR LE SULFURE DE CARBONE.

Obs. X. — (Voy. chap. I, § I, obs. 34.)

§ II. — Phénomènes génésiques observés chez l'homme en état de santé après l'ingestion du phosphore

DÉSIRS GÉNÉSIQUES INTOLÉRABLES.

Obs. I. — (Voy. chap. I, § II, obs. 2.)

ACCROISSEMENT DES DÉSIRS GÉNÉSIQUES.

Obs. II. — (Voy. chap. I, § II, obs. 3.)

GRANDE EXCITATION GÉNÉSIQUE, PUIS IMPUISSANCE DÉFINITIVE.

Obs. III. — (Voy. chap. I, § II, obs. 17.)

DIMINUTION DES DÉSIRS GÉNÉSIQUES; ÉJACULATION TROP PROMPTE PENDANT LE COÏT DURANT QUATRE MOIS.

Obs. IV. — Le docteur A. L..., âgé de 40 ans, d'un tempérament phlegmatique, atteint de la gravelle et de la maladie hémorrhoïdaire, expérimenta sur lui le phosphore du 11 octobre au 4 novembre 1858. A la suite de cette expérimentation, il observa chez lui une diminution des désirs génésiques et l'éjaculation pendant le coït beaucoup trop prompte. Ces phénomènes persistèrent au moins pendant quatre mois, et ne disparurent que peu à peu. (*Der Phosphor. von doctenr Sorge*, p. 123.)

ÉRECTIONS ET POLLUTIONS TRÈS-FRÉQUENTES.

Obs. V. — Otto R..., robuste étudiant de 17 ans 1/2, expérimenta le phosphore à diverses reprises, du 1er octobre 1858 au 1er février 1859. Pendant cette expérimentation, il eut des pensées lascives, des rêves érotiques, beaucoup d'érections, de fréquentes pollutions. A cette surexcitation génésique succédèrent une froideur et un calme complet qui durèrent deux fois plus longtemps que la surexcitation (*Id.*, p. 131.)

POLLUTIONS EXTRAORDINAIREMENT FORTES ET FRÉQUENTES.

Obs. VI. — Th. de le R..., étudiant en théologie, âgé de 20 ans, d'une forte constitution, expérimenta le phosphore à plusieurs reprises, du 1er septembre au 12 décembre 1858. Pendant cette expérimentation, il éprouva des pollutions extraordinairement fortes et fréquentes. (*Id.*, p. 139.)

COURTE SUREXCITATION DES ORGANES GÉNITAUX, A LAQUELLE SUCCÈDE PENDANT DES MOIS UNE DÉPRESSION QUI SE TRADUIT NON-SEULEMENT PAR UN MANQUE DE DÉSIRS, MAIS ENCORE PAR DES ÉRECTIONS INCOMPLÈTES.

Obs. VII. — Tels furent les symptômes éprouvés par le docteur Sorge, âgé de 34 ans, chez lequel l'instinct et la puissance génésique étaient très-développés. Il avait à plusieurs reprises ingéré du phosphore du 15 septembre au 8 décembre 1858. (*Id.*, p. 155.)

Expériences sur les animaux.

SUREXCITATION DES DÉSIRS GÉNÉSIQUES CHEZ DES CANARDS.

Obs. VIII. — « M. Pelletier a observé dans son laboratoire qu'une bassine de cuivre qui avait contenu du phosphore, ayant été abandonnée dans sa cour, une portion de ce phosphore décomposé avait dissous une partie de cuivre. On jeta de l'eau dans cette bassine, un canard et plusieurs femelles furent la boire; l'eau imprégnée du métal fut un poison pour tous ces animaux; mais le mâle fut tellement provoqué à couvrir ses femelles qu'il en mourut avant les autres. » (Alphonse Leroy, *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, 1797, t. I, p. 259.)

SUREXCITATION GÉNÉSIQUE CHEZ UN COQ.

Obs. IX. — Un coq couvrit ses 12 poules une heure et demie après avoir ingéré du phosphore. (Franz Bouttatz, *Ueber den phosphor als Arzneimittel*, 1800, Gœttingen, p. 87-99.)

SUREXCITATION GÉNÉSIQUE CHEZ UN JEUNE PIGEON QUI NE S'ÉTAIT PAS ENCORE ACCOUPLÉ.

Obs. X. — Un jeune pigeon couvrit plusieurs fois sa femelle, bien que jusqu'alors ils ne se fussent jamais accouplés. (*Id.*)

SUREXCITATION GÉNÉSIQUE, PUIS MORT CHEZ UN VIEUX CHIEN.

Obs. XI. — Un vieux chien, chez qui l'instinct génésique s'était depuis longtemps éteint, fut empoisonné avec du phosphore. Peu après il entra en chaleur et mourut en s'accouplant. (Liedbech, *Hygea*, t. XX, p. 550.)

---

et des naturalistes arabes (1); et en somme, son travail de compilation, d'une sobriété peu commune parmi les érudits, est plus d'un arabisant que d'un médecin. Il y a bien sur la matière quelques bonnes dissertations, notamment celles de Norberg, d'Aronstein, de Sprenger, de Kühn, de Reiske et de Fabri. Le recueil de ces deux derniers est particulièrement intéressant. Mais le sujet est de ceux qui demandent un bon livre, nourri de forte érudition et d'idées générales, deux éléments qui font absolument défaut dans la détestable compilation d'Amoreux (2). Nous avons eu entre les mains, à Montpellier, les manuscrits de ce ramassier qui prenait de toutes mains et entassait des notes sans discernement, et nous déclarons, après examen, qu'il n'y a rien à tirer de ce fatras.

La médecine des Juifs n'a pas été jusqu'à présent mieux traitée que celle des Arabes. Malgré le nombre considérable de volumes, de dissertations et d'essais dont on trouvera la longue liste dans l'excellent recueil bibliographique de Choulant (3), l'histoire de la médecine juive reste à faire, j'entends pour cette période du moyen âge où les Juifs furent les courtiers de la science orientale, comme ils le furent du commerce qui se faisait alors entre nations, le plus souvent par leur entremise. On a conservé les noms de Farraguth et de Bengesta, médecins de Charlemagne. Ils étaient Juifs, ainsi que Zedekias, médecin de Charles le Chauve. La plupart des médecins des rois d'Espagne, pendant le moyen âge, étaient aussi de race juive. Ils venaient chercher fortune à la cour des souverains chrétiens et dans les grandes villes, après s'être instruits dans ces célèbres académies arabes de Cordoue, de Grenade et de Tolède, dont le souvenir honorera éternellement les Abdérame et autres princes musulmans, amis des lettres et des nobles connaissances.

Les Juifs n'ont jamais brillé par l'originalité, si ce n'est dans la religion et dans le commerce; mais ils ont joué un rôle considérable dans la médecine, et à cause de leur habileté reconnue comme praticiens et surtout par leur connaissance profonde des langues et des sciences de l'Orient : la plupart des traductions *latines* des auteurs arabes ont été faites sur les versions rabbiniques, et le plus souvent par des Juifs. Nous n'avons pas besoin de citer des noms : il suffit d'ouvrir les précieuses bibliothèques de Bartolocci, de Castro, de Rossi, de Wolf, pour se faire une idée des trésors de savoir qu'avait amassés durant le moyen

(1) Ferd. Wüstenfeld, *Geschichte der arabischen Aerzte und Naturforscher. Nach den quellen gearbeitet.* Gœttinge, 1840, in-8.

(2) *Essai historique et littéraire sur la médecine des Arabes*, par P. J. Amoreux. Montpellier, 1815, in-8.

(3) *Bibliotheca medico-historica sive catalogus librorum historicorum de re medica et scientia naturali systematicus. Collegit ac digessit Ludovicus Choulant*, med. dr. et prof. Lipsiæ, 1842, in-8, IX. *Medicina Judæorum*, p. 97-116.

SUREXCITATION GÉNÉSIQUE CHEZ DES GRENOUILLES.

Obs. XII. — Des grenouilles mâles, qui avaient ingéré du phosphore, cherchaient à s'accoupler. (Strumpf, *Handbuch der Arzneimittellehre*. Berlin, 1855, t. II, p. 513.)

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

XII. OESTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUR PRACTISCHE HEILKUNDE.

(Journal publié par le collége des médecins de la Faculté de Vienne. Rédacteurs : le professeur Patruban et le docteur Basslinger.)

L'année 1863 de ce journal hebdomadaire renferme les principaux articles originaux suivants : 1° *Sur les abcès de la région de l'oreille*, par Joseph Gruber. 2° *Sur une apophyse supracondyloïde interne du fémur très-développée*, par Wenzel Gruber. 3° *Contribution à la casuistique des maladies du cerveau et des nerfs*, par Smoler. 4° *Condamnation d'un chirurgien pour une faute dans la pratique de son art*, par Edouard Doll. (L'opération pratiquée par ce chirurgien était l'extirpation d'un goitre; la malade mourut d'hémorrhagie une heure après; aucune ligature n'avait été faite. Les détails de l'affaire ont montré une ignorance crasse de la part de cet opérateur. Il a été condamné à une interdiction complète de toute pratique jusqu'à ce qu'il ait témoigné, par de nouveaux examens, qu'il possède les connaissances nécessaires.) 5° *De la ligature de l'iliaque externe*, par Lewinsky. 6° *Paraplégie, suite de coups de poing donnés dans le dos*, par Haschek. 7° *Forme rare de maladie de l'oreille; erreur grave de diagnostic*, par Voltolini. (Catarrhe de l'oreille moyenne méconnu par un premier médecin, guéri par l'auteur à l'aide du cathétérisme.) 8° *Balnéothérapie des maladies des femmes*, par L. Fleckles. 9° *Contributions à l'étude des fistules urinaires*, par Tux. 10° *Les helminthes de l'homme*, par Molin. (Suite d'une monographie commencée l'année précédente.) 11° *Des hémiplégies hémorrhagiques*, par Remak. 12° *Influence des centres nerveux sur les maladies des os et des articulations*, par le même. 13° *Du torticolis et de la chorée*, par le même. 14° *Remarques critiques sur le traitement de la diphthérite*, par Küchenmeister. (Revue des principaux modes de traitement.) 15° *De quelques rapports anatomiques et physiologiques du cœur en général et du choc du cœur en particulier*, par S. H. Scheiber. 16° *Cas remarquable du thrombus du vagin, d'une grande lèvre et du périnée après un accouchement de trijumeaux*, par Bossi. 17° *Du diagnostic différentiel de l'épilepsie*, par Fr. Fieher. 18° *Ébranlement du cerveau, suite de mauvais traitements*, par Haschek. 19° *Cas de hernie interne mésogastrique avec étranglement de l'iléon par l'épiploon*, par Wenzel Gruber. 20° *Le bothriocéphale, son développement, ses migrations et le passage de son embryon dans l'homme*, par Knoch. 21° *Trajet de la crosse de l'aorte au-dessus de la bronche droite, sans transposition des viscères*, par Wenzel Gruber. 22° *Abcès dans le pont de Varole*, par Théodore Meynert. (L'auteur a profité de la présence de cet abcès pour étudier la direction des fibres nerveuses à travers le pont de Varole.) 23° *Contribution à la topographie médicale de Vienne; mortalité de l'année* 1863, par Glatter. 24° *Communications anatomo-pathologiques de l'hôpital général de Gratz*, par Heschl. 25° *La ligature sous-cutanée des artères dans leur continuité*, par Middeldorpf. (Cette méthode, pratiquée pour la première fois par le professeur Middeldorpf, en 1856, consiste à traverser la peau avec une aiguille courbe qu'on glisse sous l'artère de manière à embrasser une certaine épaisseur de parties molles; on ramène les deux bouts du fil sur un tampon de charpie ou sur un rouleau de sparadrap appliqué sur la peau et on lie fortement. Ce mode de ligature, qu'on emploie surtout dans les cas où il est difficile de mettre à découvert l'artère blessée, a été décrit dans une dissertation inaugurale du docteur Alexandre Winklewski, intitulée : *De ligatura in continuitate arteriæ circumsuta*.) 26° *Sur le scorbut*, par Smoler. 27° *Sur la nécessité de conserver le castor en Europe et de prendre des mesures pour empêcher sa destruction*, par Pleischl. (Vérités incontestables sur l'utilité du castoréum et sur les avantages qu'il y aurait de conserver le petit nombre de castors qui existent encore en Europe.) 28° *Contributions au traitement des maladies mentales*, par Louis Schlager. 29° *Blessure remarquable par arme à feu*. (La balle avait traversé le corps d'avant en arrière et s'était arrêtée dans les muscles du dos. On présume que l'estomac, le diaphragme et l'extrémité inférieure du poumon out été percés. Le malade guérit.) 30° *Observations sur l'hystérie*, par Maurice Benedikt. 31° *L'endoscope et son emploi*, par Patruban. (Histoire et description du spéculum imaginé par des chirurgiens français pour inspecter l'intérieur de l'urètre et de la vessie.) 32° *Cas de maladie d'Addison*, par B. London. 33° *De l'abaissement progressif des facultés intellectuelles chez les idiots et de ses causes*, par C. M. Glinski. 34° *Fautes de diagnostic*, par Smoler. (Relevé d'un certain nombre de cas où l'autopsie est venue révéler des erreurs de diagnostic. Ce travail n'est pas une critique, mais bien un enseignement propre à éclairer le diagnostic de diverses affections obscures et difficiles à déterminer. Les observations citées sont au nombre de deux, savoir : un carcinome fibreux du péritoine de l'estomac et de l'intestin pris pour une atrophie du foie et une insuffisance des valvules de l'aorte avec exsudation pleurétique, tandis que le diagnostic avait annoncée une exsudation du péricarde avec insuffisance d'une valvule aortique et sténose de l'orifice veineux gauche.) 35° *Étranglement intestinal produit par un nœud de la portion inférieure de l'iléon* par Wenzel Gruber. 36° *Insuffisance valvulaire passagère*, par B. London. (L'insuffisance indiquée par l'auscultation n'existait pas en réalité.) 37° *Cas de rage chez un garçon de 5 ans*, par B. Viseur. (L'enfant avait été mordu deux mois auparavant par un chien de garde que personne ne soupçonnait être enragé.) 38° *Coexistence du tubercule et du carcinome*, par R. Haldane. 39° *L'atrophie chronique du foie*, par Maurice Smoler. 40° *Proposition d'un règlement pour la prostitution*, par Joseph Herman. 41° *Examen des principaux points qui doivent servir de base à un règlement sur la prostitution*, par Th. Helm. 42° *Description d'un nouveau spéculum de l'oreille pour l'exa-*

âge l'industrie israélite. Le nom seul de Maïmonide égale en illustration les plus glorieux des médecins et des philosophes arabes. Le plus savant des orientalistes français, M. Samuel Munk, a donné dans un volume des échantillons de la philosophie juive, qui prouvent combien la science des Juifs du moyen âge était abondante et variée (1).

Rappelons ici que les médecins juifs du midi de la France et de l'Espagne concoururent, avec les médecins arabes, à la fondation de l'école médicale de Montpellier, la sœur cadette, si l'on peut ainsi dire, de l'école de Salerne. Sur les origines orientales de l'école de Montpellier, presque tous les historiens sont d'accord. A défaut de textes authentiques et de preuves démonstratives, ils puisent des arguments ou plutôt des motifs de probabilité dans les circonstances et le milieu social. Montpellier était, comme Salerne, un centre important de transactions commerciales; les Juifs et les Sarrasins y faisaient un grand trafic. Dès l'origine, la ville eut une église renommée pour les cures merveilleuses qui attiraient en foule les chrétiens, et qui aidaient aux progrès de la médecine véritable, de même que les anciens temples d'Apollon et d'Esculape avaient servi à la prospérité des écoles qui les remplacèrent petit à petit. Comme Montpellier, et avant Montpellier, Salerne était une ville ouverte au commerce des nations méditerranéennes et aux pèlerins qui venaient invoquer la puissance miraculeuse des reliques de saint Matthieu et des trois martyrs Archelaüs, Susanne et Thecla. Avant Montpellier, Salerne était une cité hippocratique, « civitas Hippocratis; » Hippocrate avait eu des lettres de naturalisation à Salerne avant de les avoir à Montpellier.

Ces analogies méritent quelque considération, car elles tiennent avantageusement lieu de faits, de preuves et de documents. Raisonner par similitude et par analogie, lorsqu'il s'agit d'institutions qui ont une fin commune et qui naissent et grandissent au milieu de circonstances pareilles, sinon identiques, ce n'est point conjecturer au hasard, mais induire. A Salerne, comme à Montpellier, on n'enseignait que la médecine. Mais il y avait à Salerne une influence ou mieux un élément de plus. Les Grecs trafiquaient sans cesse sur les côtes d'Italie. J'ai trouvé des noms dont l'origine grecque est facile à reconnaître, dans cette liste de médecins qui se distinguèrent à Salerne, dans l'enseignement ou dans la pratique. Cophon ne rappelle-t-il pas la Grèce? Et ce Gariopontus, dont le nom a été si fort estropié dans les manuscrits, n'est-il pas ce maître Pontus de la vieille chronique, le représentant de la médecine grecque à Salerne?

J'ai remarqué aussi que les termes, les expressions, les tournures et les désinences grecques abondent dans ces manuscrits et documents en latin barbare, qu'on nous donne comme les témoignages irrécusables d'une tradition non interrompue de l'enseignement de la médecine en Occident. Je ne fais aucune difficulté d'admettre cette tradition, qui me paraît un peu bien imaginaire, pourvu qu'on m'accorde que les Grecs et

(1) *Mélanges de philosophie juive et arabe*, 1859, 1 vol. in-8.

men du canal auditif externe et du tympan, par Joseph Gruber. (Le spéculum est entier et de forme conique; il y en a de plusieurs dimensions qui s'adaptent au diamètre du conduit auriculaire.)

LE BOTHRIOCÉPHALE, SON DÉVELOPPEMENT, SES MIGRATIONS ET PASSAGE DE SON EMBRYON DANS L'HOMME; par le docteur KNOCH, à Saint-Pétersbourg.

L'auteur a étudié avec soin l'évolution et les migrations de ce ver si commun en Russie et en Suisse, et dont l'histoire, cependant, est beaucoup moins connue que celle du ténia ordinaire.

Le bothriocéphale est expulsé par portions plus ou moins longues et non par proglottis isolés, comme cela a lieu pour le ténia. Il est principalement rendu vers la fin de l'hiver (février et mars) ou à la fin de l'automne (octobre et novembre). Ses œufs ont une forme ovale et non sphérique; ils sont d'une transparence parfaite et munis d'une sorte d'opercule ou de couvercle qui se détache pour laisser sortir l'embryon. Les œufs, encore contenus dans les portions expulsées, ne laissent jamais apercevoir un embryon muni de ses crochets, comme les œufs du ténia, mais seulement les sphères de segmentation. Ce n'est que plus tard, quand les œufs sont dans l'eau, que l'embryon, couvert de cils, se montre dans leur intérieur avec ses six crochets. Les œufs peuvent aussi, d'après des expériences de l'auteur et du professeur Pelikan, éclore dans l'intestin du chien, quand on mêle à sa nourriture des fragments de bothriocéphale.

Voici les caractères qui distinguent les embryons du bothriocéphale de ceux du ténia.

Leur forme est sphérique; celle des embryons du ténia est un peu aplatie.

Ils sont entourés d'une membrane couverte de cils qui leur permet de nager avec beaucoup de vivacité pendant huit jours environ.

Le seul caractère commun aux deux embryons est que tous deux sont munis d'une couronne de six crochets.

C'est l'eau, comme on voit, qui sert de véhicule à ce ver quand il s'introduit dans le corps d'un animal quelconque.

L'auteur a étudié l'animal dans l'eau, il a vu que, lorsqu'il ne passe pas dans le corps d'un autre animal, il perd son enveloppe et périt. Quand il est introduit directement, par une opération, dans un viscère, il s'entoure d'un kyste, mais ne continue pas à vivre. C'est par l'alimentation qu'on a pu étudier le scolex de ce ver sur le chien. Ce scolex se distingue de celui du ténia, c'est-à-dire du cysticerque du tissu cellulaire, par l'absence d'une vessie; celle-ci est remplacée par un appendice rubané dans lequel se développent plus tard les organes génitaux. Il s'en distingue encore par l'absence d'une couronne de crochets et par l'existence de deux fossettes latérales, comme chez l'adulte.

Une opinion généralement accréditée est celle qui regarde certains poissons (saumon, brochet) comme pouvant transmettre le bothriocéphale à l'homme, parce qu'on a trouvé le scolex d'une espèce dans leurs viscères. L'auteur ne croit pas à ce mode de transmission. Il a directement introduit ces scolex, à l'aide d'une fistule, dans l'estomac des chiens, sans aucun résultat. Les boissons seules peuvent amener les œufs ou les embryons de ce ver dans l'estomac des animaux ou de l'homme, d'où le conseil très-naturel de ne boire que de l'eau filtrée.

L'anthelminthique le plus sûr, d'après l'auteur, est l'extrait éthéré de fougère, sous forme de pilules, avec la poudre de la racine de cette même plante. On donne le soir 15 grains d'extrait (75 centigrammes), et autant le lendemain matin. Une ou deux heures après cette seconde dose, on fait prendre l'huile de ricin. Les expériences ont appris que le ver, sous l'action de la fougère, se détache des parois de l'intestin, mais il ne meurt pas, et si l'on ne se hâtait de l'expulser par des purgatifs, il ne tarderait pas à se fixer de nouveau.

L'homme nourrit deux espèces, ou tout au moins deux variétés de bothriocéphales qui se distinguent par la largeur des anneaux en proportion de leur longueur. Les deux variétés se trouvent en Russie, tandis que M. Knoch n'a rencontré en Suisse que la forme à anneaux très-larges et très-courts.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

ÉTUDES SUR LA MALADIE DES ANIMAUX D'ESPÈCE OVINE ET BOVINE, CONNUE SOUS LE NOM DE SANG DE RATE; par M. ISIDORE PIERRE. (Extrait.)

La maladie vulgairement désignée sous le nom de *sang de rate*, connue encore sous beaucoup d'autres noms, peut être considérée comme un des fléaux les plus désastreux pour les pays soumis à ses ravages. Elle prélève sur les troupeaux de la Beauce, notamment, une dîme bien lourde, qu'on évalue annuellement à plusieurs millions de francs. Fils d'une des nombreuses victimes de ce redoutable fléau, attaché par des liens nombreux d'affection sympathique ou de proche parenté à beaucoup d'agriculteurs payant chaque année leur tribut au sang de rate, je me suis trouvé, depuis très-longtemps, en position de constater sa déplorable influence sur les progrès de l'agriculture beauceronne.

Frappé dans son bétail, c'est-à-dire dans ses producteurs naturels d'engrais, le cultivateur est obligé, s'il veut en combler le déficit, de faire un prélèvement plus considérable sur ses autres bénéfices pour faire appel aux engrais commerciaux. Frappé d'ailleurs dans l'une des sources les plus actives de ses profits, le cultivateur est moins disposé à faire à la terre ces avances qui conduisent, par l'amélioration progressive du sol, à une culture plus intensive, et il faut avouer qu'il a parfois du mérite à résister au découragement.

Il ne saurait entrer dans mes vues de donner aujourd'hui à la question tous les développements qu'elle comporte : ce serait abuser de l'indulgence de l'Académie; je me bornerai à citer quelques faits qui me paraissent de nature à jeter un peu de lumière sur certains points de la question.

C'est un fait d'observation que le sang des animaux atteints du mal est plus riche en globules et en albumine qu'à l'état normal et plus pauvre en éléments aqueux; en un mot, la maladie paraît être le résultat d'une proportion trop forte, dans le sang, des principes organiques dé-

---

les Arabes intervinrent, ces derniers, dès les premiers temps de leur établissement en Espagne et avant les tentatives d'invasion et de conquête, en Sicile et en Italie, et les premiers sans interruption.

Il serait à propos de retracer à ce sujet les vicissitudes de la médecine grecque, depuis Galien jusqu'à la chute de l'empire de Constantinople, non pas en se bornant à de stériles biographies et à de secs et insubstantiels résumés, comme ont fait jusqu'ici presque tous les compilateurs qui ont écrit sur l'histoire de la médecine; mais en s'attachant à relever les tentatives heureuses et les innovations que l'observateur attentif ne peut manquer d'apercevoir au milieu même de la décadence de la médecine grecque. Qu'un médecin habitué à réfléchir et à généraliser parcoure seulement, je ne dis pas l'excellente exposition contenue dans le deuxième volume de l'*Histoire de la médecine* de Hecker, mais le simple tableau chronologique placé à la fin du second volume, et il ne tardera pas à redresser la plupart des historiens, qui ont complétement dénaturé l'évolution médicale de cette période, en se copiant, comme toujours, les uns les autres (1).

Nous reviendrons bientôt sur cette période trop maltraitée de la médecine grecque. Pour le moment, il nous suffira de remarquer que dans les médecins grecs, depuis Galien, et surtout depuis Oribase, que nous n'hésitons pas à qualifier le plus fastidieux des compilateurs, le plus servile des copistes, nous ne trouvons pas trace de cette grande école d'Asclépiade, dont notre excellent confrère, le docteur Ch. Daremberg, s'obstine à saisir l'influence dans les manuscrits qu'il a exhumés et qu'il tarde trop à réunir à ceux qui ont été publiés ou décrits par les docteurs Henschel et Renzi.

S'il faut le dire, les travaux multipliés et volumineux de ce dernier médecin ne nous inspirent qu'une médiocre confiance. Certes, peu de médecins érudits ont égalé le laborieux médecin italien en libéralité, en dévouement à la science désintéressée, en persévérance, en zèle, en bon vouloir et en bonnes intentions. Mais en rendant pleine et entière justice à l'infatigable activité du docteur de Renzi, nous avons le regret de ne pouvoir pas reconnaître en lui des qualités précieuses : le sens critique, l'esprit de discernement, la sobriété et ce scepticisme salutaire et vraiment philosophique, qui est l'élément vital de la vraie science. L'histoire de Salerne veut être traitée par un médecin qui soit mieux qu'un compilateur.

Dans son exposition trop rapide des destinées de l'école de Salerne, M. le docteur Daremberg a soulevé bien des questions et surtout bien des objections qu'il nous serait difficile d'épuiser aujourd'hui, sans excéder les proportions d'un article ordinaire. Nous avons entrepris une

(1) *Geschichte der Heilkunde, nach den Quellen bearbeitet*; von Justus Friedrich Karl Hecker. Berlin, 1822, 1829, 2 vol. in-8°. Cf. dans le 2e vol. Chronologische Uebersicht der ersten und zweiten Bandes, depuis la page 427 jusqu'à la fin.

signés sous les noms de globule, de fibrine et d'albumine, et enfin d'un trop-plein de sang dans la circulation.

Je ne puis entrer ici dans l'examen des altérations ou des modifications que le sang peut éprouver dans de telles conditions; l'Académie sait d'ailleurs que d'éminents physiologistes, en tête desquels il faut placer MM. Rayer et Davaine, en ont fait, dans ces derniers temps, l'objet d'études fort intéressantes. Je suis obligé de m'en tenir au simple exposé de faits d'observation pratique, et à la comparaison de ces faits avec ceux que fournit l'analyse des aliments qui figurent dans le régime ordinaire des animaux dont il s'agit.

Disons d'abord que la maladie est généralement inconnue dans les pays frais, que la végétation y soit maigre et chétive ou qu'elle y soit vigoureuse. C'est surtout dans les saisons et dans les années sèches qu'elle sévit avec le plus d'intensité.

Elle est moins fréquente ou peut même disparaître dans les saisons et dans les années humides.

Les animaux mal nourris y sont beaucoup moins exposés que les autres; dans le même pays et dans un même troupeau ce sont généralement les bêtes en meilleur état qui sont les premières atteintes.

De ce que le sang des animaux qui succombent est plus riche en globules, en albumine, en fibrine; de ce qu'il est, en un mot, plus plastique; de ce qu'on y trouvera un plus ou moins grand nombre de ces êtres microscopiques appelés bactéries ou bactéridies; de ce que cette plus grande plasticité ou ce développement anormal d'animalcules peut occasionner la mort des animaux chez lesquels ces phénomènes se produisent; tout cela ne peut encore nous édifier, tout au plus, que sur une cause prochaine de la mort. Mais pourquoi cette plus grande plasticité du sang se manifeste-t-elle plutôt dans certains pays que dans d'autres? pourquoi ce développement de bactéridies ne s'observe-t-il pas partout au même degré, et pourquoi là plutôt qu'ailleurs? c'est ce qu'il serait bien important de connaître au point de vue de l'agriculture pratique.

Je n'oserais me flatter de posséder tous les éléments d'une réponse catégorique à l'une ou à l'autre de ces deux questions, mais les études répétées auxquelles je me suis livré sur les fourrages depuis plus de quinze ans m'ont conduit à résumer ainsi mes convictions : c'est dans le régime alimentaire qu'il faut chercher les premières causes du mal; c'est en modifiant judicieusement ce régime qu'on aura les meilleures chances de combattre le mal avec succès.

Je vais essayer de faire comprendre ma pensée sur le premier point, me réservant d'examiner le second dans une très-prochaine communication,

1° Dans les pays sujets au sang de rate, les plantes d'espèce donnée, parvenues à un état déterminé de développement, sont moins aqueuses qu'ailleurs; elles sont, en outre, à poids égal et au même degré de siccité, plus riches en principes albides, particulièrement en principes azotés; elles doivent donc être capables de produire un sang plus riche en principes plastiques.

2° La flore du plateau sec de la Beauce est très-riche en légumineuses; or j'ai constaté, par des analyses nombreuses, que les légumineuses sont, toutes choses comparables d'ailleurs, plus riches en principes azotés nutritifs et en principes minéraux que la plupart des autres plantes fourragères.

3° Dans les légumineuses, telles qu'elles sont consommées comme fourrage, le poids des organes foliacés est une partie aliquote considérable du poids total des plantes prises dans leur entier; et ces plantes, dans les plaines sèches de la Beauce, ne parviennent qu'à une assez faible hauteur. Or dans ces plantes peu développées en hauteur la proportion qui existe entre le poids des organes foliacés et le poids des autres parties est notablement plus élevée que dans les plantes de même espèce ayant acquis un développement considérable en hauteur.

4° Les animaux qui se nourrissent des premières à discrétion consomment donc une proportion relativement plus considérable d'organes foliacés, c'est-à-dire des parties les plus riches en substances minérales, en oxyde de fer, et surtout en principes organiques azotés.

Aussi est il d'observation usuelle que rien n'est dangereux, en Beauce, comme le pâturage des prairies artificielles feuillues à demi desséchées sur pied, données à discrétion, et qu'on observe une recrudescence de mortalité après et pendant les périodes de chaleur et de sécheresse qui arrêtent le développement de la végétation.

J'ai rappelé précédemment que les animaux les plus exposés à la maladie sont généralement les plus beaux du troupeau, ceux qui ont le plus d'état.

Si nous observons les allures des plus beaux moutons d'un troupeau, nous voyons bientôt que ce sont généralement les plus gourmands. Mais lorsque le fourrage est à discrétion, en quoi la nourriture de l'animal le plus gourmand diffère-t-elle de celle de l'animal du même troupeau qui paît avec lui dans un parc ou en complète liberté?

C'est que l'animal gourmand est presque toujours en avant des autres, qu'il ne broute que les parties les plus faciles à saisir, c'est-à-dire les sommités, les parties les plus tendres, les plus succulentes, les plus riches en organes foliacés, les plus riches en principes plastiques. L'animal dont il est ici question consomme donc, en réalité, des aliments plus substantiels que ne le font les animaux qui paissent derrière lui.

En résumé : par suite de la nature et des qualités spéciales des plantes dont elles se nourrissent, les bêtes ovines et bovines de la Beauce élaborent un sang trop plastique, trop riche en globules, en fibrine, en albumine, et trop pauvre en principes aqueux.

Ce sang, plus rouge, plus nourrissant, plus épais qu'il ne l'est habituellement à l'état normal, prédispose les animaux à des affections morbides ou à des accidents auxquels n'est pas exposé celui dont le sang, par suite de sa constitution, est doué d'une plus grande fluidité.

Il est maintenant facile d'entrevoir comment un changement dans le régime alimentaire peut, en modifiant les proportions des principes constitutifs du sang d'un animal, modifier en même temps les dispositions qu'il peut avoir à contracter telle ou telle maladie. Je demanderai prochainement à l'Académie la permission de développer ma pensée à ce dernier point de vue, et j'insisterai alors sur les transformations que pourrait subir l'agriculture beauceronne pour atténuer, si ce n'est pour éviter complétement, une des plaies les plus cruelles et les plus désastreuses dont elle ait à souffrir.

Expériences sur la fermentation des matières organiques en vase clos. Extrait d'une note de M. J. Lemaire.

(Commissaires précédemment nommés : MM. Milne Edwards, Bernard, Longet.)

L'année dernière, au mois d'octobre, je soumettais au jugement de l'Académie un mémoire sur les ferments et les fermentations, et, à l'appui des opinions que je soutenais dans cet écrit, je lui présentais des préparations que je demande aujourd'hui la permission de mettre une seconde fois sous ses yeux.

Cinq petits ballons ou tubes fermés à la lampe avaient servi à mes expériences. Trois de ces ballons étaient aux quatre cinquièmes remplis d'eau de fontaine non bouillie et contenaient, l'un de la viande de

---

étude qui a une très-grande importance historique. Nous demandons à nos lecteurs de vouloir bien nous la laisser compléter, dans un prochain numéro, en attendant que nos réflexions et nos recherches nous permettent de traiter avec toute l'étendue qu'elle comporte cette question capitale des vicissitudes de la médecine, depuis le haut moyen âge jusqu'à la Renaissance.

Notre dessein, et il serait inutile de le dissimuler plus longtemps, est d'obliger le docteur Ch. Daremberg à ouvrir enfin les mains et à nous donner toutes les preuves qu'il tient en réserve pour vaincre notre incrédulité. Nous ne nous rendrons qu'à l'évidence des démonstrations. Que notre docte confrère se hâte donc de dérouler ses manuscrits et de nous réduire à confesser qu'il a raison de soutenir une opinion que nous ne saurions partager pour le moment; car nous n'admettons ni les prémisses, ni les arguments, ni les conclusions de cette introduction à l'école de Salerne. C'est une thèse qui a grand besoin d'être développée, soutenue et renforcée de preuves irréfutables, et surtout dégagée de toute préoccupation et de toute influence doctrinale.

J. M. Guardia.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cherbonneau (de Beauvoir-sur-Niort); Golfier, doyen des médecins de Saint-Brieuc; Vincent (de Clairvaux); Rademaekers, médecin des hôpitaux d'Anvers; Morgan, inspecteur général des hôpitaux, mort à Londres dans sa quatre-vingtième année, et Lajous (de Quint).

— La science médicale et vétérinaire vient de faire une grande perte en la personne de M. Verheyen, directeur de l'École vétérinaire de l'État, à Cureghem (Belgique).

— Nous apprenons la mort de M. P. Roux, président perpétuel et fondateur du comité médical des Bouches-du-Rhône.

— La première série des épreuves pour le concours du Bureau central est terminée. Sont admis à prendre part aux épreuves suivantes : MM. de Saint-Germain, Liégeois, Péan, Tarnier et Sée.

— M. Duchaussoy, agrégé en exercice, a été désigné par un décret récent pour faire le cours de médecine opératoire cet hiver, en remplacement de M. Malgaigne.

— M. Merchie, médecin en chef de l'armée belge, vient d'être nommé inspecteur général du service de santé militaire, en remplacement de M. Vleminckx, nommé membre de la chambre des représentants.

— M. le docteur A. Willemin, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, vient d'être nommé officier de l'ordre de Léopold.

bœuf, l'antre des feuilles de sureau, le troisième de la farine de blé. Ces trois ballons contenaient une notable proportion d'air naturel. Un autre tube contenait de la viande de bœuf tassée dans de l'air naturel. Enfin la cinquième expérience était préparée avec de la farine de blé en état de fermentation dans l'eau. Il existait dans cette farine de nombreux *bacterium* et vibrions au moment de la mise en expérience. Le tube contenait un volume d'air à peu près égal à celui du liquide. La première fois que je présentai ces préparations elles avaient subi, aux mois d'août et de septembre de l'année dernière, sous les combles de l'amphithéâtre de chimie du Muséum, une température très-élevée qui a été jusqu'à 40 degrés centigrades. Malgré toutes ces conditions favorables, la putréfaction de ces matières n'a pu s'accomplir; elle a commencé, mais elle s'est rapidement arrêtée. Depuis l'année dernière, ces ballons et tubes ont été maintenus dans une chambre exposée au midi, ils y ont subi les diverses températures de l'année; aujourd'hui les matières qui sont en expérience depuis quinze mois sont dans l'état où elles étaient les premiers jours. Si je les représente aujourd'hui, c'est que plusieurs membres de l'Académie m'ont témoigné le désir, l'année dernière, de les revoir après une plus longue épreuve.

Au mois de juin de cette année, j'ai fait d'autres expériences avec des cerises, des groseilles à grappes et des pois. Tous ces fruits ont été cueillis au moment de la mise en expérience; ils étaient bien entiers. Je fis avec eux deux séries de préparations. Dans la première, ces fruits furent placés dans des ballons remplis d'air naturel que je fermai à la lampe. Dans la seconde série, ces mêmes fruits furent aussi placés dans des ballons; mais dans ceux-ci, la plus grande partie de l'air fut chassée à l'aide de la poudre de charbon végétal dans les uns et avec celle de ponce dans les autres : tous ont aussi été fermés à la lampe.

La faible altération que subissent les fruits en vases clos, en présence de l'air, m'avait donné l'espoir qu'en chassant la plus grande partie de l'air avec ces poudres non susceptibles de fermenter, je pourrais arriver à les conserver suffisamment, par ce moyen, pour la consommation. Mais mon espoir ne s'est pas réalisé. Les pois sont aigres. Les cerises et les groseilles ont perdu leur saveur agréable.

Dans mon mémoire sur les ferments, j'ai étudié la cause de l'arrêt de la fermentation en vase clos. J'ai constaté dans les matières animales qu'au bout de deux jours un assez grand nombre d'animalcules sont immobiles, et que le sixième jour aucun d'eux n'exécutait de mouvements appréciables au microscope.

Lorsque j'aurai examiné la composition de l'air contenu dans ces ballons, je dirai si c'est au manque d'oxygène que l'on doit attribuer la mort des animalcules et l'arrêt de la fermentation.

Ces expériences, telles qu'elles ont été conduites jusqu'ici, me paraissent démontrer que la putréfaction ne peut s'accomplir en vases clos. Elle commence, mais elle ne continue pas.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie, pour qu'elle le renvoie à l'examen d'une commission, un mémoire qui lui a été adressé par M. Bergeret, médecin à Châlons-sur-Saône. Ce mémoire a pour titre : « Exposition d'un plan d'étude des agents externes ou atmosphériques qui sont toujours en rapport avec notre économie, et qui ont la plus grande influence sur l'ordre normal de nos phénomènes vitaux. »

MM. Velpeau, Rayer et Cloquet prendront connaissance de ce travail pour en faire l'objet d'un rapport qui sera transmis à M. le ministre.

De l'influence des stations dites hivernales, sur la marche des maladies chroniques des voies respiratoires; par M. Champouillon.

Depuis qu'il est entré dans nos habitudes d'associer la climatologie à la thérapeutique. une foule de localités à peine entrevues autrefois ont été de nos jours visitées et décrites avec une minutieuse attention. Partout où la nature. la configuration du sol et les qualités de l'atmosphère ont paru constituer un gîte salutaire, là a été planté un jalon indiquant le point où peuvent s'arrêter ceux qui fuient devant les intempéries atmosphériques. C'est particulièrement en vue du traitement hygiénique des maladies chroniques des voies respiratoires que ces indications ont été fournies.

Comme les stations hivernales actuellement accréditées sont fort nombreuses, elles devaient être, et elles sont, par cela même, un peu dissemblables. De là la nécessité de les classer d'après les différences ou les simples nuances qui les distinguent dans leur mode d'action sur l'organisme humain. Quoique déduction logique des études physiques qui lui servent de base, cette classification n'est qu'un pressentiment; pressentiment que je crois juste, mais auquel il manque pourtant, comme garantie décisive, la sanction des vérifications cliniques.

Afin de suppléer à cette omission, j'ai recueilli et mis en ordre cent quatre-vingt trois observations relatives à des malades traités par voie d'émigration vers les climats doux; j'ai réparti ces observations par groupes dont chacun desquels correspond à un état morbide des voies respiratoires. Si je ne me trompe, j'ai préparé de la sorte les éléments d'une démonstration dont j'ai l'honneur de présenter à l'Académie le premier essai dans le mémoire que je soumets aujourd'hui à son jugement. (Réservé pour le concours de 1865, prix de médecine et chirurgie.)

— M. Ancelon adresse de Dieuze une note ayant pour titre : *De la nature de la maladie de la vigne et de l'impossibilité d'inoculer l'oïdium Tuckeri.*

Après quelques remarques générales sur la marche qu'auraient dû suivre ceux qui ont prétendu établir la réalité d'une inoculation de la maladie de la vigne à l'homme, l'auteur poursuit en ces termes :

Pourquoi ceux qui ont mis en avant ou soutenu cette thèse, au lieu de s'aventurer comme ils l'ont fait, ne se sont-ils pas demandé, tout d'abord, ce que c'est que l'inoculation? Ils auraient compris, en cherchant à la bien définir, que le champignon auquel Tucker a donné son nom n'étant point le principe matériel d'une maladie contagieuse, ne peut être artificiellement introduit dans l'économie; loin de représenter la maladie de la vigne, il n'en est qu'un accessoire bien secondaire. On inocule avec succès les virus variolique, morveux, rabique, carbonculeux, etc.; mais en introduisant l'oïdium à travers nos tissus normaux, on ne détermine dans l'économie vivante que des accidents plus ou moins variés, plus ou moins légers, sans aucune identité entre eux.

Quel rôle joue donc *l'oïdium Tuckeri* dans la maladie de la vigne? Celui de tous les champignons que l'on ne rencontre que sur les matières organiques en décomposition, sur les cadavres ou sur les parties nécrosées des corps organisés et vivants; de même que c'est sur les cellules en voie de décomposition du follicule pilifère (1) que se dépose et se développe le champignon de la teigne, de même les sporules de l'oïdium, suspendues dans l'atmosphère, rencontrent sur les feuilles, les rameaux et les graines de la grappe de la vigne, les conditions nécessaires à leur existence et y étalent leur luxuriante végétation, lorsque ces divers organes de la plante sont parsemés de taches brunes, nécrosées, par suite de la piqûre vénéneuse d'un insecte particulier.

C'est en 1851, avec Robineau-Desvoidy, de regrettable mémoire, que nous eûmes l'occasion d'observer, d'étudier, dans les vignes de l'Orléanais, la nécrose de la plante et l'insecte qui la produit. L'insecte, pour les dimensions, pour la forme, pour la couleur, pour la rapidité des évolutions. est identiquement semblable à l'*acarus* de la gale humaine. Pour le trouver, il faut le chercher au revers des feuilles de la vigne et dans le labyrinthe de fils microscopiques qu'il a tendus d'une nervure à l'autre. Bien qu'il soit ordinairement d'un blanc mat, nous l'avons parfois trouvé jaunâtre, vers le soir, alors sans doute qu'il rentre dans la pâture. Depuis que nous l'avons observé, M. Gonzales de Palalda en a fait une chenille (2); mais nos observations nous ont convaincu que cet arachnide, pour pondre des œufs dans des nids soyeux, comme les autres insectes de son ordre, n'est pas condamné à subir les métamorphoses des lépidoptères. Si donc on conservait la prétention d'inoculer le principe matériel de la maladie de la vigne, ce n'est plus à l'oïdium de Tucker qu'il faudrait s'adresser, mais à notre *acarus*. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Payen, Tulasne, Cloquet.)

— MM. Letellier et Spéneux adressent une note qui se rattache à leur précédente communication sur une transmission prétendue de l'*oïdium Tuckeri* des végétaux à l'homme. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce, transmet un rapport d'épidémie par M. le docteur Barthélemy, médecin à Vigy (Moselle). (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° M. Tardieu, doyen de la Faculté de médecine, adresse à l'Académie une lettre pour l'avertir que la séance de rentrée de la Faculté aura lieu le jeudi 3 novembre à une heure, et qu'un certain nombre de places sera réservé aux membres de l'Académie.

2° M. le docteur Deleau envoie une note sur le traitement de la surdimutité et l'éducation des sourds-muets par la parole. (Commission déjà nommée.)

3° M. le docteur Herrgott, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse une lettre accompagnant une brochure intitulée : *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale.*

4° Une observation de rage adressée par M. le docteur Dumoutier (d'Aire). (Commission de la rage).

5° Une réclamation de priorité relative à l'emploi topique de l'iode métalloïde adressée par M. le docteur Goin fils, en faveur de son père.

6. Une note sur trois des stations thermales des Pyrénées (Eaux-

(1) Voir les travaux microscopiques du savant docteur Vallois.
(2) *Revue des sciences, des lettres et des arts*, 15 décembre 1858.

Bonnes, Eaux-Chaudes et Cauterets), par M. le docteur Blanchard, membre correspondant. (Comm. des eaux minérales.)

7° Le compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi au camp de Châlons depuis octobre jusqu'à mai 1863, par M. le docteur Cabasse médecin-major.

PRÉSENTATIONS

1° M. Michel Lévy présente, au nom de l'auteur M. Maurice Perrin, une brochure intitulée : *Influence des boissons alcooliques à doses modérées sur la nutrition.*

2° M. Larrey offre en hommage, au nom de l'auteur, une brochure de M. Cortesi, sur les infirmités résultant des maladies contractées en campagne par les soldats.

M. le Président annonce la mort de M. Verbeyen (de Bruxelles), membre correspondant dans la section de vétérinaire.

M. Depaul soumet à l'Académie un projet de lettre adressée à M. le ministre en réponse à une réclamation de M. le docteur Lebel, médecin de la maison pénitentiaire de Fontevrault relativement aux médailles décernées aux médecins vaccinateurs. La commission académique n'ayant reçu de M. le docteur Lebel aucune communication au sujet de la vaccine, repousse sa réclamation comme non fondée.

Le projet de lettre est adopté.

La discussion sur le rapport présenté dans la dernière séance par M. Ségalas est renvoyée à mardi prochain, l'Académie devant se constituer en comité secret à quatre heures et demie.

LECTURES. — DE LA VIE SANS RESPIRATION CHEZ CERTAINS ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

M. Bardinet (de Limoges) lit un travail sur ce sujet.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° La vie peut avoir lieu sans respiration et pendant un temps plus ou moins long chez certains enfants nouveau-nés. Sa durée, dans un cas, a été de quinze heures.

2° Cette vie paraît plus particulièrement l'apanage des enfants nés avant terme; les trois cas dans lesquels je l'ai observée appartiennent du moins à cette catégorie.

3° L'action d'une température élevée paraît en favoriser le développement s'il est permis d'en juger par les trois cas que je rapporte qui, tous les trois, se sont produits dans le courant du mois d'août.

4° La vie paraît alors entretenue par la circulation qui trouve dans la persistance du canal artériel et du trou de Botal, comme pendant la vie intra-utérine, des facilités particulières.

5° Les enfants chez lesquels elle existe peuvent présenter à la suite de violences des ecchymoses et des caillots semblables à ceux qu'on rencontre après l'établissement de la respiration.

6° La possibilité des morts apparentes chez les nouveau-nés, si bien signalée par les accoucheurs, doit toujours être un objet de sérieuse préoccupation.

7° Un nouveau-né peut rester inhumé plusieurs heures sans succomber.

8° L'entretien de la vie dans ce cas n'est pas le résultat d'une respiration pulmonaire réduite, mais s'exécutant suivant son mode normal; elle paraît tenir à la persistance momentanée du trou de Botal et du canal artériel. Il n'y a donc pas à conclure, pour des cas analogues, du nouveau-né à l'adulte. — (Com. MM. Tardieu, Depaul et Devergie.)

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LES HOPITAUX DE MARSEILLE.

M. le docteur Seux, professeur à l'École de médecine de Marseille, lit un travail sur ce sujet.

L'auteur examine successivement les points suivants : âge, acclimatement, profession, sexe, saisons, symptômes et traitement.

Sous le rapport de l'âge, M. Seux a vu la fièvre typhoïde affecter des individus âgés de plus de 50 ans et elle lui a paru plus fréquente dans l'enfance qu'on ne l'admet généralement.

L'auteur considère la fièvre typhoïde comme contagieuse.

Les époques de l'année où elle lui a paru la plus fréquente sont la fin de l'été et l'automne.

Enfin M. Seux s'élève contre la méthode de l'alimentation prématurée qui lui a paru avoir de mauvais résultats, du moins sous le climat de Marseille. — (Com. MM. Louis, Beau et Briquet.)

RAPPORT.

M. de Kergaradec lit la première partie du rapport annuel sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'année 1863.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ LE 3 NOVEMBRE 1864.

M. le doyen Tardieu ouvre la séance par une allocution.

La parole est ensuite à M. le professeur Baillon pour la lecture de l'éloge de Moquin-Tandon.

M. le professeur Grisolle proclame les prix, récompenses et encouragements décernés au nom de la Faculté.

Voici le programme des prix décernés et des prix proposés pour l'année prochaine :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Chaque année, au mois d'août, tous les élèves de l'École pratique sont admis à prendre part au concours des prix.

Les épreuves de ce concours consistent en une question écrite, la même pour tous les compétiteurs, et en une série de questions orales roulant sur toutes les branches de l'enseignement de la Faculté.

Les prix comprennent : Un premier grand prix, deux autres premiers prix, et trois seconds prix. Des mentions honorables peuvent être accordées d'après le nombre des concurrents.

Le premier grand prix donne droit à la remise des frais des quatre dernières inscriptions, et à la gratuité complète des examens, certificats d'aptitude, thèse et diplôme; plus à une médaille d'or de la valeur de 300 francs, et à des livres pour une valeur de 100 francs.

Les deux autres premiers prix donnent droit à la remise des frais d'examen, de certificat d'aptitude, de thèse et de diplôme; plus à une médaille d'argent et des livres pour une valeur de 200 francs.

Chaque second prix donne droit à la remise des frais de diplôme, à une médaille d'argent et à des livres pour une valeur de 150 francs.

Concours de 1864. — Membres de la commission : MM. Tardieu, Gavarret, Laugier, N. Guillot, Baillon.

Premier grand prix : M. Damaschino.
1er second prix : M. Lemoine (Armand-Victor).
2e second prix : M. Bernadet (Charles-Théophile).

PRIX CORVISART.

Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Du 1er au 15 septembre de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux, et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Concours de 1864. — Membres de la commission : MM. Grisolle, Rostan, Trousseau, N. Guillot, Monneret.

Aucun mémoire n'ayant été adressé pour ce concours, la question proposée est remise au concours pour l'année 1864-1865.

« Établir, d'après des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, des considérations diagnostiques et thérapeutiques sur les maladies aiguës des organes respiratoires. »

PRIX MONTYON.

Le prix Montyon, qui consiste en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au bureau de la Faculté avant le 1er août, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Concours de 1864. — Membres de la commission : MM. Cruveilhier, Piorry, Bouchardat, Gosselin, Pajot.

Aucun ouvrage n'a été présenté pour ce concours.

PRIX BARBIER.

D'après les dispositions de M. Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Concours de 1864. — Membres de la commission : MM. Velpeau, Malgaigne, Denonvilliers, Regnauld, Robin.

La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix.

PRIX CHATAUVILLARD.

Ce prix, dû aux libéralités de madame la comtesse veuve de Chatauvillard, née Sabatier, de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Concours de 1864. (Le montant du prix pour cette première année seulement est de 1,166 francs.) — Membres de la commission : MM. Bouillaud, Grisolle, N. Guillot, Monneret, Depaul.

Récompense de 500 francs accordée à M. le docteur Axenfeld (Alexandre), auteur de la *Monographie des névroses*, insérée dans les *Éléments de pathologie médicale* de Requin.

Encouragements de 333 francs accordés à MM. Fritz (Guillaume), auteur d'un travail sur les *Complications spinales de la fièvre typhoïde* (Dissertation inaugurale), et Martineau (Louis), auteur d'un mémoire sur la *Maladie d'Addison* (Dissertation inaugurale).

LEGS DU BARON DE TRÉMONT.

M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir.

La somme de 1,000 francs a été partagée, cette année, par portions égales, entre deux élèves qui se trouvent dans les conditions du legs.

THÈSES RÉCOMPENSÉES.

A la fin de chaque année scolaire, la Faculté adresse à M. le ministre de l'instruction publique un rapport sur la valeur des thèses soutenues pendant l'année, et lui signale celles qui offrent le plus de mérite.

Année 1863-1864. — Thèses récompensées. — Membres de la Commission ; MM. Tardieu, Cruveilhier, Trousseau, Nélaton, Wurtz, Depaul et Baillon.

Le nombre et la valeur des thèses signalées cette année à M. le ministre ont décidé la Faculté à solliciter de Son Excellence, qui a bien voulu les accorder, des récompenses avec médailles d'argent et de bronze et mentions honorables réparties ainsi qu'il suit :

Médailles d'argent. — MM. Grébant (Louis-François-Nestor). — Du mécanisme de la respiration.
Jones (William-Henry). — Des vices de conformation du bassin.
Laborde (Jean-Baptiste). — De la paralysie essentielle dans l'enfance.
Ollivier (Auguste-Adrien). — Essai sur les albumineries produites par l'élimination des substances toxiques.
Robin-Massé (Gustave-Arthur). — Des polypes naso-pharyngiens.

Médailles de bronze. — Cayrade (Jules-Adolphe). — De l'action réflexe.
Chédevergne (Antoine-Samuel). — De la fièvre typhoïde.
De Barrel de Pontevès (Joseph-Emile). — Des nerfs vaso-moteurs.
De Gaulejac (Jean). — Du pansement des plaies par l'alcool.

Mentions honorables. — Destouches (Théodore-Gabriel). — Du quinquina.
Dubu (Louis-Alfred). — Des syphilides malignes.
Germe (Léon-Joseph). — De l'albuminerie.
Guillaume (Adrien). — Du laryngoscope.
Herrera (Raphael). — Des kystes de l'ovaire.
Hottot (Ernest-Louis). — De l'aconitine.
Marcowitz (Alexandre). — Des épanchements pleurétiques.
Monteros (José). — Des fistules urinaires.
Vautherin (François-Auguste). — De la graine du croton triglium.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux ; par le docteur Ch. Deval. Paris, Ch. Albessard et Bérard, libraires-éditeurs, 8 rue Guénégaud.

Nous ne pouvons nous défendre d'exprimer tout d'abord nos regrets pour un homme de mérite, un praticien modeste et consciencieux, trop tôt enlevé à la science. Le livre qu'il a publié quelques mois avant sa mort nous semble mériter toutes les sympathies, car dans ce travail se trouve méthodiquement et loyalement exposé l'état actuel de l'ophthalmologie au triple point de l'étiologie, de la thérapeutique et de l'hygiène.

Après une introduction contenant les notions les plus récentes sur l'organisation et les fonctions de l'appareil visuel, l'auteur développe successivement dans quatre grandes divisions : 1° les principes généraux sur le diagnostic et le traitement des affections oculaires; 2° les maladies du globe ; 3° les maladies des annexes de l'œil; 4° les vices de conformation, les lésions traumatiques et la prothèse oculaire.

Dans le chapitre premier de la première division, il est question de l'examen et de l'appréciation à l'œil nu et à la loupe des différentes lésions oculaires, de l'éclairage oblique, de l'exploration ophthalmoscopique; tous les détails contenant cette exploration sont énumérés avec beaucoup de soin et parfaitement reproduits dans vingt-quatre beaux dessins.

La partie qui concerne la pratique opératoire de l'ophthalmologie est très-bien soignée; elle n'est, à vrai dire, que la reproduction d'un traité publié par l'auteur en 1864; mais les matières sont étudiées plus à fond et enrichies de nombreuses additions. Les principaux procédés opératoires sont exposés avec méthode et convenablement appréciés; un grand nombre de figures intercalées dans le texte font comprendre le mécanisme de ces procédés.

En ce qui concerne l'ectropion, dès l'année 1844, M. Deval avait donné la première description exacte et détaillée, ornée de figures, du procédé de Jaeger; un autre élève de l'école de Vienne, M. Cappelleti, fit connaître cette opération en Italie *Malattie dell occhio*, vol. I, Trieste, 1845). Enfin M. Sichel, partisan presque exclusif du procédé de Jaeger, rapporte (*Iconographieopht.*, Paris, 1858-59) plusieurs cas d'ectropion guéri de cette manière; seulement dans la description donnée par M. Deval, nous trouvons la modification apportée par Jüngken à l'opération de Jaeger. Les autres ouvrages d'ophthalmologie, publiés en France dans ces dernières années, n'en font pas mention; nous constatons le même oubli dans Mackenzie et dans les traductions françaises annotées de cet auteur.

Afin d'allonger le diamètre vertical trop raccourci et le transversal trop allongé, Jaeger proposa de combiner la dissection et le déplacement du lambeau avec l'excision en V d'Antylus ou d'Adams. Lorsqu'à la suite d'une déperdition cutanée très-notable, le bord libre des paupières est bridé contre l'arc osseux correspondant, il faut avant tout allonger le diamètre vertical de la paupière devenu trop court; aussi Jaeger décolle les parties molles des surfaces osseuses sous-jacentes, refoule ces parties vers le globe et pratique le long de l'arcade orbitaire une incision qui fend partiellement la paupière depuis la cicatrice jusqu'à la conjonctive inclusivement; de cette section il résulte une plaie à travers laquelle on voit le bulbe. La lèvre supérieure de cette plaie est formée, s'il s'agit de la paupière supérieure, par les tissus frontaux au-dessous du sourcil; la paupière incomplétement détachée, et qui peut être facilement abaissée sur l'œil, borne en bas l'orifice; on rétablit ensuite les dispositions normales du diamètre transverse en excisant un petit lambeau en forme de V comme dans le procédé d'Adams; les bords qui résultent de cette excision sont réunis par deux points de suture entrecoupée.

On achève l'opération en pratiquant le décollement du lambeau supérieur, et ce lambeau doit être assez étendu, tant en longueur qu'en largeur, pour que la masse musculo-cutanée puisse rendre au lambeau inférieur une ampleur suffisante en s'avançant vers lui; la section transversale est à son tour réunie par la suture entrecoupée; de cette manière les deux divisions, horizontale et verticale amenées à coaptation, offrent la configuration d'un T.

La modification apportée par M. Jüngken consiste à supprimer la fente palpébrale dans toute l'épaisseur des tissus qui la composent; il se borne à détruire les adhérences anormales par un procédé souspalpébral, en coupant d'une commissure à l'autre le demi-cercle supérieur du grand pli de la conjonctive, et en faisant pénétrer dans la plaie le couteau de Leber, à 3 centimètres au moins de profondeur au-dessous des tissus sus-orbitaires qu'on sépare de l'os frontal d'un angle à l'autre. Après avoir refoulé la paupière de haut en bas et allongé fortement le diamètre vertical, le professeur de Berlin, comme celui de Vienne, retranche un fragment triangulaire dont la base intéresse le bord ciliaire; la petite plaie verticale est soudée par la suture entortillée.

Cette pratique opératoire, qu'on peut appeler mixte, car elle résulte du procédé par glissement du lambeau et de l'excision triangulaire du bord libre, est très-rationnelle sans doute, mais elle expose au coloboma de la paupière; ajoutons qu'elle n'évite d'une manière absolue ni la rétraction des tissus ni le raccourcissement consécutif du lambeau qui souvent fait échouer les opérations les plus rationnelles et les mieux faites d'ectropion. Nous l'avons déjà dit dans ce journal

(27 décembre 1862), en analysant le livre de Wharton-Jones, traduit par M. Foucher, la méthode par la fusion temporaire des paupières est la seule qui, dans l'ectropion, empêche la reproduction des anciennes adhérences et qui donne des résultats définitifs et durables.

Les principaux procédés opératoires de la cataracte sont exposés avec détail et convenablement appréciés; quant à l'extraction, une pratique toute récente, et qui par conséquent ne se trouve pas indiquée dans le livre de M. Deval, consiste à faire l'opération à deux époques différentes: 1° exciser l'iris comme méthode prophylactique; 2° extraire le cristallin cinq ou six semaines après l'opération. En agissant ainsi, on éviterait les trois grands écueils qui sont à craindre dans toute espèce d'opération de cataracte, l'iritis, la névralgie circum-orbitaire et la fonte purulente suivie de l'atrophie du globe.

Pratiquer l'iridectomie pour éviter l'inflammation qui, dans les opérations de la cataracte, est le point de départ des accidents susindiqués, ne constitue pas une méthode nouvelle. Un élève de Quadri, le professeur Polara, qui fut notre prédécesseur dans la direction de la clinique ophthalmique de Palerme, avait depuis longtemps établi en principe que si, en opérant la cataracte par extraction, on excisait dans la même séance un lambeau de l'iris avant ou après avoir extrait le cristallin, on diminuait les craintes de l'inflammation. Nous avons suivi ce précepte pendant les deux années scolaires qui viennent de s'écouler, et l'un de nos adjoints à la clinique ophthalmique, le docteur de Fede, l'avait déjà complétement adopté.

Seulement dans les opérations de cataracte qui ont été faites à l'hôpital civil de Palerme, nous n'avons excisé l'iris que: 1° dans les cas de contusion ou de blessure de cette membrane pendant la formation du lambeau cornéen; 2° lorsque la manœuvre opératoire pour extraire le cristallin a été laborieuse; 3° toutes les fois que les malades étaient prédisposés aux iritis et aux conjonctivites, et dont la muqueuse était habituellement très-injectée. Nous devons ajouter que si l'iridectomie a diminué d'une manière générale les accidents inflammatoires, elle n'a pas toujours préservé les opérés d'iritis et d'exsudations plastiques consécutives.

Ainsi donc l'école italienne, dans des cas déterminés, pratique l'iridectomie et extrait le cristallin dans la même séance. M. de Graef et quelques-uns de ses élèves, au contraire, établissent comme méthode prophylactique et préparatoire l'excision de l'iris quelques semaines avant l'extraction du corps opaque.

Une autre méthode, qu'on commence à qualifier d'*anglaise* parce que M. Crictchett la pratique d'une manière exclusive, consiste à combiner l'ancienne méthode d'extraction linéaire avec l'iridectomie; la sortie de la cataracte s'opère à l'aide d'une curette plus creuse et plus grande que celle de Daviel. Du reste, cette méthode pourrait tout aussi bien s'appeler allemande qu'anglaise, car les premiers essais en ont été faits par Waldan avant Crictchett.

Ajoutons que Jacobson (de Kœnisberg), en pratiquant l'iridectomie en même temps que l'extraction, applique le chloroforme, pénètre dans la chambre antérieure par la sclérotique, et forme un grand lambeau afin de faciliter la sortie du corps opaque.

Les relevés statistiques qui se rapportent à la section de l'iris comme moyen prophylactique sont vraiment exceptionnels; sur 98 cataractes opérées par cette méthode par le docteur Mooren (de Dusseldorf) (*Die verminderten Gæfahren der Staar extraction*), il n'y eut que deux insuccès. MM. de Graef, Lieibreich, etc., se louent beaucoup de cette méthode. Dans les hôpitaux de Paris, M. Richard vient d'en faire l'application sur 8 malades; aucune inflammation consécutive, m'a-t-il assuré, n'est survenue. Les mêmes avantages ont été constatés en France par M. Giraud-Teulon et quelques autres praticiens dans l'extraction linéaire combinée avec l'excision de l'iris.

La question de principe est donc jugée; quant à son application, ne serait-il pas préférable de n'exciser l'iris que dans les cas exceptionnels? Est-il indispensable de faire deux opérations à six semaines d'intervalle, au lieu de pratiquer l'iridectomie en même temps que l'extraction du cristallin? L'excision de l'iris étant admise dans tous les cas, doit-on préférer l'extraction linéaire à la kératotomie à lambeau?

Enfin si, dans la pratique ordinaire, sur 100 opérations de cataracte par extraction et par l'ancienne méthode, 85 au moins ne sont pas suivies d'inflammation, est-il d'une nécessité absolue de déformer la pupille à ces 85 malades pour préserver les 15 autres d'accidents consécutifs? L'expérience seule et un grand nombre de faits comparatifs recueillis avec soin peuvent décider cette question, une des plus importantes de l'ophthalmologie.

L'iridectomie est l'élément de progrès le plus fécond que nous connaissions dans la thérapeutique chirurgicale des maladies des yeux; mais cette opération, il ne faut pas se le dissimuler, outre qu'elle ne prévient pas d'une manière absolue les accidents inflammatoires, constitue par le fait même une véritable mutilation: la pupille reste déformée, souvent plus ou moins immobile et quelquefois le double de son élargissement ordinaire. Cela est indifférent dans l'iridectomie pratiquée contre le glaucôme, contre les irido-choroïdites suivies d'altération nerveuse, et contre les inflammations très-intenses des membranes internes de l'œil; dans ces cas, les malades ont tout à gagner et rien à perdre; mais en est-il de même de l'excision de l'iris appliquée chez tous les cataractés dont la rétine est dans son intégrité normale? Les malades conserveront-ils pendant longtemps le même degré de vision obtenue après l'opération? Nous ne le pensons pas; en voici la preuve tirée de l'analogie.

On sait qu'en France, et surtout à Paris, depuis plusieurs années, la plupart des chirurgiens, pour éviter la sortie de l'humeur vitrée et pour obtenir une adhésion plus prompte et plus régulière du lambeau de la cornée, ont opéré et quelques-uns opèrent encore la kératotomie supérieure; nous en avons fait nous-même pendant une quinzaine d'années une méthode presque exclusive. Or, dans cette méthode, quelles que soient l'expérience et l'habileté de l'opérateur, il arrive souvent qu'en achevant le lambeau, ou en faisant l'ouverture trop grande, on blesse l'iris ou du moins en provoquant l'engagement de celui-ci dans la plaie, on produit une hernie plus ou moins prononcée.

Cet accident n'a aucune gravité, car ou la portion herniée finit par se réduire, ou si elle reste enclavée dans la plaie, on l'excise plus tard ou on la détruit graduellement par de légères cautérisations; mais l'œil se trouve presque dans les mêmes conditions que celui qui aurait subi une véritable iridectomie, moins le dégorgement qui s'opère dans l'iris par l'iridectomie proprement dite; mais toujours est-il que la pupille reste déplacée et dirigée en haut, agrandie, irrégulière et souvent allongée dans le sens transversal. Les malades voient parfaitement après l'opération; mais au bout de trois ou quatre ans, la vue commence à s'affaiblir et l'on se trouve graduellement, dans un grand nombre de cas, en présence d'une amblyopie plus ou moins prononcée.

On attribue ce phénomène à l'âge ou au défaut de lunettes appropriées, etc., sans se rendre compte que l'iris ne fonctionne plus régulièrement, qu'il se contracte peu, et que par son excès d'ouverture il laisse pénétrer dans l'œil une trop grande dose de lumière qui doit à la longue provoquer une altération de la rétine et, qu'on me passe l'expression, une véritable *usure* de cette membrane.

Ce fait, que nous sachions, n'a été noté par personne, nous tenons à le constater et en prendre date.

S. FURNARI, D. M.

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— L'Association générale des médecins de France a tenu sa séance annuelle le 30 octobre. Cette solennité a réuni, comme les années précédentes, les présidents et délégués des associations départementales, plus nombreux encore que les années précédentes.

La séance a été ouverte par un discours de M. Rayer, président de l'Association. Après cette lecture, qui a été fréquemment interrompue par des bravos, et qui s'est terminée par les applaudissements unanimes de l'assemblée, M. Legouest, secrétaire de la commission administrative, et M. Latour, secrétaire général, ont présenté le compte rendu de l'exercice de l'année, et fait connaître la situation de plus en plus prospère de l'Association.

La séance a été terminée par un remarquable rapport de M. Sanderet, membre du conseil général de l'Association, sur un projet d'érection d'une statue à Laennec.

Le lendemain, dimanche, un banquet, offert par le conseil général de l'Association à MM. les présidents et délégués des Sociétés centrales, a réuni près de trois cents convives.

Nous reviendrons sur ces solennités, qui marqueront parmi les plus éclatantes et les plus heureuses de l'Association.

— M. Ricord a adressé au président de l'Association générale des médecins de France une somme de 500 fr., destinée à la caisse des pensions viagères.

— Par décret en date du 19 octobre 1864, M. Theullier, médecin-major de 1re classe à la gendarmerie de la Seine, a été nommé médecin principal de 2e classe, en remplacement de M. Ehrmann, promu à la 1re classe.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE MÉDICO-LÉGALE.

Responsabilité légale des aliénés. — Un voleur par monomanie épisode médico-légal. — Des attentats a la pudeur et des grossesses simulées ou réelles, suivies ou non d'infanticides. — Étude médico-légale sur l'empoisonnement. — Étude médico-légale sur une blessure grave du pli du coude ayant intéressé l'artère brachiale, le nerf médian, les veines superficielles et la portion inférieure du muscle biceps.

Responsabilité légale des aliénés.

Dans une de nos précédentes revues, nous avons touché un mot de la responsabilité partielle des aliénés. et nous avons rappelé la discussion qui a eu lieu sur cette grave question devant la Société médico-psychologique. Le fait qui avait appelé notre attention sur ce point, et ceux que nous avions en vue à ce moment, étaient relatifs à cet état de monomanie ou de délire partiel dans lequel un individu, possédé par une idée fixe, fait preuve de désordre intellectuel dans le champ de cette idée, mais en dehors de là semble avoir conservé l'usage de sa raison et de son libre arbitre. L'irresponsabilité qui lui est acquise pour les actes émanant de son idée fixe doit-elle être étendue à tous ceux qui ont eu d'autres mobiles? On connaît la divergence d'opinions qui divise à cet égard les médecins aliénistes. Mais ce n'est là qu'un côté des cas nombreux et difficiles où la responsabilité de l'aliéné est mise en jeu, et où la justice cherche à s'éclairer de la science.

La folie a, comme la plupart des maladies, une incubation et des prodromes; sa marche est très-lente, très-incertaine; les premiers symptômes qui la trahissent passent généralement inaperçus, et elle n'est reconnue que lorsqu'elle se manifeste par des désordres tels qu'il n'est plus permis de douter. Dans l'intervalle, l'aliéné qui passe encore simplement pour un individu bizarre, original, ou vicieux et débauché, a pu commettre des actes répréhensibles et même criminels; où et quand doit commencer pour lui l'irresponsabilité?

Tel est le problème que M. Lasègue s'est posé dans un travail dont la première partie a paru dans les *Archives générales de médecine*. La position officielle de notre savant confrère, pour l'examen des aliénés lui a permis de rechercher les antécédents de beaucoup de ces malheureux, et de suivre ainsi dans ses différentes phases l'évolution de leur folie. Pensant avec raison que, dans une question si difficile, l'étude des faits est préférable au développement des conceptions théoriques, il a réuni un assez grand nombre d'observations dans lesquelles, après avoir constaté et décrit l'état de l'aliéné, il résume sa biographie judiciaire. La plupart de ces faits se ressemblent; vagabondage, mendicité, injures et rébellion envers l'autorité, vol, tels sont les délits, plus ou moins répétés, qui ont appelé plusieurs fois les individus devant les tribunaux, et dont la récidive est devenue plus fréquente à mesure que la folie s'est confirmée. Dans cette marche lente, qui a toujours duré plusieurs années, il faut cependant établir une distinction suivant que l'aliénation a toujours marché progressivement, ou que le délire a procédé par accès, de telle sorte que dans l'intervalle des crises, passées inaperçues, le malade ait recouvré la libre disposition de son intelligence et de sa volonté.

Passant à l'interprétation de ces faits, « de deux choses l'une, dit M. Lasègue, ou l'aliénation est la conséquence finale des dépravations prolongées, ou c'est elle qui s'essayait, pour ainsi dire, sous une forme larvée. C'est là qu'est le vif de la question : quand a débuté la folie, quand a fini la responsabilité?

« Si l'on veut s'en tenir aux faits à la manière des juristes, force est d'admettre que l'aliénation a commencé avec l'acte où s'est pour la première fois exprimé le délire, comme la criminalité ne commence qu'à l'heure où le crime a été commis on prémédité; si, au contraire, acceptant le point de vue où doit se placer la médecine légale, on entend juger l'homme, épier ses transformations et mesurer le progrès, si lent qu'il soit, de l'évolution morbide, il faut remonter bien plus haut. Légalement, l'aliéné est celui qui délire; médicalement, la folie n'est pas née le jour où elle a été acquise au diagnostic de l'expert. »

M. Lasègue promet de nouveaux développements, qui permettront de suivre la marche symptomatique de la folie entre les temps d'arrêt marqués par les délits et les condamnations; nous ferons connaître la suite de son travail dans une prochaine revue. Nous ne voulons cependant pas quitter ce sujet sans résumer un fait qui s'y rattache, et dans la relation duquel se trouve assez bien traduite l'opinion de notre confrère sur la responsabilité des aliénés.

Au mois d'août de cette année, comparaissait pour la seconde fois, devant le tribunal correctionnel de Paris un homme accusé de plusieurs vols, chez des restaurateurs, des bijoutiers, des opticiens, etc. Il appartenait a une famille honorable et aisée; il a déclaré posséder 6.000 fr. de revenu. Dans son enfance il a été atteint, à la suite de la scarlatine, d'accidents cérébraux qui ont troublé son intelligence; il avait pour le vol des dispositions précoces qui, une fois, l'ont fait enfermer pendant quelques mois dans une maison d'aliénés. Depuis lors une instance en interdiction, dirigée contre lui, a été abandonnée à la suite d'un interrogatoire où il a fait preuve d'une lucidité complète d'esprit.

M. Lasègue, chargé d'examiner le prévenu, a fait un rapport dont il résume ainsi les conclusions :

« Dans ces conditions, dont j'ai eu soin de signaler expressément les difficultés, mon avis est que le prévenu est affecté d'une maladie épileptique à accès rares, caractérisée ou par des accidents physiques, ou par des impulsions instinctives qui le portent surtout au vol;

« Que, dans l'intervalle des crises, il récupère presque intégralement la conscience de ses actes et la libre disposition de son intelligence;

« Qu'il n'est pas responsable des soustractions qu'il a commises pendant les attaques et sous l'influence de la maladie intermittente;

« Qu'il ne résulte pas nécessairement de cette immunité que le prévenu doive être exonéré de la responsabilité de tous les délits qu'il pourrait accomplir sciemment durant les périodes lucides;

« Que néanmoins, et bien que l'aliénation se reproduise par accès à des intervalles éloignés, l'épilepsie exerce toujours à quelque degré une action fâcheuse sur l'intelligence et le sens moral des malades,

---

FEUILLETON.

La trente-neuvième réunion des naturalistes et des médecins allemands a Giessen

Les réunions annuelles des naturalistes et des médecins allemands continuent à être populaires et à attirer un nombre considérable de savants et d'amis de la science, non-seulement de toutes les parties de l'Allemagne, mais aussi des pays circonvoisins. C'est que la science a d'autres allures que la politique; elle est une, elle est universelle, elle est sympathique à tous, elle réunit les nationalités les plus diverses comme les opinions les plus opposées, elle établit entre tous les peuples une véritable et sincère fraternité.

La réunion de Giessen était très-nombreuse; elle comptait environ douze cents membres, parmi lesquels plus de six cents membres effectifs, c'est-à-dire auteurs de travaux autres que de simples dissertations inaugurales. Les listes portent les noms de Wœhler, Wurtz (de Paris), Ch. Hofmann (de Londres), Fresenius Charles Schmidt, parmi les chimistes; Poggendorf, Kirchhoff, parmi les physiciens; Nœggerath, Rose, Sandberger, Klipstein, d'Eichwald dans la section de minéralogie et de géologie; le célèbre voyageur R. de Schlagintweit; les médecins Remack, Stiebel, Beneke, Pfeufer; les chirurgiens Roser, Heine, Textor, Bardelehen; en botanique, le célèbre Hofmeister et les deux Schimper; en zoologie, Troschel, de la Valette, Pagenstecher, Oscar Schmidt, Claus, Krauss, Dohrn (de Stettin), Hartig, etc.; enfin, dans la section d'anatomie et de physiologie, le savant Heule, Frey, Gerlach, Eckhard, Stein, Nuhn, Charles Vogt, Schaaffhausen, Krause, Keferstein. etc. Un fait significatif et qui montre combien la science est en honneur chez nos voisins, c'est la présence, dans la section de botanique et de zoologie, de plusieurs jeunes gens encore sur les bancs des écoles qui sont venus faire de très-intéressantes communications.

Giessen est une petite ville du grand-duché de Hesse-Darmstadt célèbre par son antique Université qui date d'environ deux siècles et surtout par les savants distingués qu'elle a produits et à la tête desquels il faut compter l'illustre chimiste Liebig. Elle possède de beaux établissements d'instruction : cabinet de physique, laboratoires, collections de minéralogie, de géologie, de zoologie, d'anatomie comparée, d'anatomie pathologique, etc. La collection d'anatomie comparée est surtout remarquable; on y voit un riche ensemble de magnifiques squelettes et de nombreuses préparations, fort bien présentées, des divers appareils des principaux groupes du règne animal.

Outre ces moyens matériels d'instruction, Giessen, comme toutes les Universités allemandes, possède un institut physiologique et un institut zoologique, ce dernier dirigé par le savant et laborieux professeur

et qu'il y a lieu de tenir compte de cette influence, toujours difficile et souvent impossible à mesurer, à titre de circonstances au moins atténuantes » (*Gazette des tribunaux*.)

Le tribunal, adoptant cette manière de voir au point de vue de la responsabilité et des circonstances atténuantes, a condamné le prévenu à six mois de prison.

ÉPISODE MÉDICO-LÉGAL.

Le *Bulletin de la Société médicale de Besançon* contient la narration d'un fait regrettable, où l'on voit trois médecins, non-seulement se départir de la sage réserve qui doit toujours servir de guide dans les conclusions d'une consultation médico-légale, mais encore compromettre l'autorité de la science, et, dans l'un de ses plus beaux côtés, la dignité de notre profession. Voici l'analyse de ce fait.

Dans une commune des environs de Belfort vivait un vieux meunier, nommé Ménétrez, qui par sa parcimonieuse économie, avait amassé une petite fortune, objet de convoitise de sa sœur et des enfants de celle-ci, ses seuls héritiers. Il avait cédé à bail son moulin à son domestique, et recevait de lui et de sa femme les soins dont il avait besoin. On comprend sans peine l'inimitié que souleva cet ordre de choses entre les héritiers et les locataires du moulin, et plusieurs fois l'autorité fut obligée d'intervenir pour rétablir la paix. Les héritiers, dans la crainte que le vieillard ne finît par céder aux insinuations de leurs rivaux, formulèrent contre lui une demande en interdiction sous prétexte de démence. Le médecin qui soignait Ménétrez appela, pour examiner officieusement son état mental, deux confrères, dont l'un, M. Bernard (de Belfort), est l'auteur du mémoire que nous analysons. Le résultat de la consultation fut que rien chez Ménétrez ne témoignait d'un état de démence, et qu'il paraissait jouir de toutes ses facultés.

Cependant l'affaire d'interdiction se poursuivait devant les tribunaux; mais le vieillard mourut avant que le jugement fût prononcé.

Redoutant l'effet de la consultation dont nous venons de parler, les héritiers chargèrent trois autres médecins de faire l'autopsie de leur parent, et de rédiger une nouvelle consultation, basée sur les lésions anatomiques, qu'ils espéraient opposer avantageusement à la première. Les trois médecins acceptant cette mission, procédèrent en effet à l'autopsie du cadavre. Voici le sommaire des lésions qu'ils ont trouvée, et qu'ils ont fait valoir pour justifier leurs conclusions :

1° Epaisseur des os du crâne.

2° Epaississement et adhéreuce de la dure-mère.

3° Granulations et pseudo-membranes à la surface de l'arachnoïde et de la pie-mère.

4° Pie-mère gorgée de sang noir épais à veines hypertrophiées.

5° Pâleur du cerveau à la surface et à son centre. Ramollissement de la pulpe de toute la masse cérébrale. Affaissement des circonvolutions.

6° Sérosité autour du cerveau et dans les ventricules.

7° Ossification des artères cérébrales superficielles et profondes.

Ces lésions qui n'expriment que des modifications matérielles apportées par la vieillesse ou l'influence cadavérique, furent interprétées différemment par les trois médecins, qui en conclurent que le sieur Ménétrez était atteint, de son vivant, de méningite chronique et de démence sénile.

Le testament instituait les héritiers nu-propriétaires des biens du vieillard, et en donnait la jouissance au domestique. Cette seconde clause fut attaquée en nullité par les héritiers, toujours sous prétexte de démence et de captation du testateur. Le procès continua ainsi sous une autre forme. Il donna lieu à une enquête et à une contre-enquête, dans lesquelles les deux consultations furent successivement présentées et soutenues par ceux qui en étaient les auteurs. Les trois médecins qui avaient examiné Ménétrez de son vivant en référèrent à un comité consultatif composé de MM. Trousseau, Grisolle, Falret, Follin et Lasègue, et lui soumirent les deux questions suivantes :

« 1° L'état du cerveau après la mort peut-il offrir des preuves certaines, reconnues par la science, de la démence d'un individu?

2° Les lésions observées dans le cerveau de Ménétrez peuvent-elles être considérées comme des preuves de sa démence? »

On a déjà prévu que la réponse du comité à ces deux questions a été négative. Mais les savants confrères qui en faisaient partie ne se sont pas contentés de répondre aux deux questions; ils ont repris chacun des points contenus dans le procès-verbal d'autopsie, et ils ont montré l'inexpérience et la légèreté dont les trois médecins se sont rendus coupables, tant dans la constatation des lésions anatomiques que dans les conclusions qu'ils en ont déduites.

« Non-seulement, disent-ils en terminant leur rapport, nous repoussons énergiquement ces conclusions, mais nous croyons de notre devoir de protester contre une tentative sans précédent, et qui, si elle pouvait trouver des imitateurs, compromettrait l'autorité et la dignité de la médecine légale.

« L'état mental d'un homme se juge par ses paroles et par ses actes. Il relève de l'observation directe du médecin et de l'enquête du magistrat; et, dans l'état actuel de la science, il est interdit d'asseoir cette grave décision sur les conjectures d'une autopsie. »

Les juges ont manifesté la même opinion en déboutant, en appel comme en première instance, les héritiers de leurs poursuites, et en ordonnant l'exécution du testament.

DES ATTENTATS A LA PUDEUR ET DES GROSSESSES SIMULÉES OU RÉELLES, SUIVIES OU NON D'INFANTICIDES.

Sous ce titre, M. Toulmouche vient de publier, dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, un travail qui peut servir de complément à celui qu'il a fait paraître il y a quelques années sur le même sujet. Il s'agit d'une série de faits observés par l'auteur, qui ne constituent pas, ainsi qu'il le dit lui-même, un tout bien uni, mais qui présentent des particularités dont la connaissance peut, dans certains cas, devenir très-utile. Nous ne saurions ici faire l'analyse de toutes ces observations; nous essayerons seulement de résumer les notions générales qui peuvent ressortir de leur étude.

La présence d'un ecthyma aux grandes lèvres, accompagné de gonflement des parties et d'un écoulement jaunâtre, et ne permettant pas ainsi l'exploration exacte de l'hymen, peut induire en erreur un

---

R. Leuckart, qui s'est acquis une juste célébrité par ses travaux sur les animaux inférieurs et particulièrement sur les entozoaires. Ces sortes d'établissements dans lesquels les élèves sont exercés, sous les yeux du professeur, aux dissections, au maniement du microscope et à toutes les recherches minutieuses, offrent une incontestable utilité et devraient exister dans toutes nos Facultés des sciences; c'est à eux que l'Allemagne doit cette pépinière de jeunes savants qui, tous les ans, enrichissent la science d'intéressants travaux.

L'Université comprend quatre Facultés : théologie, droit, médecine, et philosophie et philologie La Faculté de philosophie et philologie correspond exactement à nos Facultés des lettres et des sciences réunies. A ces Facultés proprement dites est adjoint l'enseignement des arts libres : équitation, escrime, danse et musique.

Des commissions permanentes sont instituées pour faire subir aux élèves qui se présentent dans une Faculté quelconque un examen probatoire. Pour la médecine il y a cinq professeurs qui interrogent sur la physique, la chimie, la botanique, la zoologie et l'anatomie comparée, la minéralogie. Ce n'est qu'après avoir montré une instruction suffisante dans chacune de ces branches que les élèves sont admis à suivre les cours de médecine. Ce système me semble préférable à celui des boules adopté dans nos Facultés des sciences et même à celui des chiffres qu'on propose de substituer au précédent. On ne saurait admettre de compensation pour des branches qui diffèrent les unes des autres, qui toutes sont enseignées et qui toutes doivent être sues, sinon dans leurs détails, du moins dans leurs faits les plus généraux. Un candidat, par exemple, qui serait insuffisant pour la botanique, mais qui répondrait d'une manière satisfaisante sur les autres branches, serait admis, tandis qu'il devrait être ajourné pour insuffisance dans l'une des parties de l'examen. Cette sévérité est nécessaire si nous voulons avoir dans nos Facultés des élèves bien préparés sur les sciences afférentes aux sciences médicales proprement dites. Mais revenons à notre sujet.

Le programme annonçait l'ouverture du congrès pour le 17 septembre. Dès le 16, la ville s'était pavoisée et les visiteurs arrivaient en foule par toutes les voies ferrées. Le soir ils se réunissaient dans un hôtel, pour se voir, se connaître ou renouveler connaissance,

On sait que les congrès allemands comprennent la partie scientifique, c'est-à-dire les assemblées générales et celles des sections, et la partie mondaine ou les fêtes. Le matin est consacré à la science, l'après-midi au plaisir. Ce sont des banquets, des excursions, des bals, des concerts, etc., suivant les localités. Les banquets sont toujours très-longs, très-animés et surtout très-bruyants; ce sont des toasts à n'en plus finir; on monte sur les chaises, sur les tables pour mieux se faire entendre; on circule dans toute la salle le verre à la main pour *trinquer* avec les amis.

Le 17, à dix heures et demie du matin, a lieu la séance générale d'inauguration. Plus de quinze cents personnes, savants et amateurs, sont réunies dans une vaste salle. L'assemblée est présidée par les deux directeurs du congrès : M. Werner, professeur de clinique chirurgicale,

expert non prévenu, et faire croire à une tentative de viol avec inoculation d'une maladie syphilitique. Un examen plus approfondi de l'état local, la marche de l'affection pustuleuse, l'absence de traces de vérole chez l'inculpé, doivent suffire pour éclairer le diagnostic et rectifier le premier jugement.

Quand l'hymen est intact, que les organes sexuels, le pourtour de l'anus, la partie supérieure des cuisses n'offrent aucune marque de sévices, M. Toulmouche admet cependant la possibilité d'une tentative de viol ou d'un attentat à la pudeur. Pour l'attentat à la pudeur nous sommes de son avis; mais il nous semble difficile qu'une tentative de viol ne laisse aucune trace, à moins cependant que l'examen de la jeune fille ne soit fait trop longtemps après le jour où cette tentative a eu lieu.

De légères déchirures de l'hymen peuvent être dues souvent à l'introduction peu ménagée du doigt ou d'un corps autre que le pénis. Si, dans ces cas, il existe en outre une étroitesse disproportionnée du vagin, on est autorisé à conclure qu'il n'y a pas eu viol ou tentative de viol.

Chez quelques jeunes filles vierges, l'hymen présente une petite circonférence irrégulière et inégalement dentelée, qui lui donne plus de laxité et permet ainsi d'introduire, sans provoquer de rupture, le petit doigt et même l'index. Cette conformation est importante à connaître pour ne pas la confondre avec le résultat d'une tentative de viol. Par contre on comprend que, dans certains cas, cette laxité de la membrane peut permettre l'introduction imparfaite d'un pénis peu volumineux, dont l'extrémité aurait subi une sorte d'élongation, fait reconnu possible dans quelques circonstances.

Quand on a à examiner une fille adulte, ou une femme, qui se plaignent d'avoir subi des tentatives de viol, à part les lésions qui s'y rattachent, il est intéressant de savoir si la plaignante a eu un commerce plus ou moins prolongé avec des hommes. En général, une fille qui présente une étroitesse assez grande de l'entrée du vagin, des rides transversales nombreuses, des caroncules myrtiformes épaisses et saillantes, n'a pas subi des approchements sexuels fréquents. Le contraire se trouve indiqué par la laxité du vagin, l'existence de quelques plis transversaux au tiers antérieur seulement du vagin, et l'effacement des caroncules myrtiformes.

Dans la seconde partie de son travail, M. Toulmouche réunit des observations dans lesquelles il a dû faire des rapports sur des cas de grossesse réelles ou simulées, suivies ou non d'infanticides. Le plus souvent, sinon presque toujours, c'est par suite d'une accusation d'avortement ou d'infanticide que l'expertise était ordonnée. Il y avait donc à rechercher d'abord les signes d'un accouchement plus ou moins récent, l'époque à laquelle il pouvait remonter, s'il avait été naturel ou provoqué, s'il avait eu lieu à terme; dans les cas d'infanticide, il y avait de plus à faire l'autopsie du fœtus, et à en comparer les résultats aux signes présentés par la mère. Comme question accessoire, il était intéressant de savoir si l'accusée était primipare ou multipare. Toutes ces questions, qui se rencontrent à chaque observation rapportée par l'auteur, sont résolues avec beaucoup de netteté. M. Toulmouche a soin d'en montrer en passant toutes les difficultés, et de faire ressortir les signes principaux qui peuvent aider à les résoudre. Il est certain que la connaissance d'un cas difficile est d'un grand secours quand on rencontre un cas à peu près identique; c'est cette pensée qui a inspiré le travail de M. Toulmouche, et à ce titre nous aimons à en constater l'intérêt et l'utilité.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR L'EMPOISONNEMENT.

Les *Annales d'hygiène et de médecine légale* contiennent encore un travail très-important de M. Tardieu sur l'empoisonnement en général. Ce travail fait partie d'une étude qui paraîtra bientôt sur l'histoire pathologique et médico-légale des principaux empoisonnements.

L'auteur commence par établir que la toxicologie, ou science des poisons, n'existe pas et n'a pas sa raison d'être, les poisons eux-mêmes n'ayant pas de caractères propres et définis, et ne formant pas ainsi un ordre ou un groupe naturel. « L'empoisonnement, dit-il, au point de vue de la médecine légale, est une cause de mort violente et doit être étudié comme telle, au même titre que la strangulation, l'asphyxie, les blessures de toutes genres. Le poison est une arme aux mains du criminel, et rien de plus. Il n'existe qu'à la condition d'avoir agi; il ne se révèle et ne se définit que dans ses effets, c'est-à-dire dans l'empoisonnement: il en résulte que la médecine légale, appelée à rechercher et à déterminer la cause de toute mort violente, doit partir du fait de l'empoisonnement et non de la nature du poison, et qu'elle ne s'occupera de celui-ci, de son état, de sa nature et de ses caractères physiques ou chimiques, que secondairement, tout comme dans un assassinat commis à l'aide du poignard ou du pistolet, l'expert examine l'arme meurtrière, la rapproche de la blessure et la compare avec les lésions. »

Après avoir montré ainsi la place que l'empoisonnement doit occuper en médecine légale, M. Tardieu trace un programme qui comprend l'exposition : 1° des circonstances dans lesquelles se produisent les faits d'empoisonnement, et les conditions qui en découlent pour la pratique de la médecine légale; 2° de l'histoire générale de l'empoisonnement comprenant le mode d'action des substances vénéneuses, les symptômes communs et la marche de l'empoisonnement, les lésions qu'il détermine; 3° des cas de mort naturelle et de maladies spontanées qui peuvent être confondus avec lui; 4° des procédés d'expertise en matière d'empoisonnement; 5° enfin, des principales questions médico-légales que soulève ce genre de mort violente.

Dans la partie que nous analysons, l'auteur a traité plusieurs points de ce programme; les autres le seront dans le travail général que nous avons annoncé en commençant.

Et d'abord, pour ce qui est des circonstances dans lesquelles se produisent les empoisonnements, et des conditions de l'expertise, M. Tardieu fait remarquer qu'en général, l'idée, le soupçon d'un empoisonnement naît peu à peu, que les poursuites sont tardives, et que l'expert est ainsi appelé à rechercher les traces du crime longtemps après qu'il a été commis, alors par conséquent que plusieurs de ces traces ont pu déjà disparaître. Les conditions d'expertise sont donc généralement moins favorables dans les cas d'empoisonnement que dans les autres cas de mort violente, où les recherches médico-légales suivent de près la perpétration du crime.

L'expert, appelé à résoudre la question d'empoisonnement, possède...

---

et M. Leukart, professeur de zoologie et d'anatomie comparée. On entend quatre discours. Le président souhaite la bienvenue aux membres du congrès et adresse des remerciments à l'Etat, à la ville de Giessen et à ses habitants qui tous se sont offerts à loger gratuitement les étrangers qui n'avaient pas trouvé place dans les hôtels. Après lui se font entendre un conseiller d'Etat représentant le gouvernement grand-ducal, le maire ou bourgmestre de Giessen, et le recteur de l'Université. Puis le second directeur, M. Leuckart, donne lecture des statuts que l'assemblée maintient, et fait connaître les invitations adressées au congrès par l'archiduc Etienne d'Autriche et par les villes de Manheim, d'Ems et de Marburg. A la suite de ces longs préliminaires qui ont duré une heure et demie, le président a donné la parole aux orateurs inscrits pour des communications.

La journée entière du dimanche s'est passée en fêtes hors de Giessen. Dès huit heures du matin un immense convoi conduisait 1,200 personnes au château de Schaumburg, résidence de l'archiduc Etienne, charmante villa située sur une colline dans la pittoresque vallée de la Lahn. La section de minéralogie était partie deux heures plus tôt afin de pouvoir visiter la riche collection de minéraux que possède l'archiduc et que le prince se plut à montrer dans tous ses détails. Après avoir visité le château, la troupe entière, divisée en sections, vint s'asseoir à des tables couvertes de mets et garnies des meilleurs vins du pays. Le convoi reprit sa course vers Ems, où l'on passa le reste de la journée en promenades et en banquets.

Les jours suivants, ce furent d'autres fêtes. Le lundi, grand bal donné par la ville de Giessen; le mardi, excursion à Nauheim, charmante petite station balnéaire dont l'une des sources jaillit à une hauteur de 3 à 4 mètres, comme un puits artésien (1); le mercredi, nouveau banquet général présidé par un ministre du grand-duché dont la présence n'empêche pas les excentricités des orateurs; le jeudi enfin, excursion à Marburg, petite ville universitaire qui accueille les visiteurs comme ses sœurs Ems et Nauheim par des discours, des banquets, des illuminations, et surtout avec cette bonne et franche cordialité allemande qui n'a fait défaut nulle part, et qui n'a pas peu contribué à rendre le séjour de Giessen agréable aux étrangers.

J'arrive à la partie sérieuse du congrès. Les communications, orales ou écrites, faites aux trois assemblées générales, ne m'ont paru offrir qu'un médiocre intérêt. Elles ont été au nombre de huit. M. Stamm a parlé de *la possibilité de faire disparaître les maladies épidémiques*. M. Pos-

(1) Le jet de cette puissante colonne d'eau est dû à la force d'expansion du gaz acide carbonique qui se dégage dans les profondeurs de la source (554 pieds). Cette source fournit dans les vingt-quatre heures 33,567 pieds cubes d'eau salée à une température de 29,2° R. Cette eau est très-riche en chlorures, principalement en chlorure sodique (une livre de 16 onces contient 205,42 grains de sel, c'est-à-dire plus de 3 p. 100; plusieurs salines sont établies dans les environs).

trois sources principales d'informations : les symptômes morbides présentés par le malade avant de mourir; les lésions cadavériques : l'extraction du poison et la détermination de ses propriétés physiques et chimiques par l'analyse, et de ses propriétés physiologiques par l'expérimentation sur les animaux. Ces trois ordres de signes, cliniques, anatomiques et chimiques ou physiologiques, doivent se contrôler réciproquement. L'assistance du chimiste est indispensable au médecin.

Passant à l'étude générale de l'empoisonnement, M. Tardieu le définit : « *Un état morbide accidentel qui résulte de l'action spéciale qu'exercent sur l'économie certaines substances minérales ou organiques délétères.* »

L'action de ces substances est double : elles agissent d'abord localement sur l'organe avec lequel elles ont été mises en contact; elles ont ensuite une action générale qui succède à leur absorption et à leur transport par le sang dans tous les organes. C'est par suite de l'absorption que l'on retrouve plus sûrement les poisons dans les grands appareils de sécrétion, comme le foie et les reins, que dans les organes où ils ont été ingérés. Plusieurs circonstances influent sur l'absorption, et par suite sur l'action de la substance vénéneuse : telles sont la voie, le mode d'administration et la dose des poisons, le degré plus ou moins grand de dilution, l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac, la tolérance de l'organisme dépendant, soit de l'habitude, soit d'une disposition idiosyncrasique. Après l'absorption, le poison est éliminé; on peut ainsi le retrouver non-seulement dans les organes excréteurs, mais encore dans les produits d'excrétion, et cela même chez un individu vivant. Pendant la période d'élimination, la substance vénéneuse produit dans certains organes des lésions qui fournissent des indications précieuses. D'autres indices pourraient être donnés par la durée de l'élimination, si cette durée avait été exactement déterminée pour chaque substance toxique.

Les symptômes d'un empoisonnement consistent en général en des troubles digestifs, première conséquence de leur ingestion ; puis viennent les troubles de la circulation et ceux de la respiration ; les troubles nerveux sont tantôt primitifs, tantôt secondaires. M. Tardieu admet, au point de vue de la marche, trois variétés : l'empoisonnement suraigu, qui tue en quelques heures, parfois en quelques minutes; l'empoisonnement subaigu, dont la terminaison n'a lieu qu'après plusieurs jours et plusieurs semaines; l'empoisonnement lent, qu'on n'observe guère que comme résultat de certaines professions.

Les lésions produites par l'empoisonnement varient avec la nature du poison; elles doivent être recherchées dans les organes qui ont reçu la substance toxique, dans tous ceux où elle a pu être transportée par l'effet de l'absorption, dans les organes d'élimination, et non-seulement à la surface de ces différentes parties, mais dans les éléments anatomiques des tissus organisés. Une forme de lésion, observée dans ces derniers temps, consiste dans la stéatose, ou dégénérescence graisseuse des tissus, et paraît devoir jouer un grand rôle dans l'anatomie pathologique de l'empoisonnement.

M. Tardieu termine son travail par l'étude des divers procédés d'expertise. Il trace d'une manière très-claire les règles pratiques relatives à chaque opération, et passe ainsi en revue successivement l'exhumation et l'autopsie du cadavre, l'extraction des organes et leur conservation dans des vases séparés et scellés, l'analyse chimique et l'expérimentation physiologique sur les animaux. Les détails dans lesquels il entre à propos de chacune de ces opérations sont très instructifs, mais ils sont en même temps trop serrés pour que nous puissions les résumer sans amoindrir considérablement l'intérêt qu'ils présentent, et comme c'est la partie pratique, c'est-à-dire la plus importante, nous ne saurions mieux faire que d'en recommander la lecture à tous ceux qui prennent goût aux études médico-légales.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR UNE BLESSURE GRAVE DU PLI DU CODDE.

Au mois de juin 1864, MM. les docteurs René et Espagne (de Montpellier) furent appelés à faire l'autopsie d'un homme trouvé mort dans un champ de blé. Le cadavre, couvert de myriades de vers, exhalait une odeur infecte : cet état de putréfaction était en rapport plutôt avec l'élévation de la température qu'avec l'ancienneté de la mort, qui parut aux experts ne devoir remonter qu'à cinq ou six jours. Outre des contusions et des ecchymoses à l'aisselle et au bras gauche, et à la face dorsale de la main droite, on trouva au pli du coude, comme lésion principale, une blessure transversale et un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, longue environ de 3 centimètres saignante et largement béante dans ses deux tiers externes, ayant produit la division complète de l'expansion aponévrotique du muscle biceps, la section de l'artère humérale dans les deux tiers de son calibre, la section complète du nerf médian et l'ouverture de plusieurs veines de la région, entre autres la veine médiane basilique. Cette blessure paraissait être faite au moyen d'un instrument pointu et tranchant comme un couteau. Rapprochant et appréciant les diverses lésions que nous venons de résumer, les experts concluent :

1° Qu'il n'y avait pas eu suicide;

2° Que les nombreuses contusions observées sur le corps, et principalement aux extrémités supérieures, prouvaient qu'il y avait eu lutte entre la victime et une ou plusieurs personnes;

3° Que la mort avait été le résultat de l'hémorrhagie abondante occasionnée par l'ouverture des vaisseaux artériel et veineux de la blessure observée au pli du coude, et que cette blessure avait été faite par une main étrangère.

Les débats ont prouvé plus tard la justesse de ces conclusions.

A l'occasion de ce fait, MM. René et Espagne se sont livrés à des recherches sur les hémorrhagies graves de l'artère humérale, et ont publié sur ce sujet un mémoire très-intéressant dans le journal de médecine de Montpellier (*Montpellier médical*). Ils commencent par établir que ces hémorrhagies, observées quelquefois après des saignées malheureuses, des fractures comminutives, des plaies par armes à feu, des luxations du coude, sont rares en médecine légale, si toutefois on en excepte les blessures reçues en duel; puis réunissant quelques cas connus de la science, et les rapprochant de celui qu'ils ont observé, ils en déduisent des renseignements importants, renseignements qu'ils ont confirmés par des expériences faites sur des animaux. Il résulte ainsi de leurs recherches que l'hémorrhagie vei-

---

ner à lu un très-long mémoire *sur le tabac et ses influences nuisibles*; ce discours a été écouté avec une défaveur marquée, peu à peu la salle s'est vidée presque complétement; chacun avait hâte de protester en allumant son cigare. Un mémoire *sur les naturalistes de l'Allemagne*, écrit aussi comme le précédent, a lassé la patience des auditeurs, à tel point que l'orateur, interrompu plusieurs fois, s'est vu obligé de passer aux conclusions.

Deux communications ont captivé l'attention de l'auditoire, par l'intérêt du sujet traité et surtout à cause de l'exposition orale faite avec une grande facilité d'élocution. Ces communications sont celles de M. le docteur Volger (de Francfort), *sur la théorie de Darwin*, et de M. Robert (de Schlagintweit), *sur les moyens de communication dans la haute Asie*. M. Volger a exposé et réfuté convenablement les idées beaucoup trop absolues et dénuées de preuves du célèbre zoologiste anglais. M. de Schlagintweit a fait ressortir les difficultés sans nombre que rencontre le voyageur dans les hautes régions de l'Asie; il a tracé un tableau rapide de ces régions peu connues, et donné de curieux détails sur les mœurs des habitants. Les autres communications ont eu pour objet *l'épuisement du sol*, les *rapports entre la végétation et la qualité du sol, et l'extrait de viande*.

C'est dans les sections qu'il faut chercher les communications intéressantes, les faits nouveaux, les discussions. Ces communications se font toujours de vive voix et dans un espace de temps limité; les lectures y sont interdites et l'orateur, quel que soit le sujet qu'il traite, est obligé de se restreindre en ne donnant que les faits les plus saillants.

Le nombre des sections avait été fixé à douze : 1° mathématiques et astronomie, 2° physique; 3° chimie et pharmacie; 4° minéralogie, géologie et paléontologie; 5° botanique et physiologie végétale; 6° agronomie et sylviculture; 7° zoologie et anatomie comparée; 8° anatomie et physiologie; 9° médecine; 10° chirurgie et ophthalmologie; 11° accouchements et gynécologie; 12° psychiatrie et médecine légale.

La section d'agronomie fut supprimée à cause d'un nombre de membres insuffisant.

Nous allons résumer succinctement, d'après le *Bulletin officiel du congrès* et d'après les notes que nous avons prises aux séances auxquelles il nous a été possible d'assister, les principaux sujets traités dans les sections qui se rattachent de près ou de loin aux sciences médicales.

La section de physique a entendu de nombreuses communications sur l'électricité. Un membre (le docteur Greiss) a fait part de ses recherches sur la fluorescence; il a trouvé que les extraits des racines, des graines et d'autres parties des plantes étaient fluorescents. D'autres combinaisons organiques le sont aussi, entre autres l'huile de pétrole. Il en est de même de certains extraits de substances animales, d'après le professeur Plücker.

Le docteur Prestel, dans une série d'observations qui ont duré sept ans, a remarqué une véritable périodicité dans la production de l'ozone.

neuse de l'avant-bras ne peut seule amener la mort; que l'hémorrhagie artérielle n'est pas nécessairement mortelle; que lorsqu'elle le devient, la mort n'a pas lieu immédiatement, mais plus d'une heure environ après l'action vulnérante, et est précédée de plusieurs minutes par l'arrêt de l'hémorrhagie. On peut donc, par des soins donnés à temps, prolonger et même sauver la vie d'individus qui auraient reçu une blessure analogue à celle qui a été rapportée plus haut. Dans un dernier chapitre, MM. René et Espagne passent en revue les moyens auxquels en pareil cas on devrait recourir; ils examinent ainsi la compression, la ligature de l'artère, l'emploi des styptiques, et au besoin la cautérisation pour l'hémorrhagie veineuse, la réunion du nerf, enfin l'administration de stimulants et de toniques en vue de ranimer et de fortifier le malade.

Dr F. de Ranse.

PATHOLOGIE INTERNE.

Rupture du péricarde; bruit de roue hydraulique; bruit de moulin; par Morel-Lavallée chirurgien de l'hôpital Beaujon.

J'apporte un essai sur une lésion jusqu'ici inconnue et un signe infaillible pour la reconnaître. La lésion, c'est la rupture du péricarde; le signe, c'est le bruit de roue hydraulique.

Je n'ai pu découvrir dans la science aucun vestige de la rupture du péricarde, que j'ai trouvée trois fois en trois ans, les deux dernières à quelques mois d'intervalle, toujours à l'aide du bruit de roue hydraulique, et que j'ai vérifiée dans deux cas à l'amphithéâtre; le troisième malade a guéri.

Cause et mécanisme.

Le péricarde se rompt dans une commotion violente qui imprime à son tissu des vibrations au-dessus de sa résistance. Les deux faits dont j'ai disséqué les pièces en sont la démonstration péremptoire. Aucun fragment ne pouvait être accusé. — chez l'un de ces blessés, parce qu'ils étaient trop éloignés, — chez l'autre, parce qu'il n'y avait point de fracture. Chez le premier, non-seulement la fracture qui siégeait aux cartilages d'une des côtes supérieures était trop éloignée, mais elle était encore revêtue de son périoste et de la plèvre; elle ne faisait en dedans aucune saillie. Chez le second, non-seulement il n'y avait pas de fracture, mais encore y en eût-il eu une ou même plusieurs telles qu'on eût voulu les imaginer, qu'elles n'eussent jamais pu produire une pareille rupture, — c'est déchirure qu'il aurait fallu dire alors; mais réservons le mot pour le troisième cas. La rupture comprenant tout le côté droit du péricarde consistait en de larges mailles séparées par des brides dirigées en des sens opposés, sans lesquelles le cœur tout entier eût pu faire hernie à travers l'énorme trouée de son enveloppe.

J'ai vu également une rupture en mailles de la membrane du tympan, sans que le cercle osseux qui l'encadre eût subi la moindre altération. Les mailles étaient aussi diversement disposées; il y avait en même temps une fracture du rocher.

Lorsque le péricarde présente une rupture en mailles, le mécanisme est évident, c'est celui des vibrations; mais s'il y a un petit trou unique, sans fracture pour l'expliquer, comme dans notre première observation? J'avais d'abord pensé que dans cette chute sur le côté gauche, les côtes avaient pu se redresser et serrer violemment le cœur et le péricarde contre le rachis, car le cœur aussi avait éprouvé une division superficielle correspondant, pour la situation comme pour la dimension, à celle du péricarde. Mais les vibrations aboutissant au même point des deux organes rendent bien mieux compte de la double lésion. Quelle autre force aurait pu amener ce résultat? Les faits s'éclairent par leur rapprochement: l'intervention incontestable des vibrations dans l'un s'applique d'elle-même à l'autre.

Notre troisième cas s'est terminé par la guérison. Nous l'avons déjà donné à entendre, il s'agissait, selon toute probabilité, d'une simple déchirure du péricarde et du poumon par des fragments de côtes. La lésion s'était produite par le passage d'une roue de coupé sur le côté gauche, et les fragments des côtes correspondaient si bien au cœur qu'ils recevaient l'impulsion de ses battements, et enfin le malade s'est rétabli. N'est-il pas plus que vraisemblable qu'aucun viscère n'a subi d'écrasement et encore moins de vibrations capables d'y déterminer une rupture? Il n'y avait donc là bien réellement qu'une déchirure par les pointes des fragments costaux.

Caractères anatomiques.

Les lésions essentielles comprennent l'ouverture simultanée du péricarde, d'un des poumons et de la plèvre médiastine correspondante, enfin la présence d'un liquide dans le péricarde et la pénétration de l'air dans cette cavité.

L'ouverture du péricarde est une rupture ou bien une simple déchirure.

La *rupture* peut se borner à un trou unique à bords irréguliers et pouvant à peine recevoir le bout du doigt. Dans un cas que je vais rapporter, ce trou était entouré d'une multitude de petits épanchements de sang d'un volume variable, depuis celui d'un grain de riz à celui d'un pois. Ils étaient situés sous la membrane séreuse. J'ai présenté les pièces à la Société de chirurgie et à celle de biologie.

Si dans certains cas la rupture est très-petite, dans d'autres elle est énorme. Chez un de mes blessés, elle régnait sur toute la hauteur du péricarde. Elle était à larges mailles, dont une admettait l'extrémité de tous les doigts réunis. Si les brides qui séparaient ces mailles avaient également cédé, le cœur tout entier aurait pu faire hernie par cette vaste éventration. Les brides étaient au nombre de cinq: trois transversales et rubanées, deux verticales tombant perpendiculairement de la partie la plus élevée du péricarde sur la première transversale à laquelle elles s'insèrent. Il n'y avait autour des mailles aucune trace de ces épanchements de sang sous-séreux, globuleux, que nous avons signalés dans notre autre cas de rupture.

Le malade qui avait une déchirure du péricarde par des fragments de côtes a guéri; je n'ai donc rien à dire de spécial sur les caractères de la lésion.

La rupture du poumon a quelque chose qui étonne de prime abord. On a de la tendance à se représenter cet organe comme un tissu

---

A Emdem, le maximum de la réaction de l'ozone correspond à l'équinoxe de printemps; l'ozone d.m nue jusqu'en juillet, présente un plus petit maximum en septembre, diminue jusqu'en décembre, pour remonter de nouveau jusqu'en mars. Pendant l'été, la réaction est plus forte le jour que la nuit. Il faut noter aussi l'influence de la direction du vent. A Emdem, le maximum absolu a lieu par les vents du nord, nord-ouest et ouest, le minimum par le vent sud-est.

Dans la section de chimie, M. Liebreich a donné un résumé de ses recherches *sur la composition d. cerveau de l'homme et des animaux*. D'après ce chimiste, le cerveau ne se compose que d'une seule substance qu'il appelle *protagon*, formée de carbone, d'hydrogène, d'oxygène, d'azote et de phosphore, et qui est la même chez l'homme et chez les animaux. Les autres substances qu'on a l'habitude d'admettre sont des produits de décomposition.

Le professeur Trudichum annonce qu'il a trouvé dans les produits de décomposition de matières animales par l'acide sulfurique un corps nouveau contenant du soufre et cristallisant en colonnes rhomboïdales. Cette substance, que l'auteur désigne sous le nom de *thiothérion*, contient 19.9 p. 100 de soufre; son odeur est désagréable, elle est décomposée par la lumière, la chaleur et les acides. On ne l'obtient qu'en très-petite quantité (50 livres de cheveux n'en ont fourni que quelques grains). L'auteur l'a rencontrée dans des foies malades; il la regarde comme un poison et croit que les phénomènes de l'ictère aigu sont dus à la présence du thiothérion.

Nous citerons encore, comme d'un intérêt général, une communication du professeur Charles Schmidt (de Dorpat), relative à la composition des météorites. L'auteur les partage en quatre groupes, d'après leurs parties constituantes: 1° fer en combinaison avec soufre, phosphore et nickel, quelquefois libre; 2° feldspath; 3° quartz; 4° silicates magnésiens (augite et olivine)

Plusieurs communications ont été faites, dans la *section de botanique*, sur une question dont s'occupent beaucoup les micrographes, depuis quelque temps, *sur les mouvements du protoplasma*. D'après M. Hofmeister, ces mouvements ne sauraient être le résultat des contractions des parties qui entourent le protoplasme. Le savant professeur fait remarquer les changements périodiques de capacité du protoplasme pour l'eau, que l'on reconnaît à la manière d'être des vacuoles contractiles, et il croit que les mouvements d'écoulement du protoplasme comme aussi ses changements de forme reconnaissent pour cause des oscillations périodiques semblables dans la faculté qu'il a d'absorber de l'eau et de la retenir.

A. Lereboullet.

La suite au prochain numéro.

élastique spongieux, plein d'air, presque sans poids, et dès lors offrant peu de prise à la commotion. On revient bien vite à un autre sentiment en se rappelant qu'il est traversé par tout le courant circulatoire, que sa texture est d'une délicatesse extrême, et qu'enfin il suffit ici qu'une ou deux vésicules se rompent.

Dans tous les cas, cette fuite d'air était en effet si minime qu'elle n'a pas tardé à se fermer, et qu'à l'autopsie nous n'avons pu en retrouver de vestige. C'est sans doute à l'exiguïté de l'épanchement d'air et à la lenteur de sa formation qu'il faut attribuer le faible degré du refoulement du poumon. L'air, où il s'échappe, écarte d'abord un peu le poumon de la plèvre pariétale ou médiastine, puis bientôt sa force élastique jointe à la rétraction bronchique ne peut plus vaincre l'attraction moléculaire qui tient accolées l'une à l'autre la plèvre viscérale et la plèvre pariétale; l'ascension ou l'écartement du poumon se limite par des adhérences intimes. C'est ce que nous avons constaté des deux côtés chez notre dernier blessé; et sous ce rapport ce cas doit compter pour deux.

Il se peut qu'une pleurésie aiguë avec une sécrétion abondante de liquide fasse échouer ce mécanisme conservateur, et toute la cavité de la séreuse est abandonnée à l'épanchement hydroaérique.

Les LIQUIDES ÉPANCHÉS étaient dans les deux cas qui se sont terminés par la mort, du sang, de la sérosité, et dans un de ces cas du pus.

Chez l'un de ces blessés le *sang*, échappé d'une triple rupture du poumon, du péricarde et d'une couche superficielle du cœur dans laquelle se trouvait une veine ouverte, avait coulé dans les deux cavités viscérales dont il avait fortement teint la sérosité après en avoir sans doute provoqué la sécrétion. Le sang offrait, en outre, un siége et une forme d'extravasation singuliers; il constituait autour de l'ouverture du péricarde une multitude de petits épanchements globuleux situés la plupart sous la séreuse péricardique, les autres sous la plèvre médiastine gauche qui tapisse la membrane fibreuse de l'enveloppe du cœur; leur distribution autour de la rupture qui en était le centre rappelait celle d'une constellation. Il n'y avait pas de pus, il n'aurait pas eu le temps de se produire.

Chez l'autre blessé, la rupture du péricarde avait saigné à la fois en dehors de cette membrane et en dedans. Une large infiltration sanguine occupait le tissu cellulaire de toute sa face antérieure, et de nombreux grumeaux, dont la teinte rouge indiquait l'origine, se voyaient à travers une pellicule gris perle dont une inflammation consécutive les avait revêtus. Il se pouvait que le temps écoulé depuis l'accident eût fait disparaître une partie du sang épanché. Cet épanchement a été léger jusqu'ici, mais si ce doit être la règle, rien ne dit qu'elle sera sans exception.

L'épanchement de sérosité commence presque avec l'épanchement de sang, et semble aussi inévitable. Je l'ai toujours trouvé assez abondant.

Quant au *pus*, je ne l'ai rencontré qu'une fois; il était mêlé à de la sérosité en quantité à peu près égale.

L'AIR était démontré dans l'un de ces cas par la coexistence d'un emphysème sous-cutané.

Dans l'autre cas, celui de notre premier blessé, qui a succombé, il semblerait que la présence de l'air eût dû être constatée directement, puisque l'autopsie a été faite. Eh bien! non. Il n'est pas si facile de s'assurer, après la mort, de la réalité d'un épanchement d'air dans la plèvre, et si je ne le trouvai pas dans ce cas, c'est qu'il m'échappa.

J'ai essayé depuis un procédé aussi simple qu'il est sûr. Il permet non-seulement de voir et d'entendre le gaz sortir de la poitrine, mais encore de le recueillir, et, par conséquent, de l'analyser. Voici ce moyen : au point le plus élevé de la poitrine, là où se porte le gaz, on pratique à la peau une incision dont on relève les bords en les disséquant. On fait ainsi une espèce de godet dont les parois sont formées par la peau et le fond par les muscles intercostaux. On y verse de l'eau, et l'on en perce le fond, c'est-à-dire les chairs, avec un bistouri étroit à pointe émoussée, afin que si elle touche le poumon elle le refoule sans l'entamer. Le gaz sort par bulles à travers le liquide. C'est la ponction du thorax faite sous l'eau, mais avec une certaine simplification : on n'a plus besoin de plonger le cadavre dans un bain, procédé d'ailleurs insuité, sans doute à cause de son excessive complication.

Le godet anatomique réussit parfaitement, et pour recueillir le gaz, il suffit d'y poser, en la bouchant avec le doigt, une petite éprouvette pleine d'eau. Ce ne serait, au reste, que pour en connaître la nature qu'on aurait besoin d'aller à la recherche du gaz; quant à sa présence, elle éclate dans le bruit de moulin lui-même si nettement, si franchement hydroaérique! Rien de plus facile que de recueillir ainsi des gaz épanchés. On remplit d'eau la petite éprouvette qui sert à l'examen des urines, on la renverse sur la pulpe du pouce qui la bouche, et on la pose en la débouchant dans le godet anatomique plein d'eau. On peut si les besoins de l'analyse l'exigent, substituer le mercure à l'eau; le godet anatomique est alors une véritable cuve à mercure. Un stylet coudé à son extrémité est, s'il le faut, introduit sous l'éprouvette dans la ponction pour faciliter le dégagement.

C'est par ce procédé que j'ai extrait l'air du péricarde dans ma dernière autopsie. Dans la première, il devait m'échapper : je tenais surtout à constater la lésion du péricarde, et dans la crainte d'y rien déranger, je n'y touchai qu'après avoir enlevé le plastron. Le procédé du godet ne m'était d'ailleurs pas encore venu à l'esprit. En ouvrant largement la poitrine à l'air extérieur, c'était sacrifier la recherche de celui qui s'y était épanché; heureusement, je le répète, que rien n'en démontre mieux la présence que le bruit de moulin.

Jusqu'ici l'épanchement d'air n'a paru ni très-abondant ni très-prolongé, parce que sa source, très-étroite, s'est promptement fermée.

(La suite au prochain numéro.)

OBSTÉTRIQUE.

DE L'HYDROCÉPHALIE DU FOETUS CONSIDÉRÉE COMME OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT; par le docteur R. CHASSINAT, médecin à Hyères (Var), lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Montyon) et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

(Suite. — Voir les nos 29 30, 37, 39 et 44.)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Parmi les obstacles que le fœtus peut apporter lui-même à sa sortie, il faut établir deux divisions. Dans la première seront rangés ceux qui proviennent d'une présentation ou d'une position vicieuse, le volume et la conformation des parties étant à l'état normal; la seconde comprendra les différentes modifications d'organisation ayant pour effet une augmentation de volume du fœtus, et détruisant ainsi le rapport qui doit exister naturellement entre lui et le canal qu'il doit traverser.

Il serait possible qu'au premier abord on confondît une tête hydrocéphalique avec l'abdomen du fœtus; mais si l'on parcourt une assez grande étendue de la partie qui s'offre au toucher (et l'on devra toujours le faire, même en introduisant, s'il le faut, la main dans l'utérus), l'absence de cordon ombilical d'une part, de l'autre la fluctuation, et surtout la présence de rebords osseux séparés par de larges espaces membraneux, qui sont les caractères de l'hydrocéphalie, suffiront pour fixer le diagnostic, comme cela a lieu dans l'observation 14.

Parmi les positions vicieuses de la tête bien conformée, au détroit supérieur, il n'en est qu'une espèce qui puisse fournir quelque rapprochement possible avec l'obstacle apporté par une tête hydrocéphalique, et encore seulement dans le commencement du travail, et avant qu'elle se soit engagée. C'est dans cette position, dans laquelle le tronc du fœtus étant incliné en arrière, la tête appuie sur le pubis; de telle sorte que l'axe du tronc de l'enfant coupe à angle aigu l'axe du détroit supérieur, position à laquelle Dugès a assigné le nom de sus-pubienne (1). Il en résulte que malgré l'intensité des douleurs et la bonne conformation du bassin, le travail languit et les forces de la mère se perdent en vains efforts, car elles agissent dans une mauvaise direction. Cette cause de dystocie sera reconnue aux signes suivants : le ventre de la mère est très-élevé; on sent une tumeur circonscrite saillante au-dessus des pubis; en portant le doigt assez haut dans les parties, on sent un vide notable entre l'arc postérieur du détroit supérieur et la tête du fœtus, ce qui n'existe pas quand c'est une tête hydrocéphalique qui se présente; car elle remplit exactement, comme il a été dit, toute l'aire du détroit. Puis, si le travail continuant, la tête devient plus accessible au toucher, on pourra constater ses caractères de consistance et d'organisation, et alors le doute cessera. Dans cette exploration, Dugès conseille d'introduire la main si le doigt ne suffit pas; cette pratique doit être adoptée.

Quant aux présentations des autres parties et aux différentes positions de l'extrémité céphalique, il est inutile de comparer l'obstacle

(1) *Pratiq. des accouch.* de madame Lachapelle, mém. X, p. 295, note.

qu'elles apportent à l'accouchement à celui dont l'hydrocéphalie est la cause; car, dans ces cas, quand le bassin est bien conformé, le toucher est facile, et les caractères des parties qui se présentent sont trop tranchés pour que le diagnostic différentiel offre la moindre difficulté.

Lorsque le tronc est au dehors, il est une circonstance de position de la tête à laquelle on peut attribuer la suspension du travail. On voit assez souvent, soit naturellement, soit sous l'influence de tractions inconsidérées et faites sans méthode sur le tronc, la tête se redresser sur la région dorsale : alors il arrive que, par suite de ce redressement, c'est le diamètre occipito-mentonnier qui se présente au passage; dans ce cas, l'accouchement ne peut avoir lieu que si la tête est peu volumineuse, et toujours avec plus ou moins de difficulté. On reconnaîtra cette position vicieuse de la tête en portant le doigt sur la face; on verra si le menton et la bouche sont relevés et difficilement accessibles, ce qui indiquera l'extension de la tête sur le tronc.

Les différentes modifications d'organisation du fœtus qui peuvent mettre à l'accouchement un obstacle analogue à celui apporté par l'hydrocéphalie, sont : le trop gros volume de la tête, sans altération aucune et seulement par suite d'un développement de l'encéphale non proportionné à celui des autres organes, selon Chaussier (1); l'augmentation simultanée de cette partie et du tronc, encore avec organisation normale, puis l'augmentation de la tête, soit par une tumeur de nature quelconque développée à sa superficie ou dans son voisinage et appliquée sur elle, soit par suite d'une altération quelconque, comme une infiltration séreuse des téguments; enfin la présence de deux têtes sur un seul tronc.

Le recueil d'observations de Delamotte renferme plusieurs cas de dystocie produite par un trop gros volume de la tête, dépendant d'un excès de développement de l'encéphale (obs. 118, 235, 307, 308); dans les deux dernières de ces observations, le tronc avait aussi un volume énorme. Dans les quatre cas, le travail avait duré plus de trois jours et n'avait pu être terminé que par le secours de l'art. Dugès (mém. cit.) dit avoir vu un fœtus dont la tête avait 5 pouces (0m,135) du front à l'occiput et 4 pouces (0m,108) d'un pariétal à l'autre; mais le tronc n'avait pas une grosseur proportionnelle, car l'enfant ne pesait que 7 livres 1/2. Comme dans les observations de Delamotte, l'accouchement avait été très-pénible, il avait fallu faire la version (2).

Il sera facile de reconnaître une tête trop volumineuse mais saine et bien conformée, d'abord à la facilité avec laquelle on pourra l'examiner; car elle ne sera que très-rarement assez grosse pour que son élévation au-dessus du détroit abdominal puisse la soustraire aux investigations, ce qui n'a pas lieu dans les cas d'hydrocéphalie un peu considérable. De plus la dureté de cette tête, l'état des os, celui des sutures et fontanelles, serviront à préciser le diagnostic. Cela serait très-difficile si des cas semblables à celui de Smellie (obs. 15) étaient fréquents ; mais c'est le seul que l'on connaisse.

S'il est vrai de dire qu'il est en général facile, dans une présentation du sommet, de reconnaître si le volume exubérant de la tête dépend d'une hydrocéphalie ou d'un développement disproportionné de l'encéphale, il n'en est plus de même quand le siége s'étant présenté ou la version ayant été faite, sans fixation préalable du diagnostic, le tronc se trouve hors de la vulve. Il faudra alors tâcher de porter le doigt vers les deux branches de la suture lambdoïde et vers les fontanelles mastoïdiennes, afin de s'assurer de leur étendue; si on les trouve larges et molles et si en même temps l'occipital est beaucoup plus large qu'à l'état normal (obs. 28), caractères qui ne sont pas ceux d'une tête saine, il sera plus que probable que l'on aura affaire à une hydrocéphalie. Au reste, pour cette exploration, il ne faudrait pas craindre de porter la main profondément dans les parties et de la promener sur une étendue assez considérable de la tête. L'état du tronc pourrait peut-être fournir quelques signes utiles : ainsi, bien que dans les cas d'hydrocéphalie il soit le plus souvent bien conformé et doué d'un embonpoint ordinaire, il arrive quelquefois qu'il est sensiblement petit et amaigri, et d'un autre côté, si l'on fait attention que quand la tête est volumineuse, mais bien conformée, souvent le tronc est très-volumineux aussi (car les cas d'augmentation de volume de la tête seule sont bien plus rares que ceux où cette augmentation n'est qu'une conséquence du développement général de l'enfant), il sera possible de tirer de ces circonstances quelques données utiles pour le diagnostic.

Quant aux différentes tumeurs qui, soit par leur siége primitif, soit par leur position secondaire acquise sous l'influence du travail de l'accouchement, augmentent le volume de la tête, et peuvent être confondues avec l'hydrocéphalie, sons le rapport de l'obstacle qu'elles apportent à l'expression du fœtus, il en est de plusieurs espèces.

La tête peut être œdématiée, de sorte que son volume soit considérablement augmenté. Desormeaux (1) cite deux observations de fœtus, l'un de quatre mois, l'autre de six mois, dont les téguments du crâne, par suite d'une infiltration de leur tissu cellulaire sous-jacent, avaient acquis l'épaisseur de deux travers de doigt. On comprend facilement qu'un pareil œdème, même sur des têtes d'avortons, puisse mettre obstacle à l'accouchement, à plus forte raison s'il existait sur la tête d'un fœtus à terme. Dans ce cas, il sera assez facile de toucher la tête; la consistance de la tumeur formée par le cuir chevelu sera moins grande que dans les cas d'hydrocéphalie; il y aura absence de fluctuation, et l'on ne sentira pas les rebords osseux.

L'hydrocéphalie pourra être plus facilement confondue avec une accumulation de sérosité sous les téguments du crâne, comme Delamotte en rapporte un exemple (2) : Une femme était en travail depuis deux jours, et cependant rien n'avançait. Les douleurs, énergiques d'abord, étaient devenues presque nulles. Delamotte fit la version : le tronc sortit, mais la tête ne put franchir qu'à la suite de tractions fortes et longtemps prolongées. Cela dépendait de son volume énorme, par suite d'une grande quantité de sérosité renfermée entre les téguments et le crâne. Dans ces cas, la tête très-volumineuse recouvrira tout le détroit supérieur sans s'y engager, et sera difficile à explorer, comme dans l'hydrocéphalie interne; mais l'introduction de la main dans l'utérus, si la tête était inaccessible au doigt, ferait reconnaître l'hydrocéphalie externe, à sa mollesse plus grande et à l'absence de rebords osseux limitant des sutures et des fontanelles.

L'œdème des téguments du crâne et l'épanchement de sérosité au-dessous d'eux seraient encore plus difficile à distinguer de l'hydrocéphalie interne, s'il y avait présentation du siége. Cependant on pourrait encore y parvenir, surtout en introduisant la main dans l'utérus, si cela était nécessaire; il serait facile alors de constater les caractères qui viennent d'être indiqués.

Les tumeurs aqueuses partielles développées sur la tête du fœtus, et dont la plupart sont constituées par du liquide et une portion du cerveau herniée dans leur cavité (hydrencéphalocèles) peuvent aussi apporter des difficultés à l'accouchement : c'est ce que l'on appelait hydrocéphalie bâtarde. Deslandes (de Tours) en cite une fort belle observation (3) : l'enfant présentait les pieds ; le tronc sortit facilement, mais la tête ne put franchir; on introduisit la main dans la matrice et l'on reconnut une tumeur volumineuse, molle et fluctuante, située derrière l'occipital. On la perfora, et alors l'extraction du fœtus fut facile. Cette tumeur était constituée par de la sérosité et une partie du cerveau contenues dans un kyste formés par les téguments distendus.

J'ai recueilli, à la Clinique d'accouchements de la Faculté de Paris, un fait semblable. La tumeur, de forme elliptique, avait 5 pouces (0m,135) dans son diamètre vertical et 3 pouces 7 lignes (0m,096) dans les deux autres. Elle était située à la partie postérieure de la tête, au centre de l'occipital, auquel elle semblait unie par un pédicule court de 2 pouces 6 lignes (0m,067) de diamètre. Elle descendait jusqu'au niveau de la seconde vertèbre dorsale. Elle était molle et fluctuante. Elle était constituée par les téguments du crâne et la dure-mère énormément distendus par de la sérosité et une portion du cerveau qui faisait hernie par une ouverture pratiquée au milieu de l'occipital. Cette tumeur n'avait apporté qu'un obstacle peu considérable à l'accouchement, car elle s'était engagée séparément et avant la tête : il n'en eût certainement pas été ainsi s'il y eût eu présentation de l'extrémité pelvienne. Le diagnostic n'avait été possible que quand la tête eut fait assez de progrès pour être accessible au toucher. Comme

(1) *Discours sur les vices de conformation des enfants*, prononcé à la Maternité.

(2) A côté de ces faits, il peut s'en trouver d'autres au contraire dans lesquels l'accouchement soit facile, malgré le grand développement de la tête. J'ai vu un enfant nouveau-né dont la tête avait 4 pouces 7 lignes (0m.125) de diamètre occipito-frontal, 5 pouces 4 lignes (0m,145) de diamètre occipito-mentonnier, et 3 pouces 8 lignes (0m.100) d'une oreille à l'autre, et dont le tronc était également très-volumineux ; l'accouchement n'avait duré que deux heures et demie en tout. L'enfant était né asphyxié, et avait pu être rappelé à la vie, quoique avec assez de peine ; mais il ne vécut que cinq jours.

(1) *Dict. de méd.*, art. *Dystocie*, p. 162.

(2) Ouvr. cit., liv. IV, obs. 334.

(3) *Recueil périodique d'observ. de Vandermonde*, etc., t. XXVI, p. 74.

le travail marchait bien, on n'avait pas jugé à propos d'introduire la main dans l'utérus. L'enfant était à terme, bien constitué du reste; il vécut trois jours.

Les tumeurs de ce genre, eu égard à la ténuité de leurs parois, ont une mollesse extrême et bien plus grande que celle d'une tête affectée d'hydrocéphalie interne; la fluctuation y est aussi bien plus évidente; par suite de ces caractères et de leur forme, ces tumeurs s'engagent assez facilement d'abord dans les présentations du sommet, et alors le doigt peut en toucher une assez grande portion, et constater assez facilement l'absence des rebords osseux et des sutures et fontanelles.

Mais si le tronc était au dehors, le diagnostic serait bien plus difficile, comme dans les cas d'une tête volumineuse et saine, il faudrait explorer les branches de la suture lambdoïde et les fontanelles mastoïdiennes, leur état normal éloignerait l'idée d'une hydrocéphalie interne; d'un autre côté si, en explorant l'occipital, on pouvait atteindre le pédicule de la tumeur, le diagnostic ne présenterait plus aucun doute. Si l'exploration avec le doigt était impossible, on introduirait la main dans l'utérus, comme l'a fait Deslandes, et l'exploration deviendrait alors très-facile. Il est bon de faire observer qu'il est rare que les parois de ces tumeurs soient assez épaisses et consistantes pour résister aux contractions utérines ou aux tractions opérées par l'accoucheur; elles se rompent le plus souvent, ce qui est bien plus rare dans l'hydrocéphalie interne.

On a vu dans quelques cas rares l'hydrocéphalie interne compliquée d'une de ces tumeurs partielles dont je viens de parler; dans ces cas, la tumeur extérieure résulte alors de l'extension au dehors de l'hydropisie du cerveau ou de ses enveloppes. Un fait de ce genre est rapporté dans les *Ephémérides des curieux de la nature* (dec. II, an V, obs. 166, p. 339): une tumeur volumineuse existait sur le sommet de la tête; elle avait rendu l'accouchement très-difficile; elle était constituée par un kyste rempli de sérosité et qui communiquait avec la cavité de l'arachnoïde. Il y avait en même temps augmentation du volume de la tête, par suite de l'accumulation de sérosité dans les ventricules et dans la cavité de l'arachnoïde en même temps. Un autre fait semblable est consigné dans le même recueil. (Dec. II, an II, obs. 158, p. 363.)

Dans ces cas, le diagnostic est très-difficile, et ne peut être éclairé que par l'introduction de la main dans l'utérus; mais on peut dire qu'il n'y aurait pas grand inconvénient à confondre avec une hydrocéphalie interne simple, ces diverses tumeurs extérieures; car pour l'une comme pour les autres, les indications à remplir sont les mêmes pour terminer l'accouchement, s'il ne pouvait se faire par les seules forces de la nature; et dans tous ces cas les chances de vie du fœtus sont à peu près les mêmes également.

Je dois faire observer cependant que ce que je viens de dire ne se rapporte pas à la simple accumulation de sérosité sous les téguments du crâne (hydrocéphalie externe proprement dite), ni à l'œdème du cuir chevelu. Dans ces deux cas, le pronostic est peu grave relativement, et bien différent de ce qu'il est dans l'hydrocéphalie interne ou dans l'hydrencéphalocèle; il y aura donc nécessité à bien préciser le diagnostic dans ces deux cas, parce que les indications à remplir, au point de vue de la conservation du fœtus, seront bien différentes.

Madame Legrand, sage-femme en chef de la Maternité de Paris, donnait ses soins à une dame en travail. Tout avait bien marché jusqu'à ce que la tête fût engagée dans le détroit supérieur; tout s'arrêta alors. On appliqua le forceps, et la tête fut extraite; le tronc suivit bientôt. La difficulté de l'accouchement dépendait d'une tumeur pédiculée graisseuse et fibreuse en même temps, et contenant des vaisseaux. Cette tumeur s'était renversée sur le tronc, et s'opposait à sa sortie (1). Un pareil obstacle dans une présentation du sommet eût été facilement distingué de l'hydrocéphalie, puisque la tête put s'engager dans le détroit supérieur. Mais si le siége se fût présenté, que le tronc ayant franchi, la tumeur se fût relevée sur la tête, et eût ajouté son volume au sien pour l'empêcher de franchir, le diagnostic n'eût pas été aussi facile, car il eût été impossible, par l'empêchement qu'y eût mis la tumeur, d'explorer la partie postérieure, et peut-être les parties latérales de la base du crâne et d'en reconnaître les espaces membraneux. On n'eût pu y parvenir que par l'introduction de la main dans l'utérus.

Dans les cas où il existe dans la cavité de la matrice un monstre à deux têtes, s'il s'en présente une, il est facile de reconnaître que s'il y a obstacle à l'accouchement, cela ne dépend pas d'une hydrocéphalie. Il n'en est plus de même s'il y a présentation du siége et sortie du tronc; car l'exploration est alors limitée au cou et à la base du crâne. Il est vrai que la conformation du cou qui supporte les deux têtes pourra offrir des signes assez précieux; mais il sera plus sûr d'agir ici, comme dans tous les cas où le tronc est en dehors des parties, c'est-à-dire d'introduire la main dans la cavité de la matrice, toute incertitude sur le diagnostic cessera aussitôt.

Parlerai-je de l'obstacle apporté à l'accouchement par une môle plus ou moins volumineuse, existant dans l'utérus, seule ou simultanément avec le fœtus, obstacle que l'on peut confondre avec celui qui est l'effet de l'hydrocéphalie du fœtus? Viardel (1) a vu un cas dans lequel une môle du volume du poing existait dans l'utérus avec un fœtus; elle obstruait l'orifice. Cette masse charnue serait facile à distinguer par le toucher d'une tête hydrocéphalique. Ce serait plus difficile si le tronc était au dehors et si le volume de la tumeur s'ajoutait à celui de la tête pour gêner sa sortie; mais alors l'introduction de la main dans l'utérus ferait cesser toute incertitude.

En résumé, si dans les cas où l'extrémité céphalique se présente, il est généralement facile de distinguer l'hydrocéphalie des autres altérations de la tête du fœtus qui mettent obstacle à l'accouchement, par excès de volume, il n'en est plus ainsi quand le siége s'étant présenté ou la version ayant été faite, le tronc se trouve en dehors de la vulve; car alors les signes sont peu nombreux et peu concluants et l'exploration difficile. De toute nécessité, il faut recourir à l'introduction de la main dans l'utérus, en s'efforçant de vaincre avec le plus de ménagement possible les difficultés qui s'y opposent, surtout par suite de la présence du tronc au dehors.

Examinons maintenant les obstacles à l'accouchement dépendant de modifications dans l'organisation des parties génitales de la mère et avec lesquels on pourrait confondre l'hydrocéphalie du fœtus. Toutes ces modifications ont pour conséquence de diminuer les dimensions du canal que l'enfant doit parcourir durant le travail de la parturition. Elles sont, comme on voit, la contre-partie de celles qui ont été précédemment étudiées et qui se rapportaient au fœtus.

On comprend aisément que ce ne pourra être qu'avant d'avoir pratiqué le toucher que l'on pourrait se préoccuper de l'obstacle à l'accouchement dépendant d'une occlusion congéniale ou acquise plus ou moins complète du vagin ou de l'orifice de l'utérus; de l'induration et des différentes dégénérescences du col utérin; de ses anomalies de position en avant, en arrière ou sur les côtés, à une assez grande hauteur du sommet de l'ovoïde représenté par la matrice contenant le produit de la conception. Il n'y a donc pas lieu de s'en occuper ici.

Quant aux autres modifications pathologiques dont peut être le siége l'orifice de la matrice, il n'y a que le resserrement spasmodique qui puisse apporter à l'accouchement un obstacle qu'il soit possible de rapprocher de celui qui dépend de l'hydrocéphalie du fœtus, surtout quand cet état de contraction exagérée survient après la sortie du tronc; mais le doigt porté sur l'orifice fera facilement reconnaître le resserrement spasmodique.

La faiblesse des contractions utérines est une cause de dystocie facile à constater; et d'ailleurs comme rien ne s'oppose, le plus souvent, à l'examen de la tête par le toucher, le diagnostic ne présente aucune difficulté.

Quelquefois il arrive que l'orifice est suffisamment dilaté, les eaux écoulées, et que la tête ne descend pas dans l'excavation; elle est retenue au-dessus du détroit supérieur, de sorte que le doigt a une certaine peine à l'explorer. On pourrait croire que cela tient à un trop gros volume de la tête, il n'en est rien. Des tumeurs fibreuses développées dans l'épaisseur du corps de l'utérus, plus ou moins près du col, et faisant saillie à l'intérieur, en rétrécissant la cavité de l'utérus, s'opposent à la descente de la tête. Dans sa thèse de concours, M. le professeur Paul Dubois a cité deux faits de ce genre. Dans ces cas, il sera facile de reconnaître que la tête du fœtus est saine, et que ce n'est pas son volume augmenté par une collection séreuse qui met obstacle à l'accouchement. Néanmoins, il est bon de constater que l'arrêt de la tête au-dessus du détroit supérieur, son inaccessibilité dans les premiers instants du travail au moins, pourront faire naître d'abord quelque incertitude sur l'existence ou la non-existence de la maladie qui nous occupe; mais l'introduction de la

(1) *Journ. gén. de méd.* de Gendrin, t. 108, p. 254.

(1) *Obs. sur la pratiq. des accouch.* Paris, 1748, chap. 7, p. 93. Ne pourrait-on pas considérer cette môle concomitante dont parle Viardel comme un polype de l'utérus, détaché après rupture de son pédicule par suite du travail de l'accouchement?

main dans l'utérus, si la tête ne descendait pas, lèverait bientôt tous les doutes.

Les polypes développés dans la cavité utérine et fixés à sa surface interne par un pédicule plus ou moins grêle et allongé, ou par une base assez large et assez résistante, peuvent encore offrir quelque analogie avec les résultats de l'hydrocéphalie, sous le rapport de l'obstacle apporté à l'accouchement. Ces polypes peuvent agir de deux manières : ils peuvent se présenter simultanément avec la tête ou la partie supérieure du tronc, la tête ayant déjà franchi ; alors leur diamètre s'ajoute à celui de la partie du corps du fœtus à laquelle ils sont accolés, ou bien il se présente une tumeur au devant de la tête; et la sortie devient impossible dans les deux cas. Dans le premier, l'état de la tête est toujours facile à apprécier, car elle est accessible, excepté toutefois si le polype se plaçait sur l'un de ses côtés, quand elle est encore à une assez grande hauteur au-dessus du détroit supérieur : ce cas rentrerait dans celui des tumeurs fibreuses des parois utérines, et l'introduction de la main dans l'utérus pourrait seule éclairer le diagnostic, si l'on était assez impatient pour ne pas attendre quelques instants, car il est rare que ces polypes offrent assez de résistance pour qu'ils ne finissent pas par céder un peu en s'aplatissant ou en se séparant même tout a fait, par rupture de leur pédicule. Ils permettent alors à la tête de descendre assez pour devenir accessible au toucher. On ne pourra donc confondre l'effet d'une hydrocéphalie du fœtus avec celui que ces tumeurs produisent, qu'au commencement du travail, excepté dans le cas où la tumeur serait très-volumineuse, très-dure et fixée par un pédicule large et résistant.

Si ces corps fibreux se présentent au devant de la tête et s'opposent ainsi à sa sortie, comme Desormeaux en cite une observation qui lui avait été communiquée par Evrat (1), dans ces cas il est facile de sentir la tumeur avec le doigt, et d'ailleurs elle se détache ordinairement par rupture de son pédicule, et l'accouchement se termine sans difficulté. Mais le diagnostic serait difficile si le tronc était en dehors des parties; la tête serait inaccessible au toucher, et l'on ne pourrait parvenir à l'explorer qu'en introduisant la main dans l'utérus.

Les différentes obliquités de la matrice peuvent encore apporter à l'accouchement des obstacles comparables jusqu'à un certain point à celui apporté par l'hydrocéphalie. Les auteurs citent un grand nombre de faits de ce genre. Mais dans ces cas la plus simple inspection peut faire reconnaître la nature de l'obstacle.

Examinons maintenant les vices du bassin proprement dit. Dans sa thèse de concours, M. Paul Dubois les divise en deux catégories : ceux qui dépendent d'une mauvaise conformation de la charpente osseuse, et ceux qu'il appelle *vices par obstruction*. On se rend facilement compte des premiers; les seconds sont tous ceux qui dépendent d'une diminution dans le diamètre du canal, par l'existence d'une tumeur de nature quelconque sur un de ses points, que cette tumeur ait son siége sur les parties osseuses ou sur les parties molles du bassin lui-même, ou que développée dans le voisinage, elle vienne s'engager dans sa cavité, ou qu'enfin elle existe dans des organes creux renfermés dans l'excavation pelvienne.

De ces diverses altérations du bassin, je n'ai à m'occuper ici que de celles qui obstruent plus ou moins le détroit supérieur et qui, par leur inaccessibilité, peuvent rendre le diagnostic incertain.

Les vices du bassin résultant d'une mauvaise conformation, sont l'aplatissement d'avant en arrière, la compression d'un côté à l'autre et l'enfoncement des parties latérale et antérieure simultanément, d'où résultent différents rétrécissements du bassin. Ces trois catégories de vices de conformation naturelle ou acquise, bien que pouvant exister seules, se combinent ordinairement entre elles pour vicier le bassin dans différentes directions. Qu'il nous suffise de constater l'obstacle qui en résulte pour la sortie de la tête du fœtus. Ces obstacles seront distincts de celui fourni par l'hydrocéphalie, d'abord par leurs signes propres et ensuite par ceux que pourra donner l'examen de la tête qu'il est le plus souvent facile d'atteindre et d'explorer. Ainsi on a remarqué que dans la compression latérale (2) qui, contrairement aux autres vices de conformation, s'observe en général sur les femmes grandes et bien faites, d'ailleurs c'est spécialement sur le détroit périnéal que porte le rétrécissement; alors il est facile de le reconnaître, et en outre la tête peut plonger dans l'excavation pelvienne, par suite de l'état normal du détroit supérieur.

(1) *Dict. de méd.*, art. *Dystocie*, p. 152.

(2) M. Paul Dubois, thèse de concours, mai 1834. *Gaz. méd. de Paris*, janv. 1835. Note de Nægelé.

Il est un de ces vices de conformation qui sera plus difficile à apprécier : c'est celui dépendant de la saillie trop considérable en avant des dernières vertèbres lombaires; car elle empêchera que la tête ne plonge dans le bassin. Mais alors il y aura le plus souvent à l'extérieur des traces de mauvaise conformation qui pourront fournir quelques lumières. La projection trop grande de l'angle sacro-vertébral en avant serait accessible au toucher, et d'ailleurs elle ne s'opposerait pas à ce que la tête ne fût facilement atteinte par le doigt. Au reste, on aurait la ressource de porter la main dans l'utérus pour faciliter les recherches. Si les pieds ou le siége s'étaient présentés les premiers, et si le tronc était au dehors, il faudrait agir de même et explorer la tête comme il a été dit. Si la version avait été faite, l'examen préalable de la tête aurait éclairé sur son organisation.

Dans tous ces cas de vices de conformation congéniale de la charpente osseuse du bassin, il est une circonstance dont il faudra tenir compte, et qui seule pourra suffire pour éclairer le diagnostic différentiel, c'est l'existence d'un accouchement précédent et la manière dont il s'est terminé.

Quant à la seconde catégorie des vues de dimension du bassin, c'est-à-dire ceux qui dépendent de son obstruction complète ou incomplète par une tumeur, comme cette obstruction porte toujours sur l'excavation, la cause qui la produit est toujours facilement accessible au doigt, par conséquent le diagnostic est facile. Ainsi, les exostoses, les excroissances fibro-cartilagineuses développées sur la charpente osseuse de l'excavation pelvienne; les tumeurs fibreuses ou enkystées des cloisons qui séparent le vagin de la vessie, de l'urètre et du rectum; celles du tissu cellulaire qui séparent cet intestin du sacrum, peuvent certainement apporter des obstacles sérieux à l'accouchement; mais toujours il sera possible de les toucher et de les reconnaître, eu égard à leur position sur un point situé peu profondément, et par conséquent on ne pourra pas attribuer le ralentissement du travail, dont ces altérations sont la cause, à l'existence d'une hydrocéphalie du fœtus.

Cependant il est quelques-unes de ces tumeurs sur lesquelles il serait plus difficile de se faire une opinion : comme seraient les exostoses développées sur la marge du bassin. Tel était le cas cité par Thierry (1), dans lequel une tumeur osseuse existait sur la partie inférieure de la dernière vertèbre lombaire et sur la partie supérieure de la première fausse vertèbre du sacrum. Elle faisait une saillie de plus de 1 pouce dans l'excavation et diminuait d'autant son diamètre. Mais, comme cela se fait pour la saillie trop considérable de l'angle sacro-vertébral, sans altération de texture, il serait possible encore d'atteindre la tumeur osseuse sacro-vertébrale, sinon avec le doigt, du moins avec la main introduite dans les parties, et, dans tous les cas, il serait facile d'arriver jusqu'à la tête, et de s'assurer que ce n'est point une hydrocéphalie qui met obstacle à l'accouchement.

Je ne ferai que mentionner les tumeurs qui, développées dans le voisinage, descendent, par suite de leur volume total ou seulement de la longueur de leur pédicule, dans l'excavation pelvienne, et s'opposent alors à la sortie du fœtus. Ce sont des polypes utérins à long pédicules qui peuvent sortir de la matrice et obstruent plus ou moins le bassin; une tumeur fibreuse, enkystée, osseuse même, développée dans l'épiploon à la surface du péritoine, et qui se précipite dans le petit bassin, dans le cul-de-sac formé par le péritoine, entre le rectum et l'utérus, s'oppose au passage de l'enfant, en raison de son volume. Baudelocque (2) cite un cas dans lequel il fut appelé par Lauverjat et Deleurye pour terminer un accouchement auquel mettait obstacle un ovaire en partie ossifié et couteuant des débris de fœtus; il formait une tumeur volumineuse qui était descendue dans l'excavation pelvienne. Moreau (3) a observé un fait analogue : une tumeur de l'ovaire était aussi descendue dans la cavité du bassin et gênait la sortie de la tête; grâce à sa mobilité, elle put être soulevée et le travail se termina. Kluiskens (4) rapporte qu'une tumeur osseuse et mobile, après avoir forcé à pratiquer la craniotomie pour l'extraction d'un fœtus à terme, se présenta hors de l'anus, recou-

(1) *Diss. de partu diffic. a malâ conform. pelvis.*, cit. par M. P. Dubois; thèse citée.

(2) Ouvr. cité, t. II, p. 436 et suiv.

(3) *Bulletin de la Faculté de médecine*, 1820, n° 5, p. 159. Béclard, dans un rapport annexé à cette observation, a réuni un grand nombre de faits semblables tirés de différents auteurs.

(4) *Ann. de littér. méd. étrang.*, t. II, p. 336, cité par madame Lachapelle; *Prat. des accouch.*, mém. X, p. 311, note 3.

verte par la paroi du rectum; elle fut enlevée par incision. C'était une boîte osseuse et cartilagineuse de 14 pouces de circonférence. La femme mourut, et l'on reconnut que cette tumeur avait en son siége dans l'ovaire droit.

On comprend que, dans tous ces cas, le diagnostic est facile : le toucher fait sentir la cause de l'obstacle; il est donc impossible, aussitôt que le doigt a été introduit dans les parties, de conserver aucun doute.

Je dirai la même chose des calculs urinaires qui, par leur saillie dans l'excavation pelvienne, par suite de la pression exercée sur eux de haut en bas par la tête du fœtus, peuvent gêner sa sortie. M. P. Dubois (thèse citée) rapporte un fait de ce genre. Un chirurgien anglais (1) en avait déjà cité un plus remarquable encore, eu égard au volume du calcul. Planque (2) a observé un cas dans lequel un calcul de 8 pouces de circonférence avait mis obstacle à l'accouchement. Ici encore, il est possible d'atteindre ou la tumeur ou même la tête du fœtus et de fixer le diagnostic.

Il ne sera pas plus difficile de l'établir d'une manière certaine, si le siége se présente; car l'exploration préliminaire, lors du début du travail, aura souvent fait reconnaître le vice de conformation avant qu'il ait gêné le travail, et si cela n'a pas eu lieu, la présence du tronc au dehors n'empêchera pas assez un examen ultérieur pour qu'il fût impossible de savoir à quoi l'on a affaire. Cependant si la tumeur était trop élevée pour être accessible au doigt, et si l'examen de la tête n'avait pas été suffisant pour faire apprécier son état, il faudrait introduire la main dans l'utérus.

J'aurai peu de chose à dire de l'obstacle apporté à l'accouchement par une trop grande résistance des membranes et par la brièveté du cordon. La résistance des membranes est facile à constater. Quant à la brièveté du cordon, il en a été parlé précédemment, et d'ailleurs il est facile de reconnaître à la tension si son tiraillement peut ralentir le travail.

(La suite prochainement.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. IL MORGAGNI.

L'année 1862 du journal de médecine de Naples contient les travaux originaux suivants : 1° *Considérations sur les causes et le traitement de l'abaissement des paupières*, par M. Domenico de Luca. 2° *Empoisonnement lent par la céruse* (clinique de M. Francesco Prudente). 3° *Sur l'albuminurie*, par M. P. Tommasi. 4° *Cas singulier de photophobie*, par le même. 5° *Prolégomènes d'hygiène*, par M. Chiappelli. 6° *Du catarrhe chronique de l'estomac*, par M. Tommasi. 7° *Quelques considérations sur les maladies cutanées parasitaires*, par M. F. Orsi. 8° *Cas d'érysipèle*, par M. Gallo Arcuri. 9° *Observations d'albuminurie et réflexions*, par M. Francesco Prudente. 10° *Nouvelle méthode pour guérir l'entropion*, par M. Domenico de Luca. 11° *Des pneumonies observées à la clinique de Pavie de* 1859 à 1862, par M. Tommasi. 12° *Des calculs rénaux intratubulaires*, par M. Eusebio Oehl. 13° *Des eaux de l'amnios et de quelques êtres organisés qu'elles renferment*, par M. Francesco Vizioli. 14° *Pathologie et therapeutique des ulcères*, par M. Tito Livio de Sanctis. 15° *Alimentation au moyen de lavements nutritifs*, par M. Antonio Raffaele. 16° *De la tuméfaction indolente des amygdales au début de la syphilis constitutionnelle*, par M. Vincenzo Tanturri. 17° *Recherches microscopiques sur la structure des artères*, par M. Francesco Fede. 18° *Un cas d'opération césarienne ayant sauvé la mère et l'enfant*, par M. Errico Jacolucci. 19° *Observations anatomiques sur les sutures du crâne*, par M. Stefano delle Chiaie. 20° *Courtes considérations sur un traitement palliatif de la colique néphrétique*, par M. Francesco Petronio. 21° *Un cas de lèpre unguiculée*, par M. T. L. de Sanctis. 22° *De la dégénérescence adipeuse par suite de l'abus des alcooliques*, par M. A. Raffaele. 23° *Des cautérisations profondes dans la conjonctive granuleuse*, par M. Cesare Merolla. 24° *De la digitale*, par M. S. Tommasi.

(1) *Edimburgh med. and surg. journ.*; M. P. Dubois, thèse citée.
(2) *Biblioth. chois. de méd.*, t. I; cité par Baudelocque. (Ouvr. cit., t. II, p. 435, note.)

CONSIDÉRATIONS SUR LES CAUSES ET LE TRAITEMENT DE LA CHUTE DE LA PAUPIÈRE. INDICATION DE DEUX CAUSES NOUVELLES ET D'UNE METHODE DE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE.

Tel est le titre d'un article où, laissant de côté les cas où la chute de la paupière succède à un engorgement inflammatoire et ceux provenant d'une paralysie de la troisième paire, le professeur de Luca signale les deux suivantes : les granulations conjonctivales et la dégénérescence fibreuse de la paupière.

1° L'auteur avait remarqué, en soignant des malades atteints simultanément de chute de la paupière et de granulations conjonctivales, que la guérison de cette dernière maladie amenait constamment la disparition de la première. Les granulations peuvent en effet être regardées comme un groupe de corps étrangers surchargeant la paupière et en amenant la chute par leur volume et leur poids.

2° Quant à la transformation de la conjonctive palpébrale en un tissu fibreux dur, elle empêche la paupière de se raccourcir et de s'élever en annulant l'action de son muscle élévateur. Cette altération succède à des conjonctivites fréquemment répétées, à des ulcérations de la conjonctivite ou à l'abus des caustiques, surtout de l'azotate d'argent.

Le traitement de ces deux sortes de chute palpébrale consiste en des scarifications méthodiquement faites. Selon la pratique du professeur Castorani (de Naples), celles-ci ont pour résultat d'amener une vascularisation régulière de la conjonctive dégénérée.

Dans un deuxième article (p. 276), le même moyen de traitement est encore proposé par l'auteur pour guérir l'entropion dû à la dégénérescence fibreuse de la paupière, toujours d'après le même raisonnement : *sublata causa tollitur effectus.*

Enfin nous trouvons (p. 861 du même recueil) un article intitulé : *Des indications des cautérisations profondes dans le traitement de la conjonctivite granuleuse*, dont l'auteur, M. Césare Merolla, pose les conclusions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la science, l'emploi des caustiques est indispensable pour guérir les granulations; 2° le choix ne doit pas en être arbitraire, mais subordonné à la forme, au degré et à la durée de la maladie, ainsi qu'à la tolérance des malades; 3° quand les granulations sont anciennes et très-développées, qu'elles ont résisté aux traitements usuels, il faut les cautériser promptement. Voici comment l'auteur y procède : après avoir renversé la paupière, il commence par pratiquer des scarifications toutes les fois que la rougeur et le volume des granulations l'exigent, puis il attend que l'écoulement sanguin s'arrête avant de cautériser; autrement il procède immédiatement à la cautérisation en passant lentement sur la muqueuse le crayon de sulfate de cuivre. On répète cette manœuvre jusqu'à ce que les granulations aient pris une teinte cendrée très-foncée. Pour éviter au malade la douleur atroce qu'il ne manquerait pas de ressentir si l'on remettait en place la paupière immédiatement, l'opérateur doit avoir soin de la maintenir renversée avec le doigt, et d'éponger soigneusement, pendant une heure et plus, un suintement qui transsude par gouttes de la surface cautérisée.

II. L'IPPOCRATICO.

Les volumes I et II de la troisième série de ce recueil (année 1862) contiennent les mémoires originaux suivants :

Tome I. — 1° *Des fièvres malignes*, par M. Franceschi. 2° *D'un pied bot équin varus plantaire congénital*, par M. Loreta. 3° *De l'endémie pellagreuse*, par M. Falcioni. 4° *Compte rendu clinique des maladies traitées à Urbino; des donnees fondamentales de la physiologie, de l'hygiène, de la pathologie et de la thérapeutique, et de leur réduction à une seule*, par M. Mouti. 5° *Névralgie essentielle périodique*, par M. Baldini. 6° *De la nécessité de fonder une salle de clinique pour l'étude de la lithotritie et des maladies des voies urinaires*, par M. Santopadre. 7° *La physiologie et la scolastique*, par M. Bonucci. 8° *De quelques procédés opératoires récents de la chirurgie oculaire*, par M. Peruzzi. 9° *De l'urée dans l'hystérisme*, par M. Prati. 10° *De l'hygiène publique*, par M. Cenni. 11° *Vaccination non sanglante, sans lésion de continuité*, par M. Severini. 12° *Du danger de certaines viandes pour l'usage domestique*, par M. Castellani. 13° *Des mariages normaux et des mariages anormaux*, par M. Chierici. 14° *De l'urétrotomie périnéale et de la cystonixis*, par M. Rossi. 15° *Des découvertes récentes les plus importantes en thérapeutique, en médecine, en chirurgie et en obstétrique*, par M. Turchetti. 16° *Trois écrits inédits*, de Borsieri (1° une lettre; 2° une observation d'affection cardiaque, que

l'auteur suppose causée par une dilatation ou une obstruction de la veine cave à son embouchure; 3° une consultation sur un cas de phthisie pulmonaire). 17° *Du régime et de la diète respiratoire chez les tuberculeux*, par M. Castellani. 18° *De la vision en jaune produite par la santonine*, par M. Gianfelici. 19° *De la force médicatrice de la nature dans des cas très-graves de fracture du crâne*, par M. Filippini.

Tome II. — 1° *Doctrines des animistes sur la vie humaine*, par M. Venturoli. 2° *Des fièvres gastriques et du gastricisme dans les fièvres*, par M. Franceschi. 3° *Relation d'une épidémie de miliaire observée à Dovadole en* 1861, par M. Liverani. 4° *Vitalisme et organicisme*, par M. Brentazzoli. 5° *Faut-il admettre ou rejeter l'idée de la vie universelle?* par M. Santi. 6° *Hernie de l'ovaire gauche affecté d'hydropisie*, par M. Casati. 7° *Cas de volvulus guéri à l'aide du chloroforme et des autres maladies qui cèdent à l'emploi de ce remède*, par M. Bastianini. 8° *Cas de miliaire chronique*, par M. Falcioni. 9° *De la compression et de la ligature dans les anévrismes diffus et dans les plaies des artères au voisinage des articulations*, par M. Madruzza. 10° *Des eaux ferrugineuses gazeuses de Chitignano, en Toscane*, par M. Prati. 11° *Sur un cas singulier de déviation de la menstruation*, par Franceschi. 12° *L'arsenic et l'apoplexie*, par M. Bastiarini. 13° *D'une affection rare*, par M. Ambrosi. (Il s'agit d'une dilatation du cœcum par un très-grand nombre de noyaux de cerises qui furent rejetés en vomissant.) 13° *De l'hygiène comme fondement de toutes les sciences sociales et politiques*, par M. Monti. 14° *De la sécrétion et de l'excrétion du lait*, par M. Franceschi.

Vaccination non sanglante sans lésion de continuité; par le docteur Giuseppe Severini.

Il s'agit de vaccination *homœopathique*. L'auteur propose, d'après le docteur Louis Coddé (de Genève), de faire avaler aux enfants à vacciner une trentième dilution de cow-pox; il affirme que ce mode d'inoculation ne manque jamais son effet. Il cite notamment trois enfants d'une même famille qui, ainsi vaccinés par la bouche, eurent à l'époque ordinaire de belles et bonnes pustules vaccinales, disséminées à la surface du corps avec la fièvre habituelle, etc. Il cite encore une de ses nièces chez laquelle les parents ayant dépassé la dose prescrite (deux gouttes trois fois par jour), il y eut une fièvre ardente et un grand nombre de pustules.

L'auteur fait appel aux expérimentateurs de bonne volonté pour supprimer la vaccine à l'aide de la lancette; nous ne pouvons, malgré notre incrédulité, lui refuser de reproduire cet appel.

Du danger de certaines viandes pour l'usage domestique; par le docteur Vincenzo Castellani.

Dans cet article, où il s'agit des accidents produits par des chairs corrompues, l'auteur dit avoir observé presque simultanément douze cas d'affection charbonneuse chez des individus d'âge, de sexe et de tempéraments différents, lesquels avaient mangé la chair d'un veau mort d'anthrax malin. Un chien, qui avait mangé le cœur et le foie de cet animal, contracta aussi la maladie. Il est vrai que plusieurs autres personnes qui avaient également mangé de cette viande n'éprouvèrent aucun accident : aussi l'auteur admet-il la nécessité d'une prédisposition spéciale pour contracter la contagion.

Hernie crurale gauche d'un kyste de l'ovaire.

Il s'agit d'une femme ayant eu à 17 ans une première couche heureuse après neuf mois de mariage. Quatre mois après l'accouchement, les règles n'étaient point revenues. La malade, qui s'était livrée à la fatigue pendant l'été, commença en automne à ressentir un malaise général, de la faiblesse dans les membres inférieurs, de la céphalalgie, et de temps en temps des élancements dans la région iliaque gauche, avec sentiment de pesanteur. Enfin, cinq ans après, à l'automne de 1860, apparition d'une tumeur grosse comme une noix au pli de l'aine gauche. Le 16 février 1861, M. Casati constate l'état suivant :

Il existe au-dessus de la région crurale gauche une tumeur de forme sphérique et fluctuante d'un volume un peu moindre qu'une tête de fœtus à terme. Toute sa surface est douloureuse à la moindre pression; à sa partie interne on constate de forts battements artériels. L'exploration du ventre qui est très-volumineux fait constater que toute la région iliaque gauche est remplie par une tumeur au moins deux fois plus grande que celle de la région crurale. Cette tumeur abdominale était également fluctuante et paraissait communiquer avec l'autre. M. Casati diagnostiqua un kyste de l'ovaire faisant hernie à l'extérieur. Les pulsations artérielles provenaient de l'artère crurale; la compression du nerf crural rendait compte de la sensation de torpeur, de l'affaissement et de l'œdème du membre inférieur. Ce chirurgien pratiqua la ponction de la tumeur extérieure, et il fit une injection iodée, laquelle fut suivie d'une syncope et provoqua une douleur cuisante. Un mois après, la malade paraissait guérie; il ne restait plus à la région crurale qu'une petite tumeur grosse comme une noix, que l'on pouvait croire formée par les parois de la poche primitive réunies par inflammation adhésive.

L'auteur ne dit pas s'il a revu depuis la malade, et si la guérison s'est maintenue.

Cas singulier de déviation des règles.

Sous ce titre, M. Camillo Franceschi se livre à une suite de commentaires historiques et critiques sur la question de la déviation des règles, à propos d'un fait rapporté dans la *Gazette médicale de la Vénétie*, et dont voici le résumé :

Il s'agit d'une femme de 60 ans, non mariée, et qui présentait un certain degré de monomanie religieuse. Depuis trente ans et plus, on avait observé les phénomènes suivants : la menstruation s'était suspendue, et aux époques cataméniales il se faisait dans quelque partie du corps une hémorrhagie prédite par la malade à jour et à moment précis. Le docteur Giachi fut témoin d'une de ces hémorrhagies, par la région frontale, prédite par la malade. Il se fit par le milieu du front un écoulement à jet filiforme, non interrompu, de 6 onces d'un sang rose pâle difficilement coagulable. Une autre fois, c'est par la région sternale que se fit l'hémorrhagie. Du reste, pas de trouble local; il ne restait qu'une toute petite ecchymose semblable à une piqûre de puce.

E. Salva.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 octobre. — Présidence de M. Morin.

M. Damoiseau lit un mémoire sur la thérapie des ventouses et en particulier sur l'action de la térabdelle comparée à celle de grandes ventouses.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Rayer, Bernard.

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Herrgott, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, un opuscule intitulé : *Études historiques sur l'opération de la fistule vésico vaginale*....;

Et au nom de M. Van Doesburgh (d'Amsterdam) un ouvrage écrit en hollandais, sur le cancer. Ce volume est transmis par M. Herpin (de Metz).

Addition à la séance précédente.

M. Sauvageon communique un fait qui vient à l'appui d'observations récemment communiquées par M. Arentzen, sur *l'influence d'un traitement électrique pour arrêter les progrès d'une cataracte commençante*.

En 1852, la mère de l'observateur était affectée d'une double cataracte dont la marche semblait tellement rapide, que le médecin annonçait une cécité très-prochaine, si l'on n'avait recours à l'opération. Cette dame souffrait, en outre, de douleurs rhumatismales donnant lieu à des céphalalgies très-intenses, pour lesquelles on eut l'idée d'employer l'électrisation au moyen de l'appareil de Gaiffe. Elle crut s'apercevoir que pendant l'électrisation sa vue était plus claire. Cet effet n'était que passager. Mais y aurait-il eu un effet plus durable? C'est ce qu'il est permis de supposer. En effet, la cécité annoncée comme imminente, n'était pas encore complète dix ans plus tard, à l'époque de la mort de la malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de M. le docteur Pénissat sur les eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), et de MM. les médecins en chef des établissements militaires d'Amélie-les-Bains et de Bourbon-l'Archambault. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail intitulé : *Considérations générales sur la rage*, par M. le docteur Pons (de Bez), près le Vigan. (Commission de la rage.)

2° Une note de M. le docteur Baldou sur le traitement de la coqueluche par les gaz provenant de l'épuration du gaz d'éclairage. (Commission nommée : M. Roger rapporteur.)

3° Une lettre de M. le docteur Seux (de Marseille), qui sollicite le titre de correspondant national. (Renvoyé à la future commission d'élection.)

4° M. le professeur Bouisson (de Montpellier) annonce à l'Académie que les statues de Lapeyronie et de Barthez doivent être inaugurées à Montpellier le 15 de ce mois, à l'occasion de la rentrée solennelle des Facultés, et il exprime l'espoir que l'Académie voudra bien s'associer à l'hommage que la ville de Montpellier va rendre à ces deux hommes illustres.

M. le Président pense qu'il serait convenable, en effet, que l'Académie fût représentée à cette cérémonie par un ou plusieurs de ses membres. Le bureau y avisera.

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Duchaussoy, agrégé de la Faculté, une notice nécrologique sur Godard.

CAS DE BLÉPHAROPLASTIE.

M. Béclard présente, au nom de M. le docteur Furnari, professeur de clinique ophthalmologique à l'Université de Palerme, une note accompagnée de dessins explicatifs sur un cas de blépharoplastie.

L'opération dont j'ai l'honneur de soumettre le résultat à l'Académie, dit M. Furnari, est relative à une série de recherches que j'ai faites depuis quelques années sur le meilleur mode de blépharoplastie par la fusion temporaire des paupières.

Proposée dès le commencement du dix-huitième siècle et inaugurée en France par M. Mirault (d'Angers), en 1842, la fusion temporaire des paupières a été, dans ces derniers temps, pratiquée avec succès par plusieurs chirurgiens de Paris. Les heureux résultats que j'ai obtenus moi-même, tant à Paris qu'en Afrique et en Sicile, m'autorisent à considérer la fusion temporaire des paupières comme préférable aux autres méthodes blépharoplastiques.

Dans cette méthode on diminue d'autant plus les chances de rétraction cicatricielle, que les attaches provisoires sont plus nombreuses ; aussi, au lieu de réunir les surfaces cutanées par deux ou trois petites portions de peau qu'on soude dans de petites plaies produites artificiellement sur le lambeau correspondant, j'ai toujours pratiqué une incision assez profonde d'une commissure à l'autre, et j'ai implanté dans cette solution de continuité la totalité du bord libre du lambeau réparateur; de cette manière l'œil est complétement masqué, et au lieu de deux ou trois brides isolées qui, après l'opération, s'allongent outre mesure et ne résistent pas aux rétractions, on a une longue surface adhésive qui abrite l'œil et qui s'oppose même dans les grands lambeaux disséqués à la rétraction inodulaire. C'est ce qui est arrivé dans l'observation suivante.

Une femme des environs de Palerme portait un volumineux épithélioma qui avait détruit la moitié externe de la paupière supérieure de l'œil gauche, ainsi qu'une partie de la peau de la tempe, la totalité de la paupière inférieure et plus de la moitié de la joue; le globe était sain et les fonctions visuelles à l'état normal. Renvoyée, comme incurable, des salles de chirurgie de l'hôpital civil de Palerme, la malade a été reçue dans la clinique ophthalmique de la Faculté le 15 décembre 1863. Après avoir enlevé le cancroïde, j'ai rempli ainsi l'énorme brèche qui restait après l'opération.

La paupière supérieure fut restaurée par le glissement d'un lambeau cutané pris au-dessous du sourcil et du front, et placé à l'aide de deux points de suture détachée, au bord vertical de la portion saine de cette paupière; deux incisions dont l'une partant de la commissure interne et l'autre de la région temporo-malaire externe, que le cancroïde avait respectée, se réunirent à angle aigu au bord inférieur de la mâchoire inférieure. La dissection de cet énorme lambeau, depuis sa base jusqu'à son sommet, fut considérablement gênée par des hémorrhagies qui m'obligèrent à lier plusieurs artères.

Le lambeau ainsi disséqué, et ne conservant d'autre élément de vitalité que sa petite attache à la partie inférieure de la mâchoire, fut fortement tiré de bas en haut et greffé par sa base dans une incision semi-lunaire pratiquée au-dessous du sourcil ; six points de suture entortillée fixèrent le lambeau d'une extrémité à l'autre; les bords latéraux du triangle furent rapprochés aux parties voisines par douze points de suture entrecoupée. Application de glace pendant quatre jours; il n'y eut ni fièvre, ni érysipèle, ni mortification partielle de tissu, et quinze jours après l'opération, les surfaces incisées et transplantées étaient complétement soudées; les douleurs atroces qui tourmentaient la malade cessèrent complétement après l'opération et jusqu'à présent, après un intervalle de dix mois, aucune crainte de reproduction de l'épithélioma ne s'est manifestée.

Il est évident qu'un lambeau, sain et très-étendu, pris dans une région éloignée et remplaçant la déperdition de substance occasionnée par l'ablation de la tumeur, a produit dans la plaie de soustraction une modification de nutrition et de structure qui a éloigné les craintes de la repullulation du cancroïde.

Dans quelques mois, je ferai une incision horizontale pour mettre à découvert le globe de l'œil et la paupière supérieure restaurée; cependant, pour éviter définitivement toute espèce de rétraction, j'aurai soin de laisser encore pendant quelque temps de deux à trois brides verticales qui continueront à maintenir l'antagonisme entre les deux lambeaux. (Commissaires : MM. Malgaigne et Gosselin.)

— M. Béclard présente, au nom de M. le docteur Maisonneuve, un nouvel instrument, le *lithexère*, destiné à extraire de la vessie les sables et graviers provenant des pierres broyées par les instruments lithotriteurs.

Partant de ce principe, qu'on n'avait point encore utilisé dans l'art chirurgical, M. Maisonneuve a fait construire par nos habiles fabricants MM. Robert et Collin un instrument creux en forme de sonde, et disposé de manière à pouvoir pénétrer dans la vessie.

Sur la concavité du bec de cette sonde, se trouve une large ouverture dans laquelle les graviers peuvent facilement s'introduire; dans ce tube tourne une vis en tire-bouchon dont le mouvement continu entraîne *tous* les fragments ou graviers placés dans le bas-fond de la vessie, les broie comme des grains de café et rejette leurs détritus au dehors.

M. Béclard fait manœuvrer l'instrument sous les yeux de l'Académie. (Renvoyé à l'examen de MM. Jobert et Ségalas.)

— M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. P. M. Roux (de Marseille) correspondant de l'Académie.

LECTURES. — EAUX POTABLES

M. Robinet, avant de faire la communication qui l'amène à la tribune, fait hommage à l'Académie d'un travail imprimé de M. A. Bobierre (de Nantes), intitulé : *Recherches sur les eaux pluviales*. Ces recherches, plus spécialement entreprises au point de vue agricole, ont conduit à des résultats utiles pour l'hygiène, l'examen chimique de l'eau pluviale recueillie en forte proportion permettant d'arriver aisément à constater une viciation atmosphérique que l'analyse directe de l'air ne pourrait démontrer qu'avec difficulté.

M. Robinet communique ensuite les résultats de nouvelles recherches qu'il a faites sur les eaux. Il examine successivement dans ce travail les rapports entre la température atmosphérique et le titre hydrotimétrique de l'eau, entre la hauteur de l'eau dans la Seine et la quantité de pluie tombée à Paris pendant l'année météorologique de 1861-1862, entre le température de l'air, celle de l'eau et le titre hydrotimétrique pour l'eau du canal de l'Ourcq, et enfin les rapports du nombre des jours d'eau pure avec le titre hydrotimétrique de l'eau pour la Seine.

IMMOBILISATION DIRECTE DES FRAGMENTS DANS LES FRACTURES COMPLIQUÉES.

M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de première classe de la marine, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De l'immobilisation directe des fragments dans les fractures compliquées.*

L'immobilité des fragments osseux préalablement réunis par une coaptation parfaite est la condition qui domine le traitement des fractures, et depuis l'origine de l'art cette immobilité est la préoccupation constante de tous les chirurgiens qui ont eu à soigner des membres brisés.

Le grand nombre des appareils imaginés pour obtenir cette immobilité, leurs formes si variables, ont poussé ceux qui se sont occupés de la thérapeutique des cassures osseuses à les ranger sous différentes catégories, et des classifications plus ou moins heureuses ont été proposées. Quel que soit le mode de groupement que l'on adopte, il est d'abord une grande division que l'on peut admettre dans tous les cas; en effet, les appareils à fractures, malgré leur grande variété, peuvent se ranger sous deux catégories : 1° moyens agissant directement et immédiatement sur l'os fracturé; 2° moyens agissant directement et médiatement par l'intermédiaire des parties molles qui entourent toujours les diverses portions du squelette.

Dans la deuxième catégorie entrent tous les appareils ordinaires, dont

nous trouvons la longue énumération dans les traités spéciaux de chirurgie. Dans la première, au contraire, se rangent à peine quelques instruments, quelques pratiques dont la description tient si peu de place que les auteurs oublient le plus souvent d'en parler.

Ces moyens d'immobilisation directe ont été présentés jusqu'à ce jour sans esprit de classification et seulement comme des exceptions curieuses dans la manière de faire consacrée par l'habitude. Il faut con venir, cependant, qu'ils ont un intérêt incontestable quand on approfondit leur portée. Ils méritent très-bien, par conséquent, d'être tirés de l'obscurité dans laquelle ils sont restés jusqu'à présent.

J'ai étudié dans ses détails cette première catégorie d'appareils à fracture; des faits pen nombreux encore, mais cependant déjà concluants, plaident pour la faire accueillir favorablement. Ses indications sont bien définies, son champ d'application est clairement délimité, et on peut raisonnablement penser que la question est mûre aujourd'hui pour un examen qui influera sans doute sur son avenir.

On doit entendre par immobilisation directe des fragments cette opération qui consiste à embrasser ou traverser avec un lien suffisamment résistant les fragments d'un os fracturé afin de les tenir en contact immédiat solide, et déterminer ou au moins favoriser cette fixité indispensable à l'évolution de leur travail de réparation.

Les moyens d'immobilisation directe des fragments dans les fractures sont au nombre de six :

1° L'enlacement des dents dans les fractures des mâchoires;
2° Les griffes de M. Malgaigne pour les fractures de la rotule;
3° Les pointes métalliques;
4° L'enclavement des fragments;
5° La suture osseuse;
6° La ligature osseuse.

J'ai cru nécessaire de réunir tous les moyens d'immobilisation directe des fragments dans un même faisceau pour bien catégoriser et faire comprendre la méthode que je veux étudier, mais je dois dire aussi que quelques-uns d'entre eux, l'enlacement des dents, les griffes, ont une place à part, s'adressant spécialement à des os particuliers, maxillaires, rotule, et ne sauraient se prêter aux considérations générales que l'on peut faire sur les autres, plus spécialement applicables aux fractures des grands os des membres.

L'enlacement des dents dans les fractures de la mâchoire remonte, on le sait, au temps d'Hippocrate, et a été souvent employé dans l'histoire de la chirurgie. Les griffes et les pointes métalliques sont dues à M. Malgaigne. L'enclavement des fragments, soit qu'on le pratique comme le fit Roux, soit qu'on fasse la mortaise dont parle Laloy, est une méthode de nécessité et tout à fait accidentelle. Restent donc la suture et la ligature des fragments, qui présentent un intérêt de premier ordre.

La suture consiste dans la perforation des fragments de l'os et le passage à travers les trous que l'on vient de faire d'un fil organique ou métallique que l'on serre par un nœud. Les auteurs confondent souvent cette suture avec le séton de Physick, de Seerig, de Sommé, avec la ligature de Sicre et Lapujade, opérations très-différentes cependant. Kearny Rodgers a fait avec succès, en 1825, cette suture des fragments dans une pseudarthrose; Valentine Mott, en 1831, Cheeseman, en 1838, l'ont aussi employée avec bonheur. M. Flaubert (de Rouen) y a eu recours deux fois en 1838, et a obtenu la première fois un demi-succès; la seconde, un succès remarquable, quoiqu'il opérât sur une fracture compliquée récente. M. Velpeau, Dieffenbach, en 1848, M. Laugier, en 1855, nous ont donné des faits de succès par cette méthode.

La ligature osseuse, qui a été, bien plus souvent que la suture, confondue avec diverses opérations, est l'enroulement autour des fragments préalablement réunis par la coaptation d'un fil organique ou métallique, qui les maintient comme le lien circulaire maintient les bouts d'un bâton cassé. Cette opération doit nous venir des Arabes, quoiqu'on ne trouve aucune mention de son idée dans Rhazès, Ali-Abbas Albucazis. J'en ai positivement entendu parler par les chirurgiens musulmans (tebibs) de l'Algérie. La seule mention que l'on trouve d'elle dans le siècle dernier est consignée dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* de 1775, p. 172. Elle montre que Sicré et Lapujade (de Toulouse) y ont eu recours.

De nos jours, M. Long (de Toulon), M. Malgaigne, M. Pichorel (du Havre), Baudens, y ont eu recours avec succès, et je rapporte six observations, dont cinq ont été suivies de guérison. De mon côté, j'ai fait des expériences sur les animaux, et j'ai réussi deux fois à conserver par cette opération les fonctions de l'aile chez les oiseaux (cigogne goëland).

L'opération de la ligature osseuse n'a rien de compliqué, on le comprend; j'en donne le *modus faciendi* dans mon mémoire. Je discute aussi la nature du fil à employer et j'arrive à cette conclusion, que les fils métalliques sont les plus convenables, et que les fils de plomb en particulier sont ceux qui me paraissent les meilleurs.

Je discute l'objection de la présence d'un corps étranger dans le foyer du traumatisme, et je montre qu'on ne saurait comparer les fils métalliques aux balles des fractures par armes à feu; si l'on peut les comparer à quelque chose, c'est à l'action topique des tubes à drainage, dont l'innocuité est suffisamment démontrée aujourd'hui.

Après avoir décrit les six méthodes d'immobilisation directe des fragments, j'étudie leur valeur comparative, et j'arrive, après avoir fait l'exclusion dont j'ai parlé précédemment, à montrer que la suture et la ligature sont les moyens les meilleurs, et que la ligature est en outre préférable à la suture sous le triple rapport : 1° de la facilité de l'opération; 2° de l'agression que subit l'os; 3° de la solidité de la coaptation.

Enfin, je me crois autorisé, par l'étude détaillée de la question, à poser les conclusions suivantes :

1° L'immobilisation directe des fragments nécessitant l'ouverture du foyer du traumatisme n'est applicable que dans les fractures compliquées de plaie.

2° Constituant une opération plus ou moins compliquée suivant le procédé employé, mais toujours plus grave que l'application d'un simple bandage, elle n'est indiquée que lorsque les moyens d'immobilisation indirecte sont insuffisants.

3° Ayant été appliquée avec succès aux fractures récentes comme aux fractures anciennes, elle peut être également mise en œuvre au moment du premier pansement au plus tard, tant cependant que le foyer de la fracture communique avec l'air.

4° Dans les fractures compliquées de plaie dont les fragments chevauchent et ont de la tendance au déplacement, malgré les efforts de coaptation, l'immobilisation directe est le moyen par excellence pour obtenir le cal sans raccourcissement.

5° Dans les pseudarthroses traitées par la résection comme dans la plupart des opérations de résection de la diaphyse des os longs, l'immobilisation directe se présente comme le complément utile de la section des fragments, et augmente considérablement les chances de consolidation sans déplacement.

6° L'immobilisation directe peut se combiner avec les opérations sous-périostées et leur prêter un appui efficace.

Ces propositions découlent de ce que j'ai dit jusqu'ici, et dans un prochain mémoire, en parlant en détail des conditions d'application de l'immobilisation directe dans les grands os des membres, les côtes, la clavicule, le maxillaire inférieur, je compléterai mon étude. (Commissaires : MM. Michon et Gosselin.)

Discussion sur la ponction de la vessie, a propos du rapport de M. Ségalas concernant le procédé de M. Voillemier. (V. l'avant-dernière séance.)

M. Velpeau : J'avais demandé la parole dans l'avant-dernière séance parce que je croyais avoir quelques considérations utiles à présenter à propos de la ponction de la vessie et du procédé opératoire recommandé par M. Voillemier. Aujourd'hui il me semble que j'ai un peu oublié ce que j'avais à dire.

Je ne sais si M. Ségalas accepte la méthode de M. Voillemier comme préférable à toutes les autres; il ne l'avait pas vantée outre mesure, mais il ne l'avait pas non plus repoussée. Comme elle est proposée par un chirurgien distingué, très-ingénieux, très-habile, en somme elle ne doit pas être mauvaise; mais, d'autre part, comme il s'agit d'une opération qui se pratique rarement, on ne peut guère avoir de données suffisantes pour décider sur la valeur d'un procédé de ponction de la vessie. En effet, c'est tout au plus si un chirurgien même très-répandu et très-expérimenté a l'occasion de la pratiquer plus de quatre ou cinq fois; il peut ne l'avoir faite que deux fois, et alors comment se prononcera-t-il?

La ponction par le rectum, quoique facile, est mauvaise : facile, parce qu'on n'a qu'à traverser une cloison; mauvaise, à cause de ses conséquences; on sait, en effet, qu'une fistule en est souvent le résultat. Reste la ponction par l'hypogastre et puis le procédé de M. Voillemier. Par l'hypogastre, l'opération est encore plus aisée que par le rectum; mais on est obligé de traverser plusieurs couches de tissus très-différents et formant une épaisseur assez considérable; il est à craindre alors que la vessie, en revenant sur elle-même, ne lâche le bec de la sonde. En laissant une sonde à demeure, on expose le malade à une infiltration urineuse, quoique cet accident ne soit pas aussi fréquent qu'on pourrait le croire. Enfin, les urines ayant à remonter contre leur poids, dans ce mode d'émission, la vessie se vide mal; son bas-fond n'est pas en effet au niveau de l'hypogastre. Tous ces inconvénients ont préoccupé les chirurgiens et ont fait chercher d'autres procédés. M. Ségalas a parlé de la ponction périnéale, mais l'on sait que le périnée est une région très-complexe et assez dangereuse à traverser. Enfin, mon vénéré maître Roux avait proposé le cathétérisme forcé, procédé qui ne mérite pas la défaveur dont on l'a accueilli. Franchir un rétrécissement par le cathétérisme forcé est une pratique dangereuse; mais quand la rétention d'urine est produite par une maladie de la prostrate, le cathétérisme forcé n'aura pas dans ce cas le même danger: le tissu prostatique que l'on est obligé de traverser n'est guère sujet à s'infiltrer et ses blessures présentent peu de gravité. Aussi cette pratique ne me paraît pas aussi blâmable qu'on la croit; je pense même qu'on peut très-bien y avoir recours, quand toutefois la rétention tient à une affection prostatique.

Le procédé de M. Voillemier a quelque chose de séduisant; de plus il a réussi dans le cas rapporté par ce chirurgien. Je ne le blâme pas certainement, mais je ne voudrais pas que l'on crût la ponction sous-pubienne moins dangereuse que la ponction hypogastrique; elle pré-

sente les mêmes inconvénients, je dirai même que les tissus que l'on a à traverser dans le nouveau mode opératoire me paraissent devoir se laisser infiltrer plus facilement. Je ne pense donc pas que cette méthode soit meilleure que les précédentes ni qu'elle soit pire, c'est au chirurgien expérimenté à choisir celle qui convient le mieux à chaque cas.

M. Ségalas : Je n'ai rien à ajouter à ce que vient de dire M. Velpeau; il a rappelé à peu près tout ce que j'avais écrit dans mon rapport; il est vrai qu'il l'a fait en de meilleurs termes et avec plus d'autorité. J'ai peut-être été un peu sévère pour le cathétérisme forcé; cela tient à ce que j'en ai vu un cas malheureux, et cela dans la pratique de Roux lui-même. J'ai vu, en effet, ce chirurgien faire cette opération d'une façon brillante en apparence, mais le malade mourut le lendemain.

M. Velpeau : Il ne faudrait pas s'imaginer cependant que la ponction de la vessie n'est jamais indispensable. Le cathétérisme simple n'est pas toujours chose aisée, et il est telle ou telle circonstance qui peut rendre cette opération très-difficile, et même impossible. Je me rappelle, entre autres, deux cas de ce genre. Un malade arrive dans mon service avec une rétention d'urine datant déjà de loin, car elle n'était pas complète, il y avait un petit suintement. On avait fait de nombreuses tentatives de cathétérisme, mais il paraît qu'on n'avait pas réussi à entrer dans la vessie. J'essayai à mon tour de pénétrer, mais quelque mode de cathétérisme qui fût employé, il me fut impossible, à moi comme à ceux qui vinrent après moi, de faire arriver la sonde jusque dans la vessie. Il y avait là peut-être indication à la ponction, mais le suintement qui existait rendant l'opération moins urgente nous faisait toujours espérer une heureuse terminaison, c'est-à-dire que nous pourrions pénétrer. Au bout de quelque temps le malade succomba, et à l'autopsie on trouva qu'une des lacunes de la paroi inférieure de l'urètre était arrivée à avoir 5 à 6 centimètres de long; c'était un nouveau canal qui s'était organisé et qui avait même fini par prendre la situation du canal normal, ce dernier s'étant sensiblement dévié en haut. Dans ce cas, très-certainement, on n'aurait jamais pu par le cathétérisme arriver dans la vessie.

Un autre malade avait une hypertrophie de la prostate qui rendait également impossible toute tentative de cathétérisme.

Il est évident que dans ces cas l'habileté du chirurgien n'aurait produit aucun résultat.

M. Ségalas a parlé d'un cas malheureux de cathétérisme forcé dans la pratique de Roux. Moi aussi je puis dire que j'en ai vu un; mais cela n'infirme pas la valeur de la méthode. Cela prouve qu'il ne faut pas l'employer indistinctement dans tous les cas, il faut la réserver pour les cas où la rétention tient, comme je l'ai dit, à une affection prostatique. De cette façon, on aura moins de mécomptes avec ce procédé opératoire que je regretterais de voir complétement abandonné.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre les rapports sur les prix.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

Assemblée générale des 30 et 31 octobre 1864.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Extrait du compte rendu.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1864.

A deux heures, M. Rayer, président de l'Association, accompagné des membres du bureau et du conseil général, occupe le fauteuil de la présidence.

MM. les présidents et délégués des Sociétés locales sont introduits et prennent place sur les fauteuils qui leur sont préparés dans l'hémicycle.

Un grand nombre de personnes de distinction occupent les places qui leur sont réservées auprès de MM. les membres de la commission administrative de la Société centrale.

L'amphithéâtre est rempli par MM. les membres de la Société centrale.

M. le Président déclare la séance ouverte et prononce l'allocution suivante :

Messieurs, chers collègues,

L'arbre se connaît à ses fruits; notre Association se connaît aux changements qu'elle a déjà produits dans la condition médicale.

Il n'est pas donné à tous de voir l'œuvre fondée par leurs soins et chargée de leurs espérances, enfanter rapidement les effets attendus et les dépasser; à nous cette intime satisfaction a été accordée.

Je n'ai aucune envie de charger la peinture du passé pour rehausser celle du présent. Nous avons tous, dans une carrière encore courte pour les jeunes, longue pour ceux qui, comme moi, touchent au terme; nous avons tous employé nos années et nos forces au service de la société et de la science. Pourtant, nul n'oserait soutenir que rien ne nous manquait, puisque à chaque occasion s'élevaient des voix qui réclamaient. Quand on voyait l'infortune laissée aux hasards d'une charité précaire, le charlatanisme fallacieux et avide acharné à sa proie, l'isolement individuel et l'impuissance, il fallait bien se dire que même dans une profession si forte par le savoir qu'elle possède et par les services qu'elle rend, le ressort de quelque haute communauté de sentiments et d'efforts est indispensable.

Le *chacun pour soi* était la règle : tout restait enseveli dans l'individualisme. Les devoirs que l'on se sentait les uns pour les autres avaient besoin, pour prendre leur pleine efficacité, d'être rehaussés et assurés, en se consacrant à cet être impersonnel, mais réel et supérieur à chacun de nous, que fait le corps uni des médecins.

L'impuissance était égale à l'isolement. Quand la crédulité tend la main au charlatanisme qui l'exploite, il est bon d'avertir l'une et de châtier l'autre; mais que pouvaient les individus pour cet office? Ils reculaient devant une initiative, toujours laborieuse, souvent infructueuse, et quelquefois même mal interprétée. Ni l'opinion ni la justice ne s'émouvaient grandement de réclamations isolées dans une matière où il faut beaucoup d'autorité pour émouvoir la justice et l'opinion.

L'infortune laissée à elle-même ne savait à qui s'adresser : elle avait quelques privilégiés, c'étaient ceux qui appartenaient à des Sociétés médicales, rares elles-mêmes, et qui n'étaient pas toujours en état de satisfaire aux demandes.

Remarquez-le, messieurs, quand bien même il se serait formé partout des Associations, il n'eût été obtenu par elles rien d'égal à ce qui a été obtenu par nous. Ces petites patries n'eussent pas fait, pour le sentiment de nous-mêmes et pour notre force, ce que fait la grande patrie de l'Association. Il s'est formé une famille médicale au foyer de laquelle beaucoup déjà sont assis, et où tous sont conviés.

C'est un dire des moralistes que les hommes sont toujours les mêmes; mais ce dire n'est point aussi désespérant qu'il en a l'air, car il ne contient qu'une demi-vérité. Parmi ces hommes, en effet, toujours les mêmes au fond, introduisez un mobile nouveau, et tout sera renouvelé; introduisez un mobile honnête et généreux, l'honnêteté et la générosité prendront domicile dans les actions; introduisez un mobile de concours et de fraternité, le concours et la fraternité conquerront leur place sur l'isolement de l'égoïsme. Grâces soient donc rendues au mobile qui, depuis cinq ans, fonctionnant parmi nous, ne cesse de faire notre succès et d'être notre récompense, et, hommes sans doute toujours les mêmes, félicitons-nous d'avoir trouvé dans l'Association générale l'heureuse issue de nous faire connaître les uns aux autres, et d'agir les uns sur les autres par le côté qui donne place et jeu aux bonnes aspirations.

Ce sentiment a été heureusement exprimé par notre éloquent collègue M. Mabit, président de la Société de la Gironde, qui, signalant la révolution que la solidarité accomplit en nous et parfois à notre insu, ajoute : « Elle jette dans notre esprit, dans notre cœur, comme des germes nouveaux qui croissent lentement, et dont le reste de nos idées « est seulement la conséquence et le naturel développement : eh bien! « il me semble que telle a été pour moi l'Association; je sens autrement, « et plus au fond qu'autrefois, tout ce qui nous touche. » — Oui! c'est bien là le point; entre aujourd'hui et autrefois est une différence de sentir que notre œuvre a apportée.

En cet état, il est naturel que l'opinion prenne plus de part qu'elle ne faisait à nos luttes contre l'exercice illégal de la médecine, et commence à reconnaître qu'il s'y agit encore plus de l'intérêt général de la société que des intérêts privés d'une profession particulière; il est naturel aussi que la justice soit plus disposée à seconder nos efforts. Les médecins s'étant montrés très-scrupuleux et très-réservés dans leurs plaintes les plus légitimes, les magistrats se sont montrés plus empressés à poursuivre.

Une importante nouvelle est venue émouvoir le corps médical: je veux dire l'annonce d'un projet de loi sur l'exercice de la médecine, destiné à le régler, et à prévenir les abus dont il est entaché. On ne saurait nier que les doléances exprimées dans le sein des Sociétés locales, sur l'insuffisance de la loi actuelle, et portées chaque année devant le conseil général par les délégués de ces Sociétés, n'aient eu de l'influence sur l'esprit public et sur la détermination du gouvernement.

Il m'appartenait de faire ressortir le bien général que produit notre œuvre; il ne m'appartient pas de divulguer le bien privé qu'elle a accompli; il est inscrit dans les procès-verbaux des Sociétés locales et de la Société centrale. Grâce à notre mutualité intersociétaire, nous sommes venus en aide à des Sociétés dont les ressources étaient au-dessous des besoins. En même temps, dans l'intérieur de chaque Société, nous avons secouru des confrères que des malheurs immérités avaient jetés dans la détresse, ainsi que des veuves et des enfants privés de leur appui naturel. Nous avons adopté, comme nôtres, des fils de médecins en-

gagés dans l'étude de la médecine ou dans d'autres carrières honorables que la mort du père les eût contraints d'abandonner. En un mot, outre l'assistance proprement dite, nous avons employé toutes les formes de la protection, et la protection de l'Association des médecins de France ne s'est pas trouvée sans force et sans crédit.

A côté des secours éventuels, vous avez aussi cherché à assurer un digne repos à des sociétaires infirmes ou caducs, en instituant une caisse de pensions viagères d'assistance. Votre appel a été entendu, et cette nouvelle institution est dans un état de développement prospère.

M. le trésorier de l'Association générale vous présentera la situation financière de l'œuvre. Vous y remarquerez, avec un profond sentiment de gratitude que, indépendamment des subventions annuelles, elle a reçu un assez grand nombre de dons. Parmi ces donateurs est le chef de l'Etat; S. M. l'Empereur témoigne ainsi sa haute et bienveillante sympathie pour notre œuvre, et ce témoignage, nous manquerions à la reconnaissance, nous nous manquerions à nous-mêmes, si nous ne le proclamions pas.

L'Association générale, en se développant d'année en année, tandis qu'elle multiplie ses bienfaits, puise elle-même, en des adjonctions successives, force et confiance, et, chaque année, elle a occasion de saluer, dans les nouveaux présidents qui arrivent à nos sessions, des hommes qui lui apportent le concours d'une juste autorité due à leur nom, à leur savoir, à leurs services; qu'ils soient les bienvenus!

Tous les ans, c'est la destinée humaine qui le veut ainsi, nous avons des pertes à déplorer. Notre éloquent et dévoué secrétaire général vous rappellera les noms des excellents confrères qui, dans le cours de cette année, ont été enlevés à notre affection; il vous rappellera en même temps les titres qu'ils eurent à l'estime publique. C'est ainsi que notre *Annuaire*, qui nous sert à inscrire nos justes regrets, servira aussi à conserver le souvenir d'hommes modestes et utiles, sorte d'inscription funéraire mise à l'abri des injures du temps.

Cette idée d'un souvenir qui dure et d'une reconnaissance qui se prolonge, reporte naturellement l'esprit vers ces hommes qui, ayant reçu le privilége du génie, ont été les bienfaiteurs de l'humanité, les flambeaux de la science et la gloire de la médecine. A ces titres, vous accueillerez, par acclamation, la pensée de placer, sous le haut patronage de l'Association, le projet d'élever une statue au médecin des temps modernes qui a laissé après lui la plus longue et la plus forte trace dans l'enseignement et dans la pratique; au médecin dont les méthodes et les conseils nous suivent constamment au lit du malade; au médecin dont le nom est placé par la postérité, déjà venue pour lui, à côté des grands noms de notre profession, à Laënnec!

Ce discours, souvent interrompu par les applaudissements, est suivi des marques unanimes et répétées de la satisfaction de l'assistance.

La parole est donnée à M. le docteur Legouest, secrétaire de la Société centrale qui présente en ces termes le compte rendu des actes de cette Société :

Messieurs,

Après l'éloquent discours que vous venez d'applaudir, avant celui que vous allez entendre, j'aurai l'honneur de vous présenter le compte rendu des actes de la commission administrative de la Société centrale pendant l'année qui vient de s'écouler.

Je serai bref; non pas que je craigne de vous fatiguer par l'uniformité inévitable de mes rapports annuels, que vous avez toujours accueillis avec une indulgence dont je vous remercie, mais parce que je pense qu'une œuvre comme la nôtre, dont le fonctionnement est régulier, et dont l'heureuse influence est chaque jour plus manifeste, n'a pas besoin d'être autrement exaltée que par l'exposé succinct de ses résultats.

La répression de l'exercice illégal de la médecine, dont se préoccupent si souvent les Sociétés locales, n'a pas, plus cette année que l'année dernière, fixé l'attention de la commission administrative de la Société centrale; une seule fois la commission a été consultée par un de nos confrères de la province sur un de ces faits qui, relevant à la fois du charlatanisme appliqué à la médecine et du charlatanisme mercantile, ne peuvent être recherchés et poursuivis avec un succès certain; aussi s'est-elle abstenue de toute intervention à ce sujet, et a-t-elle engagé notre confrère à imiter la réserve dont elle ne se départ qu'à bon escient.

J'aurais voulu pouvoir vous annoncer l'heureuse issue de notre pourvoi en cassation du jugement du tribunal de la Seine, qui rejette le privilége des honoraires du médecin en cas de faillite du client. L'affaire est encore pendante; mais elle doit recevoir arrêt dans les premières semaines de la nouvelle année judiciaire.

La commission administrative a admis dans la Société centrale un certain nombre de membres de Sociétés locales qui sont venus se fixer à Paris.

A cette occasion, elle a été appelée à se prononcer sur l'admission ou la non-acceptation des officiers de santé qui, membres de Sociétés locales, viendraient habiter Paris et demanderaient leur inscription sur les listes de la Société centrale. Maintenant ce principe que la Société centrale, d'après ses statuts, ne reçoit dans son sein que des docteurs en médecine, la commission a refusé d'y admettre un officier de santé; mais elle adressait en même temps au conseil général de l'Association un rapport où elle fait observer que nos dispositions statutaires sont muettes au sujet des officiers de santé, membres de Sociétés locales changeant de résidence, qu'il est aujourd'hui difficile de refuser de les recevoir dans la Société centrale, et qu'il convient d'examiner s'il y a lieu de reviser à cet égard les règles qui nous régissent.

C'est dans une des séances que va tenir le conseil général que sera décidée cette question.

J'arrive à l'exposé de notre situation financière.

Situation financière au 15 octobre 1864.

RECETTES.

1° Solde en caisse le 1er janvier 1864......	1,645	72
2° Sommes encaissées depuis le 1er janvier.	10,422	»
Total.......	12,067	72

EMPLOIS ET DÉPENSES.

1° Dépenses d'administration..............	783	55
2° Liquidation du compte de l'*Annuaire* de 1864.......................................	530	»
3° Secours accordés par la Société.........	3,200	»
4° Versement à la caisse de l'Association générale..................................	1,200	»
5° Don à la caisse des pensions viagères d'assistance.................................	1,000	»
6° Placement à la caisse des dépôts et consignations..............................	3,000	»
7° Reste en caisse............................	2,354	»
Total égal......	12,067	55

L'avoir de la Société centrale, au 15 octobre, se compose de :

1° Sommes versées à la caisse des dépôts et consignations, avant 1864............	23.800	»
2° Sommes versées à ladite caisse en 1864.	3,000	»
3° Solde en caisse le 15 octobre 1864.....	2,356	17
Total........	29,154	17

L'avoir total de la Société centrale au 15 octobre, s'élève donc à..............................	29,154	17
L'an dernier, à pareille époque, l'avoir était de.	24,798	82
Différence en faveur de 1864.................	4,355	35

On peut donc dire que la situation de nos finances est prospère, grâce au judicieux emploi que sait en faire notre honorable trésorier, grâce aux dons provenant de personnes étrangères à notre œuvre, à ceux d'humbles sociétaires ou de sociétaires éminents que leur pudeur dans la bienfaisance m'interdit de signaler autrement que par cette simple mention à la reconnaissance de l'Association tout entière. Permettez-nous de nous féliciter surtout de la conversion de souscriptions annuelles en rentes perpétuelles, parce qu'elle témoigne, ainsi que l'a si bien remarqué ailleurs notre spirituel collègue M. Amédée Latour, de la foi de ces sociétaires en la durée de notre œuvre commune. De pareils exemples ne peuvent manquer d'être imités et consolident l'avenir de l'institution.

La liste du personnel de la Société, arrêtée le 8 janvier 1864, comprend 642 membres. Depuis cette époque, 35 nouveaux membres ont été admis. Par contre, la Société en a perdu 14, dont 5 par mutation et 9 par décès.

Le nombre total des membres de la Société centrale au 30 octobre 1864 s'élève à 703.

L'an dernier, à pareille époque, la Société comptait 658 membres; elle s'est augmentée de 45 adhérents.

Les sociétaires décédés en 1864 sont : MM. Lhonneur, ancien interne des hôpitaux civils, ancien lauréat du Val-de-Grâce, médecin-major aux ambulances du corps expéditionnaire du Mexique, où il a succombé à la fièvre jaune; Delthil, Sirand, Bertot, Van-Oordt, honorables praticiens de la capitale; Funel, qui exerçait la médecine à Alexandrie d'Egypte; Allard, médecin inspecteur de l'établissement thermal de Royat, connu par des travaux recommandables sur l'hydrologie et la météorologie; Marcé, médecin de Bicêtre, professeur agrégé à la Faculté de médecine; enfin, Goupil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, un des membres les plus jeunes et les plus distingués du corps médical des hôpitaux.

Ils étaient les élèves ou les amis de la plupart d'entre nous; ils étaient dévoués à notre œuvre d'assistance. En les nommant ici, c'est un simple hommage de regrets que nous adressons à leur mémoire, digne d'être louée avec moins de laconisme que ne permet ici une commémoration collective.

Cette lecture excite les applaudissements de l'assemblée.

M. Amédée Latour prend la parole pour présenter le rapport général sur les travaux de l'Association dans son ensemble. De ce volumineux travail nous extrayons les passages suivants :

Messieurs,

Pas de préambule. La parole est aux faits et aux actes. Allons vite et droit au but; c'est le meilleur moyen de m'attirer votre indulgence.

PERSONNEL.

Ce chapitre s'ouvre inévitablement, hélas! par un triste et long nécrologe. Il est plus triste et plus long cette année que jamais. Dans le sein du conseil général à la tête de plusieurs de nos Sociétés locales, au milieu de nos associés, la mort a frappé des coups douloureux et terribles. Le relevé que j'en ai fait, et tous les documents ne me sont pas encore parvenus, élève nos pertes au chiffre lamentable de plus de 80 décès. Et dans cette funèbre liste, que de noms à jamais regrettables!

Dans le conseil général, c'est M. Villermé, ce savant consciencieux et modeste, ce caractère antique, ce cœur efficacement sympathique aux souffrances des classes laborieuses, qui, pendant que d'imprudents réformateurs jetaient dans l'esprit des masses des idées sociales et politiques aussi dangereuses qu'illusoires, allait étudier sur place, dans les ateliers, dans les usines et les manufactures, les conditions auxquelles réduisaient les malheureux ouvriers les exigences d'une civilisation quelquefois cruelle, toujours imprévoyante. C'est aux travaux si estimables et si honorables de M. Villermé que l'on doit l'introduction systématique et scientifique de l'hygiène dans les ateliers de l'industrie. C'est à la lecture de ses pages émouvantes que le monde s'effraya et que le législateur intervint par cette loi protectrice sur le travail des enfants dans les manufactures. Regrets et hommages à la mémoire de cet homme de bien!...

Nos Sociétés locales ont été plus douloureusement éprouvées encore. Quatre de leurs présidents sont morts pendant cet exercice : M. Landouzy (de la Marne) M. Durand (d'Eure-et-Loir) M. Bon de la Gillardaie, du Morbihan; et tout récemment, enfin, M. Bourbousson (de Vaucluse).

Quels hommes, messieurs, et quelles pertes!

Mort à 54 ans, Landouzy était directeur de l'École préparatoire de Reims, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, correspondant de cette dernière Académie, et allait recevoir l'honneur suprême du titre de membre correspondant de l'Académie des sciences quand la mort l'a ravi à la tendresse de sa famille, à l'affection de ses amis, à l'estime de tous.

M. Durand, président d'Eure-et-Loir, nous a été enlevé par une mort foudroyante, à l'âge de 68 ans. La vie de ce digne confrère s'est partagée entre l'exercice le plus honorable de la médecine et des fonctions administratives dont la ville de Chartres gardera longtemps le souvenir. Médecin, Auguste Durand fut un modèle de dévouement, de courage et de charité. Administrateur, adjoint au maire de Chartres pendant dix-sept ans, Durand donna l'exemple de toutes les vertus civiques. Désigné par ses confrères à la présidence de la Société d'Eure-et-Loir, M. Durand accepta l'Association comme une grande espérance professionnelle, et employa toute son intelligence à la faire devenir une bienfaisante réalité et une institution sérieusement protectrice. Aussi, sous son énergique impulsion, aucune autre Société peut-être n'a plus activement et plus efficacement agi contre les usurpations de l'exercice illégal. M. Durand était vice-président du conseil d'hygiène, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Chartres, lauréat de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, et président du conseil d'arrondissement.

C'est encore une mort subite et imprévue qui nous a ravi M. Bon de la Gillardaie, président du Morbihan. Des plumes éloquentes et des voix émues ont raconté la vie de ce vénéré confrère, qui, avec toute l'ardeur d'un cœur honnête, s'était associé à nos efforts pour rendre à la famille médicale ses droits méconnus, pour donner à ses souffrances assistance et protection.

M. Bourbousson, président de Vaucluse, membre du conseil général de ce département, deux fois élu député à l'Assemblée constituante et à l'Assemblée législative, est mort à peine âgé de 53 ans. Ses obsèques ont été un deuil général dans toute la contrée : c'est que M. Bourbousson avait exercé dans cette contrée la médecine avec un tel dévouement et une clarté telle, que sa mort a été considérée comme un malheur public. De cette belle vie je ne rappellerai qu'un acte : Appelé en toute hâte auprès d'une femme atteinte d'une métrorrhagie très-grave, M. Bourbousson part aussitôt. Mais la ferme où git la patiente est séparée de la route par une petite rivière ordinairement guéable; mais cette rivière, à la suite d'un récent orage, est devenue un torrent impétueux, roulant à pleins bords des vagues menaçantes. Ni bac ni bateau n'oserait s'aventurer sur ces flots rapides. Cependant une femme va mourir faute de soins, se dit M. Bourbousson, et, ne consultant que son courage et sa charité, intrépidement il se jette à la nage; après des efforts inouïs arrivé au bord, il court à la ferme, et sauve sa malade.

Selon notre pieuse coutume, le prochain *Annuaire* nous donnera la longue liste qui suit de nos associés morts dans l'année. Dans les bulletins de nos Sociétés locales, hommage a été rendu à tous ces dignes confreres, dont MM. les présidents ou MM. les secrétaires ont mis en relief l'honorabilité et les talents.

Après avoir indiqué les changements survenus parmi les présidents des Sociétés locales, M. le rapporteur continue ainsi :

Depuis la dernière assemblée générale, quatre Sociétés nouvelles se sont fondées et agrégées à l'Association. C'est peu si l'on compare ce nombre à nos conquêtes des années précédentes; mais il faut s'attendre à en voir s'amoindrir de plus en plus le chiffre, et cela par l'excellente raison que l'Association n'aura bientôt plus de conquêtes à faire. Voyez, en effet, que notre œuvre s'étend aujourd'hui sur 75 départements, et qu'il ne nous en reste plus que 14 à conquérir. Même, dans plusieurs de ces départements, l'Association existe déjà, comme dans l'Hérault, Loir-et-Cher, la Sarthe; et quoique les confreres de ces départements ne se soient pas encore unis à nous par le lien de l'agrégation, ils n'en vivent pas moins de la vie commune, s'appuient sur les mêmes principes, s'agitent dans le même ordre d'idées et les appliquent absolument de la même manière. Il est donc vrai de dire que dix ou onze départements au plus, à cette heure, sont privés d'Associations confraternelles, et certes, messieurs, il y a six ans, personne de vous n'eût osé prédire un pareil résultat.

Les nouvelles Sociétés agrégées sont dans la :

Corrèze. — La Société de l'arrondissement de Brive, dont M. le docteur Allègre a été nommé président.

Jura. — La Société des médecins de ce département, dont M. le docteur Bergeret a été nommé président.

Haute Garonne. — Société départementale, fondée à côté de la Société déjà existante pour les médecins de Toulouse, et dont M. le docteur Marchand a été nommé président.

Seine-et-Marne. — Société pour l'arrondissement de Coulommiers, ce qui élève à cinq le nombre de Sociétés agrégées dans ce grand et beau département; M. le docteur Duffour a été nommé président de cette Société nouvelle.

Ces agrégations portent aujourd'hui à 94 le nombre des Sociétés locales, disséminées dans 75 départements et 2 colonies.

Plusieurs de nos Sociétés locales sont en progrès. Nous citerons la Société de Laon et Vervins, qui a reçu 21 sociétaires nouveaux, et qui, par l'adhésion d'un grand nombre de médecins de Château-Thierry, a obtenu de s'appeler désormais Société des arrondissements de Laon, Vervins et Château Thierry; la Société des Bouches-du-Rhône, qui s'est accrue de 60 membres; la Société de la Dordogne, de 17; celle du Doubs, de 7; celle de la Marne, de 8; celle du Nord, de 10; celle de Saône-et-Loire, de 16; celle de Seine-et-Oise, de 14, etc.

Un moins grand nombre de Sociétés ont vu diminuer le chiffre de leurs membres. Mais cette diminution est généralement très-peu sensible. Du reste, voici les chiffres :

38 Sociétés sont en augmentation;
35 Sociétés sont en diminution;
21 Sociétés sont stationnaires.

Les augmentations sont de......	554 sociétaires.
Les diminutions sont de........	191 —
Bénéfice	363 —

En soustrayant, comme cela est juste, du chiffre des diminutions celui de 80 décès, le bénéfice s'accroît et s'élève au chiffre 443.

En somme, l'Association générale réunit aujourd'hui, dans tous les éléments de l'œuvre, le nombre de 6,014 sociétaires.

SITUATION FINANCIÈRE.

M. le secrétaire général indique la situation actuelle de l'avoir de l'Association :

Caisse générale..........	66,432 47
Caisse de pensions viagères d'existence...	38,227 50
Société centrale..........	29,154 17
Sociétés locales..........	243,251 27
Total général........	377,055 41

L'Association générale des médecins de France possède donc en ce moment un capital de.............................. 377,055 41

L'excédant de notre avoir sur celui de l'an passé est de.. 62,637 70

Devant ces chiffres, messieurs, que de réflexions se présentent! Ne dépassent-ils pas tout ce que les plus consolantes prévisions avaient pu concevoir? Si dans une première période de cinq ans la fortune de l'Association a pu s'élever à un chiffre aussi considérable, que sera-ce au bout de la prochaine période, que sera ce dans dix ans, dans quinze ans, dans vingt ans?

Depuis, messieurs, un grand fait s'est produit parmi nous, c'est la fondation de la caisse des pensions viagères d'assistance. Moins que jamais aujourd'hui les Sociétés locales, après l'étude si complète qui a été faite de ce sujet, après le lumineux rapport de M. Davenne, après les discours si pénétrants et si topiques de MM. P. Andral et Bosviel, après

votre décision enfin, décision solennelle et à peu près unanime, moins que jamais les Sociétés locales, à notre sens, peuvent penser à établir dans leur sein des caisses de retraite. Mieux elles feraient d'imiter la Société centrale et la Société de l'Allier, qui l'une et l'autre ont fait un don à notre caisse des pensions viagères. Si toutes nos Sociétés locales agissaient de même, si tous les ans un don nous arrivait d'elles et qui s'ajouterait à la subvention de la caisse générale, aux dons et aux legs qu'elle recevra certainement, l'époque de son fonctionnement serait bien vite rapprochée, et ce fonctionnement serait aussi plus efficace que la prudence n'a permis de le prévoir.

Après avoir indiqué quelques critiques de cette institution, M. le rapporteur ajoute :

Heureusement, ces critiques sont isolées et se perdent dans l'immense concert de satisfaction que partout a produit notre fondation nouvelle.

La caisse des pensions viagères a reçu plus encore que de bonnes pensées et de belles paroles. Ses donateurs sont déjà nombreux et leurs offrandes importantes. En voici l'énumération :

De M. le docteur Brun	1,000	»
— Henri Roger	500	»
— Gallard	200	»
— baron Larrey	100	»
— Rayer	1,000	»
— Civiale	1,000	»
— Brierre de Boismont	1,000	»
— Durand-Fardel	100	»
De la Société centrale des médecins de France	1,000	»
De M. le docteur Teissier (de Lyon)	200	»
— Diday (de Lyon)	200	»
— Amédée Latour	200	»
— Bossion	100	»
D'un anonyme, par les mains de M. le Dr Compérat	100	»
De la Société chirurgicale de Paris	100	»
De M. le docteur Leroy d'Étiolles	500	»
— Gros	200	»
— Cazeneuve	300	»
— de Pietra Santa	227	50
Du pseudonyme docteur Hœros, par les mains de M. le docteur Latour	200	»
De M. le docteur de la Corbière	500	»
— de Martin	100	»
— Ricord	500	»
— Seux	200	»
Total	9,527	50

Ces dons faits à la caisse des pensions viagères ont fait baisser le chiffre de ceux que la caisse générale avait reçus jusqu'ici. Cependant, elle en a reçu quelques-uns, et je dois vous les indiquer :

De S. M. l'Empereur	1,000	
De M. le docteur Ourgaud	500	
De madame veuve H. de Saint-Arnould	500	
Total	2,000	

Les dons ou legs faits aux Sociétés locales ont, cette année, une certaine importance. Parmi ces dons et ces legs, nous indiquerons le don fait par M. le docteur Simonin père, qui, en quittant la présidence de la Société de la Meurthe, lui a laissé la somme de 1,000 fr.; les dons de M. Barrier à la Société du Rhône; de M. Cazeneuve à celle du Nord; le don d'un anonyme à la Société du Bas-Rhin, et le legs fait par M. le docteur Schaeff, secrétaire de cette Société.

En résumé, les dons et les legs faits à l'Association dans tous les éléments de l'œuvre représentent une somme de 16.746 fr. 30 c.

N'oublions pas enfin le legs fait par M. le docteur Willeaume, à la Société de Vitry-le-Français, des livres de médecine de sa bibliothèque.

ASSISTANCE.

Nous avons eu l'honneur de vous le dire tous les ans : Vous verrez grossir de jour en jour le budget que vous consacrerez à l'assistance. Que ceux qui ont dédaigné, ou méconnu, ou critiqué ce côté secourable et consolateur de notre institution veuillent bien méditer le tableau que nous croyons devoir mettre sous vos yeux :

Première année	0,000 »	Les statuts s'opposent à toute distribution de secours.
Deuxième année	3,374 65	Secours exceptionnels.
Troisième année	6.232 75	Id.
Quatrième année	10,391 »	La caisse de secours commence à fonctionner.
Cinquième année	18,903 »	La caisse de secours entre en plein fonctionnement.

Ce tableau doit vous saisir, messieurs; et s'il peut porter dans vos esprits cette conviction qui est dans le nôtre, que le but d'assistance et de secours de notre Association n'est ni une illusion ni une déception, nous serons heureux des efforts que nous tentons pour vous en convaincre.

L'Association générale a donc consacré, cette année, une somme de 18,903 fr. pour secourir ses infortunes confraternelles, pour venir en aide à ceux de ses sociétaires atteints par le malheur, aux veuves de ses associés ou à leurs enfants.

Voici comment se décompose cette somme :

Par la caisse générale aux Sociétés locales	1,500
Par la Société centrale	3,700
Par les Sociétés locales	13,703

Plusieurs de ces secours s'élèvent à des sommes importantes. Dans le relevé que j'en ai fait figurent des sommes de 300 fr., de 400 fr., de 500 fr., de 600 fr., de 700 fr., de 800 fr., de 1,000 fr. Je vous fatigue peut-être par ces détails; mais, messieurs, il faut avoir été souffrant et malheureux pour comprendre les bénédictions qui accueillent cette manne tombant du ciel sur une famille qui a épuisé tous les sacrifices, plongée dans les angoisses du besoin, ou en proie aux terribles atteintes d'une longue maladie. Et quand le secours arrive imprévu, spontané, sans sollicitation aucune, ainsi que l'a reçu cette année un honorable confrère de la Société de la Loire-Inférieure, dont une longue et cruelle maladie avait tari toutes les ressources, et qu'une pudeur mal comprise empêchait de réclamer ses droits à la mutualité; et quand le secours est vraiment efficace, comme il l'a été ici, secours de 1,000 fr. offert avec cette délicatesse qui calme la pudeur la plus sensible, messieurs, cela est touchant, cela est beau, cela fait s'attacher de plus en plus à une institution qui réalise de pareils bienfaits et sous une forme si charmante.

Vous appreniez l'an passé que l'Association avait déjà un pupille; cette année elle en a deux, peut-être trois. La Société du Cher, suivant le bel exemple donné par la Société de l'Allier, a, pour ainsi dire, adopté le jeune fils de l'un de ses associés décédé et a résolu de pourvoir aux frais de son instruction classique.

Dans la Société de l'Yonne, le jeune fils d'un membre décédé a reçu la somme de 400 fr. pour l'achat du trousseau réglementaire du lycée, et de plus, les membres de l'Association ont agi dans le cercle de leurs relations pour assurer à leur jeune protégé une exonération de frais plus considérable.

Une demande de bourse dans un des lycées du département du Nord, en faveur du fils d'un des membres de la Société décédé a été chaudement sollicitée, par l'honorable président de cette Société. M. le préfet a bien voulu appuyer la demande auprès de M. le ministre, dans des termes qui en assurent à l'avance le succès.

Vous voyez que ce n'est pas seulement par des secours matériels que l'Association est utile à ses membres, à leurs veuves, à leurs enfants; elle use aussi, et souvent avec fruit, de son influence morale.

Ainsi dans la Dordogne, la veuve de l'un des fondateurs de la Société, sur les démarches faites auprès du préfet du département par son honorable président, a été nommée directrice des postes dans un chef-lieu de canton.

Ainsi encore, la Société du Puy-de-Dôme a demandé l'appui du conseil général et surtout de notre illustre président pour obtenir en faveur de l'un de ses membres, un honorable officier de santé qui s'était rendu à Montpellier pour y prendre le titre de docteur, l'exonération de ses frais d'examen. Avec l'empressement que vous lui connaissez, M. Rayer se rend au ministère de l'instruction publique et obtient cette faveur très-précieuse pour cet intéressant confrère.

Tel est, messieurs, pour cette année, notre bilan d'assistance. Vous le voyez, *crescit eundo*, le petit ruisseau devient rivière; bientôt nous le verrons, large fleuve et profond, rafraîchir de ses ondes bienfaisantes toutes nos infortunes. C'est le but pieux et confraternel de notre institution. La famille médicale existe aujourd'hui et dans toutes les conditions respectables et morales que ce beau nom de famille impose. Le père est secouru et protégé, bientôt il sera garanti contre les éventualités du sort; la veuve a trouvé un soutien, les enfants une adoption, et, par une disposition touchante de nos statuts, qui n'appartient qu'à notre institution, elle a pieusement pensé aux ascendants; jusqu'à eux notre mutualité remonte, à ceux qui ont aimé et protégé notre enfance et qui nous ont donné l'exemple de leur courage et de leurs vertus.

M. le secrétaire se livre ensuite à l'exposé très-étendu des actes de l'Association aux points de vue de la protection et de la discipline; il passe ensuite en revue les actes divers de l'Association et de ses membres, et il termine ainsi :

Cet exposé de la cinquième année de l'Association générale traduit, messieurs, un progrès réel sur lequel pas n'est besoin que j'insiste pour en faire sentir la signification matérielle et morale. Notre institution s'affirme de plus en plus par son extension continue, par ses bienfaits croissants, par ses garanties protectrices qui, de plus en plus, se régularisent en se systématisant par son action moralisatrice de jour en jour plus reconnue, par sa notoriété plus accusée, par son influence plus acceptée et par sa pénétration plus accentuée auprès des pouvoirs publics. Nous n'avons qu'un pas à faire pour obtenir le grade le plus élevé qui puisse être accordé aux institutions de ce genre : sa reconnaissance

comme établissement d'utilité publique, qui doit nous donner quelques avantages et quelques privilèges qui nous manquent encore. L'Association l'obtiendra parce que ses services publics sont incontestables. Le conseil général, dont les fonctions expirent, a voulu laisser l'honneur de cette obtention à celui qui va lui succéder, et cela lui sera facile, parce qu'il conservera l'impulsion digne et prudente, conciliatrice et ferme que son illustre président lui a imprimée, que tous les présidents de l'œuvre ont suivie avec reconnaissance, par laquelle l'Association tout entière s'est laissé guider, en conservant partout une déférente indépendance.

Ce qu'a fait l'Association depuis cinq ans est considérable, l'opposition systématique ou l'aveuglement peuvent seuls le nier; et cela dans la période la plus périlleuse de sa première enfance, quand tout était faiblesse en elle et quand autour d'elle tout était obstacle et embarras. Elle s'est trouvée en présence d'une montagne énorme qu'elle ne pouvait ni tourner ni creuser, mais qu'il fallait gravir, alors qu'aucun pas humain n'avait tracé de sentier, et que des glaciers et des précipices menaçaient de toutes parts le voyageur téméraire. Un homme de cœur se rencontra qui céda aux excitations qui lui étaient faites; il prit avec courage son bâton ferré et résolûment il tenta cette périlleuse ascension. Ce fut M. Rayer. A son exemple et à sa voix, de vaillants compagnons accoururent, vous tous, chers collègues de la commission organisatrice, vous tous, honorables présidents des Sociétés locales, vous tous, membres anciens ou nouveaux de notre chère institution.

Et dans ces cinq ans qu'avez-vous fait?

Vous avez uni six mille médecins, jusque-là étrangers les uns aux autres, parcourant jusque-là les voies tristes et stériles de l'individualisme, vous les avez unis par les liens de la solidarité et de la mutualité confraternelles;

Vous avez secouru vos malades, vos infirmes, vos vieillards; vous avez donné aide et assistance aux veuves de vos confrères, et vous avez adopté leurs enfants;

Vous avez fondé cette caisse de pensions viagères dont les destinées, oui, je le dis avec confiance, sont plus brillantes que vous ne le pensez tous;

Vous avez déjà réuni un capital considérable qui, grossissant vos rentes, vous permet une plus large assistance à vos confrères malheureux;

Pour la protection de vos droits vous avez obtenu de plusieurs tribunaux et cours impériales des jugements et arrêts qui consacrent votre droit d'intervention contre l'exercice illégal, non-seulement au point de vue du dommage matériel, mais encore, et à cela vous êtes plus sensibles, au point de vue du dommage moral fait à notre belle profession;

Ne pouvant donner à la loi plus d'énergie ou de sévérité, vos conseils judiciaires ont su en tirer une application nouvelle et féconde, le cumul des peines, qui, en plusieurs localités, ainsi que vous en trouverez le témoignage dans nos comptes rendus, a suffi pour mettre en fuite tous ces vampires du sang et de l'argent de leurs malheureuses victimes;

Votre position devant les tribunaux à titre d'expert, et non plus de témoin, a été élevée et ennoblie;

Vos rapports avec les Sociétés de secours, grâce à votre prudence et à votre modération, s'améliorent de jour en jour; votre influence morale tous les jours s'accroît auprès du clergé, des magistrats, de l'administration.

Pourquoi, messieurs?

Parce que l'Association est aujourd'hui une grande institution, un grand corps qui marche à la conquête de ses droits non pas sous le drapeau d'un intérêt égoïste et professionnel, mais sous l'étendard du bien public, parce qu'il ne réclame pas pour lui un privilége, mais une amélioration sociale, parce qu'il le fait avec modération, patience et dignité.

Est-ce à dire que nous soyons parvenus au sommet de la montagne? Il serait prétentieux de le penser, il serait injuste de le demander. Bien du chemin nous reste à faire pour que nous puissions contempler les riants horizons qui là-haut nous attendent. Combien de nous ne le pourront! Mais, messieurs, que ce ne soit pas par défaillance.

« La destinée de l'homme, a dit l'un de vous, M. Barrier, président du Rhône, aussi bien que son devoir, est de ne s'arrêter jamais dans la recherche d'un état meilleur; et quelques conquêtes qu'il lui soit réservé de faire, il n'y rencontrera peut-être jamais le laurier à l'ombre duquel il lui sera permis de s'asseoir et de s'endormir. »

« Quand, dit encore l'un des vôtres, sous l'influence des douces chaleurs du printemps, la nature se réveille, que les bourgeons se gonflent et s'épanouissent, vous découragez-vous parce que l'arbre ne se couvre encore que de verdure? »

Pourquoi donc quelques accents de tristesse et comme de découragement dont j'ai trouvé la rare, mais pénible expression? Qui de vous avait pensé qu'après cinq ans, l'Association aurait trouvé pour tous vos griefs réparation, soulagement pour toutes vos douleurs, justice pour toutes vos plaintes? Cette illusion n'a jamais pu traverser vos esprits éclairés et pratiques.

Non, dans tous vos discours, dans vos assemblées générales, se réfléchit l'expression calme de la force et de la confiance, du courage et de la résolution; pas plus que nous, vous ne trouverez parfaite l'institution qui nous régit; comme nous, vous y voyez des imperfections et des lacunes; comme nous, vous la voyez susceptible de progrès; mais, comme nous aussi, vous pensez avec justice et justesse que c'est beaucoup de posséder le bien relatif.

Les coureurs antiques, selon l'expression du poëte, de main en main se transmettaient un flambeau dont l'agitation rendait la flamme plus brillante et plus vive. C'est l'image du progrès. Vous le transmettrez à vos successeurs, ce flambeau rayonnant de l'Association, et vous leur direz : Comme nous, soyez fidèles à sa noble devise : « Confraternité, dignité, liberté. »

Messieurs,

Le conseil général, qui voit demain se terminer la mission que vous lui avez confiée, vous remercie du concours bienveillant, empressé et sympathique qu'il a toujours trouvé auprès de vous. Depuis cinq ans, pas l'ombre d'un conflit ne s'est élevé entre vous et lui. Vous lui rendrez aussi cette justice, qu'il a toujours montré le plus scrupuleux respect pour votre liberté et votre autonomie. Ainsi se sont dissipées, par une expérience de cinq années, ces craintes d'absorption d'un côté, de sujétion de l'autre. C'est le seul éloge que les convenances aussi bien que le bon goût puissent me permettre de nos actes.

A l'exception de notre illustre président, dont la nomination ne dépend que de la volonté souveraine, votre droit d'élection peut s'exercer sur tous les autres membres du conseil général.

Il en est un, messieurs, qui, après avoir donné à l'Association toute son intelligence et tout son cœur, voyant s'affaiblir son courage et ses forces, voyait arriver avec bonheur pour lui, avec profit pour l'œuvre, le jour où le grand honneur que vous lui avez confié parvenait à son terme. Des circonstances, dont il ne doit compte qu'à sa conscience et à sa dignité, lui imposent le devoir de se représenter à votre scrutin. Plus reconnaissante qu'elle ne le devait, l'Association est venue le prendre dans son humble position de journaliste; après six années de travaux qu'il ne lui est pas permis d'apprécier, l'Association le retrouve journaliste, et rien de plus. Le journaliste et le secrétaire général viennent se soumettre à votre vote avec respect, non sans émotion, mais avec confiance.

Ce long rapport, dont la lecture a duré plus d'une heure et demie, malgré de nombreuses coupures, est suivi de marques non équivoques de sympathie et de bienveillance.

M. le docteur Sanderet, membre du conseil général, a la parole, et lit le rapport suivant sur le projet d'érection d'une statue à Laënnec :

Messieurs,

Sous l'inspiration d'une noble et juste pensée, un de nos distingués confrères de la province, M. le docteur Lediberder, a pris une initiative pour laquelle chacun de nous le remercie et l'honore. Médecin et Breton, il a senti s'émouvoir dans son cœur l'orgueil de la profession et de la patrie, et dans la dernière réunion de la Société locale du Morbihan, il émettait le vœu qu'une statue fût érigée à Laënnec, dans la ville de Quimper, qui fut son berceau. La Société du Morbihan, acceptant la motion par acclamation, a demandé que l'Association des médecins de France prît sous son patronage cette œuvre de gratitude publique, et le conseil général, qui a accueilli cette proposition avec le plus grand empressement, a décidé qu'elle serait soumise à votre assemblée, en chargeant le plus inconnu de ses membres de vous présenter un rapport en son nom.

Nous regrettons que le défaut d'espace nous oblige à supprimer la partie scientifique de ce rapport. M. Sanderet a parfaitement caractérisé les titres de Laënnec, que tout le monde juge et apprécie comme lui, mais qu'il a su louer dignement, même après les nombreux panégyriques dont l'auteur de l'auscultation a été l'objet.

Le conseil général, qui n'a pu mettre en doute votre adhésion à la pensée presque tardive d'élever à Laënnec un monument durable, doit cependant à sa mission de préciser clairement la nature et la portée de l'intervention qui vous est demandée. Personne, sans doute, n'a supposé que la souscription que nécessitera cette œuvre doive être converte entière par l'Association des médecins de France. L'Association ne peut accepter d'autre soin que celui de contribuer par son action directe et par son influence, au succès d'une grave et légitime entreprise. Elle ouvrirait une souscription à laquelle tous ses membres seraient invités à participer, mais elle l'étendrait à tout le corps médical, aux Académies, aux Facultés, au dehors, dans tous les milieux où l'on reconnaît les services de la science, où l'on sait goûter les remarquables travaux de l'esprit.

Sous ces conditions dont vous apprécierez, messieurs, les motifs et la réserve, le conseil général vous propose de nommer une commission qui s'occupera sans délai du projet dont il s'agit, qui pourvoira aux voies et aux moyens d'exécution, qui prendra enfin toutes les mesures nécessaires pour arriver à une réalisation digne du grand nom de Laën-

nec, digne de la médecine qu'il a honorée et qu'il protége encore dans son illustration.

Ce rapport est suivi d'applaudissements répétés.

M. le Président annonce que la commission sera nommée dans la réunion de demain, et il lève la séance.

A sept heures du soir, a lieu le banquet annuel offert à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales, dans les salons du Grand-Hôtel. M. le vicomte de Melun, membre du conseil supérieur des Sociétés de secours, M. Mourier, vice-recteur de l'Académie de Paris, M. Husson, directeur de l'administration de l'Assistance publique, avaient accepté l'invitation qui leur avait été offerte et ont pris place à côté de M. le Président. Deux cents personnes environ assistaient à cette fête, où MM. les présidents et délégués, placés entre leurs confrères de Paris, ont échangé les meilleurs sentiments de cordialité confraternelle.

Des toasts nombreux ont été chaleureusement accueillis :

A l'Empereur, bienfaiteur de l'œuvre, par M. Rayer;

A M. Rayer, par M. Mabit;

Aux Sociétés locales, à leurs présidents et à leurs délégués, par M. Michel Levy;

A la médecine militaire, par M. Crevillon;

Aux médecins de la flotte, par M. Michel Lévy;

Aux conseils judiciaires de l'Association, par M. Tardieu;

A M. Amédée Latour, par M. Ricord;

Aux absents, par M. le baron Larrey.

M. le docteur Briois a terminé cette fête par la lecture d'une pièce de vers intitulée : *Un songe prophétique*, qui a reçu les plus vifs applaudissements de l'assemblée.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE.

L'assemblée est convoquée pour midi, en prévision de la longueur de la séance, et à cette heure MM. les présidents et délégués des Sociétés locales sont réunis.

Le procès-verbal de la dernière assemblée générale est lu par M. Léon Gros, l'un des vice-secrétaires; il est adopté sans réclamation.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalerons une lettre de M. Ricord qui, en s'excusant de ne pouvoir assister à la séance de ce jour, envoie une somme de 500 fr., dont il fait don à la caisse des pensions viagères d'assistance.

M. Seux, président des Bouches-du-Rhône, remet également une somme de 200 fr. ayant la même destination.

L'assemblée est aussi informée que M. le baron Larrey, membre du conseil général, a offert une somme de 100 fr. destinée aux pupilles de l'Association.

L'assemblée vote des remerciments à ces généreux donateurs.

M. le Secrétaire général dépose sur le bureau et apprécie de la manière la plus flatteuse :

1° Un mémoire lu à la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry, par M. le docteur Rousseau;

2° Un rapport fait à la Société de l'Aube, par M. le docteur Bertrand;

3° Un travail très-volumineux présenté à la Société de la Moselle, par M. le docteur Finot;

4° Un rapport fait à la Société de la Gironde, par M. le docteur Méran.

Ces quatre travaux, relatifs à la révision des lois qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine, sont, sur la proposition de M. le Secrétaire général, renvoyés à l'examen du conseil général.

En l'absence de M. Chaillaux, agent comptable, regrettablement retenu par une indisposition, il est donné communication à l'assemblée de la situation financière de la caisse générale de l'Association.

En voici les résultats : En résumé, la caisse générale possède, en y comprenant la caisse des pensions viagères, un capital de 104,659 fr. 97 c., savoir :

En dépôt à la caisse des consignations..	93,800	»
En espèces, en caisse................	10,859	97
Total égal...	104,559	97

Au nom du conseil administratif, M. Davenne fait un rapport sur cet exposé, et propose d'adopter les comptes de M. l'agent comptable.

L'assemblée adopte et vote des remerciments à M. Chaillaux.

M. le Président annonce à l'assemblée, qu'en vertu du vote unanime qu'elle a émis dans la séance d'hier, il y a lieu de nommer une commission chargée d'aviser aux voies et moyens de réaliser la proposition d'ériger une statue à Laënnec. Pour éviter à l'assemblée une grande perte de temps, M. le président propose de nommer deux commissions, l'une générale, composée de tous les présidents des Sociétés locales, l'autre centrale, et dont il indique les membres.

L'assemblée adopte cette double proposition.

(Nous ferons connaître prochainement la composition de la commission centrale.)

L'ordre du jour appelle l'élection des membres composant le conseil général.

Trois urnes sont disposées à cet effet : la première destinée aux vice-présidents, la seconde au secrétaire général et aux vice-secrétaires, la troisième aux vingt-cinq conseillers.

Le vote a lieu par appel nominal.

Les quatre vice-présidents sortants, MM. Andral, Cazeneuve, Crevellhier et Mabit;

M. Amédée Latour, secrétaire général;

MM. Gallard et Léon Gros, vice-secrétaires;

MM. Bardinet, Bernard (Claude), Bertillon, Bouillaud, Conneau, Denonvilliers, Guérin (Jules), Houzelot, Jeannel, Jobert (de Lamballe), le baron Larrey, Laugier, Lévy (Michel), Leomme, Mélier, Michon, Ricord, Sanderet, Ségalas, Tardieu, Vastel, Vernois, conseillers;

Sont réélus, les uns à l'unanimité, les autres à la majorité des suffrages;

M. le docteur Barth est élu en remplacement de M. Villermé, décédé;

M. le docteur Barrier (du Rhône), et M. le docteur Seux (des Bouches-du-Rhône), sont élus en remplacement de deux membres de l'ancien conseil général.

Ces scrutins étant terminés, la parole est donnée à M. Amédée Latour pour présenter, au nom du conseil général, un rapport sur cette question :

« Y a-t-il opportunité à demander aux pouvoirs publics la révision des lois qui régissent l'exercice de la médecine? »

Après avoir indiqué les conditions intrinsèques et extrinsèques qui rendent favorables ou difficiles les réformes en ce qui touche la législation médicale, M. le rapporteur continue et termine en ces termes :

« Cependant les circonstances sont changées. Il ne paraît pas exorbitant de croire que l'Association, ses plaintes, ses vœux si généralement exprimés, n'ont pas été sans influence sur les conditions nouvelles qui se présentent.

« Ces circonstances, vous les connaissez.

« Il a été à peu près officiellement annoncé, et il paraît certain que le conseil d'État est chargé d'étudier et d'élaborer une loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

« En vue et comme conséquence de cette condition, vous savez aussi que M. le ministre de l'instruction publique a nommé, l'été dernier, une commission importante par le nombre et l'autorité de ses membres, qui a été chargée de lui présenter un rapport sur le même sujet.

« Il paraît donc certain et avéré que dans les hautes régions du pouvoir, on s'occupe de nous.

« Pouvons-nous ne pas nous en occuper nous-mêmes?

« Mais de quelle façon devons-nous nous en occuper?

« Ici, messieurs, le conseil général s'est trouvé dans un grand embarras, et j'ai mission de vous le dire.

« En se tenant à la lettre même de la proposition que vous avez accueillie l'an passé, il pouvait vous répondre purement et simplement : Oui, il y a lieu pour l'Association de demander la révision des lois qui régissent l'exercice de la médecine.

« Mais le conseil général a pensé que l'esprit de votre proposition était plus large et plus élevé et qu'un grand corps comme l'Association avait d'autres devoirs à remplir qu'à exprimer platoniquement un désir aussi vague.

« Que faire donc?

« Le conseil général, nous vous le disons sans détour, ne s'est pas trouvé suffisamment autorisé par vous pour tenter un acte quelconque, qui ne peut avoir influence et autorité qu'à la condition d'être l'émanation et la manifestation de l'Association tout entière. Or, rien de semblable ne se présente. Nous trouvons bien dans la grande majorité de vos comptes rendus l'expression de vos vœux en faveur de la révision de la loi; quelques-uns, à la vérité, contiennent des rapports et des mémoires d'une grande valeur. Ainsi nous citerons le mémoire lu par M. le docteur Rousseau, à la Société de Laon, qui commence par une déclaration de principes en faveur de la dignité et de l'utilité de la médecine, et qui se termine par un projet de loi, à peu près complet, sur l'enseignement et l'exercice;

« Un mémoire très-remarquable présenté à la Société de l'Aube, par M. le docteur Bertrand, et qui se limite davantage aux points relatifs à l'exercice;

« Un très-bon rapport, suivi de propositions, élaboré par une commission nommée par la Société locale de la Gironde, et dont M. le docteur Meran a été l'éloquent interprète;

« Enfin un travail volumineux présenté à la Société de la Moselle, par M. le docteur Finot, travail très-digne d'éloges, dans lequel l'auteur a colligé les lois, édits, arrêts, ordonnances, concernant l'enseignement et l'exercice de la médecine en France, depuis le quatorzième

siècle jusqu'à la fin du dix-huitième; travail qui n'a pas seulement une grande valeur historique, mais qui est encore rempli d'excellents conseils, et notamment celui de ne faire porter vos réclamations que sur un certain nombre de points précis et sur lesquels nous soyons tous à peu près d'accord.

« Il est évident que ce n'est pas avec ces seuls matériaux, quelque estimables qu'ils soient, et ils le sont beaucoup, que le conseil général a pu concevoir l'espoir d'exprimer la pensée de toute l'Association.

« D'un autre côté, le conseil général devait-il vous proposer un programme de vœux à présenter aux pouvoirs publics? Il ne l'a pas cru, et cela à cause de la nature et de la brièveté de ces réunions, dans lesquelles il serait impossible de discuter avec fruit et sans préparation préalable, une seule des questions de ce programme.

« Le conseil général, tout en croyant à l'opportunité de s'occuper des questions relatives à la révision de nos lois, est arrivé à cette conviction qui rien de sérieux et d'efficace ne peut être tenté avant que l'étude de ces questions, mise immédiatement à l'ordre du jour de toutes nos Sociétés locales, ait produit une résultante de vœux qui puisse être considérée comme l'expression réelle de l'Association.

« Dans des circonstances aussi importantes et qui engagent la famille médicale, le conseil général ne veut et ne peut être que son comité exécutif. Il veut laisser aux Sociétés locales toute leur initiative et leur spontanéité; il veut être leur interprète et non leur guide.

« Le conseil général invite donc toutes les Sociétés locales à se mettre immédiatement à l'œuvre, à étudier avec soin toutes les questions qui doivent se traduire par des vœux et à lui transmettre ensuite les résultats de ses délibérations afin qu'il en fasse, au moment le plus opportun, le meilleur et le plus prompt usage.

« Sans pouvoir rien affirmer à cet égard, le conseil général croit que si les Sociétés locales se mettent immédiatement au travail, le temps ne leur manquera pas. Il ne croit pas probable la présentation de la loi à la prochaine session du Corps législatif; cette présentation serait-elle faite, il ne croit pas possible la discussion.

« Sans doute l'Association manque d'un élément important d'étude et de discussion, à savoir la connaissance des dispositions législatives proposées ou adoptées par le conseil d'État. Elle n'a guère pour se guider que ce qui a transpiré je ne dirai pas grâce aux indiscrétions de la presse, mais grâce à sa vigilance, des résolutions prises par la commission instituée par M. le ministre de l'instruction publique. Ces résolutions ont-elles été et seront-elles adoptées par le conseil d'État? Nous l'ignorons complétement.

« Si le conseil général, justement effrayé de la responsabilité qui pèserait sur lui en intervenant dès aujourd'hui de son propre chef, a reculé devant une manifestation immédiate, s'il croit même qu'il dépasserait ses attributions en formulant un programme quelconque, et s'il pense qu'il faut laisser aux Sociétés locales leur liberté et leur spontanéité d'études et d'action, il ne croit blesser aucune convenance en exprimant le désir que les Sociétés locales fassent tous leurs efforts pour arriver à la plus grande uniformité possible et à l'unanimité même si l'on pouvait l'espérer, dans la manifestation de leurs vœux.

« Pour cela, le conseil général croit à la nécessité pour l'Association de borner le programme de ses études et de le limiter à l'examen de quelques points principaux, ainsi que l'a fort judicieusement proposé la Société de la Moselle.

« Les Sociétés locales auront à examiner dans leur sagesse si l'intervention de l'Association, limitée aux questions de l'exercice de la médecine, ne sera pas déjà une immixtion considérable, et s'il ne serait pas périlleux de l'étendre jusqu'aux questions de l'enseignement.

« Les Sociétés locales examineront aussi dans leur prudence et leur sens pratique s'il n'y a pas tout avantage à s'en tenir, dans la manifestation de leurs vœux, aux points afférents à la loi de ventôse, qui seule est en discussion, et si ce ne serait pas s'exposer à des inconvénients graves et à un échec certain de demander, dans un intérêt professionnel, des modifications au droit commun, à la législation générale, à tel ou tel article du code civil, etc.

« Le conseil général ne peut s'empêcher de vous exprimer cette opinion qu'ainsi réduite et concentrée, l'action de l'Association sera plus efficace et restera d'ailleurs bien suffisamment étendue.

« En résumé, messieurs, le conseil général pense qu'il y a opportunité pour l'Association de s'occuper de la révision de la législation médicale en vue du projet de loi, dont il paraît certain que le conseil d'État est déjà chargé.

« En conséquence, il invite toutes les Sociétés locales à mettre immédiatement à leur ordre du jour l'étude des questions sur lesquelles elles désirent que porte la révision de la loi actuelle;

« Il les invite à lui adresser, d'*ici au premier mars prochain*, les résultats de leurs études et l'expression de leurs vœux;

« Enfin, le conseil général demande à l'assemblée générale ses pleins pouvoirs pour employer les vœux de l'Association de la manière qu'il croira la plus opportune et la plus efficace. »

Les propositions qui terminent ce rapport sont adoptées à l'unanimité, et l'assemblée vote l'impression immédiate du rapport et sa distribution à tous les membres de l'Association générale.

L'ordre du jour appelle la communication des propositions et des vœux émis par les Sociétés locales.

Plusieurs présidents et délégués prennent successivement la parole, et l'Assemblée décide que tous les vœux, rentrant dans les questions relatives à la révision de la loi, sont, conformément au vote qui vient d'avoir lieu, renvoyés aux Sociétés locales, et que quelques autres plus spéciaux sont recommandés à l'attention du conseil général.

A cinq heures, l'ordre du jour étant épuisé, l'assemblée se sépare après avoir reçu les remercîments et les félicitations de M. le président.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE SEPTEMBRE, par M. le docteur DUMONTPALLIER, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LES ALTÉRATIONS DU TISSU MUSCULAIRE DANS LA PARALYSIE DITE ESSENTIELLE DE L'ENFANCE; par J. V. LABORDE.

Il est peu de maladies qui aient donné lieu à plus de confusions que celle qui a été si improprement dénommée *paralysie essentielle de l'enfance*. Nous sommes en mesure de démontrer, par des preuves directes et positives, que cette affection n'est rien moins qu'*essentielle*, attendu qu'elle est constituée par une lésion primitive du système nerveux spinal; mais ce n'est point de cette lésion que je veux m'occuper aujourd'hui, devant consacrer bientôt à son étude un travail complet. Je désire seulement attirer l'attention de la Société sur une altération particulière du tissu des muscles frappés par cette espèce de paralysie, altération qui n'a pas été, que je sache, décrite jusqu'à présent ni peut-être observée.

On a regardé jusque dans ces derniers temps, et sur la foi de M. Duchenne (de Boulogne), la *dégénérescence graisseuse* comme l'expression *unique* des altérations du tissu musculaire dans la paralysie de l'enfance; le résultat de nos recherches impose, comme on va le voir, une assez large restriction à cette loi un peu prématurément posée. Et d'abord, de l'une des autopsies qu'il nous a été permis de pratiquer, il ressort qu'après deux années de paralysie plus ou moins complète (paralysie ayant sa source dans une lésion primitive et parfaitement déterminée de la moelle épinière), les muscles atteints peuvent n'en subir aucune dégénérescence, et ne présenter qu'une simple modification atrophique exprimée seulement par de la *pâleur* et de l'*amincissement* de la fibre musculaire. Quelque remarquable et intéressant que soit le fait, en raison surtout de la lésion myélitique coexistante, nous ne ferons ici que l'énoncer pour arriver à l'objet essentiel de notre communication.

Il s'agit de l'état morbide révélé par l'examen histologique des muscles ou plutôt des vestiges de muscles que je viens de mettre sous les yeux des membres de la Société, avec les dessins où ils ont été représentés; nous avons pu suivre et étudier cet état morbide à toutes les périodes successives et progressives de son évolution, laquelle se trouve assez exactement exprimée par les cinq degrés qui suivent :

1° Dans un premier degré, on aperçoit comme des traces évidentes de la striation des faisceaux musculaires; mais cette striation est singulièrement diminuée : elle est comme espacée; les larges intervalles où elle n'existe plus sont remplis de granulations moléculaires opaques, dont un grand nombre recouvrent aussi les faisceaux striés persistants. Ces granulations survivent complétement au traitement par l'éther et par l'alcool; leur nombre diminue sensiblement sous l'influence de l'acide acétique peu étendu. Cet état, qui paraît être une des premières phases du travail morbide, se rencontre dans les muscles les moins altérés en apparence, et qui ont conservé quelques faisceaux rougeâtres encore visibles à l'œil nu.

2° A un degré plus avancé, la striation ne laisse presque plus de trace appréciable; seules les fibres longitudinales, presque dépourvues d'ondulations, apparaissent dans les faisceaux primitifs et secondaires; le composé granuleux est toujours très-abondant.

3° Dans un troisième degré, la striation a complétement disparu; les faisceaux de fibres longitudinales qui seuls persistent sont eux-mêmes plus rares; en tout cas, ils sont comme étouffés sous des amas de granulations de même nature que celles dont il vient d'être question. Les espaces interfasciculaires sont remplis de fibres serrées de tissu cellulaire avec quelques noyaux épars.

4° La quatrième phase du processus morbide ne représente plus, pour ainsi dire, que le squelette du faisceau musculaire; tout au plus contient-il encore quelques linéaments de fibres longitudinales; c'est l'état granuleux qui domine, car les granulations composent à elles seu-

les le contenu desdits faisceaux; ceux-ci d'ailleurs sont devenus très-rares; les espaces qu'ils laissent entre eux sont plus larges qu'à l'état normal, et les fibres de tissu cellulaire y sont, en conséquence, relativement plus abondantes.

5° Enfin, au degré ultime de l'altération, non-seulement toute trace du tissu musculaire proprement dit a disparu, mais encore le composé granuleux n'existe presque plus, comme si son rôle était accompli; seuls les tubes vides transparents et hyalins du myolemme persistent; quelques rares granulations se voient le long de leurs parois; ces tubes sont d'ailleurs très-espacés et entourés de fibres de tissu cellulaire et fibreux auxquelles se mêlent quelques éléments de tissu élastique.

Les deux derniers degrés expriment l'état des muscles qui ont totalement perdu leur aspect normal et ne sont plus constitués que par une sorte de cordon grisâtre d'apparence fibreuse.

Telle est l'altération que nous a offerte le tissu musculaire dans le cas dont il s'agit; cette altération se prête à une interprétation facile: il s'agit d'une destruction progressive de la fibre musculaire avec *état granuleux* sans substitution graisseuse; c'est une atrophie complète que l'on pourrait appeler *granuleuse*; le muscle, en dernière analyse, se trouve réduit à son état embryonnaire, et encore n'est-ce qu'un état embryonnaire imparfait.

Nous bornerons là nos réflexions, nous proposant de revenir, en détail, sur les questions intéressantes que soulève le fait et sur les lumières qu'il est de nature à projeter sur la solution de plusieurs problèmes pathologiques.

2° Conclusions principales d'un mémoire sur les altérations anatomiques du rein dans l'albuminurie; par M. V. Cornil.

1° La congestion rénale ne suffit pas pour produire l'albuminurie; pour que l'albumine passe dans l'urine, il est nécessaire qu'avec la congestion coexiste une lésion anatomique des cellules épithéliales des tubuli.

2° Cette lésion des cellules épithéliales qu'on trouve constamment dans toute albuminurie, quelque légère, quelque passagère qu'elle soit, consiste dans la tuméfaction trouble des cellules épithéliales remplies d'abord de granulations protéiques, puis de granulations graisseuses. Cet état du contenu des tubes urinifères se rencontre, (*a*) dans la néphrite albumineuse passagère, (*b*) dans la néphrite albumineuse persistante.

3° La néphrite albumineuse passagère (*nephritis catarrhalis* de Virchow et Rosenstein) s'observe très-souvent dans la fièvre typhoïde, le typhus, le choléra, la fièvre puerpérale, l'érysipèle, etc. Elle est caractérisée par l'état des cellules dont nous venons de parler.

4° La néphrite albumineuse persistante ou parenchymateuse comprend trois formes:

(*a*) La néphrite albumineuse simple qui peut succéder à la forme précédente, et qui en diffère seulement par des lésions plus profondes, plus générales, débute par une tuméfaction trouble des cellules et se termine par leur transformation complète en granulations graisseuses. C'est la plus fréquente de toutes les lésions du rein qui causent l'albuminurie.

(*b*) La néphrite albumineuse avec dégénération graisseuse des vaisseaux (artères, vaisseaux des glomérules, réseau capillaire). Bien que ces lésions puissent exister avec une néphrite albumineuse simple, on trouve en même temps, dans le plus grand nombre des cas, une atrophie commençante du rein et des granulations brightiques; ces granulations de la substance corticale du rein, toujours causées par l'atrophie des tubuli qui entourent la granulation, tandis que dans le nodule lui-même les tubuli et les glomérules conservent leur volume normal, n'ont pas besoin pour se produire de l'hypergenèse du tissu conjonctif du rein. On peut distinguer deux espèces de granulations du rein, suivant que le tissu même de la granulation est plus ou moins altéré que les parties qui l'entourent. Cette forme de maladie du rein succède toujours à la précédente.

(*c*) La néphrite albumineuse avec la dégénération dite amyloïde des vaisseaux. Il en existe deux variétés, suivant que les parties altérées se colorent seulement en brun par l'iode et l'acide sulfurique ou passent au contraire par toute la série des couleurs du prisme. Cette forme succède parfois à la forme (*a*) et n'en est qu'une complication.

5° Les cylindres épithéliaux et hyalins se rencontrent dans tous les cas en grand nombre dans l'urine des albuminuriques; ils peuvent se rencontrer, mais alors ils sont très-rares dans l'urine normale. Les cylindres hyalins cireux et encroûtés de granulations graisseuses ou couverts de cellules en dégénération graisseuse ont seuls de la valeur pour le diagnostic de la néphrite albumineuse persistante ou parenchymateuse.

6° La dégénération graisseuse des cellules peut se rencontrer dans les tubuli, bien qu'il n'y ait pas ou qu'il y ait très-peu d'albumine; ainsi que cela s'observe surtout dans les cas d'empoisonnement par le phosphore et dans l'ictère très-prononcé, quelle que soit du reste sa cause.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux; par le docteur Ch. Deval. Paris, Ch. Albessard et Bérard, libraires-éditeurs, 8 rue Guénégaud.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

L'enchaînement existant entre les désordres de la choroïde et ceux de la rétine ont donné l'idée à l'auteur de les réunir dans un seul chapitre, et ce chapitre est un des meilleurs du livre. Si l'on peut reprocher à M. Deval d'avoir admis autant d'espèces d'amauroses qu'il y a de causes productrices, tout cela est si bien et si méthodiquement décrit qu'il y a peu de place pour la critique.

Nous regrettons de ne trouver que quelques lignes au sujet de l'amaurose produite par l'embolie de l'artère centrale de la rétine, dont l'ophthalmoscope a révélé et précisé les principaux détails. Les recherches toutes modernes sur cette affection méritaient d'être énumérées avec plus de détail que l'amaurose *pellagreuse*, *pliqueuse*, et les dix-huit variétés admises par l'auteur. Quelques lignes à peine sont consacrées à l'embolie de l'artère centrale de la rétine, et cependant M. Deval, familiarisé avec la langue et la littérature ophthalmologique allemandes, était mieux placé que tout autre pour examiner cette question qu'on ne trouve même pas indiquée dans les traités classiques d'ophthalmologie.

Cette question se rattache à l'anatomie pathologique et à l'ophthalmologie; on sait que des dépôts fibrineux ou de toute autre nature, détachés de la surface interne du cœur ou des gros vaisseaux, peuvent, entraînés par le courant sanguin, obstruer et oblitérer des vaisseaux plus petits; c'est ce que les anciens nommaient *embolie* et que les modernes désignent sous le nom de *migration des caillots*.

Pour ce qui concerne l'ophthalmologie, on sait que des ophthalmies intenses peuvent résulter de l'oblitération de l'artère pulmonaire ou de ses principales branches; Virchow attribue ces ophthalmies à l'anhématosie; Klinger a observé l'exophthalmie dans les embolies pulmonaires, et M. Liebreich rapporte (*Atlas d'ophthalmoscopie*) un cas de cyanose de la rétine coïncidant avec un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, et une hypertrophie considérable du ventricule droit.

Lorsque les dépôts obturateurs se manifestent dans le système vasculaire de la rétine, ils constituent un affaiblissement visuel qui se termine ordinairement par la cécité complète; c'est l'amaurose embolique. Les caractères principaux de cette amaurose se résument ainsi: pâleur de la papille, milieux transparents, ordinairement à l'état normal, pupille dilatée, artères rétiniennes rétrécies et complètement vides, veines dilatées et par intervalles remplies de caillots. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'amaurose produite par l'embolie de l'artère centrale de la rétine est souvent incurable.

Un fait a constater et que nous avons déjà indiqué, c'est que ces sortes d'amauroses coïncident avec les affections organiques du cœur. M. Virchow, en faisant des recherches sur l'obturation des vaisseaux, trouva les subdivisions de l'artère rétinienne remplies de masses granuleuses identiques à celles qui existaient dans l'endocarde gauche; le malade avait été frappé d'amaurose complète sept jours avant sa mort.

Un malade, qui se présenta à la clinique de M. de Graefe était devenu complétement amaurotique de l'œil droit quelques jours après avoir reçu un coup sur le thorax et craché beaucoup de sang; l'embolie de l'artère rétinienne était bien caractérisée, et l'on constata en même temps l'existence d'une sténose des valvules sigmoïdes de l'aorte dépendant selon toute probabilité d'une endocardite.

M. Koebner (de Breslau) présenta, en juin 1861, à l'ancienne Société médicale du Panthéon, l'observation d'un enfant qui, à la suite d'une course trop rapide, devint amaurotique des deux yeux, les artères rétiniennes étaient très-rétrécies et vides, les veines, au contraire, remplies çà et là de corps cylindriques d'un rouge cerise foncé et offrant des intervalles très-légèrement rouges et transparents. Ces altérations coïncidaient avec un bruit systolique très-prononcé et avec une impulsion forte et un peu déplacée à gauche de la pointe du cœur, bruit identique dans l'aorte thoracique.

Un amaurotique de la plaine des Grecs (une des colonies albanaises établies en Sicile depuis plusieurs siècles), vint nous consulter l'année dernière pour une amaurose complète à l'œil droit, très-avancée à l'œil gauche; le malade pouvait à peine se conduire, l'ophthalmoscope nous fit constater à l'œil droit une atrophie de la papille, des

dépôts fibrineux dans les subdivisions de l'artère centrale de la rétine et une pâleur extrême de la papille à l'œil gauche. Les veines rétiniennes étaient très-distendues et presque doublées de volume. Cet amaurotique, qui est mort quelque temps après, avait été affecté depuis longtemps de rhumatisme articulaire, et lorsqu'il se présenta à notre observation on pouvait constater facilement un volume exagéré du cœur, de fortes palpitations et un bruit rude et râpeux.

Plusieurs autres faits existent dans la science concernant l'embolie des vaisseaux rétiniens; M. Liebreich l'a observée douze fois, huit de ces faits sont publiés; cette affection a été observée également par Blesig à Pétersbourg, par MM. Follin et Fano en France, par Schneller à Dantzick, etc.

Deux mots encore sur cette question. Il résulte des expériences de MM. Kœbner et Kohn qu'en injectant dans la carotide un produit anormal, on peut provoquer artificiellement dans l'œil des altérations organiques identiques à celles qui ont été observées dans l'amaurose embolique de l'artère centrale de la rétine.

Qu'on nous pardonne cette digression amenée par la lacune qui existe dans l'ouvrage de M. Deval. Somme toute, à cet ouvrage rempli de faits intéressants et de remarques judicieuses, on ne peut reprocher que l'absence de toute critique; nous parlons de la critique sérieuse et impartiale, et non de la polémique passionnée qui caractérise trop souvent les productions des spécialistes exclusifs. M. Deval a suivi une marche opposée; ses appréciations sont souvent par trop bienveillantes; cependant le désir de contenter tout le monde et une trop grande réserve, tout en constituant des qualités excellentes, ôtent à une publication importante l'intérêt qui s'attache aux discussions scientifiques, et privent le lecteur de la satisfaction qu'il éprouve ordinairement à voir certaines doctrines animées par la controverse.

Malgré les progrès accomplis de nos jours en ophthalmologie, on ne doit pas accepter sans contrôle des opinions encore en litige, et qui offrent matière à de nouvelles études.

S. Furnari, d. m.
Professeur et directeur de clinique ophthalmique à l'Université de Palerme.

VARIÉTÉS.

École supérieure de pharmacie : séance de rentrée le 9 novembre 1864.

Nous avons assisté mercredi passé à la séance de rentrée de l'École supérieure de pharmacie, et nous avons été touché et agréablement surpris de la noble simplicité de cette fête. Elle était pour nous une nouveauté, et la satisfaction qu'elle nous a procurée serait sans mélange, si nous pouvions passer sous silence les bruits inconvenants du parterre, un peu plus agité et remuant qu'on n'avait lieu de l'espérer dans une enceinte où règnent d'ordinaire le calme et le recueillement. L'honorable directeur de l'École, M. Bussy, a paru plus que surpris de ces interruptions qu'on peut pardonner à des collégiens, mais qui font peu d'honneur à des jeunes gens émancipés et hors de tutelle.

A l'École de pharmacie s'était réunie la Société de pharmacie, Société éminemment utile et active, dont les travaux ont été exposés avec un vrai mérite par M. Buignet. Le lumineux rapport de ce savant nous a frappé par sa netteté. Il n'est pas possible d'être plus précis, plus concis et plus méthodique. L'attention de l'auditoire n'a pas langui un seul instant, et la Société de pharmacie a trouvé dans son habile et consciencieux rapporteur un panégyriste accompli, qui a fait, sans y penser, sans le vouloir, le plus bel éloge de cette Société en exposant simplement ses actes.

A M. Buignet a succédé M. Cap. Nos lecteurs connaissent de longue date cet esprit curieux, et ils ont goûté souvent ses essais biographiques et historiques, si recommandables par la sûreté des informations et par la piquante nouveauté des détails. M. Cap, avec un zèle et une persévérance bien rares, s'est appliqué à rendre justice à nombre de savants oubliés, méconnus ou transfigurés par ces biographes peu scrupuleux qui ne remontent jamais aux sources, et qu'il rectifie, corrige et redresse, on sait avec quel succès. M. Cap fournira des notes curieuses et de précieux renseignements aux futurs historiens des sciences physiques et naturelles. Son éloge de Bayen nous a très-fort intéressé. Grâce à son nouveau biographe, cet excellent chimiste, qui fut un des précurseurs de Lavoisier, et nous pourrions dire un des auxiliaires les plus utiles de la nouvelle chimie, va reprendre son rang. Il a fait peut-être un tort irréparable à sa réputation par une vertu qui n'est pas commune, quoi qu'on en dise, parmi les savants d'une valeur reconnue. Bayen était modeste avec exagération, mais, il faut le dire aussi, sans affectation. M. Cap a dessiné avec une visible complaisance et non sans art cette physionomie honnête, d'un savant de second ordre, sans doute, mais dont la vie et la conduite sans reproches peuvent être proposées comme un exemple à tous ces ambitieux qui arrivent à la réputation, à la fortune et aux honneurs par la science.

Le rapport sur les quatre thèses les plus remarquables a été fait par M. Ducom et lu, en son absence, par un de ses collègues. Ce rapport n'a qu'un défaut, il est trop consciencieux ; aussi a-t-il paru trop long; et nous estimons que M. Bussy a eu grandement raison d'interrompre le lecteur pour le prier de passer aux conclusions.

Le rapport sur les concours pour le prix de l'École de pharmacie et pour le prix Ménier, a été fait par M. Guibourt, ce vieillard si vert, si actif, qui est un type presque aussi curieux que ces portraits qui tapissent les murs de la salle des actes et dont la vue rappelle les vrais titres de noblesse de l'École.

Cette salle des actes est merveilleusement belle, et les tableaux dont elle est décorée, et dont plusieurs ont une valeur réelle, lui donnent l'air d'un musée. Point de luxe pourtant; la simplicité règne partout dans cette vieille maison, qui est une des curiosités du vieux Paris. Nous ne regrettons pas notre voyage rue de l'Arbalète. L'École de pharmacie est logée aux antipodes; mais les amis de la science sérieuse sont trop heureux d'être reçus dans cet asile du travail honnête et du vrai savoir.

Les étudiants n'ont pas épargné les marques de sympathie à ceux de leurs condisciples qui ont obtenu des distinctions. Nous avons compté quatre prix en tout, et un encouragement; ce n'est pas trop, mais c'est assez.

J. M. Guardia.

— La séance solennelle de rentrée de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes a eu lieu le 3 novembre.

Les récompenses suivantes ont été accordées aux étudiants en médecine et en pharmacie :

En médecine, ont obtenu des prix : MM. Marcé, David, Monfort, Raingeard, Barthélemy et Guihal. Des accessits ont été accordés à MM. Kerguistel, Monfort et Dupont.

En pharmacie, un prix a été partagé entre M. Nedehe et Houdoux.

— Par décret en date du 26 octobre 1864, M. Jovart, vétérinaire en 2e, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour une place de chirurgien du Bureau central a été terminé dimanche par la nomination de M. Liégeois.

— Les questions écrites au concours du prix des internes sont, pour la première division : « Rapports du foie, valeur séméiologique de l'ictère; pour la seconde division : « Le ligament large, hématocèle péri-utérine. »

— Par suite de la non-acceptation de M. Verneuil, M. Demarquay a été désigné comme juge suppléant pour le concours des prix de l'internat.

— Un arrêté du roi des Belges fixe à 6,000 fr. la pension accordée à l'inspecteur général Vlemnckx, pour plus de 55 ans d'âge, plus de quarante années de service, et plus de dix ans d'activité dans son grade.

— Hôpital des Enfants malades. M. le docteur Henri Roger, agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants mercredi 16 novembre, et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures; leçons à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant aux eaux de Cauterets, commencera un cours public et gratuit d'histologie le mardi 15 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— Le mercredi 16 novembre, à midi, M. le docteur Fort commencera un nouveau cours particulier complet d'anatomie et de physiologie dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera tous les jours.

Les élèves seront exercés aux dissections.

On s'inscrit tous les jours, de dix heures à midi, chez le docteur Fort, boulevard de Sébastopol, 46 (rive gauche).

— On demande un médecin dans un chef-lieu de canton (département de l'Allier), à 12 kilomètres de Vichy, 2 kilomètres de la station du chemin de fer; quinze communes sans médecin.

S'adresser au bureau du journal.

— M. Drapier, bandagiste-herniaire, rue de Rivoli, 41, nous prie de publier l'avis qui suit:

Du 1er au 15 janvier prochain je délivrerai gratuitement, comme l'année précédente, mille bandages herniaires de première qualité aux ouvriers nécessiteux répandus dans les 69 communes du département de la Seine, lesquels ne peuvent obtenir aucun secours de l'Assistance publique de Paris.

Toutes les personnes pauvres qui résident dans la banlieue n'auront pour se présenter qu'à se munir d'un certificat émanant, soit du Médecin, du Maire ou du Curé.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

SUR LE VITALISME DE BARTHEZ A PROPOS DE LA SYNTHÈSE DES MATIÈRES ORGANIQUES; par le docteur ERN. BARTHEZ, médecin du prince impérial et de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc.

LETTRE A M. LE PROFESSEUR POGGIALE.

Très-honoré confrère,

Lorsqu'en 1860 eut lieu à l'Académie de médecine une mémorable discussion sur le vitalisme, vous avez dirigé contre la doctrine du principe vital une attaque que personne n'a oubliée. Dans cette lutte académique le nom de Barthez fut souvent prononcé, des phrases extraites des éléments de la science de l'homme furent citées à la barre de l'assemblée qui vous écoutait avec la faveur que mérite tout homme qui, comme vous, allie à l'énergie des convictions une science profonde et un grand talent d'exposition. Les opinions de Barthez étaient, à vos yeux, en opposition palpable avec les progrès accomplis de nos jours par la chimie.

A cette époque je vous adressai une lettre dans laquelle je m'efforçais de démontrer que les phrases incriminées n'avaient pas la signification que vous leur aviez attribuée, et qu'elles avaient trait à un ordre d'idées tout différent de celui que vous exposiez devant l'Académie. Vous avez bien voulu m'adresser une réponse qui me démontra que ma polémique était ou insuffisante ou peu claire; car je n'avais pas su me faire comprendre. Cependant j'abandonnai cette discussion, m'imaginant que le temps et la réflexion amèneraient peut-être, non pas une modification de vos doctrines, mais au moins une compréhension plus exacte des idées de Barthez.

Je m'étais trompé. Quatre années se sont écoulées, et vous venez de publier, dans la *Gazette médicale*, à propos des travaux de M. Berthelot sur la synthèse des matières organiques, un article très-intéressant que vous terminez ainsi :

« Quelles que soient les découvertes réservées aux générations futures, il n'est plus possible de supposer que le principe vital est la cause de tous les phénomènes que nous observons dans l'organisation végétale et animale, et que les substances de l'économie sont absolument soustraites aux lois de la physique et de la chimie... »

En parlant ainsi vous pensez, je suppose, contredire et détruire les opinions fondamentales du livre de Barthez, telles que celle contenue dans cette phrase : « Les affections du principe vital qui produisent et renouvellent dans un ordre constant les fonctions nécessaires à la vie sont absolument différentes des causes productives des mouvements qui ont lieu dans la nature morte, comme sont ceux que déterminent les opérations de la chimie. »

Je voudrais vous faire accepter que l'on peut être vitaliste dans le sens des idées de Barthez, c'est-à-dire croire que les lois du principe vital sont absolument étrangères aux lois connues de la mécanique, de l'hydraulique, de la physique et de la chimie, et, sans contradiction aucune, croire aussi que la force vitale ne détruit pas les affinités chimiques, et que les substances qui composent l'organisme vivant ne sont aucunement soustraites aux lois cosmiques que je viens d'énumérer. Pour atteindre ce but, je publie la lettre que je vous ai adressée en 1860, et j'y joins quelques commentaires destinés à éclairer les parties de mon discours restées trop obscures pour que la conviction pût pénétrer dans votre esprit.

Voici cette lettre :

Je n'ai pas l'honneur d'être connu de vous; cependant je prendrai la liberté de vous adresser quelques lignes à propos des discours que vous avez prononcés dernièrement à l'Académie de médecine. Ce n'est pas que je veuille défendre devant vous le vitalisme que vous avez attaqué avec autant de science que de vigueur. Bien que j'aie un peu étudié ces questions, bien que je reste vitaliste après ce que vous avez dit, je ne désire pas me mêler à des luttes dans lesquelles je n'apporterais pas d'autres idées que celles qui ont été émises, soit à la tribune académique, soit dans la presse médicale.

En vous écrivant, je poursuis un but plus restreint : c'est un simple intérêt de famille qui me guide. Je veux prendre la défense de Barthez, ou plutôt je me permets de vous donner quelques explications sur les idées de cet homme célèbre, idées qui n'ont pas toujours été comprises, et dont vous-même, monsieur le professeur, ne me paraissez pas avoir saisi le sens.

Je suppose qu'au moment où, après avoir appris la physique et la chimie, vous avez commencé vos études anatomiques, il vous soit venu dans l'idée de rechercher ce qu'ont pu dire les auteurs sur les usages des différentes pièces du squelette, et que le hasard vous ait conduit vers les phrases suivantes :

« Les apophyses épineuses des vertèbres sont dirigées diversement, de haut en bas ou de bas en haut, pour le plus grand avantage de l'action des muscles extenseurs des vertèbres.

« Leur direction de haut en bas est plus avantageuse que celle de bas en haut... dans les parties de la colonne vertébrale où la principale action des extenseurs doit être de porter la vertèbre supérieure vers l'inférieure...

« En effet, en considérant deux vertèbres dorsales contiguës on reconnaîtra ce qui suit :

« 1° Les extenseurs de la vertèbre supérieure sont...

« 2° La puissance résultante des forces de ces diverses cordes musculeuses agit sur l'extrémité du levier par lequel la vertèbre supérieure joue sur les points d'appui que lui donne successivement le cartilage intervertébral...

« 3° La direction de cette puissance... fait un angle plus grand avec la colonne vertébrale, si cette épine... est dirigée vers en bas que si elle l'était transversalement, ou bien en haut.

« 4° Donc, dans le premier cas, comparé aux deux autres, le sinus de l'angle susdit est plus grand, et la perpendiculaire tirée du centre de mouvement d'extension (ou du point d'appui) sur la puissance résultante (ligne qui est la même que le sinus de l'angle susdit) étant aussi plus grande, cette puissance musculaire doit avoir pour son action un avantage proportionné (suivant le principe connu de la mécanique). »

Après avoir étudié et compris cette explication, vous n'eussiez pas manqué de vous écrier : Celui qui a écrit ces lignes est bien per-

FEUILLETON.

LA TRENTE-NEUVIÈME RÉUNION DES NATURALISTES ET DES MÉDECINS ALLEMANDS A GIESSEN.

(Suite. — Voir le numéro précédent)

Le professeur Welcker (de Halle) communique deux faits de mouvements microscopiques qui reposent sur des conditions purement physiques et qui ont la plus grande analogie avec les mouvements observés dans l'organisme vivant. Le premier concerne des corpuscules sanguins placés sous une lamelle de verre dans de l'eau saturée de sel; on les voit avancer et reculer de manière à imiter parfaitement le mouvement moléculaire; ces mouvements sont dus à un phénomène d'endosmose. Le second fait est le suivant : Un tube capillaire est à moitié rempli d'alcool et d'eau, puis ses extrémités sont fermées à la lampe. De petites molécules contenues dans le liquide se portaient alternativement et d'une manière parfaitement rhythmique du fond du tube au ménisque du liquide, en augmentant de vitesse lorsqu'elles approchaient de ce ménisque pour retourner ensuite à leur point de départ. Ce mouvement, uniforme et régulier, dura deux jours. En examinant attentivement le tube, on s'aperçut qu'il offrait une petite ouverture correspondante à sa partie vide; dès lors il a dû se produire une évaporation lente à laquelle l'auteur attribue les mouvements observés.

Enfin le docteur Dippel trouve dans le mode de production des courants du protoplasme une preuve que ces courants doivent être regardés comme un effet des phénomènes de diffusion qui servent à l'accroissement de la cellule et non comme un phénomène de contractilité.

Le professeur Welcker a fait une curieuse et bizarre observation sur les poils des paresseux. Il a trouvé l'intérieur de ces poils occupé par des cellules végétales très-semblables à des cellules de *protococcus*. Ces productions constituent un parasite (*Pleurococcus Bradypi*) très-commun dans les poils de ces animaux, et que l'auteur décrit en détail dans un mémoire particulier qu'il vient de faire paraître dans le tome IX des *Mémoires de la Société d'histoire naturelle de Halle*.

Nous citerons encore une communication du professeur Wigand *sur la désorganisation des cellules*. D'après lui, les vaisseaux dits muqueux du canellier et de la guimauve doivent être regardés comme des cellules du liber modifiées. La gomme des ombellifères provient d'une désorganisation des membranes, les masses glanduleuses des branches du *robinia viscosa* sont le résultat d'une modification des cellules; enfin il attribue la même origine aux différentes sortes de sucres.

La *section de zoologie et d'anatomie comparée* a reçu plusieurs communications intéressantes.

suadé que les lois communes de la mécanique sont rigoureusement applicables au corps humain.

Cet auteur, monsieur, c'est Barthez, et ces phrases sont extraites de sa *Nouvelle mécanique des mouvements de l'homme et des animaux*. Là dans près de 230 pages in-4 Barthez continue de la même façon, faisant sans cesse à l'homme et aux animaux des applications des lois connues de la mécanique sans qu'il y soit question, si j'ai bon souvenir, de la force vitale et de ses lois, si ce n'est d'une manière générale dans la préface ou à très-rares intervalles dans le cours de l'ouvrage.

Dans un autre livre Barthez a dit encore : « La mécanique n'est « point une science seulement accessoire à la science de l'homme, mais « elle en est une branche fort importante. Elle y doit être employée « assidûment pour déterminer autant qu'il est possible en quoi con- « sistent les avantages du corps vivant dans le mécanisme des fonc- « tions auxquelles il est destiné..... »

Le savant qui a écrit de pareilles phrases peut-il penser *qu'il n'existe pas normalement dans l'économie des actions physiques et chimiques ; que tous les phénomènes physiques et chimiques sont produits par la force vitale ; que les divers phénomènes que l'on observe dans le corps de l'homme doivent être rapportés à deux principes différents, dont l'action n'est point mécanique et dont la nature est occulte*, etc.?

Si Barthez n'a pas eu de pareilles opinions, pourquoi, me direz-vous, son *Traité de la science de l'homme* est-il tout entier employé au développement de ce principe que vous rapportez textuellement? *Les lois du principe vital sont absolument étrangères aux lois connues de la mécanique, de l'hydraulique, de la physique et de la chimie*. Barthez est-il coupable d'une contradiction flagrante ou d'une immense erreur?

Il n'y a là qu'un simple malentendu dont mon illustre aïeul n'est pas coupable, mais qui s'est fait dans l'esprit de plusieurs, et notamment dans le vôtre, monsieur le professeur.

Lorsque les vitalistes ont avancé que les forces de la vie sont antagonistes aux autres forces cosmiques, ils n'ont pas prétendu que les premières détruisent les secondes, et que dans les corps vivants la matière soit soustraite aux lois fatales et jusqu'ici impérissables qui régissent la matière non vivante Ils ont seulement cru que les forces de la vie se servent de la matière avec toutes ses propriétés physico-chimiques pour atteindre un but déterminé d'avance, et vers lequel n'aurait jamais pu tendre la matière non vivante abandonnée aux seules lois connues de la physique, de la mécanique et de la chimie.

Certes, rien n'obéit plus à ces dernières lois qu'une locomotive ; et cependant jamais la matière ne deviendra, par ses propres forces, une locomotive roulant sur une voie ferrée. Il a fallu l'intelligence de l'homme pour concevoir l'idée, pour proposer le but à atteindre ; il faut cette intelligence pour construire la machine, pour la diriger dans sa marche, pour la réparer lorsqu'elle s'altère, pour la remplacer lorsqu'elle est détériorée. Cette continuité d'action de l'intelligence de l'homme est indispensable, sinon abandonnée à elle-même et aux seules lois de la matière, la locomotive détruira tout dans sa marche, et se détruira elle-même; ou, si elle est en repos, elle se rouillera et se mettra peu à peu hors de service.

C'est-à-dire que l'intelligence de l'homme, *force dont les lois sont absolument étrangères aux lois connues de la mécanique, de la physique et de la chimie*, se sert de ces lois et de la matière qui leur est soumise pour produire un résultat physique déterminé par elle-même, et auquel nulle autre force connue ne pourrait atteindre.

Comparaison n'est ni preuve ni raison; mais c'est manière de faire concevoir une pensée qu'on n'a pas été comprise.

La force vitale dirige les forces physiques et chimiques vers un but déterminé d'avance, qui est le développement et la conservation de l'individu, et la conservation de l'espèce.

En cela je répète, en termes moins bons, ce que vous a dit mon excellent ami Gueneau de Mussy, et ce qu'il disait de tous les vitalistes qu'il connait, je le répète à propos de mon aïeul qui n'a jamais voulu dire autre chose.

Que trouve-t-on, en effet, dans les éléments de la science de l'homme. si ce n'est l'étude des forces motrices et sensitives du principe vital, c'est-à-dire l'étude du mouvement, de la sensibilité, des sympathies, des synergies, toutes choses qui, actuellement encore et *pour vous même* ne sont pas réductibles aux lois *connues* de la physique et de la chimie, et dont Barthez a cherché à déterminer les lois propres.

Certes, si vous parcourez les détails de son livre, vous trouverez qu'il attribue à l'action directe de la vie certains phénomènes qui sont purement physiques ou chimiques; je sais aussi qu'il a accordé moins d'importance à la chimie qu'à la mécanique dans les applications possibles de ces sciences à la science de l'homme. Mais veuillez vous rappeler qu'à l'époque à laquelle écrivait Barthez, la chimie des matières organiques commençait à peine, que celle des matières organisées et vivantes était tout au plus soupçonnée. Cependant il a dit : « Il paraît que *jusqu'ici* elle (la chimie) ne « peut occuper une place dans l'ensemble des connaissances physio- « logiques que par l'analyse qu'elle donne des humeurs et des sub- « stances animales lorsqu'elles ne sont plus vivantes. » Le mot que je souligne indique bien que Barthez ne bornait pas *à tout jamais* le rôle de la chimie à l'analyse des substances animales privées de vie.

Veuillez donc mettre les erreurs de détail sur le compte du temps, et n'envisagez que les principes qui ont dicté le livre, principes que vous attaquez et sur lesquels je me permets de vous donner quelques explications.

Ces principes sont exposés dans les phrases suivantes où Barthez dit à propos des objets qu'il traite dans son livre de la science de l'homme :

« Ces objets sont les forces (motrices et sensitives) du principe « vital de l'homme, leurs communications ou sympathies, leur réu- « nion en système, leurs modifications distinctives dans les tempéra- « ments et les âges, et leur extinction à la mort.

« Dans les autres parties de la science de l'homme dont je pourrai « traiter dans la suite, je rapporterai les applications fondées qu'on « a faites à cette science des connaissances métaphysiques, phy- « siques et mécaniques...

« J'y ferai voir comment la métaphysique de l'âme humaine doit

---

On a déjà essayé plusieurs fois d'obtenir la multiplication des éponges. mais jusqu'à présent les tentatives ont échoué. M. Oscar Schmidt, professeur à Gratz, a été plus heureux. Il a institué sur les côtes de la Dalmatie des expériences sur la reproduction de ce zoophyte, et les résultats qu'il a obtenus sont déjà très-satisfaisants. Ce zoologiste fait venir en ce moment plusieurs espèces d'éponges du Brésil très-semblables à celles de l'Adriatique, et il veut en essayer l'acclimatation.

Le professeur Leuckart a mis sous les yeux de l'assemblée deux individus appartenant à une espèce rare et curieuse de poissons de la famille des scopélides, le *Chauliodus Slouni*, de la Méditerranée. Ce poisson porte sous le corps une multitude de petits points brillants que le savant professeur n'hésite pas à regarder comme des yeux accessoires. M. Leuckart en a fait avec soin l'anatomie; il leur a trouvé un cristallin, une sorte de corps vitré, du pigment, une cornée transparente et un nerf. Il donne une description détaillée de toutes ces parties et répète qu'il lui est impossible de prendre ces organes pour autre chose que pour des yeux. M. Leuckart estime le nombre de ces yeux accessoires à un millier environ.

Dans une autre séance, le même savant a parlé de l'hermaphroditisme chez les abeilles. Il a trouvé dans chaque ruche des centaines d'hermaphrodites. Les yeux et les parties de la bouche ressemblent plus ou moins aux mêmes organes chez les bourdons; les antennes sont comme celles des ouvrières; les pattes postérieures n'ont plus la forme qu'elles affectent dans ces dernières; l'appareil venimeux se perd insensiblement; on trouve un pénis à côté d'un dard unique. L'orateur explique l'hermaphroditisme par une fécondation insuffisante.

On a encore entendu des communications pleines d'intérêt sur le développement des insectes par M. Weissmann (de Fribourg) et sur celui des isopodes, par M. de la Valette, professeur à Bonn.

La *section d'anatomie et de physiologie*, l'une des plus suivies du congrès, a été riche en communications variées; nous résumerons les principales.

De la circulation rénale; par M. Stein (de Francfort). — Les vaisseaux efférents ne se capillarisent pas à leur sortie du glomérule; ils envoient des prolongements dans la substance médullaire, se changent en capillaires, puis retournent sous forme de ramifications veineuses aux canaux tortueux qui entourent les glomérules. et alors seulement se réunissent pour former la veine rénale. Les capillaires qui accompagnent les canaux tortueux viennent, d'après cela, de glomérules éloignés. M. Stein n'a jamais vu de terminaisons borgnes des canalicules urinaires. mais bien un grand nombre de rubans de forme particulière situés vers la périphérie.

Sur les corps jaunes; par M. Kehrer. — On a cru jusqu'à présent que les corps jaunes de la grossesse et ceux de la menstruation diffèrent les uns des autres, non-seulement par leur durée, mais aussi par leurs dimensions et par leur poids. Cette manière de voir, qui conduisait à la distinction des corps jaunes en vrais et en faux, n'est pas exacte. Tous les corps jaunes mûrs sont égaux en grosseur et en poids. Pendant la

« être éclairée par l'exposition des fonctions des organes des sens, et « par des considérations sur les rapports qu'ont entre elles les affec- « tions de l'être pensant et celles du principe de la vie.

« J'y confirmerai par de nouveaux exemples ceux que l'on connaît « déjà sur les utilités qu'ont les applications de la physique et de la « mécanique, non pour donner la raison suffisante des lois primi- « tives des fonctions du corps humain vivant, mais pour déterminer « la perfection des instruments par lesquels chacune de ces fonctions « s'exécute. »

Ces phrases et bien d'autres que l'on peut trouver dans les premiers chapitres des *Éléments de la science de l'homme*, je les avais jusqu'à présent comprises et traduites de la manière suivante :

« Lorsque je cherche à me rendre compte de la constitution de l'homme, j'y trouve :

« 1° L'âme ou l'être pensant dont les fonctions sont du domaine de la métaphysique ;

« 2° Des organes dans lesquels se passent des phénomènes physiques, mécaniques et autres suivant les lois connues de la mécanique, etc. Les fonctions de ces organes, à la manière dont elles s'exécutent, sont du domaine des sciences physiques, mécaniques, chimiques, etc.

« Un jour ou l'autre, je m'occuperai de ces deux parties de la science de l'homme; j'ai même déjà commencé à le faire en traitant de la mécanique des animaux.

« 3° Mais entre les fonctions de cette admirable machine physico-chimique et celles de l'être pensant, je trouve un ordre particulier de phénomènes qui ne sont nullement et ne seront jamais réductibles *aux lois actuellement connues* de la physique et de la chimie, pas plus qu'aux facultés reconnues de l'âme. Ces phénomènes sont la motilité, la sensibilité, les sympathies, etc., que je crois être la conséquence de forces auxquelles je donne le nom de vitales parce qu'elles n'appartiennent qu'aux êtres vivants, et qu'il me semble impossible de les assimiler aux forces d'impulsion, d'attraction ou d'affinité. Celles-ci, en effet, me paraissent plus simples, moins composées, ou mieux, d'un ordre inférieur comparativement aux forces vitales.

« Après avoir étudié ces phénomènes les uns après les autres, je me rappellerai que l'homme est un individu, une unité; je tâcherai donc de réunir en un seul système, et d'étudier ainsi réunies toutes ces actions vitales. Il en résultera un ensemble de forces ou plutôt une force unique que je regarde comme la cause de la vie.

« Ce n'est là qu'une hypothèse au moyen de laquelle je me rends compte des phénomènes vitaux, tout comme les chimistes se rendent compte des phénomènes qu'ils constatent au moyen de l'affinité ou de la force catalytique.

« Aussi je déclare que j'ignore complétement ce que c'est que cette force, ce principe, cette cause de la vie ; j'ignore en quoi elle consiste, et je ne crois pas plus utile de le rechercher que les physiciens ne croient convenable de discuter sur ce que c'est que la gravitation.

« Mais ce qui est réellement indispensable, c'est de s'enquérir des effets de cette cause, et des lois d'après lesquelles elle produit ces effets.

« Que si cependant il vous convient de scruter plus profondément le sujet, et qu'il vous semble convenable de croire que cette force vitale ressortit à la métaphysique, je l'accepte, car « on ne doit pas « affirmer qu'il soit impossible que la suite du temps n'amène la « connaissance de faits positifs, qui sont ignorés aujourd'hui, et qui « pourront prouver que le principe vital et l'âme pensante sont es- « sentiellement réunis dans un principe plus général (1). »

« Que si, au contraire, vous aimez mieux rapprocher cette force vitale des autres forces cosmiques, vous arriverez probablement à la considérer comme un mode inhérent à certaines combinaisons de la matière, « car il se peut sans doute que d'après une loi générale « qu'a établie l'auteur de la nature, une faculté vitale douée de forces « motrices et sensitives survienne nécessairement (d'une manière « indéfinissable) à la combinaison de matière dont chaque corps ani « mal est formé, et que cette faculté renferme la raison suffisante « des suites de mouvements qui sont nécessaires à la vie de l'animal « dans toute sa durée (2). »

« Préférez-vous cependant considérer le principe vital comme un être existant par lui-même et indépendant de l'âme aussi bien que

(1) Vous voyez, d'après cette citation, que Barthez, qui n'adoptait pas l'animisme de Stahl, n'excluait pas du tout la pensée que les héritiers de sa doctrine pourraient un jour être conduits à devenir animistes. Cette pensée vous est venue peut être, puisque vous dites quelque part que la force vitale ressortit à la métaphysique.

(2) Cette phrase démontre que le vitalisme de Barthez accepterait parfaitement l'idée que la force vitale n'est pas autre chose que l'ensemble des propriétés qui résultent « de l'arrangement et des rapports « particuliers des principes constituants matériels dont l'assemblage « momentané produit les corps organisés. » Entre cette opinion de MM. Littré et Robin et celle exprimée par Barthez, existe-t-il une différence? J'en trouve une dans les termes, aucune dans l'idée. Toutefois, celui-ci donne seulement comme possible ce que ceux-là affirment. Aujourd'hui encore, comme au temps de Barthez, cette opinion me semble plutôt affirmée que prouvée. C'est une hypothèse substituée à une autre hypothèse, et l'avantage reste au médecin philosophe qui avoue son ignorance, tandis qu'aujourd'hui on nous donne une hypothèse pour une vérité démontrée. Le positivisme doit des preuves positives, et ici je n'en vois qu'une acceptable, qui serait le résultat de la synthèse des corps organisés. Car si le seul arrangement de la matière organisée détermine les propriétés vitales; la synthèse de cet arrangement entraîne la manifestation de la vie. Cette preuve, remarquez-le, est donnée lorsqu'il s'agit de la matière inanimée. Si vous faites la synthèse de l'eau en combinant directement l'oxygène et l'hydrogène, vous obtenez un liquide qui a toutes les propriétés de l'eau ordinaire. Si vous faites la synthèse de l'urée ou du beurre, vous obtenez des substances qui ont toutes les propriétés du beurre et de l'urée. De même, si la science parvenait à faire la synthèse d'un corps organisé, il devrait en résulter, *ipso facto*, un être vivant. Mais je m'imagine que si nous pouvions atteindre ce but élevé de la reconstitution d'un corps organisé, nous n'obtiendrions qu'un cadavre.

Aussi me paraît-il encore permis de croire, sans être absurde, que si la vie est un résultat, la cause de la vie ne réside pas uniquement dans l'organisation de la matière. A cet égard je préfère donc le scepticisme de Barthez, ou si l'on veut, un aveu d'ignorance.

---

grossesse. le corps jaune qui a atteint sa maturité ne subit aucun changement important; la métamorphose régressive a lieu pendant l'état puerpéral.

L'étude des corps jaunes sur les deux ovaires peut servir à l'étude des lois de l'ovulation. Il est plus commun de voir les ovules se détacher alternativement de chaque côté que de voir le détachement s'opérer toujours du même côté. Chez la vache, sur 82 cas d'ovulation alternante, il y a eu 56 cas d'ovulation du même côté.

Sur les corps de Wolff; par le professeur Dursy. Le canal excréteur du corps de Wolff se change chez le mâle en canal déférent. Le fil de Müller s'oblitère, son extrémité devient une petite vésicule prostatique. Sous le fil de Müller on aperçoit les conduits borgnes du corps de Wolff. Le conduit excréteur de ce dernier ne peut se voir que par injection ou sur une section transversale : il est situé dans une sorte de gouttière. L'auteur croit qu'il y a deux sortes de canalicules, dont les uns s'ouvrent dans le conduit excréteur, tandis que les autres ne s'y ouvrent pas. M. Henle présume que le corps de Wolff se comporte d'une manière analogue aux reins.

Sur la matière colorante de la bile; par M. Thudichum. — Il résulte des recherches de ce savant qu'aucune trace de fer n'a été trouvée dans la matière colorante de la bile, et qu'ainsi l'on ne peut faire dériver celle-ci de la matière colorante du sang.

De la génération spontanée; par M. Schaaffhausen, professeur à Bonn. — M. Schaaffhausen appartient aux plus zélés partisans des générations spontanées. A l'entendre, les expériences qui combattent cette hypothèse sont toutes fautives. Les substances organiques en se décomposant produisent d'innombrables germes microscopiques (M. Schaaffhausen ne dit pas s'il a vu ces germes ni comment il constate que ce sont des germes). De ces germes (supposés bien entendu) naissent des monades ou des conferves. Les infusoires ne sont que des formes plus avancées des monades (l'auteur ne dit pas non plus s'il a vu cette transformation). Tout ce que nous apprend l'étude des premiers commencements de la vie organique parle en faveur de la génération spontanée et non contre elle. Les expériences de M. Pasteur ne prouvent pas la panspermie. La plante, qui vit de substances inorganiques, a dû se produire la première ; c'est ainsi que naît encore aujourd'hui le protococcus.

M. Schaaffhausen ne voit pas que toute son argumentation ne repose que sur des hypothèses. Sa communication a été suivie d'une vive discussion, mais qui est restée, comme cela arrive ordinairement, sans résultat. M. Remak regarde la génération spontanée comme une hypothèse insoutenable. M. Vogt, au contraire, défend les partisans de cette doctrine, il rejette d'une manière absolue l'existence des germes dans l'air, et il termine en disant qu'il faut plus que jamais continuer les expériences et avoir égard non-seulement à la qualité des liquides employés, mais aussi à leur quantité.

Sur les canaux glanduleux des reins; par M. Schweigger-Seidel. — Ces canaux sont de plusieurs sortes, les canaux tortueux de la substance corticale avec leur capsule et des canaux en forme d'anses qui

des forces cosmiques, je vous fournirai quelques faits à l'appui de cette idée.

« Mais, encore une fois, je n'attache qu'une importance très-médiocre à ces opinions ; j'affiche un scepticisme absolu sur la nature de la cause de la vie. Ce que je veux établir, c'est que dans l'homme vivant il existe, entre les phénomènes intellectuels et les phénomènes physiques et chimiques, des phénomènes vitaux qui ne ressortissent ni aux uns ni aux autres. Je constate ces phénomènes, et je recherche les lois d'après lesquelles ils se succèdent. »

Voilà, monsieur le professeur, comment j'ai compris la doctrine de Barthez, et certes ce n'est pas ainsi que vous nous l'avez présentée. Je n'ai pas la prétention de vous convertir à ces idées. J'ai eu un instant l'espérance d'y parvenir, car il me semblait qu'il n'y avait entre vous et les vitalistes que le malentendu signalé au début de cette lettre. Mais la dernière phrase de votre dernier discours m'a fait comprendre que nous étions bien plus loin de nous entendre que je ne le croyais.

La science, dites-vous, ne permet pas d'expliquer les propriétés du système nerveux, et de remonter à la cause des phénomènes qu'on appelle vitaux ; mais ce n'est pas une raison pour supposer une force nouvelle *qui n'est soumise à aucune loi*, et qui, par conséquent, au lieu d'appartenir aux sciences physiques, *est du domaine de la métaphysique, dont nous n'avons pas à nous occuper ici.*

Je ne suppose pas que les médecins qui ont l'habitude d'étudier les malades et de vivre avec eux, acceptent jamais toutes les conséquences qui découlent de ces opinions. Je ne le crois pas, quand même il serait démontré que le cerveau n'est qu'une pile galvanique et que les phénomènes nerveux ne sont que des phénomènes électriques. Vous ne nous convertirez pas à ces idées ; vous avez pu vous en assurer en lisant les nombreuses objections que vous ont adressées les médecins praticiens au nombre desquels vous pouvez compter plusieurs de vos amis.

Pour ma part, ces opinions m'ont si complétement étonné, que je me demande si je vous ai bien compris.

Parmi ces idées auxquelles je ne puis souscrire, si je les ai comprises, je choisis les trois suivantes :

1° La force vitale n'est soumise à aucune loi.

2° Par conséquent elle est du domaine de la métaphysique ; ce qui revient à dire que ce qui est du domaine de la métaphysique n'est soumis à aucune loi.

3° Nous n'avons pas à nous occuper de ce qui est du domaine de la métaphysique.

Mais quelles sont donc les choses qui sont du domaine de la métaphysique ? Parmi elles on range, si je ne me trompe, l'âme et les facultés qu'on lui attribue généralement, c'est-à-dire l'intelligence, les sentiments affectifs, la conscience (qu'on la considère comme la connaissance innée ou acquise du bien et du mal, d'où dérive la morale ; ou comme la faculté que nous avons de percevoir notre propre existence et ce qui se passe en nous) ; on y range aussi les instincts variés de l'homme et des animaux, etc., etc.

Le médecin n'a pas à s'occuper de ces choses ! Eh ! monsieur, chaque jour dans la pratique nous devons faire la médecine morale, c'est-à-dire celle qui s'adresse à l'intelligence, au cœur, à la conscience, aux instincts de nos malades ; et au moyen de cette médecine morale nous changeons des actions physiques et chimiques nuisibles en d'autres actions physiques et chimiques utiles. Si je ne craignais d'allonger outre mesure cette lettre déjà bien longue, je vous en rapporterais de nombreux exemples.

En voici un cependant que j'abrége tant que je puis. Je soigne depuis nombre d'années une dame sujette à des troubles fonctionnels variés. Parmi eux se manifeste souvent une dyspepsie qui revient sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses. Je suis arrivé à obtenir des digestions faciles de trois façons différentes suivant le besoin du moment : tantôt je donne la pepsine, tantôt je fais prendre du quinquina, du fer et de la rhubarbe, d'autres fois je me contente d'une bonne conversation, ou plutôt d'un bon sermon sous le coup duquel je la tiens pendant un certain temps.

Ainsi la digestion troublée (acte purement chimique s'il en fut) se trouve ramenée à ses compositions et décompositions normales par trois moyens dont l'un est chimique, dont l'autre est tonique, dont le troisième est purement moral et nullement chimique.

Voulez-vous que je vous dise l'histoire d'une jeune fille chez laquelle une chlorose était liée à des modifications fâcheuses dans le caractère, que je traitais inutilement par le fer et les toniques, que j'allais envoyer aux bains de mer, lorsqu'elle fut guérie par une retraite religieuse de plusieurs jours ? Sous cette influence, qui certes n'est ni physique ni chimique, le moral guérit et le sang fut chimiquement reconstitué.

Tout le monde vous dira que le lait d'une nourrice est modifié par une émotion morale aussi bien que par quelques coliques avec diarrhée, et que l'enfant qui boit son lait peut souffrir de la même manière dans les deux cas. Tout le monde vous dira... Mais pourquoi accumuler des faits qui fourmillent dans la clientèle de chaque médecin ?...

J'avais espéré que le seul énoncé de quelques faits de cette nature vous démontrerait la vérité de la thèse principale que je soutiens contre vous. Mais puisque je n'ai pas eu le bonheur de réussir, je veux interrompre ici et pour un moment ma lettre de 1860, et insister sur l'analyse de l'un de ces faits.

Une personne digère mal ; je la fais digérer bien, au moyen de la pepsine ; dans l'un comme dans l'autre cas, les matières organiques n'ont pas été soustraites aux lois ordinaires de la chimie, mais elles ont été mises dans des conditions différentes d'où sont nés des résultats différents. Une autre fois la pepsine échoue ; je la remplace par certaines vibrations sonores que je fais parvenir à l'oreille de la malade, et j'obtiens un résultat identique à celui que m'avait d'abord procuré la pepsine ; c'est-à-dire que la digestion qui se faisait mal se fait bien. Ici encore les matières organiques n'ont pas été soustraites aux lois ordinaires de la chimie, mais elles ont été mises dans des conditions différentes d'où sont sortis des effets différents.

Mais d'où viennent ces conditions différentes et quel intermédiaire placé entre les ondes sonores qui frappent l'oreille et les matières organiques de l'estomac a pu leur donner naissance ? Je vois bien que les sons ont été entendus, que ma pensée a été perçue et comprise, et a suscité des pensées autres que celles qui agitaient la malade ; je vois qu'il en est résulté une action réflexe exercée sur l'estomac, et que de là sont nées les conditions qui ont modifié les actes chimiques de

---

vont de l'écorce à la substance médullaire, pour revenir ensuite à la région corticale. Ils se changent en petits tuyaux tortueux qui finissent par se réunir pour former un tube commun, lequel va s'ouvrir au sommet de la papille. M. Henle dit qu'il n'a pas vu de communication entre les divers canaux de la substance médullaire. Il croit que la plupart des vaisseaux pénètrent dans les glomérules, cependant il reconnait que sur les préparations de M. Schweigger une partie de ces vaisseaux reste au dehors. Une discussion s'engage sur plusieurs points relatifs à l'histologie du rein.

Une assez longue conversation s'est engagée *sur l'homme fossile*, à propos de débris de crânes ou de crânes entiers trouvés sur plusieurs points de l'Europe, avec des instruments de nature diverse. M. Vogt partage ces crânes en plusieurs groupes : ceux qu'on trouve dans les cavernes avec armes en pierre (période de l'ours des cavernes) ; ceux qui appartiennent à la période des rennes, à l'époque où la faune du nord s'étendait vers les régions méridionales, un troisième groupe correspondant à l'époque des habitations construites sur pilotis, etc., etc. M. Vogt dit que tous les types des anciens crânes trouvent encore aujourd'hui leurs représentants.

M. Henle a fait connaître le résultat de ses recherches sur la *structure de la rétine*. Il signale, entre autres faits, une couche de corpuscules elliptiques disposés perpendiculairement à la surface de la membrane. La communication de M. Henle est suivie d'une longue discussion sur cette anatomie délicate. Un membre rappelle que la communication des fibres du nerf optique avec les bâtonnets n'est pas prouvée anatomiquement.

Nous nous bornerons à citer les communications suivantes : *Anatomie du cervelet*, par M. Stilling (magnifiques photographies représentant des parties nouvelles découvertes par l'auteur) ; *Mécanique des mouvements articulaires*, par M. Henke ; *Nouveau cymographe*, par M. Fick ; *Sur la tyrosine*, par M. Nasse ; *Du retour à la vie des muscles frappés de roideur cadavérique*, par M. Preyer (les expériences de l'auteur viennent à l'appui des vues de Kuhne sur la nature de la roideur cadavérique ; elles conduisent à penser que l'irritabilité musculaire se lie à l'état d'agrégation, c'est-à-dire à l'état liquide du plasma du muscle) ; *De la cause des mouvements respiratoires*, par M. Rosenthal (l'excitation des ganglions du nœud vital se fait par le sang) ; dessins montrant des branches nerveuses qui partent des racines antérieures et postérieures des neuf nerfs intercostaux inférieurs pour se rendre au nerf splanchnique, par M. Rüdinger ; *Mouvements amœboïdes* observés dans les cellules spermatiques des mammifères, par M. de la Valette (le protoplasme se retire de manière à laisser à découvert le noyau, ou envoie des prolongements périphériques qui se rétractent de nouveau) ; *Sur la matière colorante de l'urine*, par M. Thudichum (l'auteur appelle cette matière *urochrome*) ; *Sur les bruits qui accompagnent la contraction musculaire*, par M. Helmholtz (ces bruits viennent du muscle lui-même et non du frottement des fibres contre les parties voisines) ; etc.

A. LEREBOULLET.

La suite au prochain numéro.

la digestion; je vois encore que le système nerveux est, au point de vue anatomique, cet intermédiaire. Je me demande quelle est la loi physique, mécanique ou chimique actuellement connue qui m'explique les actions si complexes et si singulières dont cet intermédiaire a été le siége. Je me le demande et je suis forcé de conclure que les lois qui régissent la matière inanimée ne me fournissent aucune explication, et que je dois chercher ailleurs la cause des modifications que les actions chimiques de l'estomac ont subies.

Or quelle que soit votre croyance sur la cause ou la force qui met en jeu le système nerveux (l'âme avec ou sans principe vital, ou l'organisation spéciale de la matière), vous arrivez à ce résultat que cette cause ou cette force, qui mérite le nom de vitale, qui ne suit pas les lois de la chimie et de la physique, modifie cependant les actions physiques et chimiques qui se passent dans l'économie.

J'avais choisi des exemples où la chimie est en jeu pour frapper votre esprit plus vivement; mais si vous voulez bien étendre le champ de l'observation (1), vous verrez qu'il ne se passe pas un seul acte dans le corps vivant sans que cette puissance (âme, principe vital, ou simplement matière organisée et vivante) dont les lois d'action ne sont pas celles de la physique et de la chimie n'intervienne à tout moment pour modifier et diriger les actes physiques et chimiques, pour établir en quelque sorte une lutte dans laquelle elle doit demeurer le modérateur suprême, ou mourir. Cette lutte, veuillez le remarquer, n'est pas instituée pour détruire les lois qui régissent la matière inanimée, mais pour se servir des propriétés qui lui sont fatalement inhérentes de façon à obtenir d'elle des actes qui n'auraient jamais été produits si ces lois eussent agi seules. On dirait un cavalier qui, à sa volonté, dirige les mouvements de sa monture sans changer en rien les lois, que même il ignore, du mécanisme par lequel se produisent ces mouvements.

Cette comparaison manque d'exactitude, parce que le cavalier et sa monture sont deux individus très-distincts; tandis que l'être vivant constitue une individualité, une unité dans laquelle il nous est impossible de séparer, autrement que par abstraction, la matière qui tombe sous nos sens, de la cause ou des causes qui la mettent en action, ou si vous voulez, des propriétés qui lui sont inhérentes.

Nous parlerons bientôt de cette unité de l'individu vivant; pour le moment j'aurai atteint mon but si vous admettez comme moi les conclusions suivantes, qu'accepte aussi le vitalisme de Barthez :

1° Les forces d'où dérivent les actes de la matière inanimée sont inaliénables et impérissables (à nos yeux du moins) comme la matière elle-même, et elles se retrouvent tout entières dans le corps vivant.

2° Cependant, dans ce même corps vivant, elles sont subordonnées aux forces vitales qui ne suivent pas les mêmes lois, qui sont périssables, mais qui ne perdent leur suprématie que par leur extinction à la mort de l'individu (2). C'est dans ce sens qu'il est permis de dire que le principe vital est la cause de tous les phénomènes que nous observons dans l'organisation végétale et animale, bien que les substances de l'économie ne soient nullement soustraites aux lois de la physique et de la chimie.

Je reviens mainteoant à ma première lettre : j'en étais à établir, contrairement à votre opinion, que les médecios doivent s'enquérir des choses qui sont du domaine de la métaphysique, et après avoir cité les exemples qui ont motivé ma longue digression, j'ajoutais qu'il n'est aucun médecin qui ne soit conduit à agir sur ses malades autrement que par la physique ou par la chimie, et qui ne doive employer des moyens qui tiennent à la métaphysique.

Souvent, il est vrai, nous le faisons sans nous en rendre compte et, par une inspiration toute spontanée, sans savoir par quel mécanisme nous agissons, tout comme nous ignorons trop souvent quels sont les résultats chimiques de nos médicaments. Mais de même que nous agirions avec plus de certitude si nous connaissions bien ces derniers résultats, de même nous avons quelque chance de mieux faire la médecine morale lorsque nous avons étudié ce qui ressortit à la métaphysique, lorsque nous avons appris à connaître les habitudes, les manières d'être, les antagonismes, les lois en un mot des facultés morales et intellectuelles.

(1) Voyez à ce sujet un article de M. P. Dupuiy, dans la *Gazette médicale, sur le rôle du mouvement daus l'ordre vital*, 1864, p. 649.

(2) Si le mot *forces* vous répugne parce que vous ne comprenez pas la force séparée de la matière, remplacez-le par le mot *propriétés*; peu importe pour le point qui est en discussion entre nous. Je vous répete que le vitalisme de Barthez acceptera volontiers ce mot le jour où l'idée qu'il représente aura passé de l'état d'hypothèse à celui de vérité démontrée.

Si ces études sont indispensables pour les applications pratiques de la médecine, elles le sont tout autant pour l'étude théorique de la science de l'homme. En vain on veut séparer l'homme en deux parties distinctes : l'une métaphysique et l'autre physico-chimique. Ces deux parties coexistent et ne font qu'une individualité. Pour certaines études de détail, il pourra être commode et permis au philosophe d'oublier momentanément l'homme physique et au physiologiste d'oublier momentanément l'homme métaphysique; mais lorsqu'il s'agira de la science de l'homme étudiée dans son ensemble, il n'est plus permis au physiologiste de n'être pas philosophe et réciproquement, sinon l'idée qu'il se fera de la constitution de l'homme sera nécessairement incomplète, et par conséquent fausse.

Les objets qui sont du domaine de la métaphysique ne sont, dites-vous, soumis à aucune loi! Je me trompe douc très-grossièrement lorsque je vois que ces objets ne sont pas abandonnés aux caprices d'un pur hasard. Dans l'intelligence de l'homme et des animaux, dans leurs instincts, dans le développement de ces facultés, dans leur marche, dans leur degré, je trouve une succession d'effets variés, mais assez identiques à eux-mêmes et assez coordonnés pour impliquer l'existence de lois déterminées. Partout dans l'ordre métaphysique je vois la nécessité de ces lois, soit que dans l'histoire j'étudie la vie des nations, soit que je porte mon attention sur un homme isolé, soit que, étudiant l'enfant qui grandit, je poursuive le développement graduel de son intelligence ou que j'assiste à l'éclosion et aux progrès de son sens moral, etc. Partout je trouve des rapports, des différences, des habitudes qui indiquent que toutes ces choses obéissent à des lois.

Il est vrai que ces lois ne se rapportent à aucune des lois physiques et chimiques connues; il est vrai notamment que la liberté restreinte dont jouissent l'homme et les animaux ôtent à ces lois métaphysiques ce qu'ont de fatal les lois physiques; mais parce qu'elles diffèrent, est-ce une raison pour les nier?

Si la force d'où dérive l'intelligence est soumise à des lois, la force d'où vient la vie n'en aura-t-elle aucune? Poser la question, c'est la résoudre, ce me semble. Lorsque tout dans ce monde est si bien coordonné, lorsque toutes choses, matière et esprit, obéissent à des lois, ce qui est vital dans l'homme, dans les animaux, dans les plantes ne serait soumis à aucune règle? La vie seule serait-elle soustraite à cet empire si généralement exercé? La motilité, la sensibilité, les sympathies et les antagonismes, tout cela qui n'est ni physique ni chimique, qui suit cependant une marche si régulière, marcherait ainsi régulièrement par le fait du hasard! Ou bien si la science de la vie ne comporte pas une exactitude aussi mathématique que les sciences physiques, dois-je pour cela seul me détourner de son étude et nier l'existence des lois qui lui sont propres? Vous ai-je donc bien compris?

Je résume cette lettre en disant : Barthez admet qu'il se passe dans le corps des êtres vivants des phénomènes qui suivent les lois connues de la mécanique, de l'hydraulique, de la physique, etc.

Il y a reconnu des phénomènes vitaux, et il a pensé, comme vous le croyez vous-même, que ces phénomènes ne sont pas explicables par les lois *actuellement* connues des sciences physiques.

Il a cru, en conséquence, que ces phénomènes se produisent d'après des lois qui sont particulières aux êtres vivants, et il a cherché à déterminer ces lois et leur influence sur la direction spéciale des phénomènes physiques chez l'homme.

Il a reconnu l'existence des phénomènes psychologiques qui ont aussi leurs lois propres, qui exercent une influence sur les actes vitaux aussi bien que sur les actes physiques, et qui, réciproquement, subissent l'influence des actes physiques et des actes vitaux.

Il a cru que la science de l'homme comprenait ces trois ordres de phénomènes si différents les uns des autres, et qu'il n'était pas possible d'avoir une idée complète et suffisante de l'homme si l'on se bornait à étudier l'un de ces ordres de phénomènes à l'exclusion des autres.

Enfin il n'a pas nié que, par suite des progrès de la science, il ne soit prouvé un jour que les actes vitaux dérivent soit du même principe que les actes psychologiques, soit des mêmes forces que les actes physiques; il a seulement soutenu que pour le moment cela était inadmissible.

Je termine ici cette lettre trop longue, j'ai l'espoir monsieur le professeur d'avoir modifié les idées que vous avez sur la doctrine de mon oncle, bien que je n'aie pas celui de vous y convertir.

Telle est, mon honoré confrère, la lettre que je vous ai adressée en 1860. Les notes que j'y ai ajoutées suffiront-elles pour atteindre le but indiqué dans ma dernière phrase? Je le désire. Certes j'aime-

rais à voir un savant de votre valeur comprendre l'élévation des principes qui ont dicté les éléments de la science de l'homme, et s'y rattacher. Cependant je ne cherche pas ici à faire une telle conquête parce qu'il me semble que vos opinions dérivent d'une philosophie que je ne saurais pas accepter, mais qui pour être combattue exigerait un terrain plus vaste que celui sur lequel nous sommes placés, et une puissance d'esprit et d'instruction supérieure à celle que je possède.

D'ailleurs, lorsque je me restreins à la médecine, je me sens assez libéral en fait de théories, et je ne m'effraye qu'à moitié du nombre d'hypothèses plus ou moins plausibles qui encombrent la science. Il existe, en effet, dans le corps vivant une telle unité, une telle solidarité, un *consensus unus* si bien établi, que la diversité de nos doctrines ne nous empêche guère d'arriver à un même résultat, à savoir : le progrès de la science et le bien des malades qui se confient à nos soins.

A cet égard permettez-moi de laisser sur un second plan l'analyse ou la synthèse des matières organiques. Là, la vie est absente, et quelles que soient les opinions que professe le chimiste sur la théorie de la vie, la portée des faits qu'il découvre n'en est nullement influencée.

Lorsqu'il s'agit, non plus de la chimie morte, mais de la chimie vivante (pardonnez-moi ces expressions), nous voyons des hommes éminents, habiles, ingénieux expérimenter sur l'animal vivant et faire une abondante moisson de faits d'une valeur incontestable et qui constituent un grand progrès. L'opinion de ces hommes est sans doute d'un grand poids: mais au fond et en réalité, leur croyance sur l'existence ou la non-existence du principe vital n'importe guère. Ils ont interrogé l'unité vivante qui leur a répondu par des faits vitaux.

De même pour le médecin praticien qui se trouve en présence d'une maladie qu'il doit combattre; l'organisme tout entier (matière, vie, âme indissolublement unie dans une individualité) répondra à ses incitations quelle que soit sa croyance (organicisme, vitalisme ou animisme).

S'il met en œuvre avec sagacité les connaissances que lui ont fournies les sciences qu'il a dû étudier, et parmi elles je compte la chimie morte et la chimie vivante, et surtout la belle tradition médicale que nous possédons, il pourra encore enrichir la science de faits précieux. Quant au malade, il devra s'estimer heureux si son médecin ne s'absorbe pas trop dans la contemplation de la maladie, s'il a su prendre l'habitude de traiter le patient en même temps que l'affection dont il souffre, s'il sait reconnaître, par exemple, les circonstances dans lesquelles les indications médicamenteuses fournies par le diagnostic doivent céder le pas, à celles qu'imposent les habitudes, les besoins physiques, moraux et intellectuels de ses malades.

D'après ces remarques vous comprendrez, je l'espère, que si, pour mon usage, je préfère à toute autre la doctrine générale qui ressort des principes de la science de l'homme, tels que les a posés Barthez, ce n'est pas seulement parce qu'elle est un héritage de famille, mais bien parce qu'elle est tellement large, tellement libérale qu'elle accepte tous les faits biologiques que je connais; je dis les faits, mais non pas toutes les affirmations et toutes les théories que l'on en voudrait déduire.

Veuillez agréer, etc.

1er novembre 1864.

CHIRURGIE PRATIQUE.

ÉTUDE SUR LES COXALGIES (Mémoire lu à l'Académie de médecine, dans sa séance du 15 novembre); par F. L. GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, correspondant de l'Académie de médecine.

La mort si regrettable et si prématurée de l'illustre Bonnet laisse à ses successeurs le soin de faire l'étude clinique de ses ingénieuses méthodes : c'est le but que nous nous proposons. Notre point de départ sera les leçons du grand maître, publiées en 1859; il voulut bien à cette époque nous adresser un exemplaire de son œuvre; nous avons eu à cœur de répondre à cette invitation.

Nous avons examiné un assez grand nombre de malades et pratiqué onze fois le redressement immédiat; l'observation de ces faits divers nous a suggéré quelques réflexions que nous allons exposer.

Il faut distinguer de prime abord deux familles de coxalgies : les scrofuleuses et les rhumatiques.

Les coxalgies scrofuleuses, de tous points semblables aux autres tumeurs blanches, se caractérisent par une altération profonde de la constitution, gonflement de la région malade, développement du tissu fongueux, abcès multiples, fistules, ramollissements, infiltrations séreuses, relâchement des liens articulaires; les contractions musculaires passagères provoquées par les douleurs ne sont en cette occasion qu'un phénomène *accessoire*; le déplacement n'est qu'un élément peu important, il serait même facile à corriger.

Je n'ai pas trouvé d'occasion favorable d'appliquer la méthode de redressement immédiat aux coxalgies scrofuleuses. Comment le redressement modifierait-il ces tissus inondés de sérosité purulente, quel travail d'union et de consolidation peut s'établir entre ces surfaces dévorées par la carie, comment maintenir en contact ces os flottants ramollis, corrodés et relâchés? Après une longue maladie, lorsque la cessation des douleurs, la diminution de l'écoulement purulent, la consolidation des surfaces articulaires, le bon état de la santé générale, annoncent une amélioration certaine, on pourrait encore recourir à la méthode de Bonnet; autrement, ces cas graves appartiennent au redressement lent par les gouttières et les liens élastiques.

Les coxalgies rhumatiques se distinguent par des douleurs plus aiguës au moment de l'invasion, plus de faiblesse et d'impotence du membre que les lésions locales ne semblent l'indiquer. L'élément de la maladie est une contraction musculaire, tension, éréthisme, névralgie, fluxion simple avec sécrétion plastique peu abondante.

Entre les deux espèces de coxalgies que nous venons d'indiquer, il y a un moyen de diagnostic : anesthésiez le malade; si sa coxalgie est de nature rhumatismale et déjà ancienne, elle sera peu, très-peu mobilisée par l'éther; c'est ce qui nous est toujours arrivé; vous pouvez alors opérer le redressement avec sécurité; si au contraire la coxalgie est scrofuleuse, vous reconnaîtrez, sous la seule influence de l'anesthésique, une mobilité et une laxité considérables. Qui de nous n'a été surpris de la mobilité extrême que présentent, après la mort, des articulations que l'on croyait soudées et ankylosées, et qui ne permettaient aucun mouvement? L'anesthésie produit un relâchement analogue à celui de la mort; en ce cas, vous avez affaire à une tumeur blanche, soyez très-réservé.

Après quelques mois, les douleurs de la coxalgie rhumatismale cessent, la santé générale se rétablit, mais les déviations du membre persistent; le malade est guéri, mais impotent et estropié.

J'admets volontiers que la coxalgie, dans quelques cas et surtout à son début, puisse être en dehors de l'articulation périarticulaire et limitée aux organes fibreux et aux muscles. J'en ai constaté un exemple ainsi caractérisé :

Madeleine C., bergère, âgée de 17 ans, souffrait de la hanche et boitait tout bas depuis un an, bien que les mouvements communiqués à l'articulation coxo-fémorale gauche fussent faciles, très-doux et aussi étendus, tout aussi complets que ceux du côté opposé. Mais dans la limite extrême de ces mouvements on trouvait un peu de roideur; pour atteindre cette limite extrême, qui consistait à placer le talon gauche dans l'aine droite, la malade avait besoin d'un peu d'aide, tandis que le mouvement semblable du côté opposé lui était facile. Les deux membres inférieurs étaient de la même longueur, mais le gauche offrait un raccourcissement apparent de 25 millimètres; le bassin avait basculé, son côté gauche était de 25 millimètres plus élevé que le droit.

La réalité de ces faits a été constatée avec toutes les précautions que j'ai indiquées ailleurs.

Cette famille de coxalgies appartient à la méthode de Bonnet; car les moyens de traitement énumérés avec tant de complaisance par beaucoup d'auteurs donnent, il est vrai, quelques résultats dans les premières semaines de l'état aigu, mais passé ce temps il n'en faut rien attendre, et cette impuissance, bien des fois constatée, nous a conduit à faire usage d'une autre méthode (1).

Pour nous rendre un compte exact de la situation du malade, il faut bien se pénétrer de ce principe : que la lésion principale, c'est la déviation de la cuisse, la position vicieuse du fémur sur le bassin, position vicieuse qui engendre certains déplacements passagers du bassin lui-même par le mécanisme suivant :

Pour utiliser un membre arrêté dans une position vicieuse, pour trouver en lui un point d'appui, une base de sustentation, le pauvre malade redresse son membre et l'incline vers le sol, cherche le sol. Dans l'état normal, la mobilité de l'articulation coxo-fémorale permet

(1) D'ailleurs la coxalgie rhumatique est heureusement bien plus commune que la coxalgie scrofuleuse.

cette accommodation; ici le fémur est soudé au bassin, et toutes les impulsions que l'on imprime au membre dévié agissent sur le bassin qui fait corps avec lui.

Le malade, atteint de flexion permanente de la cuisse sur le bassin, renverse son bassin en avant, courbe ses reins en avant, creuse la région lombaire pour rapprocher son pied du sol et arriver ainsi à un plan solide.

La cuisse ankylosée dans une adduction excessive, au lieu de s'en aller croiser celle du côté opposé à angle aigu, tend à revenir à la position verticale en soulevant le bassin de son côté, et simule un raccourcissement du membre. La cuisse ankylosée dans l'abduction veut aussi revenir à la verticale pour trouver le plan solide; elle entraîne le côté du bassin en bas et simule un allongement du membre.

Sans nous occuper le moins du monde des positions vicieuses que prendra la cuisse, commençons donc par rétablir la *situation normale* du bassin, de ses angles, de ses crêtes, chez le malade couché sur le dos et étendu sur une table.

Ceci fait, nous constatons la forme et l'étendue des déviations et, par suite, les divers redressements que nous avons à opérer.

Tous les chirurgiens savent combien il est difficile de pratiquer la mensuration exacte du membre inférieur, *chose* néanmoins *si importante* dans *toutes* les affections de la hanche: les points de repère ne sont pas des angles, mais des surfaces convexes d'une certaine étendue, soit à l'épine iliaque, soit à la rotule, soit à la malléole: il est difficile de déterminer des points parfaitement identiques; deux chirurgiens mesurant successivement ont souvent deux mesures différentes; nous obtenons un meilleur résultat par les moyens suivants :

Je prends une ficelle, je la place en travers sur le bassin de manière à ce qu'elle passe *immédiatement* au-dessous des épines iliaques antérieures et supérieures en les rasant de près; je fais tirer les deux bouts de cette ficelle en arrière et un peu en haut; la ficelle accroche ainsi les épines iliaques et les fait saillir de manière à former un *point fixe* très-apparent, de plus la ligne formée par la ficelle est horizontale ou oblique, suivant la position du bassin qu'elle indique d'une manière très-exacte.

Les deux jambes étant bien étendues, les pieds disposés d'une façon semblable des deux côtés, pas plus étendus l'un que l'autre, ce qui ferait varier les mesures, je prends une anse de gros fil ou un petit ruban métrique bien flexible; je porte le milieu de l'anse de fil sous la plante du pied gauche et je ramène les deux bouts des deux côtés du membre jusqu'à ce que ces bouts viennent à se réunir sur la ficelle qui limite et indique l'épine iliaque gauche; en traçant un trait noir sur le ruban ou en marquant le fil dans son point de contact avec la ficelle, j'ai une mesure exacte.

La même opération est faite sur le membre inférieur droit dans les mêmes conditions, le pied étant placé de la même façon. Comparant alors les deux rubans métriques, j'obtiens la différence de longueur qui peut exister entre les deux membres inférieurs; il y a mieux, comme j'ai mesuré en même temps, avec le même fil, *les deux côtés* de ce membre, la différence que je rencontre apparaît double de ce qu'elle est réellement, pour connaître la vérité il faut diviser par deux le chiffre obtenu.

Ce procédé a l'avantage :

1° De fixer d'une manière très-exacte la situation de l'épine iliaque, point de repère supérieur;

2° De simplifier l'opération en évitant la recherche d'un deuxième point de repère à la partie inférieure du membre;

3° De donner des résultats plus exacts que les autres moyens de mensuration.

Ces moyens ne sont plus applicables quand le bassin s'offre déplacé par suite d'une ankylose de l'articulation coxo-fémorale: alors il faut commencer par rétablir le bassin dans sa *situation normale*, puis placer le membre sain dans la même position vicieuse qu'occupe le membre ankylosé; flexion ou adduction, le bassin étant ainsi régulièrement placé, les deux membres situés de la même façon, on peut prendre sur ces membres des mesures comparables.

Il faut bien distinguer :

1° Le *raccourcissement réel* du membre dépendant d'une diminution dans la longueur de ce membre par suite d'une lésion du squelette, fracture, luxation, excavations des cavités articulaires et érosions des apophyses;

2° Le *raccourcissement apparent* occasionné par un déplacement du membre qui remonte sur le côté de son congénère; par suite d'une traction exercée sur son extrémité supérieure, ce membre paraît plus court, mais il n'est que déplacé; les organes qui opèrent cette traction sont les muscles qui, allant de la colonne vertébrale au bassin et à la cuisse lorsqu'ils viennent à se rétracter, élèvent le bassin qui entraîne à sa suite le membre inférieur tout entier.

Je joins une note sur diverses claudications extraite d'un autre travail :

La fille X se balançait, en marchant d'une manière singulière et en apparence hors de proportion avec la rétraction, de 15 millimètres que présente le membre inférieur, mais l'explication de ce phénomène est facile; la plupart des personnes qui sont atteintes d'une inégalité du membre inférieur étendent le pied, marchent sur la pointe, et dissimulent ainsi une grande partie de leur infirmité: c'est ce que fait avec adresse une jeune modiste parisienne; mais Madeleine, bergère ignorante, appuie sur toute la plante de son pied raccourci, elle retombe à chaque pas de 15 millimètres de hauteur et boite excessivement. Presque toujours, dans la campagne, les filles boiteuses marchent avec ce balancement, elles ne connaissent pas les artifices de la coquetterie.

Le redressement immédiat, conseillé par Bonnet, nécessite l'anesthésie du malade, l'assistance de plusieurs aides; comme lui nous avons sectionné les muscles rétractés, rompu les adhérences, corrigé les déviations, puis placé un appareil contentif. Examinons particulièrement ce dernier point.

Le redressement des coxalgies est une opération laborieuse, l'application de l'appareil doit être surveillée avec un grand soin et le succès dépend d'une foule de précautions minutieuses.

Voici les pièces à préparer :

1° Lit ordinaire à fracture, avec la porte placée sous le matelas; à son extrémité inférieure cette porte devra être augmentée, à droite et à gauche, de deux ailerons en planches de 25 centimètres de largeur pour agrandir l'étendue du plan solide et faciliter l'abduction des membres inférieurs;

2° Deux draps pliés pour exhausser le siége;

3° Une moufle avec ses cordes;

4° Une ceinture ordinaire de gymnastique;

5° 700 grammes dextrine tamisée,
420 grammes eau-de-vie camphrée,
350 grammes eau chaude;

6° 2 kilogrammes de coton en rames;

7° Huit ou dix rouleaux de bandes taillées dans une pièce de coton en rames; dédoublez la nappe de coton, puis taillez de longues bandes de ce coton en poils d'environ 10 à 12 centimètres de largeur pour faire les premières doloires autour du pied, de la jambe et de la cuisse; roulez en bandes;

8° Bandes de grosse toile usée de 40 mètres de longueur, 8 centimètres de largeur;

9° Une ceinture pour entourer le bassin : prenez une toile mince, douce, usée, un grand et vieux mouchoir de toile ou de coton, couvrez-le d'un très-épais tapis de coton en poils, piquez par places le mouchoir et le tapis ensemble avec un fil fin; ce tapis doit être assez large pour descendre sur les trochanters et s'élever au niveau du nombril, assez long pour que les bouts viennent se croiser sur la ligne médiane;

10° Une attelle de toile métallique bien rembourrée de coton faufilé sur ses bords;

11° Une main de gros papier sans colle;

12° Une main de papier de soie.

Le malade étant déshabillé, couché, anesthésié, nous procédons au redressement immédiat, en suivant les conseils de Bonnet, que je transcris :

« Assouplissez le membre par une série alternative de flexions et « d'extensions douces, graduées, et allant jusqu'à la limite extrême « des mouvements naturels; ne craignez pas de prolonger vos ma- « nœuvres pendant un quart d'heure; passez successivement en « revue tous les mouvements normaux jusqu'à ce que le membre « soit rétabli dans sa situation régulière. »

Venons au pansement : le malade est placé horizontalement sur la table, la cuisse aussi étendue et autant éloignée de la ligne médiane que faire se peut. Il faut avoir un soin particulier pour maintenir cette situation, obtenue à grand peine, jusqu'à la fin du pansement et, je dirai mieux, plusieurs jours de suite jusqu'à la solidification entière de l'appareil.

Passez et fixez la ceinture de gymnastique, attachez-la à la moufle en soulevant le bassin; pliez le malade en deux, de telle sorte que les épaules d'un côté et les pieds de l'autre soient déclives; pendant tout le temps du pansement il doit être soulevé et tenu en l'air par des mains habiles sans que sa position soit dérangée : la ceinture y con-

tribue beaucoup. Je passe à droite, dans ses anneaux, un petit bâtonnet, puis un bâtonnet semblable dans les anneaux à gauche, deux cordes descendent du crochet de la moufle aux bâtonnets; j'élève et j'abaisse à volonté le bassin de mon malade, pour faciliter l'application du bandage; je transporte ma ceinture des parties supérieures aux parties inférieures du bassin : je complète ainsi l'appareil sans altérer la position réglementaire.

Avec les bandes de coton cardé faites plusieurs rangs de doloires superposées de manière à obtenir un tapis épais et régulier de la pointe du pied au-dessus de l'aine; fixez ces doloires avec une bande sèche et, sur cette bande, déroulez vos bandes dextrinées jusqu'à l'aine.

Placez sous le bassin la grande pièce tapis n° 9; placez des masses de coton pour rembourrer les crêtes et les angles en dehors et en dedans; relevez les deux bouts de ce tapis; croisez-les l'un sur l'autre; fixez-le en bandage de corps par quelques points; cette toile doublée de coton doit en bas dépasser le grand trochanter, en haut dépasser les crêtes iliaques.

Placez la toile métallique n° 10; donnez-lui la courbure convenable; elle doit s'étendre du condyle externe du fémur au-dessus de la crête iliaque et occuper la région externe du membre; fixez fortement cette attelle au bassin par quelques tours de bandes sèches. Avec les bandes dextrinées entourez le bassin; montez au-dessus des crêtes iliaques qui doivent être enveloppées, descendez en spica, fixez l'attelle sur la région externe de la cuisse.

Complétez, consolidez votre appareil en plaçant de bas en haut, surtout autour du bassin et de la hanche, de nombreuses bandelettes de papier gris dextriné, elles cartonneront votre appareil; couvrez le tout de feuilles superposées de papier de soie sec, puis entourez la hanche et le bassin avec une bande sèche que vous enlèverez quelques jours après : elle moule tous ces objets humides sur le bassin et maintient leur forme.

Pendant toute la durée de l'opération le malade a été maintenu dans la position que nous avons signalée, le corps tout entier étant élevé au moyen de la moufle et suspendu par la ceinture de gymnastique, de manière qu'on puisse passer au-dessous et tourner autour.

De temps à autre, pour le besoin de l'application, on descend le patient sur son plan solide, on change la ceinture de place, surveillant toujours la position; ceci fait, transportez le malade dans son lit ou plutôt ramenez un lit préparé sous le malade. On l'étend, on fixe ses pieds écartés; on a soin de soulever le bassin par deux draps pliés et placés sous les fesses; les épaules d'un côté et les genoux de l'autre sont déclives; le corps du malade décrit un arc de cercle à convexité supérieure.

Le troisième jour on enlève la hanche sèche provisoire, mais la ceinture de gymnastique et la moufle restent toujours.

Quand tout est sec on couche le malade sur le ventre, ou fortifie les points faibles en arrière par des tours de bandes et de bandelettes; on émonde le coton et la toile qui dépassent. Si plus tard l'appareil se trouve trop serré en quelques points, on peut le fendre et le raccommoder ensuite.

Voici les effets de cette application :

On immobilise les surfaces articulaires en opposant un obstacle invincible à leur déplacement; on opère sur les régions rhumatisées une compression douce, élastique et continue; on exerce une sorte d'incubation permanente sur les membres souffrants.

Nous avons fait quelques modifications au procédé de Bonnet :

1° Abandon des étaux.

Bonnet s'en servait pour la première partie de l'opération, puis il y renonçait dans la seconde partie, le redressement complet, qui est bien la plus difficile.

2° Emploi d'une ceinture de suspension qui nous est très-utile pour l'application et l'examen de l'appareil pour délasser les malades par un changement de position et leur faciliter les évacuations naturelles.

3° L'enveloppement complet du bassin jusqu'au nombril, autrement la partie supérieure de l'appareil manque de solidité; j'ajoute la précaution de ne point faire asseoir le malade sur son lit jusqu'à ce que tout soit bien sec et solide, autrement l'appareil bâillerait horriblement au devant du ventre.

4° Usage du plan solide pour élever le bassin, disposer le corps en arc de cercle à convexité supérieure, compléter ainsi le redressement du membre par une réduction lente très-efficace dans beaucoup de cas.

Le poids des épaules agit sur une extrémité du tronc, le poids du membre entouré de son appareil solide agit en sens inverse.

5° Je n'ai guère fait usage des appareils à mouvements; ils ont été essayés sans aucune apparence de succès dans l'observation n° 1.

6° Quand le malade commence à marcher avec difficulté, durant plusieurs semaines il traîne son membre impotent qui le suit avec peine. Je prends les précautions suivantes : Le malade se maintient toujours le corps droit; il suit pour guider ses premiers pas une rangée de lit, il s'appuie sur une canne de 4 pieds de hauteur, il se remet plusieurs fois le jour sur son lit qui conserve la même forme, et la saillie correspondante à la région lombaire dont nous avons signalé l'utilité.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Obs. I.—Marie B..., âgée de 9 ans, est atteinte depuis deux ans d'une coxalgie passée à l'état chronique, sans douleur, sans abcès; la cuisse gauche est fixée dans l'ankylose à angle droit, il n'y a aucune mobilité dans l'articulation; la jeune fille se traîne péniblement sur des cannes; elle a un grand désir de guérir, mais son impressionnabilité est telle que nous n'avons jamais pu l'opérer ni appliquer un bandage sans l'avoir préalablement éthérisée. Le traitement a été long et compliqué. Le 27 octobre 1858, redressement avec section musculaire. Le 17 novembre de la même année, nouveau redressement; au bout de trois mois, la jeune malade retourne chez elle munie de l'appareil contentif. Dans les mois de juillet et août 1859, nous consacrons deux autres mois à l'emploi des appareils à mouvement; nous avons pu constater notre résultat final plus de deux ans après l'opération; l'ankylose était complète; mais le membre bien redressé, à peine raccourci, permettait à la jeune malade de marcher librement, facilement, sans canne ni aucun appui.

Lors de la première séance, nous avons entendu un craquement si violent que nous en avons été effrayé, et que nous avons cru que le col du fémur s'était rompu; la grande mobilité survenue dans le membre rendait la chose très-probable : néanmoins cet accident n'avait pas eu lieu, comme la suite l'a prouvé.

Il m'a semblé que trois opérations successives de redressement n'avaient point augmenté le résultat obtenu dans la première opération; depuis lors je me suis borné pour chaque cas à une seule opération, mais faite avec grand soin et poussée à ses dernières limites.

Obs. II. — Mangavelle, enfant petit, frêle, délicat, a commencé à souffrir en novembre 1858, à l'âge de 3 ans, à la suite d'une entorse de l'articulation coxo-fémorale. Le 11 mars 1861, il est âgé de 5 ans; il reste au lit, ne peut faire aucun mouvement; la cuisse est pliée sur le ventre, portée dans l'adduction de telle sorte que le genou droit est couché sur la cuisse gauche. Depuis trois mois cet enfant est atteint de douleurs continues et se plaint sans cesse, dépérit, son état paraît des plus graves; nous pratiquons le redressement après éthérisation sans section musculaire.

État le 19 août 1863. L'enfant a 7 ans; son appareil a été renouvelé de temps en temps jusqu'à ce jour; il ne souffre pas; il marche très-droit sans canne et boite peu. Si l'on place le bassin sur une table dans sa position normale, on reconnaît que l'articulation coxo-fémorale est ankylosée, la cuisse très-légèrement fléchie sur le bassin; il y a aussi un peu d'adduction; le membre malade est réellement raccourci de 15 millimètres; le genou et le pied sont mobiles; nous appliquons un appareil composé d'une attelle de toile métallique, de deux larges lanières, l'une enveloppant le bassin, l'autre enveloppant la cuisse au-dessus du genou qui reste libre.

Examen le 29 *août* 1864. Le malade est âgé de 8 ans; il marche très-bien, court, fait volontiers 4 kilomètres; il n'éprouve plus aucune douleur; le membre inférieur droit est amaigri, ankylosé sur le bassin, un peu porté dans l'adduction et aussi très-légèrement fléchi, il est véritablement raccourci de 0m,03; on le constate en mesurant les deux membres placés exactement dans la même situation. Debout il est très-solide, fort peu ensellé, il compense le raccourcissement du membre et la petite flexion de la cuisse sur le bassin en marchant sur la pointe du pied droit et en tenant le genou gauche un peu fléchi. Cet état est très-satisfaisant; l'enfant suit ses études, va aux classes, il est boiteux; mais il était impotent.

Obs. III. — Audiet Radégonde, 11 ans, opération sans section musculaire; état très-satisfaisant durant deux mois; plus tard retour à l'état primitif par suite de la cessation absolue de tout traitement.

Obs. IV. — Dugas, âgé de 28 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 22 mars; sa cuisse est fléchie à angle aigu sur le bassin; l'adduction est très-prononcée; les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont très-limités et fort douloureux; le membre paraît réellement raccourci de 2 centimètres; le redressement est opéré quelques jours après, le membre enveloppé de l'appareil; il sort après quatre mois de séjour, le 25 juillet, marchant facilement.

Obs. V. — Vaugelade, Antoinette (de Chaillac), âgée de 13 ans, opérée le 3 octobre 1861 avec section musculaire, sortie guérie le 20 janvier 1862; outre la coxalgie elle avait une carie des os du pied droit.

Obs. VI. — Joubert, cultivateur, 30 ans, entre le 15 avril 1861 à

l'Hôtel-Dieu de Poitiers. Ce malade est dans une fâcheuse position : il ne peut marcher, il ne peut rester couché, souffre continuellement, très-vivement, manque de sommeil; la cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin avec adduction; elle ne permet aucun mouvement.

Le malade est bien soulagé par l'opération; nous sommes plein d'espérance, lorsque une péritonite aiguë vient l'enlever le 30 mai.

L'articulation présente un grand nombre de productions cellulenses et adhérentes, mais rien qui puisse expliquer l'arrivée de la péritonite. Deux jours avant, dans les salles de médecine, un autre malade avait aussi succombé à une péritonite spontanée.

Obs. VII. — Gouin, 18 ans (de Cannay), opéré le 12 octobre 1861, sorti le 23 octobre 1861 en bon état.

Obs. VIII. — Nadand, Berthe (de Bélabre), âgée de 10 ans, opérée le 22 août 1862 avec une section musculaire, sortie guérie le 9 novembre 1862.

Obs. IX. — Gaultier Victor (de Melle), âgé de 14 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 2 septembre 1862.

Douleur aiguë dans l'articulation coxo-fémorale droite; impossibilité de marcher, même de s'appuyer; flexion de la cuisse, un peu d'adduction, point de raccourcissement, tout mouvement impossible; redressement et mobilisation le 12 septembre; dès le 28, il marche sans douleur au moyen de ses béquilles; il sort le 8 octobre. Nous avons appris que le résultat définitif avait été très-favorable.

Le 24 novembre 1863, le malade se trouve bien, marche bien, monte un escalier, ne souffre pas; l'appareil n'a pas été renouvelé; il a cependant résisté quoique démantibulé et coupé du genou au pied; il maintient encore la cuisse et la hanche. On enlève l'appareil et l'on examine le malade couché et le bassin rectifié; la cuisse est amaigrie, il y a un peu d'adduction, point de rotation; l'articulation coxo-fémorale est presque sans mouvement, légèrement fléchie sur le bassin; on passe le poing sous les reins. Le pied est bien; il y a un raccourcissement que l'on peut évaluer à 2 centimètres; tout est indolent. Quand il se lève, le malade est ensellé, il marche sur l'avant-pied, mais facilement et lestement.

Obs. X. — Marie V. (d'Iseure), âgée de 15 ans, opérée le 30 mars 1863, avec section musculaire, sortie le 31 août 1863, revue guérie un an après l'opération.

Obs. XI. — Métayer, tailleur, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mai 1860; tout à fait impotent et estropié par la flexion de la cuisse qui est ankylosée sur le bassin; des cicatrices nombreuses et adhérentes attestent que des abcès froids se sont ouverts autour de l'articulation. A deux reprises nous éthérisons le malade à fond, nous opérons la section des cordes formées par les adducteurs sans pouvoir obtenir le moindre mouvement. Ce pauvre garçon meurt phthisique le 10 juillet 1862.

Voici l'état de son articulation :

La cuisse est ankylosée à angle droit, elle est soudée par une surface plus large qu'une pièce de deux francs; les deux os sont continus l'un avec l'autre; ce moyen d'union a résisté à une longue macération, et persiste sur le squelette.

Obs. XII. — Mademoiselle S..., âgée de 18 ans, boîte du côté gauche depuis trois ans. Cet état à toujours été en s'aggravant. En février et en mars 1863 sont survenues des douleurs aiguës; on a inutilement employé les bains de mer; frictions diverses, toniques de toute espèce, huile de morue, iodure de fer.

4 novembre 1863, mademoiselle S... marche très-difficilement, elle se traîne et fait quelques pas à l'aide de deux cannes, son corps étant projeté et fléchi en avant; des douleurs aiguës, l'impotence et la position vicieuse du membre inférieur gauche ne lui permettent pas de faire davantage.

Examen de la malade. — Elle est étendue sur une table; le bassin bien dressé, la région lombaire appuyée dans toute son étendue sur le plan solide. Alors la cuisse se trouve fléchie sur le bassin à 45°; elle est dans une adduction moyenne un peu tournée en dehors, presque complétement ankylosée; quand on veut essayer à la mouvoir, l'articulation fait entendre des bruits de crépitation très-durs; le genou est roide, un peu fléchi et fait entendre aussi des bruits de crépitation. Toutes ces explorations sont fort douloureuses.

Le lendemain nous opérons le redressement sans étau, sans sections musculaires: la cuisse, par des efforts successifs et gradués, est ramenée à sa position normale; la malade reste un peu ensellée malgré notre travail. L'appareil est placé, la malade mise dans un lit préparé; ses reins sont soulevés par deux draps pliés, et tout le corps prend la forme d'un cerceau.

10 décembre, la malade se lève depuis plusieurs jours et marche à l'aide de béquilles; nous fendons la partie moyenne de l'appareil, et chaque jour nous imprimons des mouvements à notre articulation.

20 décembre, la malade ne souffre pas, et l'articulation permet des mouvements notables d'extension et de flexion.

Examen du 12 février 1864. La jambe est dans l'extension complète; les deux talons sur la même ligne, le rein est droit sans ensellure; l'articulation du pied est bien; le genou un peu roide avec quelques craquements; sa flexion est de 12 centimètres de flèche au-dessus du plan horizontal. La hanche est un peu roide, elle permet néanmoins des mouvements notables de flexion; extension et rotation en dehors; les hanches sont bien placées.

L'état de notre chère malade avait été s'améliorant toujours, elle parcourait librement les salles et les corridors *se tenant très-droite* et appuyée, par précaution seulement, sur une longue canne; elle allait être rendue à sa famille lorsque le 26 février 1864 elle succomba à une typhoïde ataxique dont elle était atteinte depuis une dizaine de jours.

Obs. XIII. — G. Anna, âgée de 8 ans, était atteinte depuis deux mois d'un torticolis avec inclinaison considérable et excessivement douloureuse de la tête sur l'épaule gauche. Très-inquiet de cette maladie qui menaçait d'aboutir à une difformité permanente, j'éthérisai la jeune malade et peu à peu, par secousses successives, je redressai la tête, je l'inclinai sur l'épaule droite, j'opérai une flexion et torsion égale à celle qui existait déjà, mais en sens inverse, à tel point que les parents me reprochaient d'avoir remplacé une difformité par une autre difformité; malgré cela la jeune malade n'a conservé aucune trace de son mal.

Ce cas est exactement la répétition d'un cas de torticolis aigu observé chez une malade de la Maternité, et redressé extemporanément par notre collègue M. Jules Guérin il y a une trentaine d'années dans le service de Lisfranc.

Les observations rangées dans leur ordre chronologique, présentent le tableau suivant :

1° Redressement, section musculaire, guérison.
2° Redressement, guérison.
3° Traitement interrompu, retour de la maladie.
4° Redressement, guérison.
5° Redressement, section musculaire, guérison.
6° Redressement, péritonite spontanée, au bout de six semaines, mort.
7° Redressement, guérison.
8° Redressement, guérison.
9° Redressement, guérison.
10° Redressement, guérison.
11° Tentatives de redressement sans aucun résultat.
12° Opération; morte d'une fièvre typhoïde dans la convalescence.
13° Torticolis aigu, redressement du cou, guérison.

Tous nos malades se trouvaient compris dans la famille des coxalgies rhumatiques, et placés dans des conditions analogues.

Jeunes ou adolescents (de 5 à 18) atteints depuis longtemps d'arthrite chronique avec rétractions musculaires, positions vicieuses, douleurs; tous sans abcès ni fistule, mais actuellement impotents et menacés du plus triste avenir; pour tous l'opération du redressement a été sans danger, les sections musculaires pratiquées largement n'ont eu aucune suite fâcheuse.

Je ne puis mettre sur le compte de l'opération une fièvre typhoïde qui m'enlève mon plus beau résultat à la fin de la convalescence.

J'ôterai de ma liste le fait n° 3, où la négligence des parents a occasionné la récidive des déformations; encore le fait n° 6, appartenant à un homme de 30 ans qui a succombé à l'Hôtel-Dieu par suite d'une péritonite accidentelle.

Il me reste neuf observations pour lesquelles le résultat final a été presque identique : ankylose généralement complète de l'articulation coxo-fémorale, flexion très-légère de la cuisse sur le bassin, un peu d'ensellement, légère adduction, amoindrissement du membre, quelque raccourcissement, claudication plus ou moins grande; mais les malades se tiennent debout sur les deux jambes, ils sont lestes, actifs, trottent sans canne ni béquille; ils étaient impotents et estropiés, ils sont simplement boiteux; au souvenir de leur souffrance passée, il se trouvent satisfaits; la comparaison d'ailleurs est facile, nos redressés marchent au milieu de nous, ils vivent de la vie commune sans qu'on les remarque, tandis que leurs infortunés confrères en coxalgie se traînent sur deux béquilles, portant devant eux une cuisse pliée à angle droit et un pied suspendu à 25 centimètres du sol. Nos résultats eussent été bien meilleurs si nous avions opéré des cas moins graves.

Le redressement est applicable dès que la contraction musculaire qui était dans les premiers jours passagère et momentanée, et déterminée par les mouvements douloureux du malade, même par la crainte du mouvement, commence à devenir permanente.

L'anesthésie suffit à elle seule pour amener le relâchement des muscles et le redressement quand il n'y a encore qu'une contraction exagérée; s'il y a déjà contracture, tension et roideur permanente, l'anesthésie ne suffit plus, il faut y ajouter un effort pour vaincre la résistance.

Les rétractions musculaires et fibreuses, les adhérences articulaires ne sont plus aucunement influencées par l'anesthésie dont le

résultat, dans cette circonstance, est seulement d'épargner au malade des douleurs aiguës, et à l'opérateur des contractions musculaires synergiques qui lui opposeraient une grande résistance, nécessiteraient des efforts plus grands et l'empêcheraient de calculer le lieu, la nature et l'étendue des obstacles que rencontre son redressement. Les adhérences fortes, les adhérences osseuses exigent des efforts puissants en raison de la résistance extrême de l'ankylose.

Des craquements secs m'ont donné la conviction d'avoir rompu des adhérences osseuses; les suites n'ont rien présenté de fâcheux.

L'anesthésie, avons-nous dit, efficace contre les contractions et contractures, n'a aucune action sur les rétractions; j'ai démontré ce fait dans un petit mémoire intitulé *Jugement de la croix*. Quand le redressement immédiat peut être effectué avec peu d'efforts, tant mieux; mais s'il faut des efforts pressants et répétés pour obtenir le résultat désiré, je suis bien d'avis d'y avoir recours. Dans ces circonstances, et suivant le conseil de Bonnel, j'ai pratiqué des sections musculaires; un grand relâchement en est résulté, j'ai eu des ecchymoses, mais jamais d'abcès ni d'accidents.

Le résultat constant de notre traitement a été le rétablissement de la forme normale et du point d'appui sur le sol, mais nous n'avons pas été aussi heureux pour les mouvements, leur retour dépend de la gravité des lésions articulaires et péri-articulaires; la déviation est corrigée, son retour est prévenu par l'application de l'appareil; mais si pour opérer on a attendu que les cartilages fussent altérés, les surfaces articulaires adhérentes et les muscles atrophiés, les mouvements ne se rétablissent pas.

On aurait des chances plus favorables si les lésions étaient moindres; un jour l'opération sera mieux appréciée, on y aura recours de plus bonne heure, on n'attendra pas la formation de ces lésions si graves, et l'on obtiendra des succès plus complets; les faits analogues au n° 13 nous en donnent l'assurance.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

SUR UN NOUVEAU CAS DE FILAIRE SOUS-CONJONCTIVAL OU *Filaria oculi* DES AUTEURS, OBSERVÉ AU GABON (CÔTE OCCIDENTALE D'AFRIQUE); par M. GUYON.

Le filaire dont j'ai à entretenir l'Académie se rencontre toujours entre la conjonctive et la sclérotique, de telle sorte que, toujours aussi, on peut le voir et suivre ses mouvements à travers la transparence de la première membrane. Abandonné à lui-même, on le voit disparaître après un certain laps de temps, souvent pour revenir et disparaître encore après un nouveau séjour, ce qui peut se répéter plusieurs fois (1). Quelle que soit la durée de son séjour sous la conjonctive, la seule apparition qu'il y fait suffirait pour nous autoriser à maintenir la dénomination sous laquelle nous l'avons désigné dans le temps, celle de *filaire sous-conjonctival* (2), alors même que cette dénomination ne serait pas nécessitée pour le distinguer d'un autre filaire rencontré dans l'intérieur de l'œil, le filaire du cristallin (*Filaria lentis*, *Filaria lentiolis*, *Filaria oculi humani* de Nordmann) (3); elle écarte en même temps quelque vague que laissent dans l'esprit les auteurs qui s'en sont le plus occupés (4). Qu'il me soit donc permis de m'en servir dans le cours de ma communication.

Déjà, et depuis longtemps, en 1838, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie (séance du 29 octobre) le cas de deux filaires existant sur le même sujet, l'un dans l'œil droit, et l'autre dans l'œil gauche, mais qui se trouvaient parfois réunis dans le même œil. Le passage d'un œil à l'autre avait lieu avec la plus grande rapidité, à travers le tissu cellulaire de la racine du nez. Ils étaient séparés, c'est-à-dire que l'un était dans l'œil droit tandis que l'autre était dans l'œil gauche, lorsque l'opérateur fit l'extraction du dernier. Quelques heures après, de retour auprès de la malade pour extraire le ver de l'œil droit, l'opérateur le trouva passé dans l'œil gauche, d'où il en fit l'extraction par une nouvelle incision.

Le sujet était une jeune négresse de la Martinique venant de la côte d'Afrique. Les deux vers mesuraient de 3 à 4 centimètres. Ils ont été soumis à l'examen des zoologistes de l'époque.

Aujourd'hui, j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie un autre filaire provenant d'un nègre du Gabon, et dont l'extraction a été faite par un chirurgien de notre marine de l'État. C'est peut-être le plus grand qu'on ait encore extrait de l'œil : il mesure 15 centimètres (1). Cette longueur dit assez que, malgré les replis qu'il formait sous la conjonctive, il n'y était pas tout entier; qu'il n'y était que dans une partie de sa longueur, l'autre restant engagée dans les tissus d'où il s'était avancé sur le globe oculaire. Sans doute, tel était à peu près celui observé en Amérique par M. le docteur Roulin, et sur lequel nous reviendrons plus loin. « Le dragonneau, dit M. Roulin, était logé dans « l'orbite de l'œil... On ne le voyait pas constamment; de temps à au- « tre seulement, il s'avançait de l'angle externe de l'œil vers la pru- « nelle, en glissant entre la sclérotique et la conjonctive. »

Le filaire sous-conjonctival se voit assez fréquemment, non pas seulement au Gabon, mais encore sur beaucoup d'autres points de l'Afrique occidentale, ainsi que le ver de Médine ou de Guinée. Son nom y varie selon les localités; il porte celui de *loa* au Congo et sur la côte d'Angola.

Un ancien chirurgien de marine, Guyot, qui a fait jusqu'à sept voyages à la côte d'Afrique, donne sur le *loa* des détails étendus et pleins d'intérêt. Il rapporte le cas d'une négresse chez laquelle existait un *loa* qui disparut immédiatement après qu'il l'eut piqué involontairement, comme il pratiquait, avec une lancette, des mouchetures sur la conjonctive enflammée qui le recouvrait. Sur cinq nègres chez lesquels il en essaya l'extraction, en 1777 (avec une aiguille à suture qu'il passait sous le ver après avoir traversé la conjonctive), le ver lui échappa trois fois, en se retirant dans la profondeur de l'orbite, sans doute comme avait fait celui de la négresse précitée.

Tous ces détails de l'ancien chirurgien de marine se trouvent dans un recueil de mémoires publié en 1805 par J. N. Arrachart (2); ils ont été reproduits par M. le docteur P. Rayer, en 1843, dans sa *Note additionnelle sur les vers observés dans l'œil ou dans l'orbite des animaux vertébrés* (3).

Plus récemment, en 1854, un autre chirurgien de marine, M. Lestrille, a observé au Gabon un nouveau cas de filaire sous-conjonctival. C'était sur un nègre du nom de *Chicou*, qui était venu le prier de lui enlever quelque chose qui lui marchait dans l'œil. M. Lestrille reconnut de suite le parasite, et il en fit l'extraction avec des pinces. Une ouverture de la conjonctive avait d'abord été pratiquée avec des ciseaux courbes sur le plat.

Ce cas de filaire fait le sujet d'une observation insérée dans la *Zoologie médicale*, t. II, p. 143, de MM. Gervais et Van Beneden.

Tous les zoologistes et tous les médecins savent que le ver dont nous parlons, comme celui de Médine ou de Guinée, si tant est qu'il en diffère, peut s'observer partout où vont des individus, indigènes et autres, qui en ont pris le germe dans les contrées où il est endémique (4). La science, jusqu'à ce jour, en a enregistré six cas pour différents points de l'Amérique, savoir :

1° Deux cas à Cayenne, observés par Bajon, le premier sur une négrite en 1768, et le second sur une négresse en 1771 (5);

2° Un cas à Saint-Domingue, en 1770, observé par Mongin sur une négresse (6);

3° Un cas à Monpox, sur les bords de la Magdeleine, en 1828, observé sur une négresse par M. le docteur Roulin (7);

(1) Parlant de trois vers qui lui échappèrent, pendant l'extraction qu'il voulait en faire, un chirurgien de marine, sur lequel nous aurons à revenir, dit : « Ils ont disparu sans qu'ils aient occasionné aucune lésion apparente à la conjonctive, et ils n'ont pas reparu tout le temps que je suis resté avec les nègres qui en étaient porteurs. »

(2) *Gazette médicale de Paris*, année 1841, p. 106.

(3) Rencontré par Nordmann en 1831 et en 1832, et, peu après, par Gescheidt, a été vainement cherché depuis par MM. Rayer et Davaine. Il existe aussi un filaire de la chambre antérieure de l'œil trouvé par le docteur Quatri (de Naples).

(4) « Le filaire oculaire habite dans la glande lacrymale, même dans le globe de l'œil; Bajon en a retiré un individu de l'œil d'une négresse, etc. » (Moquin-Tandon.)

(1) L'un des deux *vers Bajon* avait 2 pouces de longueur; l'un des deux *vers Blot*, 38 millimètres; le *ver Mongin*, 1 pouce 1/2, et le *ver Lestrille* 30 millimètres.

(2) *Mémoires, dissertations de chirurgie et observations de chirurgie*, p. 228.

(3) Dans les *Annales de médecine comparée*, fasc. 2, p. 113, année 1843.

(4) J'ai observé deux fois, à Alger, le ver de Médine : la première fois sur un Maure, de retour, depuis deux ou trois mois, du pèlerinage de la Mecque, et la seconde sur un marin anglais des Indes orientales, d'où il était parti depuis cinq à six mois. Ces deux observations ont été données dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1841, p. 106 et suivantes.

(5) *Mémoire pour servir à l'histoire de Cayenne et de la Guyane*, t. Iᵉʳ, p. 325.

(6) *Journal de médecine*, t. XXXII, p. 338, année 1770, mois d'avril.

(7) Séance de l'Académie des sciences du 3 décembre 1832, dans les *Archives générales de médecine* de 1832, 10ᵉ année.

Cette observation de M. le docteur Roulin a été rapportée, par er-

4° Un cas à Rio-Janeiro (Brésil), en 1833, sur une négresse de nation Mina, observé par les docteurs Sigaud et Christovaö José dos Santos (1);

5° Un cas à la Martinique, en 1837, observé sur une jeune négresse par M. le docteur Blot (2).

Sur ces six cas, le parasite a été extrait quatre fois.

Comme on a dû le remarquer, le filaire sous-conjonctival ne se fait jamais jour à travers la conjonctive, comme le filaire de Médine à travers les téguments. Ce n'est pourtant pas que ce ver n'occasionne sur la membrane, soit à raison de sa taille et de son volume, soit à raison de ses mouvements, soit encore à raison de ces différentes circonstances réunies, une certaine irritation accompagnée de larmoiement; mais cette irritation, cette inflammation même, si l'on veut, n'est jamais portée au point de déterminer une solution de continuité qui permette la sortie du parasite. Quant à son extraction, elle peut se faire assez aisément, pourvu qu'on y apporte une certaine dextérité, car, comme on l'a vu, le parasite fuit l'instrument qui le touche ou cherche à le saisir (3). Pour la pratiquer, on incise avec une lancette ou, mieux, avec des ciseaux, le pli que forme la conjonctive soulevée par une pince à disséquer; le ver est alors à nu au fond de l'incision : on l'y saisit, et on l'extrait avec une autre pince semblable, la première servant à tenir écartées les deux lèvres de l'incision.

Le filaire sous-conjonctival constitue-t-il une espèce particulière de filaire, différente de celui dit de Médine (*Filaria medinensis*), ou bien ne serait-il que celui-ci même dans le jeune âge, comme le pensent quelques zoologistes? D'autres pensent que ce serait peut-être le mâle de cette même espèce dont on ne connaît encore que la femelle, mais ne se pourrait-il pas que la femelle pénétrât seule dans notre organisme après sa fécondation, à l'instar de la chique (*Pulex penetrans*) qui, seule, y pénètre après la sienne?

En attendant que quelques recherches anatomiques, qui ne peuvent être faites que sur des sujets à l'état frais, viennent éclairer ces questions, nous ferons remarquer, comme propres à étayer l'identité des deux vers :

1° Que tous deux reconnaissent les mêmes contrées pour patrie, à savoir l'Afrique tropicale surtout, l'Arabie, la Perse et l'Inde, et que tous deux aussi ont le tissu cellulaire pour habitat;

2° Que le filaire sous-conjonctival n'est pas propre, particulier au tissu cellulaire de la conjonctive; qu'il n'y apparaît, en quelque sorte, que comme un oiseau de passage, et qu'il s'en éloigne, on peut le supposer du moins, lorsqu'il n'y trouve plus l'espace nécessaire à son développement.

On a déjà dit et établi avant nous que la connaissance du ver de Médine remonte à une assez haute antiquité; que Plutarque en parle dans ses *Propos de table* (Symposiaques), d'après Agatharchides de Cnide, qui paraît être le premier qui le mentionne dans son Périple de la mer Rouge (4). Or Agatharchides de Cnide était contemporain de Ptolémée-Alexandre, de sorte qu'il vivait de cent quarante à cent cinquante ans avant J. C.

Nos documents sur le filaire sous-conjonctival, admettant qu'il diffère du premier, le filaire de Médine, ne remontent pas aussi haut : le premier que nous possédions ne remonte qu'aux dernières années du seizième siècle. C'est un tableau intercalé dans une description du ver de Médine (*Descriptio morbi verminantis*) qui se trouve dans la relation d'un voyage au Congo et autres lieux de l'Afrique occidentale, publiée à Francfort en 1598 (5). Ce tableau représente, savoir :

1° Au centre, trois individus debout, vus par derrière, nus et présentant sans doute de ces nodosités que déterminent, à leur approche des téguments, les vers venus pour s'y frayer un passage, ce qui, toutefois, ne se distingue pas bien clairement, à raison de la petitesse des figures et de l'imperfection du dessin.

2° Sur la gauche, un homme assis et présentant, sur la face antérieure de la jambe droite, une portion de ver roulée sur un bâtonnet, et appendant sur le membre par une autre portion de ver encore engagée dans la plaie. Le même individu, de sa main droite, roule sur un autre bâtonnet, en le protégeant de sa main gauche, un ver sortant de la partie inférieure et interne de la cuisse du même côté.

3° Sur la droite, un homme également assis, la tête portée en arrière et soutenue par deux aides debout; elle est légèrement inclinée sur le côté gauche, présentant l'œil droit à l'opérateur également debout, ayant la main droite munie d'un instrument dirigé sur l'œil, comme pour l'opération de la cataracte; sa main gauche est passée sous le bras droit du patient. Derrière le groupe est un individu qui paraît être un chef présidant à l'opération. Debout, comme l'opérateur et les aides, il tient à la main droite un bâton dont l'extrémité, terminée en fer de lance, est élevée au-dessus du groupe et semble le protéger.

reur, à M. le docteur Clot-Bey, à qui l'on doit de précieuses observations sur le dragonneau en Égypte, mais qui n'a jamais été en Amérique.

(1) J. F. X. Sigaud, *Du climat et des maladies du Brésil*, p. 135. Paris. 1844.

(2) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, année 1838, 2° trimestre, p. 755.

(3) Observations Guyot, précitées; aussi l'Observation Bajon, où il est dit : « Je crus qu'en faisant une petite ouverture à la conjonctive du côté de la tête du ver, puis en l'excitant ensuite à se mouvoir, il sortirait de lui-même. J'exécutai ce projet; mais, au lieu de s'engager dans l'ouverture que je lui avais faite, il passa à côté, pour aller au côté opposé.. »

(4) « Et ceulx qui furent malades à l'entour de la mer Rouge, ainsi comme Agatharchides escrit, eurent des accidens estranges que personne n'avoit jamais ne leus ne veus, et, entre autres, qu'il leur sortoit de petits serpentaux qui leur mangeoient le gras des jambes, et les souris des bras. Et, quand on leur cuidoit toucher, ils rentroient en dedans, et s'enveloppant parmy les muscles, engendroient des bosses et aposthumes qui laissoient des douleurs intolérables. » (*Les Propos de table*, ou *Symposiaques*, liv. IX, p. 423, traduction d'Amyot.)

(5) Traduite de l'italien en latin par Cassiodore Reinus, et éditée, avec figures, par les frères de Bry, sous le titre de : *Vera descriptio regni africani, quod tam ab incolis quam Lusitanis Congus appellatur.*

PRODUCTION DE BACTÉRIES ET DE VIBRIONS DANS LES PHLEGMASIES DES BRONCHES, DES FOSSES NASALES ET DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE; par M. F. A. POUCHET.

A diverses reprises, j'avais remarqué que dans les phlegmasies de la trachée et des bronches, ainsi que dans celles des fosses nasales et du conduit auriculaire, certains malades, après une nuit absolument calme, se réveillaient en éprouvant une démangeaison extrêmement vive dans l'organe malade.

Les démangeaisons insupportables que produisent les *Oxyurus vermicularis*, par leurs mouvements sur la muqueuse du rectum ou de la vulve, me firent présumer que peut-être le symptôme dont il vient d'être question provenait d'une cause analogue et était dû à la présence d'animalcules microscopiques. L'observation m'a démontré qu'il en était ainsi.

A deux reprises, sur un homme qui était affecté d'un léger catarrhe pulmonaire et qui se réveilla, après une nuit parfaitement calme, en éprouvant une vive démangeaison dans la trachée, je trouvai ses premiers crachats remplis d'une grande abondance de bactéries douées des plus rapides mouvements; avec ces microzoaires, on observait aussi des monades.

Une demi-heure après, l'expectoration ayant été abondante, les crachats n'offraient aucun de ces animaux et les démangeaisons avaient disparu.

J'ai fait la même observation sur une personne qui avait un coryza.

Enfin, sur un malade affecté d'une otite chronique externe, voici ce que j'ai observé à huit ou dix reprises. Lorsque l'écoulement était peu abondant, toutes les fois que le malade éprouvait un sentiment de formication, un prurit prononcé dans le conduit auriculaire, si alors on en examinait la sécrétion puriforme, on y rencontrait toujours une quantité prodigieuse de bactéries douées de vifs mouvements saccadés. Avec celles-ci, souvent il existait des monades et quelques petits vibrions d'espèces indéterminables.

Lorsque l'écoulement était abondant ou avait lieu sans prurit, on n'y rencontrait aucun animalcule vivant.

Ces observations me portent à conclure que, dans certaines circonstances, lorsque les sécrétions des muqueuses ou de quelques parties de la peau sont altérées par une phlegmasie, il s'y produit des bactéries, des vibrions et des monades, et que c'est probablement aux mouvements des premières, qui toujours y sont en masses serrées, qu'est dû le prurit insupportable qu'éprouvent les malades. En effet, ce phénomène n'avait pas lieu, soit quand la sécrétion n'offrait aucun de ces animalcules, soit quand elle n'en offrait que de morts.

Dans les sécrétions normales, soit des bronches, soit des fosses nasales ou du conduit auditif, on ne rencontre point les animalcules que nous venons de mentionner. Leur apparition coïncide avec l'altération morbide de ces sécrétions, lorsque la température est élevée et que celles-ci restent à la surface des membranes et s'y altèrent rapidement, sous l'influence des causes les plus propres à déterminer la putréfaction, telles que la chaleur, l'air et l'humidité.

NOTE SUR UN NOUVEL INSTRUMENT, LE LITHEXÈRE, DESTINÉ A EXTRAIRE DE LA VESSIE LES SABLES ET GRAVIERS PROVENANT DES PIERRES BROYÉES PAR LES INSTRUMENTS LITHOTRITEURS; par M. MAISONNEUVE.

(Commissaires : MM. Velpeau, Jobert de Lamballe, Civiale.)

L'opération de la lithotritie comprend deux temps bien distincts :

1° Le broyement de la pierre, ou sa réduction en fragments assez petits pour passer par le canal de l'urètre;

2° L'élimination de ces fragments eux-mêmes.

Dans les cas simples, alors que la pierre a pu subir une trituration parfaite, et que l'émission de l'urine se fait avec une entière liberté, le dernier temps peut s'effectuer à la rigueur sans intervention de l'art.

Mais pour peu que ces conditions se modifient, que la pierre, en raison de sa dureté, se brise en fragments anguleux, ou qu'un obstacle

existe à la sortie de l'urine, ce temps peut se compliquer des difficultés les plus graves, outre qu'il est l'occasion principale de ces douleurs et de ces accidents si redoutables qui se renouvellent chaque fois qu'un fragment un peu volumineux vient à s'arrêter dans le canal.

Jusqu'à présent le génie inventif des chirurgiens n'avait imaginé pour ces circonstances que d'assez faibles palliatifs. C'étaient des sondes métalliques volumineuses par lesquelles on essayait d'expulser les débris de la pierre au moyen d'injections; ou bien encore des pinces destinées à briser quelques fragments anguleux arrêtés dans l'urètre.

Mais ces ressources étaient bien insuffisantes; aussi, pour éviter l'encombrement dangereux du col de la vessie ou du canal, l'opérateur se trouvait-il souvent réduit à ne broyer à chaque séance qu'une petite portion du calcul et quelquefois à faire l'extraction de ces faibles débris avec l'instrument lithotriteur lui-même. De là des longueurs interminables et des manœuvres pénibles d'où pouvaient résulter les plus graves accidents.

Frappé de ces inconvénients, j'ai cherché parmi les moyens nombreux que nous offre la mécanique quelque combinaison qui pût résoudre le problème d'une manière plus avantageuse. Après bien des tentatives, l'idée me vint d'expérimenter pour cette solution le mécanisme si simple et si puissant de la vis. J'avais remarqué qu'en faisant mouvoir dans un tube de dimension convenable une vis à pas allongés et profonds comme ceux du tire-bouchon vulgaire, les poussières ou graviers placés à la partie inférieure du tube se trouvaient entraînée par le mouvement de la vis et rejetés par l'orifice.

Partant de ce principe qu'on n'avait point encore utilisé dans l'art chirurgical, je fis construire par nos habiles fabricants, MM. Robert et Collin, un instrument creux en forme de sonde, et disposé de manière à pouvoir pénétrer dans la vessie. Sur la concavité du bec de cette sonde se trouve une large ouverture dans laquelle les graviers peuvent facilement s'introduire. Dans ce tube tourne une vis en tire-bouchon dont le mouvement continu entraîne tous les fragments ou graviers placés dans le bas-fond de la vessie, les broie comme des grains de café, et rejette leurs détritus au dehors.

Des expériences nombreuses faites sur le cadavre, quelques applications aussi faites sur l'homme vivant, m'ont démontré que l'instrument nouveau, auquel je crois devoir donner le nom de *lithexère* (de *lithos*, pierre, *exairein*), pouvait en quelques instants et sans la moindre douleur débarrasser la vessie des sables et graviers provenant des pierres broyées par les instruments lithotriteurs ordinaires.

Ce résultat, qui, je dois le dire, dépasse toutes les espérances que j'avais conçues, me paraît digne de fixer l'attention des chirurgiens, en ce qu'il est de nature à modifier profondément l'opération même de la lithotritie. Du moment, en effet, que l'opérateur n'a plus à craindre les horribles douleurs et les accidents si graves qui résultaient du passage des fragments dans le trajet du canal, rien ne l'oblige plus de restreindre ses manœuvres; il doit même chercher, en perfectionnant les moyens de trituration, à broyer la pierre le plus rapidement possible, certain qu'il est de pouvoir toujours extraire immédiatement toutes les poussières et tous les fragments dont l'introduction dans le canal pourrait être dangereuse.

On ne verra plus, dès lors, ces séances multipliées qui désespèrent le malade et finissent par épuiser son courage et ses forces. Une seule séance suffira pour les calculs au-dessous de 20 grammes, deux ou trois, tout au plus, pour ceux d'un volume plus considérable.

— M. Maggiorani adresse de Palerme une note contenant les résultats de nouvelles recherches qu'il a faites sur le rôle de la rate dans l'économie animale, surtout par rapport à la composition du sang. Sur plusieurs lapins provenant d'une même portée, mais dont les uns avaient subi l'ablation de la rate, tandis que les autres n'avaient été soumis à aucune opération, il a constaté que chez ces derniers le sang était moins abondant et d'une pesenteur spécifique moindre, qu'il contenait moins de fibrine, moins de globules rouges et une proportion de fer notablement inférieure. Il a constaté en outre que le sérum du sang des animaux ainsi mutilés contient plus d'albumine.

Cette note, qu'accompagne un mémoire plus étendu que l'auteur a publié dans un journal de Palerme (l'*Osservatore medico*), est renvoyée, avec l'imprimé, à l'examen de M. Bernard.

DES EFFETS DU TABAC A FUMER SUR LES ENFANTS.

M. Ed. Decaisne adresse sous ce titre une note.

« Il y a trois ans, dit l'auteur, lorsque je m'occupais des recherches sur les altérations de la circulation provenant d'un usage excessif du tabac à fumer, recherches qui font l'objet du mémoire que j'ai soumis au jugement de l'Académie le 31 mai dernier, je fus frappé du nombre considérable d'enfants d'ouvriers qui avaient l'habitude de fumer, et je me demandai si cette habitude n'entrait pas pour quelque chose dans les cas si nombreux de chloro-anémie que je constatais chez eux chaque année. Je résolus donc de porter mes investigations sur ce point sans me dissimuler les erreurs et les illusions auxquelles j'étais exposé.

« Je savais, en effet, avec Marshall-Hall et tous les hygiénistes, que les enfants qui travaillent dans les manufactures sont souvent anémiques, et que d'ailleurs les autres conditions mauvaises d'hygiène dans lesquelles ils se trouvent placés si souvent sont des causes puissantes d'altération du sang chez les jeunes sujets; aussi, à l'exception de deux, les observations qui font la base de ce mémoire ont été prises en dehors des manufactures et dans la classe aisée de la société, à Paris et à la campagne. »

Ce travail, qui se rattache à celui que l'auteur avait précédemment adressé, est renvoyé à l'examen des mêmes commissaires : MM. Andral, Rayer, Bernard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la marine transmet un exemplaire d'un livre de M. le docteur Cornillac, chirurgien de deuxième classe, intitulé : *Études sur la fièvre jaune à la Martinique de 1669 à nos jours*. (Renvoi à la commission de la fièvre jaune.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une dissertation sur quelques maladies observées dans le département des Landes, par M. Lestage, ancien chirurgien militaire.

2° Une note sur une épidémie d'angines diphthéritiques observée dans l'arrondissement de Louhans (Saône-et-Loire), par M. le docteur Pochon.

3° Un rapport sur les maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Leon en 1863, par M. le docteur Gurpon.

4° Un rapport sur une épidémie de fièvre catarrhale qui a régné dans la Maison centrale de détention de Fontevrault en 1863 et 1864, par M. le docteur Fraisse. (Commission des épidémies.)

5° Une lettre de M. Piroux accompagnant l'envoi de ses ouvrages sur l'enseignement des sourds-muets. (Commission de la surdi-mutité.)

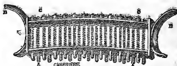
6° Une lettre de M. Maisonneuve réclamant la priorité de la méthode de fusion temporaire des paupières pour la cure de l'ectropion, au sujet de la communication récente de M. le professeur Furnari sur ce sujet. (Renvoi à M. Gosselin.)

7° L'envoi d'un exemplaire des documents sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Clermont de 1849 à 1864, par M. le docteur Nivet.

8° M. le docteur Marcellis présente à l'Académie un nouvel instrument de son invention, connu sous le nom de thoracoscope.

Cet instrument, fabriqué par M. J. Charrière, est destiné à rendre appréciable à la vue l'état morbide des organes de la poitrine.

Le thoracoscope est formé de deux plaques longitudinales superposées et étroites, sur lesquelles sont fixées deux petites brochettes AAA extrémités en ivoire, mobilisées chacune par un ressort, et qui appliquées sur la poitrine indiquent par leur mobilité à la partie supérieure CC l'état des organes.



L'instrument est maintenu par des oreillettes DD.

— M. Davenne fait hommage à l'Académie, pour sa bibliothèque, d'un ouvrage de M. le docteur Dumont (de Monteux) intitulé : *Testament médical*.

— M. Barth fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Pietra Santa, d'un ouvrage intitulé : *Essai de météorologie théorique et pratique*.

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Morrache, un travail sur la médecine des Chinois.

— M. Depaul dépose sur le bureau un opuscule de M. Langlebert, une brochure intulée : *Unicisme et dualisme chancreux*. (Nouvelle théorie physiologique et rationnelle des divers modes d'action du virus syphilitique.)

M. Langlebert, qui s'occupe depuis longtemps, et avec succès, comme on le sait, des maladies vénériennes, dit M. Depaul, a résolu, suivant moi, dans ce travail, un des points de la syphiliographie le plus vivement discutés dans ces derniers temps.

— M. Béclard présente un instrument de M. le docteur George, dési-

gné sous le nom de nouveau pulvérisateur à éther de pétrole pour le refroidissement des téguments dans les opérations chirurgicales. (Renvoyé à l'examen de M. Gosselin.)

— M. Béclard fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la nouvelle édition (quatrième) du *Traité d'anatomie générale* de Béclard son père; augmenté d'un *Traité d'histologie* fait par lui-même.

— M. le Président annonce que l'Académie se fermera en comité secret à quatre heures et demie.

Lecture. — Coxalgie.

M. Gaillard (de Poitiers), correspondant de l'Académie, donne lecture de l'extrait d'un mémoire sur les diverses espèces de coxalgie et leur traitement. (Voir plus haut le mémoire textuel.)

M. J. Guérin demande la parole au sujet de cette lecture. M. Gaillard, dit-il, a soulevé, dans l'intéressant travail dont il vient de nous donner lecture, une grande question de thérapeutique chirurgicale, le redressement des difformités coxalgiques. Cette question, que j'aurais désiré depuis longtemps voir discutée à l'Académie, comprend à son tour plusieurs points subsidiaires, ce que j'appellerai des sous-questions. Dans l'étude qu'il a faite de cet important sujet, autant qu'il m'a été possible de l'entendre, il m'a paru que M. Gaillard avait négligé un point essentiel, le point de départ de la maladie. Il a très-bien distingué les coxalgies en scrofuleuses et rhumatismales; il a donné les caractères en quelque sorte extérieurs et matériels de la maladie réalisée; mais il eût été bien plus important de nous faire connaître les caractères de la maladie à sa première période, c'est-à-dire à sa période de formation, et de remonter aux circonstances étiologiques : car c'est surtout la considération des causes de la maladie et des conditions de son développement qui conduit aux indications des moyens de traitement. J'ai entendu que M. Gaillard a mentionné l'action musculaire. C'est déjà là un des éléments qui jouent un rôle capital dans la formation des difformités coxalgiques, et il est bien plus utile à considérer dans la première période que dans les périodes suivantes. Mais il faut remonter plus haut encore et chercher à aller au delà de l'action musculaire. Je crois avoir constaté, le premier, qu'il y a au début de la maladie une lésion nerveuse essentielle qui précède la lésion musculaire et qui domine l'ensemble des phénomènes morbides qui doivent se développer par la suite. Eh bien! c'est à cette époque, c'est contre ce premier élément de la maladie qu'il faut diriger les premiers moyens de traitement. C'est à l'action musculaire qui déterminera plus tard les déformations qu'il faut s'attaquer tout d'abord, si l'on ne veut pas se trouver par la suite en présence de difformités beaucoup plus difficiles à combattre.

Cela est si vrai, que dans un grand nombre de cas j'ai empêché, pendant cette première période de développement de la maladie, la formation de difformités imminentes en combattant la contracture musculaire et en maintenant les membres dans leur position normale. On peut voir plusieurs exemples du succès de cette méthode dans le rapport de la commission des hôpitaux, sur le service orthopédique de l'hôpital des Enfants. Un de ces faits, dont M. Brochin ici présent a été témoin avec moi, était particulièrement remarquable au point de vue de la nature de la maladie et de son diagnostic; on voyait d'un côté une coxalgie complète et de l'autre rien que la lésion musculaire extérieure qui en constitue le premier degré et la forme la plus simple.

Il y a un autre élément dans les coxalgies anciennes dont on ne se préoccupe pas généralement, — j'ignore si M. Gaillard en a tenu compte : — je veux parler de la déviation consécutive du bassin; le bassin, après avoir offert dans la première période de la maladie un abaissement du côté malade qui produit l'allongement apparent du membre, subit un double mouvement de rotation et d'élévation, qui donne lieu plus tard à un raccourcissement apparent du membre beaucoup plus considérable que le raccourcissement réel.

M. Gaillard : J'ai parfaitement tenu compte de cette déviation consécutive du bassin dont parle M. Guérin. Aussi j'ai toujours eu soin, en examinant les malades, de les placer dans une position horizontale, de manière à rétablir le bassin dans ses rapports normaux.

M. J. Guérin : Je ne parle pas des déviations temporaires du bassin qui disparaissent par les manœuvres que vient d'indiquer M. Gaillard, mais des déviations fixes, permanentes, qui font qu'il y a si peu de prise et de si grandes difficultés pour le redressement du membre. Du reste, je lirai avec un grand intérêt le mémoire de M. Gaillard, qui se distingue, comme tout ce que fait notre collègue, par un véritable esprit pratique, mais dont l'extrait que nous venons d'entendre ne peut donner qu'une idée insuffisante.

Rapports.

M. de Kergaradec continue la lecture du rapport annuel sur les épidémies.

— M. Bouchardat commence la lecture du rapport annuel sur les eaux minérales.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Compte rendu des séances pendant le mois d'octobre, par M. le docteur Dumontpallier, secrétaire.

Présidence de M. Rayer.

I. — Tératologie.

Recherches sur la production artificielle des anomalies de l'organisation; par M. Camille Dareste.

Lorsque l'embryon de la poule se développe d'une manière normale, l'aire vasculaire, c'est-à-dire l'ensemble des vaisseaux qui se forment dans le feuillet vasculaire, et qui sont le point de départ de la circulation vitaline présente un contour sensiblement circulaire. L'embryon occupe un des diamètres de ce cercle, de telle sorte qu'il partage l'aire vasculaire en deux parties à peu près égales.

L'une des anomalies qui se sont rencontrées le plus fréquemment dans mes expériences sur la production artificielle des monstruosités est une déformation très-remarquable de l'aire vasculaire qui s'allonge notablement suivant un de ses diamètres, et prend ainsi un contour elliptique. La position de l'embryon dans l'aire vasculaire ainsi déformée est variable; mais elle est toujours excentrique, de telle sorte que les deux parties de l'aire vasculaire qui occupent la gauche et la droite de l'embryon présentent une inégalité souvent très-considérable.

Cette déformation de l'aire vasculaire a très-peu d'importance au point de vue de la physiologie, d'autant plus qu'elle n'a qu'une existence temporaire, et qu'elle s'efface à une époque plus ou moins avancée de l'incubation. Mais, au point de vue spécial où l'auteur s'est placé dans ses expériences sur la production des monstres, cette anomalie est fort intéressante, car il est arrivé à la produire d'une manière constante, et à déterminer exactement les conditions physiques qui la produisent.

J'ai reconnu, en effet, que ce fait se produit toujours dans une des machines à incubation qui servent à mes expériences, et qui ne se produit que dans cette machine; que, par conséquent, c'est dans la manière dont la machine échauffe les œufs et dans l'échauffement inégal des diverses parties du blastoderme qu'il faut chercher la cause de la déformation de l'aire vasculaire.

Cette machine est un appareil à circulation d'eau chaude. L'eau circule dans des tuyaux cylindriques en cuivre, et les œufs, placés obliquement par rapport aux tuyaux et maintenus en contact avec eux à l'aide d'une pièce de flanelle, ne reçoivent la chaleur qui les échauffe que par un point de leur surface.

J'ai voulu savoir si la propagation de la chaleur qui se communique ainsi à la surface de la coquille est égale dans tous les sens, ou bien si elle présente des inégalités comparables à celles que Sénarmont a constatées en étudiant la propagation de la chaleur dans les cristaux. Les figures elliptiques que je voyais se dessiner dans le feuillet vasculaire me rappelaient les ellipses de cire fondue que Senarmont observait dans ses mémorables expériences. J'ai donc examiné la forme des lignes produites par la fusion d'une couche de cire étendue, soit sur un œuf entier, soit sur des fragments de coquille, en échauffant la cire sur un seul point. Or dans toutes ces expériences, la fusion de la cire a dessiné des cercles : ce qui voulait dire que la chaleur se propage dans les coquilles avec une vitesse égale dans tous les sens.

Il fallait donc chercher comment, dans ma machine, le blastoderme est placé relativement à ces zones de chaleur qui se propagent dans l'intérieur de l'œuf, à partir du point de contact avec les tuyaux, et dont la température décroît avec l'éloignement du point de contact.

Dans quelque position que l'on place un œuf, le jaune vient toujours se placer dans la partie la plus élevée de la cavité de la coquille, et la cicatricule qui se transforme en blastoderme aux débuts de l'incubation, occupe toujours le point le plus élevé du jaune.

Dans la plupart des machines à couver, les œufs sont placés dans des tiroirs remplis d'air chaud, de telle sorte que tous les points de leur surface reçoivent l'influence d'une chaleur sensiblement égale, et, par conséquent, le blastoderme n'est ni plus ni moins échauffé que les autres régions de l'œuf.

Dans l'incubation naturelle, les faits ne se passent pas absolument de même, puisque le contact de la poule, qui agit comme source de chaleur, n'a lieu que par une partie de la surface supérieure de l'œuf. Mais l'œuf s'échauffe encore par une assez grande étendue, et son point culminant, celui où se forme le blastoderme, se trouve toujours dans la région directement échauffée.

Il en est tout autrement dans ma machine à incubation. Ici, les œufs étant placés dans une position oblique, leur point de contact avec la source de chaleur, point dont la position est d'ailleurs très-variable, ne coïncide jamais avec le point culminant de l'œuf, celui où la cicatricule se transforme en blastoderme et où se forme l'embryon.

J'ai pensé que ce défaut de coïncidence entre le point d'application de la chaleur et le point où se développe l'embryon devait être la cause

de la déformation de l'aire vasculaire : mais j'ai voulu en avoir la démonstration.

Il existe une machine à incubation, celle de l'Américain Cantelo, qui reproduit très-exactement toutes les conditions de celle qui m'a servi dans mes expériences, avec cette seule différence que les œufs, en contact immédiat par un point seulement avec la source de chaleur, sont placés horizontalement au-dessous d'elle, de telle sorte qu'il y a coïncidence entre le point par où l'œuf s'échauffe et celui par où se développe l'embryon.

La forme de l'aire vasculaire dans les œufs couvés dans la machine de Cantelo devait donc me servir à vérifier mon hypothèse. MM. les directeurs du jardin d'acclimatation ayant bien voulu mettre à ma disposition une semblable machine, j'ai constaté, conformément à mes prévisions, que les œufs qui y sont renfermés possèdent une aire vasculaire sensiblement circulaire, partagée par l'embryon en deux moitiés à peu près égales, et que, par conséquent, la déformation produite dans ma machine résulte de la cause que j'avais supposée.

En effet, la chaleur des tuyaux, en se communiquant à la coquille de l'œuf, s'y propage dans tous les sens en occupant successivement des zones concentriques de plus en plus grandes, mais en diminuant constamment d'intensité. Si, comme c'est le cas de la couveuse de Cantelo, le point d'où se répand la chaleur coïncide avec le point où est placé le centre du blastoderme, la propagation de la chaleur et le développement du blastoderme marchent en quelque sorte parallèlement, et par conséquent l'aire vasculaire se forme dans toute la zone isotherme qui présente une température assez élevée pour déterminer son développement, et elle prend un contour circulaire comme cette zone elle-même. Si, comme dans ma machine à incubation, le centre d'où se répand la chaleur ne coïncide pas avec le centre du blastoderme, les différentes parties du blastoderme s'échauffent inégalement, puisque celles qui se rapprochent de la source de chaleur sont plus échauffées que celles qui s'en éloignent. L'inégale répartition de la chaleur des deux côtés du centre du blastoderme y déterminent donc un développement très-inégal des deux moitiés de l'aire vasculaire, et l'on voit alors la forme circulaire, qui est l'état normal, remplacée par une forme elliptique.

Ces expériences me donnent donc un résultat que je n'avais pu obtenir encore dans mes études sur la production artificielle des monstres, puisqu'elles me fournissent un procédé sûr pour imprimer à l'organisation une modification prévue d'avance : il me reste maintenant à en faire varier le mode d'application pour en tirer toutes les conséquences qu'il est capable de donner.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide aux stations d'hiver du littoral méditerranéen (Hyères, Cannes, Nice, Menton, Monaco); par le docteur Lubanski. 1 vol. in-12 de LXXII-590 p. avec vues et cartes. Nice et Paris, 1855.

Ce n'est pas une chose d'une médiocre importance que le choix de la contrée à laquelle on va demander un refuge contre les rigueurs de l'hiver et l'affermissement d'une santé plus ou moins ébranlée. Une localité peut être favorable à telle organisation et l'être fort peu à telle autre atteinte d'une affection en apparence identique. Quiconque a souci de sa santé devra donc savoir quelle est, à ce point de vue, celle de nos stations méditerranéennes à laquelle il convient, dans un cas donné, d'accorder la préférence. Il y a donc aussi nécessité pour nos confrères, sous peine de risquer un avis compromettant des suites duquel on les rendrait justement responsables, d'avoir étudié sérieusement cet ordre de questions dont les éléments sont plus complexes qu'on ne le pense généralement. Voilà pourquoi nous sommes certain d'être utile au public médical en venant lui rendre compte d'un ouvrage qui par la multiplicité, l'exactitude et l'impartialité des renseignements de tous genres qu'il renferme, non moins que par la position scientifique de son auteur, est appelé à devenir, je ne dirai pas seulement le *vade-mecum*, mais encore le conseiller autorisé de quiconque veut tirer le meilleur parti possible d'une villégiature d'hiver dans ces belles régions.

La première partie du volume est consacrée à la description topographique et météorologique du littoral méditerranéen en France, à l'étude de l'influence qu'il exerce sur la santé dans ses conditions diverses, à l'hygiène locale et à tout ce qui s'y rattache. La seconde partie renferme la description particulière de chaque station. Détails historiques et géographiques, ressources matérielles et intellectuelles, sites et promenades, moyens de locomotion, logements et établissements divers, tout y a sa place, rien n'y est oublié. D'excellentes cartes aident à l'intelligence du texte.

S'il nous est impossible de suivre l'auteur dans la foule de faits de détail, de documents spéciaux que renferme son livre, il nous est permis du moins d'en dégager l'excellent esprit qui y règne et d'y signaler ce caractère pratique qui pouvait seul lui donner un long séjour dans les contrées qui y sont décrites. Aux yeux des uns, certains climats posséderaient une vertu curative dont on peut espérer les meilleurs résultats. Pour d'autres, il n'y a rien à en attendre dans les affections graves qui vont y chercher une heureuse terminaison. Sachant également se défendre des illusions des premiers et du septicisme des seconds, notre consciencieux confrère ne leur reconnaît qu'un avantage : c'est de placer le malade dans les conditions les meilleures où il puisse se trouver pour guérir, que cette guérison résulte des efforts de la nature ou des procédés de l'art. Cet avantage est immense, sans doute, mais de quelles difficultés cette vue générale n'est-elle pas dans l'application! Premièrement du côté du climat en raison des caractères différents qu'offre une même contrée, sous le rapport de son exposition, de son degré de sécheresse ou d'humidité, de son éloignement ou de sa proximité de la mer, de l'époque de l'année où l'on se trouve, etc. Ainsi l'on rencontre à Nice même des qualités climatologiques très-diverses, selon le quartier que l'on habite. Secondement, du côté des malades, par suite des oppositions que présente une même maladie observée dans des organisations diverses, la vitalité se trouvant en excès chez les uns, tandis qu'elle fait défaut chez les autres; d'où la nécessité d'un milieu hyposthénisant chez les premiers, tonique chez les seconds. A quoi il faut encore ajouter que ces qualités n'ont par elles-mêmes rien d'absolu, leur mode d'action étant, jusqu'à un certain point, relatif aux prédispositions de l'organisme. Ainsi, comme le fait judicieusement observer M. Lubanski, tel milieu peut devenir successivement pour le même individu, tonique, stimulant, excitant même, selon la manière dont l'organisme répond à l'action des agents extérieurs.

On comprend maintenant de combien d'inconnus se complique le problème que nous posions au commencement de cet article : un malade étant donné (je dis un malade et non une maladie), déterminer la localité qui est la mieux appropriée à son état actuel... L'ouvrage de notre confrère aura cette utilité, jointe à beaucoup d'autres, d'inspirer une prudente réserve aux praticiens qui tranchent ce genre de questions avec une légèreté qui n'a d'égale que l'ignorance où ils sont de ses véritables termes. Il ne nous reste qu'un vœu à former, c'est que M. Lubanski nous fasse connaître un jour, dans une publication plus spécialement médicale, les résultats de son expérience étendue en cette matière où, de son propre aveu, il reste encore tant de lacunes à combler.

C. Saucerotte.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté ministériel du 31 octobre :

M. Grisolle, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, est nommé premier assesseur près ladite Faculté, pour l'année classique 1864-1865;

M. Laugier, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Paris, est nommé deuxième assesseur près ladite Faculté, pour l'année classique 1864-1865;

M. Malgaigne, professeur d'opérations et d'appareils à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer pendant le premier semestre de l'année classique 1864-1865 par M. le docteur Duchaussoy, agrégé près ladite Faculté.

— M. J. Béclard, secrétaire annuel, prononcera l'éloge de Delpech (de Montpellier) dans la séance annuelle de l'Académie de médecine, qui aura lieu le mardi 13 décembre.

— M. le docteur Legrand du Saulle commencera un cours public de *médecine légale des aliénés* le samedi 19 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Liebreich a commencé ses conférences cliniques sur les maladies des yeux, jeudi 10 novembre, à midi et demi, et les continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure, rue Saint-André-des-Arts, 27.

— M. le docteur Hiffelsheim recommencera son cours public d'électricité médicale, vendredi 25 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis et vendredis suivants.

Le professeur démontrera les *appareils électriques* et leur mode d'*application*, eo décrira les propriétés *physiologiques* et les indications thérapeutiques.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

RENTRÉE SOLENNELLE DES FACULTÉS. — INAUGURATION DES STATUES DE BARTHEZ ET DE LAPEYRONIE A MONTPELLIER.

La rentrée des Facultés et de l'École de pharmacie a eu lieu à Montpellier le mardi 15 novembre. De bonne heure une foule compacte avait envahi l'enceinte du grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, toujours trop étroite pour contenir un public dont l'empressement ne fait jamais défaut à cette solennité. Les principales notabilités de la ville s'étaient fait un devoir de témoigner, par un concours insolite, du haut intérêt qu'elles portent au mouvement scientifique qui s'y continue de nos jours avec un éclat égal à celui des temps passés. Mais les regards des spectateurs habituels de cette cérémonie annuelle se dirigeaient surtout avec une curiosité sympathique sur plusieurs notabilités du corps médical, spécialement venues de divers points de la France et de l'étranger pour honorer de leur présence cette séance d'inauguration. C'est qu'en effet un intérêt nouveau et un attrait particulier se joignaient à l'ordre connu du programme ordinaire pour expliquer et justifier cette réunion exceptionnelle d'hommes d'élite, parmi lesquels on remarquait MM. les docteurs Barthez (de Paris), héritier du nom et de la réputation d'une illustration chère à la Faculté du Midi; Ch. Dubreuilh (de Bordeaux), rédacteur de *l'Union médicale de la Gironde;* Chambard (de Lyon); de Hoyos-Limon (de Séville), etc., etc.

Il y a quelques années, à pareille époque, une séance du même genre fut marquée par un brillant discours de M. le professeur Bouisson, dans lequel l'orateur, après avoir distribué de justes éloges aux bienfaiteurs de l'École de médecine de Montpellier, formula la proposition d'élever un monument à la science médicale en consacrant une statue aux deux d'entre eux qui avaient le plus illustré leur enseignement et le mieux servi ses intérêts. Barthez et Lapeyronie furent considérés comme les plus dignes, à ce double point de vue, de cet honneur, et une souscription, où maîtres et élèves confondirent leurs noms et leurs offrandes, fournit les premiers éléments d'une entreprise que le succès devait couronner. Le conseil municipal, sur la proposition du magistrat éclairé qui dirige ses travaux, M. Pagézy, maire de Montpellier et député au Corps législatif, le conseil général de l'Hérault, avec l'active coopération de MM. les préfets Gavini et Piétri, et le ministère d'État, par la bienveillante initiative de M. le sénateur Michel Chevalier, s'empressèrent de concourir, par le vote de sommes importantes, à cet hommage rendu à deux hommes que la cité médicale avait vus naître. Le zèle de la Faculté, et en particulier celui de M. Bouisson, qui a porté à l'accomplissement de cette œuvre de glorification la même ardeur qu'il avait mise à la faire accepter, ont fait aboutir le projet à une complète réalisation. Deux belles statues, dues au talent de MM. Gumery et Lami, et représentant l'éminent chirurgien, dévoué aux intérêts de son art jusqu'à la prodigalité, et le médecin éloquent, fondateur d'une doctrine célèbre, décorent aujourd'hui la façade de l'antique monument élevé par les érudits enfants de Saint-Benoît, devenu le palais des évêques, et consacré de nos jours à l'enseignement d'une science où Montpellier a trouvé ses meilleurs titres de gloire. C'est l'inauguration de ces deux statues qui avait attiré cette foule impatiente au milieu de laquelle on distinguait les hôtes inaccoutumés accourus dans ses murs pour le même motif.

Tout dans cette séance devait sortir des traditions et des règles ordinaires : la forme comme le fond. Elle a été en effet divisée en deux temps : l'un, conformément aux usages, s'est accompli dans cet amphithéâtre, où nous avons déjà introduit le lecteur, l'autre s'est passé au seuil même de l'édifice, aux pieds de ces effigies où deux hommes, célèbres à des titres divers, semblent encore dans le fauteuil académique et dans le siége professoral initier les nouvelles générations au goût de l'art et aux profondeurs de la doctrine.

La première partie a été ouverte par un discours du docte et spirituel recteur de l'Académie, M. Donné. Avec ce tact de l'homme du monde qui ajoute un attrait de plus aux qualités du savant, il a tracé en quelques phrases succinctes les résultats d'une inspection que M. le ministre de l'instruction publique a faite l'été dernier dans les établissements scientifiques de Montpellier. Il a rappelé ce que Son Excellence leur avait déjà octroyé, comme don de joyeux passage, et fait entrevoir les avantages que ses promesses, en voie de réalisation, assuraient encore à leur prospérité future. Puis M. le professeur Bouisson, remplaçant M. le doyen Bérard, absent, a lu un rapport sur les travaux de la Faculté de médecine pendant l'année scolaire 1863-1864. Dans cette matière ingrate, il a su, par un grand charme de diction et un habile agencement de parties souvent disparates, féconder l'aridité des chiffres et animer un tableau bien coordonné de l'activité de l'établissement au nom duquel il portait la parole. Le mouvement intérieur de l'enseignement qui se traduit par les leçons officielles des professeurs et le concours officieux des agrégés, le mouvement extérieur qui s'est révélé par la part qu'ont prise plusieurs d'entre eux aux grandes assises de la science dont, sous le nom de congrès, Paris et Lyon ont cette année été le théâtre, l'analyse sommaire et l'appréciation motivée de leurs publications, l'ardeur et le dévouement des élèves pendant la durée d'une épidémie de suette qui a sévi dernièrement dans certaines parties de l'Hérault, les infractions passagères à l'ordre et à la discipline, le tribut de regrets déposé sur la tombe d'un collègue éminent, M. le professeur Ribes, le rappel des titres de celui que la Faculté a appelé à prendre sa place, M. le docteur Fonssagrives, ont fourni les éléments variés de ce rapport où les lacunes et les reproches sont hardiment divulgués et présentés à côté des acquisitions et des éloges, où les félicitations et les souhaits d'une cordiale bienvenue succèdent sans effort aux paroles de tristesse et d'adieu. Enfin, M. Cambouliès, professeur de littérature ancienne à la Faculté des lettres, est venu s'emparer d'une attention qui n'était pas encore émoussée, et que la perspective de deux autres lectures ne rendait pas distraite. La *critique au dix-neuvième siècle* a fourni le sujet du discours d'apparat. En vertu du principe qui nous rend tous justiciables des règles établies, l'orateur a fait passer la critique moderne sous les fourches caudines de ses propres lois. Un succès de bon aloi a accueilli ce discours, qui s'est fait remarquer par l'ardeur profonde des convictions et la rare vigueur du style.

Cette partie du programme officiel épuisée, le corps académique,

---

FEUILLETON.

INAUGURATION DES STATUES DE LAPEYRONIE ET DE BARTHEZ.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. LE PROFESSEUR BOUISSON.

Messieurs,

L'homme illustre qui nous réunit autour de sa noble effigie a déjà reçu des honneurs analogues à celui que nous lui décernons. Son buste, dû au ciseau de Pigalle, décore l'amphithéâtre de la Faculté de Paris et le conclave de celle de Montpellier. La ville de Nancy a fait frapper deux cents médailles en or à son effigie et à ses armes. Hyacinthe Rigaud nous a transmis son portrait tracé par ce fier pinceau qui, à lui seul, aurait le privilége de l'immortaliser; Daullé l'a popularisé par la gravure; Voltaire l'a chanté dans ses vers, et aujourd'hui une magnifique statue en bronze de M. Gumery, comparée par M. Ed. About aux meilleures œuvres de David (d'Angers), vient compléter cet ensemble d'hommages, ces témoignages de vénération que n'a point refroidis tout un siècle qui pèse sur la tombe de Lapeyronie.

Qu'était donc cet homme qui s'est si fortement emparé de l'estime publique, qu'on ne se lasse point de célébrer ses mérites? Était-ce un de ces héros qui ont vaillamment porté l'épée de la France, et dont le marbre ou le bronze doivent consacrer les exploits? Non, l'épée n'était chez lui que le signe de l'autorité, et le fer qui armait sa main était celui qui sauve, non celui qui détruit. Était-ce un de ces hommes animés du souffle poétique, dont le langage inspiré est le reflet des sentiments et des aspirations de leur temps? Non, le laurier et le chêne n'ont pas couronné son front qui n'aurait pu se parer que de l'humble dictame. Était-ce un écrivain érudit qui ait consacré ses veilles à des études profondes? Non, les ouvrages qu'il nous a laissés sont peu nombreux et ne touchent qu'à des détails. Était-ce un génie créateur, un de ces Prométhées qui s'emparent d'une force de la nature pour en armer la main de l'homme. Non, on ne lui doit que des découvertes scientifiques d'une application restreinte, et sa modestie était telle que, lorsqu'il les transmettait à l'Académie des sciences, c'était souvent sous le voile de l'anonyme.

Par quel privilége l'immortalité est-elle donc assurée à Lapeyronie? C'est que, en dehors des sources de grandeur que nous venons d'énumérer, il y a encore des droits à la reconnaissance publique. L'association féconde de la science et de la vertu, l'esprit de droiture élevé à la hauteur d'une passion généreuse, l'ardeur pour les progrès du premier des arts, se traduisant par des fondations utiles, l'application d'une immense fortune au bien général; toutes ces grandes pensées qui viennent du cœur, tous ces nobles aspects de la nature humaine, Lapeyronie les possédait dans leur plénitude, il en recueillait tous les fruits; il

suivi de la foule des invités et des assistants, s'est transporté sur l'emplacement qui précède l'entrée de la Faculté de médecine, et une nouvelle cérémonie a commencé. Une décoration sobre et de bon goût, une excellente musique militaire tempéraient en l'égayant, la sévère ordonnance de cette fête de la science. C'est au milieu des acclamations des spectateurs de tout sexe, de toute position, groupés, en rangs pressés, autour de deux monuments, que le voile qui les dérobait encore à leur admiration a été subitement enlevé. Puis le silence s'étant fait, MM. les professeurs Dupré et Bouisson ont successivement pris la parole pour expliquer la signification et la portée de cette apothéose décernée à ceux dont les statues venaient d'être découvertes.

Ce n'est pas une médiocre mission que celle de louer Barthez. Assurément la tâche n'était pas au-dessus des forces de celui qui l'avait acceptée, mais la difficulté n'était pas de trouver des arguments solides pour l'accomplir heureusement. Le plus grand danger ici, ce n'était pas l'inconnu, c'était peut-être d'avoir à revenir sur des idées et sur une biographie familière à tout ce qui, dans l'auditoire, n'était dépourvu ni de connaissances scientifiques ni de connaissances historiques. Barthez vit, à Montpellier, dans toutes les mémoires, il y vit non-seulement par ses écrits, mais par la présence dans le sein de la Faculté, de ce vieillard illustre et vénérable, son ami, son meilleur disciple, l'héritier de son esprit, le continuateur de son œuvre, le professeur Lordat. Reprendre l'examen de sa doctrine, refaire son histoire, c'était s'exposer peut-être à laisser devancer la pensée à chaque phrase, à chaque mot par des assistants pénétrés des mêmes idées, des mêmes détails. Hâtons-nous de le dire, M. Dupré a vaillamment triomphé de cette difficulté. Le caractère de l'œuvre, l'influence du maître ont été merveilleusement mis en saillie, sans excès comme sans faiblesse. Quelle que soit l'opinion qu'on se forme de la valeur de la doctrine de Barthez dans le passé, de ses destinées dans l'avenir, le professeur de Montpellier a laissé dans l'histoire de la médecine une de ces traces lumineuses dont la postérité impartiale doit constater l'éclat et la durée. « C'est, disait dernièrement de lui M. Dumas à l'Institut, une de nos plus grandes célébrités médicales qui, à la fin du siècle dernier, avait déjà abordé les problèmes les plus élevés de la physiologie. » Voilà l'homme : Barthez est un physiologiste. Il occupe entre Stahl et Boerhaave une place nettement marquée : il a institué entre l'animisme qui annihile la médecine et l'iatro-mécanique qui l'absorbe, une science qui la soutient et l'inspire. Qu'il ait simplement terminé, en créant ce vitalisme dont Montpellier s'est arrogé le patrimoine, une entreprise commencée aux origines mêmes de la médecine, peu importe, si, en renouant la chaîne des traditions, il a plus fortement constitué l'œuvre dogmatique et plus heureusement rattaché les applications aux principes. Cet enchaînement, mieux senti, mieux expliqué, qu'on saisit dans ses principaux travaux, depuis les *Éléments de la science de l'homme* jusqu'au *Traité des maladies goutteuses*, est précisément ce qui fait son mérite et sa gloire.

Cette exposition doctrinale aurait peut-être paru un peu trop magistrale pour la circonstance, si l'orateur n'avait habilement fait intervenir ces détails biographiques et ces anecdotes qui, en faisant la part grande au praticien heureux, au professeur éloquent, au législateur profond de la science, laissent entrevoir le causeur plein de traits, l'ami des philosophes de l'époque, l'érudit que le droit et les belles-lettres disputaient parfois aux séductions de ses études favorites, le médecin parvenu aux plus grands succès et aux plus grands honneurs auxquels il fût alors permis d'aspirer. Par cet adroit mélange, M. Dupré n'a pas seulement esquivé la sécheresse d'une matière abstraite, il a fait revivre l'homme tout entier, et il a pu comprendre, aux applaudissements de ceux qui l'entouraient, avec quel bonheur il avait su rajeunir un sujet déjà gravé dans tous les esprits, et ranimer une ombre encore présente à tous les cœurs.

La tâche réservée à M. Bouisson offrait des difficultés d'un autre ordre. Lapeyronie n'est pas, en effet, un de ces maîtres dont l'enseignement attire autour de leur personne un groupe d'élèves qui transmettent ensuite les méthodes à leurs descendants; encore moins est-il un de ces chefs d'école qui marquent leur passage à travers les âges par une de ces dates auxquelles s'arrête l'histoire. Mais alors quels titres a-t-on pu lui reconnaître à une si haute distinction? La Faculté de Montpellier, en fouillant parmi ses ancêtres, n'a-t-elle pu trouver aucun autre chirurgien éminent digne de figurer à côté de celui en qui se personnifie chez elle le dogmatisme médical? Ce n'est certes pas une pareille indigence qui a fait monter sur le piédestal *celui qui commença comme A. Paré, vécut comme Méréne, et finit comme Montyon.* Depuis ses origines, où le nom de Guy de Chauliac anticipe déjà sur la célébrité du chirurgien de Charles IX, jusqu'aux temps où Delpech balança la gloire de Dupuytren, l'École de Montpellier a fourni à la chirurgie des hommes célèbres et estimés. D'ailleurs Lapeyronie n'a pas besoin qu'on lui fasse une réputation posthume dont ses contemporains n'auraient pas pressenti la légitimité. Jamais peut-être le mérite d'un homme connu n'a plus complétement mis au service de la renommée ces moyens que les arts fournissent pour la propager. Ses traits ont tenté le ciseau de Pigalle, inspiré le pinceau de Rigaud; la gravure les a popularisés, et des médailles ont été frappées à son effigie. Serait-ce simplement l'effet d'un de ces engouements dont la postérité rejette la responsabilité et dont l'oubli et le silence forment un jour les représailles? Personne ne saurait le penser, après avoir entendu M. Bouisson.

Lapeyronie était avant tout un homme d'action et d'initiative; son rôle ne se résume pas dans quelque grand ouvrage, code ou précis d'une science ou d'un art qu'il aimait et pratiquait avec passion. Les travaux qu'il nous a laissés sont peu nombreux et ne touchent qu'à des détails. Arracher la chirurgie à une compromettante association avec des professions subalternes, la ramener au niveau de la médecine en imposant, au début des études, l'obligation d'une instruction littéraire préalable; instituer, sous le nom d'Académie de chirurgie une sorte de tribunal chargé de promulguer sous le titre de Mémoires, les arrêtés de l'expérience, et de stimuler l'émulation par la distribution de récompenses vivement recherchées, organiser par des fondations utiles et des donations généreuses un enseignement destiné à répandre les vrais principes, transporter dans les armées les bienfaits réalisés dans la pratique civile par la création d'infirmeries régimentaires, assurer enfin, par les libéralités de la dernière heure, des asiles, dignes de son objet, à la vulgarisation de l'art, telle fut l'œuvre de Lapeyronie, œuvre multiple et complexe à la considérer dans chacune de ses parties, œuvre essentiellement unitaire pour qui en faisait pénétrer les bienfaits dans sa science favorite, la chirurgie, et c'est ainsi que seul, sans famille, sans descendants, il a fait vivre son nom par ses œuvres, et l'a entouré d'une auréole de gloire.

Lapeyronie appartient au grand siècle; il naquit à Montpellier le 15 janvier 1678. Préparé par de fortes études à diverses carrières, et un moment indécis entre la culture de l'histoire naturelle, celle des mathématiques et celle de la chirurgie, c'est sur cette dernière qu'il fixa son choix. On peut admettre, en voyant l'ardeur et le succès de ses premiers efforts, qu'une sorte de vocation l'entraînait dans cette direction, car il enseignait déjà la chirurgie à un âge où d'autres en abordent à peine l'étude, et se faisait applaudir par des disciples qui étaient ses aînés. A vingt-quatre ans, il était nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Montpellier, et il y fit remarquer tant de mérite, qu'il fut requis par le maréchal de Villars pour remplir les fonctions de chirurgien en chef de l'armée des Cévennes. De retour dans sa ville natale, Lapeyronie fit partie de l'Académie des sciences de cette ville, alors placée au même rang que l'Académie des sciences de Paris, et lui communiqua ses premiers travaux. Pour donner une idée de la variété de ses recherches et de la direction d'un esprit qui pouvait aborder tous les problèmes, il suffira de dire que, par un de ses mémoires qui concerne l'anatomie comparée, il se place parmi les prédécesseurs de Daubenton et de Cuvier, et que, par un autre qui a pour but la recherche du siége de l'âme, il se range parmi les créateurs de la psychologie expérimentale, auprès de Willis et de Descartes.

Mais la chirurgie doit l'absorber tout entier. Praticien heureux et habile, il donne à son nom une notoriété qui attire à Montpellier d'illustres étrangers. Les bornes de ce discours nous interdisent les détails techniques, mais pourrait-on omettre l'admirable opération qu'il fit au marquis de Vizzani, auquel il enleva avec succès la moitié de la voûte du crâne? Le pape Clément IX, auprès duquel l'opéré exerçait une charge considérable, envoya à cette occasion l'ordre de l'Éperon et une médaille d'or à Lapeyronie.

Son nom donnait déjà à la chirurgie, à Montpellier, un lustre qu'elle n'avait point connu depuis des siècles. Il était tellement en possession de l'estime publique, qu'on s'alarmait d'une réputation dont on prévoyait que Paris ferait bientôt ses profits. Le duc de Chaulnes parvint, en effet, à surmonter ses refus. On sait que le maréchal de ce nom s'était fait remarquer, non-seulement dans la carrière des armes, mais dans celle des sciences. Guéri par Lapeyronie d'une maladie traitée jusqu'alors sans succès par les médecins de la capitale, le duc de Chaulnes, doublement éclairé par sa reconnaissance comme malade et par son appréciation comme savant, voulut que Lapeyronie exerçât à Paris, et usa de son crédit auprès du roi pour y attirer le professeur de Montpellier. Il fit plus: il acheta pour son compte et à son insu la charge de chirurgien de la prévôté, qui ne fut que le prélude de sa nomination presque immédiate aux places de professeur d'anatomie au collége des chirurgiens de Saint-Côme et de chirurgien en chef de la Charité.

sait en sentir l'inspiration soutenue dans son développement successif. « Libération de l'art, association des savants, tradition de leurs idées, » tel en est, d'après les heureuses expressions de M. Bouisson, le caractère vrai et l'étroite filiation.

Après avoir pénétré dans cette vie aujourd'hui si peu connue, si remplie cependant, si généreusement consacrée au développement du premier des arts, on comprend les succès du chirurgien habile, les faveurs qui lui furent prodiguées, l'éclat acquis à son nom parmi des savants dont quelques-uns l'égalaient, le surpassaient peut-être, mais non pas en dévouement pour le commun objet de leurs études. C'est à coup sûr une des meilleures inspirations de M. Bouisson que d'avoir révélé la marche progressive de cet esprit vigoureux qui discernait le but et poursuivait l'accomplissement de son projet par une suite de créations toutes conformes au plan fermement arrêté d'avance. Ajoutez à cela que pas un n'a plus libéralement mis une influence noblement coquise, et une immense fortune au service de l'art dont l'exercice lui avait permis de la réaliser. N'y avait-il pas dans tout cet ensemble des titres suffisants au privilége de l'immortalité assurée à Lapeyronie? Félicitons M. Bouisson de l'avoir préparée pour lui; félicitons surtout la Faculté de Montpellier d'avoir confondu dans ses hommages ces deux hommes éminents, de même que les assistants ont salué héros et orateurs de communes et chaleureuses acclamations.

Telle a été cette séance de rentrée, où l'intérêt un peu usé du programme officiel a fait place à celui qui naissait naturellement d'une cérémonie inaccoutumée. L'inauguration des statues de Bartbez et de Lapeyronie laissera à Montpellier des souvenirs durables; elle crée aussi à notre Faculté des engagements. En affirmant sa gloire dans le passé, la célèbre Ecole du Midi doit tourner les yeux vers l'avenir. Espérons qu'avec le concours d'une population qui, dans cette occasion, a manifesté le plus sympathique empressement, elle continuera cette glorieuse mission que lui reconnaissait naguère le chef de l'État.

F. MOUTET.

Montpellier, le 20 novembre 1864.

PATHOLOGIE INTERNE.

RUPTURE DU PÉRICARDE; BRUIT DE ROUE HYDRAULIQUE, BRUIT DE MOULIN; par MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

(Suite. — Voir le n° 46.)

Voici une observation qui offre un curieux tableau de l'anatomie pathologique de la question; elle est d'ailleurs accompagnée d'une belle figure de la rupture du péricarde.

OBS. I. — Le 7 juillet 1863, est entré dans mon service à l'hôpital Beaujon, 2e pavillon, n° 4, Nicolas Kook, âgé de 20 ans, charpentier, rue de la Santé, 5. Pas de maladie antérieure, complexion moyenne.

Le matin même il était tombé du septième étage, le dos en travers sur un solivean du quatrième. Le soliveau s'était rompu, et la chute n'avait plus été arrêtée que par le sol.

Le blessé est couché sur le dos, dans une prostration extrême. La jambe gauche est le siége d'une fracture comminutive et compliquée de plaie; il y a une paraplégie incomplète s'étendant au rectum et à la vessie, dont les sphincters se sont relâchés. La gravité de la situation et un assoupissement profond ne permettent pas de pousser plus loin l'examen. Il y eut dans la journée une hématurie notable.

Le lendemain 8, cette hématurie se répète, mais pas au point de faire naître une crainte ni une indication. La peau a pris, surtout aux membres supérieurs, la teinte ictérique signalée par M. Velpeau dans les grandes contusions, et qui pourrait bien trouver ici en partie son explication dans une lésion du foie. Cette lésion s'annonce d'ailleurs, par une douleur intérieure dans l'hypochondre droit, douleur que la pression n'augmente pas sensiblement.

Le malade, qui analyse mieux aujourd'hui ses sensations, raconte que pendant la nuit il a été plusieurs fois réveillé par un bruit semblable à celui qu'on produit en soufflant dans une bouteille vide, qui se passait dans le côté gauche de la poitrine, depuis la base jusqu'à la clavicule. Le bruit de roue hydraulique, malgré l'invraisemblance de rencontrer deux fois de suite un phénomène qui paraissait si rare? Le mot m'échappa. Ce n'était pas, en effet, le bruit de moulin que le malade avait entendu, c'était un bruit hydraulique du même ordre, sur lequel nous reviendrons; mais le bruit de roue hydraulique existait aussi.

J'examinai successivement le malade couché sur le dos et assis.

Dans le *décubitus dorsal*, en appliquant l'oreille sur le côté gauche, je perçois un bruit hydroaérique peu prolongé, peu intense, mais très-net, résultant manifestement de l'agitation de quelques bulles de gaz avec un liquide coïncidant avec la contraction des ventricules, mais sans les accompagner toutes, ne se reproduisant qu'à des intervalles irréguliers de sept, huit, quinze et vingt pulsations cardiaques. Quand il reparaît, il se répète quatre ou cinq fois sans interruption. Il a son maximum au niveau du mamelon, à deux travers de doigt en dedans et s'étend de là en s'affaiblissant jusqu'aux limites de ce côté du thorax en dépassant un peu le bord droit du sternum. Il reste, d'ailleurs, renfermé dans la poitrine; il ne s'entend plus à distance si courte qu'elle soit; pour le percevoir, il faut que l'oreille touche la paroi. Le malade n'en a pas la conscience.

Le bruit de roue hydraulique était donc bien loin d'être aussi éclatant ici que dans les deux observations suivantes. C'est au point qu'on aurait pu se demander s'il n'était pas dû à la compression et au déplacement de quelques bulles d'air dans le poumon par les mouvements du cœur, si le poumon n'avait pas été refoulé en haut, hors la sphère d'action du cœur.

Je fais *asseoir* le malade pour ausculter en arrière, où je n'entends point le bruit de roue hydraulique, et, chose digne d'attention, je ne le retrouve plus en avant ni nulle part; il s'est entièrement suspendu. La position horizontale reprise, il reparaît aussitôt et plus fréquent qu'auparavant; je l'ai compté cinquante fois de suite, et quand j'ai cessé de l'écouter, il continuait encore.

On entend, en outre, par moments, un autre bruit dans la poitrine: c'est celui qui a troublé le sommeil du sujet. C'est un bruit à résonnance argentine; il rappelle le tintement métallique, mais au lieu d'en avoir la finesse, il offre au contraire de l'ampleur. Il semble résulter du déplacement d'une grosse bulle unique dans un liquide et de son éclatement à la surface. Il naît à la base du poumon droit et remonte obliquement jusqu'à la clavicule gauche; le malade lui assigne le même trajet, seulement il le compare à un fort bruit de soufflet dans le goulot d'une bouteille vide; le malade l'entend de plus loin que l'observateur.

Lapeyronie marchait à grands pas à la fortune et aux honneurs, dans lesquels il n'appréciait que le pouvoir de faire le bien. Il eut presque aussitôt la survivance de la charge de premier chirurgien du roi, alors occupée par Maréchal, dont il était l'ami, et qui s'honorait de cette future succession. Louis XV n'était pas encore ce roi vaincu par ses passions et que ses actes devaient désigner aux sévérités de l'histoire. Quelques éclairs de la grandeur de ses aïeux illuminaient son avenir. Il appréciait le progrès et voulait le bien. C'est à ce moment que Lapeyronie devint son premier chirurgien. Louis XV l'aima, subit son ascendant, le logea aux Tuileries, lui donna des lettres de noblesse, et ce qui honore à la fois le monarque et le savant, il ne refusa à ce dernier rien de ce qui pouvait contribuer aux progrès et au lustre de la chirurgie.

Armé d'une telle puissance, Lapeyronie la mit tout entière au service de la chirurgie, avec une hauteur de pensée qui est le cachet des hommes supérieurs.

Il comprit d'abord que l'indépendance est pour un art la première condition du progrès. Or, à son époque, la chirurgie était asservie, et, le croirait-on, elle l'était par la médecine. Deux sciences qui n'en font qu'une, qui ne sont que deux aspects d'un même système d'idées, aboutissant au même but, s'épuisaient dans des luttes stériles et avilissantes. Les chirurgiens illettrés, dégradés par une association indigne, n'étaient pas, ne pouvaient pas être à la hauteur de leur tâche, et les médecins affectaient une suprématie ridicule qui ne flattait leur amour-propre qu'aux dépens de l'art lui-même et des services qui en découlent. Lapeyronie déploya une ardeur modèle; il mit toute l'énergie, toute la persévérance d'un grand caractère à affranchir la chirurgie de ce servage, non moins honteux pour ceux qui l'exerçaient que pour ceux qui le subissaient. Déblayer le sol de la pratique des barbiers, des étuvistes, des ignorants, des empiriques, que toléraient nos lois; les remplacer par des hommes éclairés, libres, préparés par les études dites humanités, et formés à la connaissance de l'art chirurgical, non par un vil exercice, mais par l'influence d'un enseignement spécial, tel fut le vœu de Lapeyronie, telle fut son œuvre. Elle sortit féconde du sein des discussions passionnées dont l'écho retentit encore après lui, et ce fut la main de l'illustre d'Aguessean qui, d'après le plan et les idées de Lapeyronie, rédigea la fameuse *Déclaration du roi*, qui garantissait l'avenir de la chirurgie par l'instruction littéraire rendue obligatoire.

Ce n'était pas assez d'affranchir l'art, il fallait assurer les progrès de la science. Lapeyronie n'était pas un savant égoïste, fier de sa supériorité. Il ne voulait point d'inférieurs et avait la ferme conviction que l'association des talents résoudrait le problème. Aussi son discernement délicat et cette intuition propre au génie qui devine à de simples indices la valeur des hommes, servirent merveilleusement Lapeyronie pour préparer l'œuvre qu'il méditait, la création d'une académie de chirurgie. Il rassembla à Paris tous les hommes éminents dans cette science; c'est ainsi qu'il attira Quesnay, qui devait non-seulement se faire connaître comme l'un des premiers chirurgiens de son temps, mais qui devait être

Les bruits normaux du cœur n'nnt subi aucnne altératinn.

Les poumons ne présentent aucun râle, rien d'appréciable, si ce n'est à gauche une absence complète du mormure vésiculaire, depuis la base jusque nn peu au-dessus du mamelon. Une sonorité exagérée dans les mêmes points a considérablement diminué la matité de la région précordiale : épanchement d'air. Point d'empbysème extérieur; point de signe de fracture ni au steruum ni aux côtes; le rachis n'offre pas de déformation sensible à un examen que l'état de souffrance dn blessé rend insnffisant.

13 jnillet. Le bruit de rone hydranlique n'existe plus.

On entend à la pointe dn cœur un léger frottement, signe de l'inflammation du péricarde et indice de sa rupture. La respiratiou est normale.

15 juillet. La sonorité excessive du côté gauche s'étend encore de la base presque jusqn'au mamelon, quoique dans certains points la matité naturelle du cœur commence à reparaître.

16 juillet. En essayant de s'asseoir sur son lit, le malade meurt subitement vers les quatre heures du soir.

Autopsie cinquante-deux henres après la mort par une température de 24 degrés. Malgré ces conditinns défavnrables, le sujet n'offre aucune trace de décomposition ; il est parfaitement conservé.

Il est couché snr le dos. Après avnir établi et rempli d'eau un godet cutané au point le plus élevé de la région précordiale, j'ouvre par une ponctinn lente le fond de ce godet avec un scalpel mousse. Aussitôt une série nombreuse de bulles traverse le liquide contenu dans le repli circulaire de la peau et vient éclater à la surface. Ce gaz est inodore.

La paroi thoraco-abdominale est enlevée avec précaution en rasant le sternum. Pnint de fracture ni à cet os ni aux côtes.

Une large infiltration sanguine occupe toute la face antérieure du péricarde.

J'ouvre le péricarde en dehors dans toute sa hanteur, sans toncber à sa face antérieure. La vue plonge alors dans sa cavité, et retrouve d'abord l'étroite ponction pratiquée en avant par le scalpel. Tout à fait en dedans, au niveau dn médiastin, se présente une décbirure qui comprend toute la face interue du péricarde, décbirure énorme, multiple, composée de cinq grandes mailles, dont la plus considérable reçoit facilement tous les doigts réunis. La solution de continuité mesnre 13 centimètres dans le sens vertical et 10 transversalement. Sans sa forme reticulée, elle aurait permis au cœur de se hernier tout entier à travers son enveloppe. Les mailles sont formées par des lanières péricardites qui ont résisté à la vinlence des vibrations. Ces lanières sont, les unes filiformes dans tonte leur longueur, les autres rubanées, larges de 1 à 4 centimètres au milieu, et s'élargissant en triangle à leurs extrémités et un pen frangées sur leurs bords.

Les rubanées, au nombre de trois, sont toutes transversales. Elles interceptent trois grandes mailles dont l'inférieure a son autre bord formé par la partie inférieure de la déchirure péricardique elle-même.

Les filiformes, au nombre de deux, sont verticales et tombent perpendiculairement de la partie supérieure de la ruptnre sur le bord correspondant de la première bandelette transversale. Avec les bords de la déchirnre, elles circonscrivent trois mailles; en tout cinq lanières et six mailles. (Voy. fig.)

En face de la rupture multiple du péricarde, il y a à la plèvre médiastine droite une rupture unique de même grandenr qni a établi entre ces deux cavités séreuses nne large communication. Cette communication ne se fait pourtant ni à pleine ouverture ni en droite ligne, comme on pourrait le supposer. Le poumon, accolé par de récentes adhérences à la partie supérieure de la déchirure pleurale, ne la laisse libre que dans son tiers inférieur. Ainsi fixée assez bas du côté du médiastin, la base d'un poumon se relève dans le reste de son étendue, surtout en dehors, d'une hauteur d'environ 5 travers de doigt; elle est retenue à ce niveau dans toute sa circonférence par une union intime qui date évidemment de l'accident. La communicatinn se trouve donc au-dessous et du péricarde et de la base du poumon dans sa situation actuelle. La cavité commune aux deux séreuses figure assez bien nn sablier coudé au-dessous de son milieu, et dont les extrémités relevées répondraient, la plus longue an péricarde, la plus courte à la partie inférieure de la plèvre droite. Des adbérences complètent ce canal réfléchi; aussi n'y a-t-il alentour aucune trace d'infiltration d'air.

Le péricarde contient un-demi verre environ de sérosité sanguinolente; la partie inférieure de la plèvre droite ou l'ampoule droite dn sablier est également à demi remplie. La surface interne du péricarde était en outre comme sablée d'aspérités irrégulières, variant du volume d'un grain de mil à celui d'un fragment de pois. Ces aspérités d'un aspect rouge grisâtre semblaient, à la section, de petits caillnts ou de grumeaux sanguins reconverts d'une mince pseudo-membrane; c'était la canse du bruit de frottement des derniers jours.

---

le chef des économistes et fonder une science dont l'évolution exerce une si grande inflnence sur notre épnque. Qnesnay languissait obscurément dans une ville de province. L'appel de Lapeyronie le plaça sur son vrai terrain, et une amitié digne des temps antiques unit depuis lors les deux cbirurgiens. Lapeyronie attira aussi Louis, en qui devait s'incarner plus tard la gloire de l'Académie. Il fit les mêmes tentatives à l'égard de Lecat et ne négligea rien pour mettre en évidencc le mérite des chirurgiens distingués que renfermait déjà la capitale. C'est en faisant valoir anprès du roi le nombre et la valeur de ces hommes d'élite, en lui traçant le tableau des avantages qui pouvaient en résulter pour l'bumanité, sans oublier les conséquences glorieuses pour son règne, que Lapeyrunie engagea Loois XV dans la voie de fondations scientifiques sérieuses. Déjà la création du Collége de France au seizième siècle et la création de l'Académie française et de l'Académie des sciences au dix-septième formaient un contre-poids à l'esprit routinier, qui ne s'effaçait pas assez vite dans l'Université. Lapeyronie voulut placer à côté d'elles une Académie qui rendit les mêmes services à l'art de guérir. Celle de chirurgie fut établie en 1731.

Je ne retracerai pas le tableau tant de fnis esquissé de cette brillante et utile fendatinn, qui fut une des gloires de la France. Je ne dirai point les services des Morand, des Petit, des Lamartinière, des Houstet, des Ledran, des Lafaye, des Quesnay, qui en furent les principaux soutiens; je me dispenserai d'énumérer les nombrcnx mémoires originaux qui sont encore lus avec fruit, et qui alors étaient l'expression la plus accentuée du progrès. Il ne serait pas moins inopportun de rappeler les prix décernés par cette Académie, qui imprima à l'art cbirurgical une vraie transformation. Lapeyronie avait prévu toutes ces heureuses conséquences. Elles s'accrurent par l'impulsion, qu'à l'imitation de la France, les chirurgiens étrangers donnèrent à leur art. Ce fut l'époque des Cheselden, des Pott, des Bertrandi, des Théden, des Heister. Mais la gloire initiale revenait à notre pays, et ce mérite nous était accordé même par nos rivaux. L'un des créateurs de la critique moderne, l'auteur des pages spiritnelles du *Spectateur anglais*, Addison, disait que la France était la vraie patrie de la chirurgie, comme l'Italie était celle des beaux-arts, comme Athènes avait été celle de l'éloquence et de la philosophie.

Lapeyronie n'avait pas encore rempli sa mission. L'art était libre, la science fondée, mais il fallait en répandre les principes par un enseignement bien organisé. Or cet enseignement était presqne exclusivement médical. Grâce anx effnrts de l'ardent protecteur que possédait la chirurgie, le roi créa cinq chaires pour les sciences qui s'y rapportent, et dont les titulaires, sous le nom encore modeste de démonstrateurs, eurent leurs appointements assignés snr les biens particuliers de Lapeyronie. Hâtons-nnus de dire que Montpellier, comme Paris, obtint les bénéfices d'une création si avantageuse.

Telle fut l'œuvre de notre célèbre concitoyen. On a coutnme d'en indiquer isolément les aspects; mais on n'a peut-être pas assez remarqué que, dans l'esprit de Lapeyronie, ces diverses créations faisaient système. L'une comportait l'autre, et chaque progrès détacbé eût peut-être

Le *poumon gauche* a, comme le droit, sa base refoulée en haut. Elle est également unie dans toute sa circonférence par des adhérences récentes à la plèvre pariétale et médiastine au niveau de la partie inférieure du tiers moyen de ce côté de la poitrine. Au-dessous du poumon, à demi soulevé dans la cavité pleurale, comme un piston dans un corps de pompe, dans tout cet espace compris entre le diaphragme et le tiers moyen du thorax, pas de liquide, rien. Rien en apparence; mais il ne pouvait pas être réellement vide : il contenait de l'air qui donnait pendant la vie sa sonorité à la région. Dans la violente commotion que le tronc a subie, le péricarde s'est rompu, avec la plèvre médiastine droite, largement;—les deux poumons légèrement, si légèrement qu'il ne s'est pas manifesté d'emphysème, et que le pneumo-thorax est resté lui-même très-limité, en quelque sorte rudimentaire. La déchirure de quelques vésicules de la base n'a fourni que peu d'air, dont l'élasticité s'est satisfaite par le refoulement des poumons à une petite hauteur; puis l'attraction moléculaire, qui maintient avec assez de force la plèvre viscérale et la plèvre pariétale dans leur juxtaposition (1) a résisté, et le refoulement des poumons en haut s'est arrêté là où des adhérences sont venues en fixer la base. Nous n'avons pu retrouver à l'autopsie la trace de ces ruptures imperceptibles. Nous ajouterions que l'insufflation a donné un résultat négatif, si la cessation des bruits hydroaériques pendant la vie n'avait annoncé, au moins pour le poumon droit, l'oblitération des fuites d'air qu'ils avaient tous les deux présentées.

Il serait impossible de trouver une plus parfaite concordance entre les lésions et les symptômes acoustiques.

La faible intensité du bruit de roue hydraulique, par exemple, ne s'explique-t-elle pas à merveille par le nombre et la largeur des déchirures péricardiques qui laissaient échapper l'air sans qu'il pût être brassé avec le liquide comme dans les autres cas? Et le gros bruit à timbre métallique ne s'en rend-on pas également très-bien compte par une bulle volumineuse remontant de sa source la base du poumon droit, ou du bas de la plèvre correspondante le long de la tige du sablier coudé jusqu'au haut du péricarde où elle éclatait?

Le foie était le seul des autres viscères qui portât des traces de l'accident. D'une couleur brunâtre, il offrait à son centre des foyers apoplectiques du volume d'une noix, et à son extrémité gauche dans l'étendue de la main, une plaque indurée dont la coupe d'un gris blanchâtre semblait la fidèle image d'une apoplexie capillaire suppurée.

Il y avait au devant de la colonne lombaire, au niveau des attaches du mésentère, une large infiltration sanguine, mais pas de déformation en avant non plus qu'en arrière du rachis. Le rachis n'a pu être ouvert. On ne sait dès lors la véritable cause anatomique de la paraplégie, mais toujours est-il qu'il n'y avait à l'extérieur aucune trace de fracture.

SYMPTÔMES.

Il y a bien une douleur profonde dans la région, de l'oppression, de l'altération dans les bruits respiratoires et dans la sonorité de la poitrine; mais le symptôme, le signe de la rupture du péricarde, c'est le BRUIT DE ROUE HYDRAULIQUE.

Pour les quelques cas analogues rencontrés en médecine, on a proposé de dire : *bruit de roue de moulin;* mais il y a le moulin à eau, le moulin à vapeur et le moulin à vent, et chacun de ces trois moulins compte plusieurs espèces de roues; il faudrait donc expliquer de quel moulin et de quelle roue il s'agit! Le mot de bruit de roue hydraulique est clair et net comme tout ce qui est précis; il est même plus court,... ce qui ne m'empêchera pas de le remplacer souvent par le mot bruit de moulin, qui ne saurait se rapporter à autre chose et qui n'a pas déplu.

(1) Voyez pour ce rôle de l'attraction moléculaire mes *Hernies du poumon* (*Mémoires de la Société de chirurgie*) et mon *Emphysème traumatique* (*Gazette médicale*, 1863).

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES; par le docteur GALLAVARDIN (de Lyon).

(Suite.—Voir les nos 1, 2, 3, 5, 7, 17, 21, 23, 27, 42 et 45.)

CHAPITRE III. — PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ TACTILE.

§ I. — **Paralysies de la sensibilité guéries par le phosphore.**

PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ DU CÔTÉ DROIT DANS UNE HÉMIPLÉGIE.

OBS. I. — (Voy. chap. I, § I, obs. 6.)

PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ DU CÔTÉ DROIT DANS UNE HÉMIPLÉGIE.

OBS. II. — (Voy. chap. I, § I, obs. 8.)

PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ DES QUATRE MEMBRES, SUITE D'APOPLEXIE.

OBS. III. — (Voy. chap. I, § I, obs. 14.)

PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ DU CÔTÉ DROIT DANS UNE HÉMIPLÉGIE CHLOROTIQUE.

OBS. IV. — (Voy. chap. I, § I, obs. 28.)

PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ DU CÔTÉ GAUCHE DANS UNE HÉMIPLÉGIE, SUITE D'EXCÈS SEXUELS.

OBS. V. — (Voy. chap. I, § I, obs. 29.)

INSENSIBILITÉ INCOMPLÈTE DES MEMBRES INFÉRIEURS ET DU SACRUM DANS UNE PARAPLÉGIE.

OBS. VI. — (Voy. chap. I, § I, obs. 30.)

ANESTHÉSIE DES EXTRÉMITÉS DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

OBS. VII. — (Voy. chap. I, § I, obs. 32.)

INSENSIBILITÉ GÉNÉRALE DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

OBS. VIII. — (Voy. chap. I, § I, obs. 35.)

INSENSIBILITÉ GÉNÉRALE DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

OBS. IX. — (Voy. chap. I, § I, obs. 36.)

ANESTHÉSIE DES QUATRE MEMBRES CHEZ UNE APOPLECTIQUE (?).

OBS. X. — (Voy. chap. I, § I, obs. 14.)

ANESTHÉSIE DES PIEDS A LA SUITE D'UNE INTOXICATION PAR LE SULFURE DE CARBONE.

OBS. XI. — (Voy. chap. I, § I, obs. 33.)

été stérile. L'ensemble, au contraire, constituait dans notre domaine une réforme heureuse et radicale dont le caractère se résume en ces mots: libération de l'art, association des savants, tradition de leurs idées.

Pendant que Lapeyronie consacrait sa vie et sa fortune à cette organisation, où comme dans toutes les luttes du génie il a vaincu bien des résistances, il contribuait lui-même par ses travaux à la prospérité de ses fondations. C'est l'époque à laquelle il a publié ses expériences sur le cancer, sur le traitement des plaies de tête, sur les pierres vésicales enkystées, enfin sur la persistance de l'étranglement intestinal après la réduction des hernies où il a donné le précepte resté classique de poursuivre le débridement jusque dans la cavité abdominale. Son nom grandissait non-seulement en France, mais en Europe. Les souverains l'appelaient auprès d'eux. Le czar Pierre Ier réclamait ses soins pendant son séjour à Paris; le roi Stanislas se faisait opérer par lui à Nancy, et c'est alors que cette ville récompensa si noblement Lapeyronie de la guérison de son souverain. L'empereur Charles VII, le duc de Bavière, l'électeur de Cologne, le mandaient auprès d'eux; les rois de Prusse et d'Espagne lui faisaient des offres pour l'attirer dans leur résidence; mais Lapeyronie n'y répondait qu'en envoyant à sa place des chirurgiens de son choix. Ses préférences, son dévouement étaient pour la France, où il surveillait non-seulement la santé de Louis XV, mais où il prenait souci avec le même entraînement de la santé des pauvres. Le chirurgien des rois était l'ami du peuple; et, lorsque dans une circonstance exceptionnelle il fallut multiplier les asiles de la souffrance, son château de Marigny fut, par ses soins, transformé en hôpital et pourvu sur sa fortune des ressources nécessaires.

Une autre gloire était encore réservée à Lapeyronie. Ce qu'il avait fait pour la chirurgie civile, il voulut le faire, à un autre point de vue, pour la chirurgie militaire. En 1744 avait été résolue la campagne de Flandre, qui se termina si brillamment par la victoire que Maurice de Saxe remporta, à Fontenoy, sur les Anglais, les Autrichiens et les Hollandais réunis. Lapeyronie suivit le roi dans cette campagne et rendit à Fontenoy, ainsi qu'au Lawfeld, des services si éminents, que le ministre de la guerre d'Argenson, qui en avait été témoin, le chargea de travailler à une nouvelle organisation du service de santé des armées et des hôpitaux. On doit à Lapeyronie l'institution des infirmeries régimentaires qui à cette époque, représentaient un progrès réel, et des mesures administratives qui avaient pour but d'élever et d'affranchir les chirurgiens militaires, alors comme aujourd'hui désireux d'échapper à la suprématie de l'intendance.

C'est ainsi que Lapeyronie atteignit le terme d'une existence où les belles actions se pressent et s'enchaînent. La mort elle-même ne put mettre un terme à ses bienfaits, car son testament signalait des dispositions qui confirmaient le but généreux de toute sa vie. Sa fortune, laissée seulement par usufruit aux rares débris de sa famille, était exclusivement consacrée à des fondations scientifiques. La communauté des chirurgiens de Paris, l'Académie qu'il avait créée, Louis, son illustre

ANESTHÉSIE DES QUATRE MEMBRES A LA SUITE D'UNE INTOXICATION PAR LE SULFURE DE CARBONE.

Obs. XII. — (Voy. chap. I, § I, nbs. 34.)

§ II. — **Paralysies de la sensibilité produites par le phosphore.**

On ne sera pas étonné si, dans ce paragraphe, je signale les cas où le phosphore a produit l'hyperesthésie, symptôme qui précède si fréquemment l'anesthésie, et démontre d'ailleurs sons une autre forme l'actinn élective de ladite substance sur les nerfs de la sensibilité.

SENSIBILITÉ GÉNÉRALE ET SENSORIELLE MODIFIÉE.

Obs. I. — (Voy. chap. I, § II, obs. 1.)

EXALTATION DE LA SENSIBILITÉ.

Obs. II. — (Vny. cbap. I, § II, nbs. 4.)

HYPERESTHÉSIE DE LA PEAU PRODOITE PAR LE PHOSPHORE AMORPHE.

Obs. III. — (Voy. chap. I, § II, nbs. 21.)

INSENSIBILITÉ DE LA PEAU DES MEMBRES.

Obs. IV. — (Vny. chap. I, § II, obs. 24.)

INSENSIBILITÉ GÉNÉRALE.

Obs. V. — (Voy. chap. I, § II, nbs. 25.)

INSENSIBILITÉ ABSOLOE DES MEMBRES INFÉRIEURS ET DU TRONC JUSQU'A LA POITRINE.

Obs. VI. — (Voy. chap. I, § II, obs. 32.)

HYPERESTHÉSIE DES MASSES MOSCULAIRES DE LA CUISSE.

Obs. VII. — (Voy. chap. I, § II, nbs. 34.)

ABOLITION DU SENS MUSCULAIRE AUX MEMBRES INFÉRIEURS.

Obs. VIII. — (Vny. chap. I, § II, obs. 35.)

Obs. IX. — Absence complète de douleurs et de sensibilité sur le voile do palais chez une jeune fille atteinte de la nécrose phosphorique du maxillaire. (Von Bibra et Geist, *Die krankeiten der Arbeiter in den Phosphorzündholzfabriken*, obs. fi, p. 137; Erlangen, 1847.)

Expériences sur les animaux.

HYPERESTHÉSIE DE LA PEAO CHEZ UN LAPIN.

Obs. X. — (Voy. chap. I, § II, obs. 51.)

DIMINOTION PROGRESSIVE DE LA SENSIBILITÉ CHEZ UN LAPIN.

Obs. XI. — (Voy. chap. I, § II, obs. 52.)

PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ CHEZ UNE GRENOUILLE.

Obs. XII. — (Vny. chap. I, § II, obs. 53.)

DIMINUTION PROGRESSIVE DE LA SENSIBILITÉ CHEZ UNE GRENOOILLE.

Obs. XIII. — (Vny. chap. I, § II, nbs. 54.)

ANESTHÉSIE DE LA PEAU CHEZ UNE GRENOUILLE.

Obs. XIV. — (Voy. chap. I, § II, obs. 55.)

INSENSIBILITÉ DU CORPS CHEZ UN CHAT.

Obs. XV. — (Vny. cbap. I, § II, obs. 59.)

INSENSIBILITÉ GÉNÉRALE CHEZ UN CHAT.

Obs. XVI. — (Vny. cbap. I, § II, nbs. 60.)

Chapitre IV. — Paralysies du nerf optique.

§ I. — **Paralysies du nerf optique guéries par le phosphore.**

AMAUROSE ET STRABISME INTERNE DES DEUX YEUX (DOUBLE PARALYSIE DE LA SIXIÈME PAIRE?) A LA SUITE D'UNE VIOLENTE OPHTHALMIE INFLAMMATOIRE.

Obs. I. — En 1805, un homme, après s'être fatigué et fort échauffé pendant la moisson, fut pris d'une violente céphalalgie, et bientôt après de douleurs dans les yeux et d'une ophthalmie qui, aggravée par divers traitements, finit par passer à l'état chronique. Ses paupières étaient tuméfiées et très-rouges, la conjonctive était couverte de petits ulcères. L'œil ressemblait à une masse charnue rouge, parsemée de taches blanches. On ne pouvait reconnaître ni la pupille ni l'iris.

Une pommade au précipité rouge de mercure dissipa peu à pen l'inflammation, si bien que, en 1806, on distinguait facilement l'iris de la pupille; l'albuginée était revenue à son état normal et la cornée avait repris sa transparence; la pupille, ronde et dilatée, paraissait d'un noir très-foncé et ne laissait apercevoir, dans les profondeurs de l'organe, aucune tache blanchâtre ou laiteuse. L'iris ne se contractait pas du tout et le malade n'y voyait rien. Cependant il n éprouvait plus de douleurs ni dans l'orbite ni dans la tête. Le strabisme interne des deux yeux et l'abolition de la faculté visuelle portaient à croire à une double paralysie du nerf optique et du nerf oculo-moteur externe.

Après avoir essayé, pendant une année et sans succès, bien des remèdes, le malade désespéré voulait renoncer à tout traitement. Cependant, le 27 mai 1807, Lœbenstein se décida à expérimenter l'éther phosphoré, employé à l'intérieur et à l'extérieur en frictinns circonmorbitaires. Après douze jnurs de cette médication, il distinguait le jour de la nuit; le phosphore ainsi administré avec persistance rétablit graduellement la vue de telle sorte que, en mai 1808, le malade put reprendre ses fonctions d'instituteur. (Lœbenstein von Lœbel, *Horn's Archiv*, 1811, t. II, p. 399; *Bibliothèque de thérapeutique* de Bayle, t. II, p. 98.)

DOUBLE AMAUROSE AVEC STRABISME, SUITE D'APOPLEXIE(?).

Obs. II. — (Voy. chap. I, § I, obs. 5.)

DOUBLE AMAUROSE, SUITE DE LA SUPPRESSION DES RÈGLES CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 18 ANS.

Obs III. — (Voy. chap. I, § I, obs. 15)

DOUBLE AMAUROSE DANS UNE MALADIE AIGUE (?).

Obs. IV. — (Voy. chap. I, § I, obs. 44.)

CÉCITÉ DE L'ŒIL GAUCHE PENDANT DES ACCÈS DE CÉPHALALGIE GOUTTEUSE.

Obs. V. — Un médecin très-faible, extraordinairement maigre et très-irritable, raconte qu'il souffrait depuis deux ans d'accès de céphalalgie goutteuse, qui revenaient de plus en plus viulents et de plus en plus

secrétaire, et la ville de Montpellier lui durent les legs les plus importants. C'est ainsi que nntre ville s'est enrichie du bel édifice de Saint-Côme, où siégea jusqu'à la révolution l'École de chirurgie. Le Parlement confirma par un arrêt les dispositions de Lapeyronie. Que notre ville se réjouisse d'avoir dnnné le jour à ce nnble cœur qui a battu pour elle au dernier moment, à ce rare génie spécial qui l'a illustrée en renouant la chaîne des célébrités cbirurgicales de Montpellier, depuis Guy de Chauliac, à la fin du moyen âge, jusqu'à Delpech, notre contemporain.

Lapeyrnnie mourut à Versailles, le 20 février 1747. Ce fut un jour de deuil pour notre profession. Les chirurgiens Louis et Houstet, dont Lapeyronie avait favorisé l'élévation et pour lesquels il avait l'affectinn d'un père, se firent surtout les organes de la douleur publique. Les Académies de chirurgie et des sciences payèrent dignement à sa mémoire le tribut d'éloges qui lui était dû. La biographie que lui a consacrée de Ratte, l'ancien secrétaire de l'Académie de Montpellier, s'ajoutait à ce concert de regrets. Plus tard, la Société de médecine de notre ville mettait au concours la question suivante : Quelle a été l'influence de Lapeyronie sur le lustre et les progrès de la chirurgie française? Et M. Briot, l'auteur du travail cnuronné, élevait encore un monument à la gloire de Lapeyronie. C'est ainsi que s'est transmis jusqu'à nous le sentiment de vénération qui reçoit aujourd'hui sa plus haute expression. Le jour de l'apothéose est venu, et les honneurs en étaient bien dus à celui qui commença comme Ambroise Paré, devint le Mécène de la chirurgie et finit comme Montyon.

— Par décret en date du 10 novembre, nnt été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Delasalle et Nicolas, chirurgiens de première classe de la marine; Bon, chirurgien de deuxième classe de la marine.

— Dans une de ses dernières séances, l'Académie royale de Belgique a nommé :

1° Membres honoraires étrangers : MM. Cbristison (d'Edimbourg); Frerichs (de Breslau); Hahn (d'Aix-la-Chapelle); Langenbeck (de Berlin); Pétrequin (de Lyon); Purkinje (de Prague); Albers (de Bonn); Cap (de Paris); Guépin (de Nantes); Pannizza (de Pavie); Scoutetten (de Metz).

2° Membres correspondants étrangers : MM. Brierre de Boismont, Follin, Leroy de Méricourt, Liebreich et Marey (de Paris); Marquès (de Lisbonne); Ponza (d'Alexandrie).

— Les épreuves du concours de l'internat pour les hôpitaux de Lyon se sont terminées le 26 octobre dernier.

Ont été proclamés internes : MM. Durand, Grand-Clément, Merle, Carrier, Mocquin, Nodet, Reuillet, Drivon, Bravais, Brun, Masson, Morin et Cledou.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Launay, chirurgien de la marine, décédé le 2 novembre dernier, à Angers.

fréquents. La sensibilité cérébrale était fortement surexcitée. Pendant les accès, l'œil gauche était affecté à ce point qu'il ne pouvait plus reconnaître nettement les objets, et pourtant on n'apercevait aucune altération dans cet œil. Outre cela, il éprouvait des vomituritions très-pénibles, une faiblesse effrayante dans les membres, une sensation de vide et de bouleversement dans le corps. Le pouls était petit et extraordinairement lent (45 pulsations); il était chagrin, de mauvaise humeur, mélancolique et incapable de tout travail intellectuel; ses cheveux tombaient, et à chaque accès il ressentait une violente douleur dans la région sacro-lombaire. Son état s'aggravait chaque jour, et c'est en vain qu'il avait eu recours aux médecins les plus instruits. Après avoir essayé sans succès diverses médications, il fut rapidement et radicalement guéri en prenant une solution de 4 grains de phosphore dans une 1/2 once d'éther sulfurique, 25 gouttes sur du sucre toutes les deux ou trois heures. (Lœbenstein von Lœbel, *Horn's Archiv*, 1811, t. II, p. 399.)

DOUBLE AMAUROSE, SUITE DE LA ROUGEOLE ET D'UNE FAUSSE PNEUMONIE.

Obs. VI. — Une dame atteinte de la rougeole fut prise de pneumonie asthénique à la suite d'un refroidissement, et elle perdit à peu près complétement la vue. Le docteur *Mueller* attribua au vice morbilleux cette paralysie du nerf optique et jugea à propos d'essayer dans ce cas l'éther phosphoré dont le professeur Lœbel avait relaté une expérimentation dans les *Archives de Horn*. Après avoir employé ce remède pendant deux jours, il vit reparaître la vue chez la malade précitée. (*Hufeland's journal*, 1813, p. 107.)

AMAUROSE INCOMPLÈTE, SUITE D'UNE MYOPIE CONGÉNITALE.

Obs. VII. — « Le jeune Richter, petit garçon de 9 ans, aux cheveux blonds, avait eu dès son enfance la vue si faible qu'il ne pouvait reconnaître les objets que de très-près. Cette myopie avait paru toute naturelle à ses parents qui l'envoyaient à l'école depuis deux ans. Mais son maître remarqua que sa vue s'affaiblissait de plus en plus, et que, pour lui, il était obligé de rapprocher de plus en plus le livre de ses yeux; il en était de même quand il fallait écrire. Enfin cette myopie atteignit un tel degré qu'elle dégénéra en commencement d'amaurose, dans l'œil gauche surtout.

« Quelque près qu'il approchât alors de ses yeux un livre écrit en grosses lettres, il lui était à peine possible d'y lire une seule syllabe. Il ne distinguait pas mieux les autres objets. »

« Le 13 février 1830, je lui administrai du phosphore, dit le docteur Schwarz.

« Le 14, il commença à sentir au-dessus des sourcils des douleurs cuisantes, qui s'étendaient jusque derrière la tête et qui le forcèrent bientôt à se mettre au lit. Le lendemain, après une bonne nuit, elles avaient disparu. Je lui avais défendu expressément tout effort des yeux, et j'avais prié ses parents d'avoir soin qu'ils ne fussent pas frappés de l'éclat des bougies. Le 18, l'enfant qui, le matin, avait déjà été tout surpris de la manière dont sa vue s'était renforcée, se mit à une fenêtre qui donnait sur une rue voisine, et aperçut non-seulement l'adresse d'un cordonnier, mais en distingua même toutes les lettres. Il courut plein de joie le dire à son père qui voulut s'en assurer par lui-même, et qui, à son grand contentement, remarqua que son fils pouvait déjà lire un livre imprimé en gros caractères. L'amélioration fit des progrès rapides, et l'enfant, qui put de nouveau lire et écrire à une distance convenable, affirme que sa vue est meilleure qu'elle ait jamais été. » (*Clinique Hom.* du docteur Beauvais, 1863, t. I, p. 128.)

AMAUROSE INCOMPLÈTE DE L'ŒIL DROIT CHEZ UNE FEMME DE 64 ANS, ATTEINTE DE LA CATARACTE A L'ŒIL GAUCHE. GUÉRISON INCOMPLÈTE.

Obs. VIII. — Une dame âgée de 64 ans, avait depuis trois ans, à l'œil gauche une cataracte qui, étant complétement mûre, rendait cet œil tout à fait insensible à la lumière.

En février 1859, elle commença peu à peu à perdre la faculté visuelle de l'œil droit. Le docteur Eidherr consulté, trouva cet œil dans l'état suivant : dilatation régulière de la pupille; dans les profondeurs de la pupille, un trouble qui, vu à travers la loupe, ressemblait à un petit nuage gris.

Les mouvements de l'iris étaient lents, et la puissance visuelle tellement amoindrie que la malade pouvait bien reconnaître la figure des personnes dans un milieu non éclairé, mais elle ne distinguait pas les traits du visage, et elle ne pouvait aller dans la rue sans guide. Dans l'intérieur de l'œil droit, elle ressentait fréquemment des déchirements passagers.

Pendant quatorze jours elle prit, matin et soir du phosphore, et durant tout ce temps-là elle éprouva les mêmes souffrances. Mais à partir de ce moment, celles-ci s'améliorèrent à tel point que la malade, après trois mois de ce traitement, pouvait sortir seule dans la rue, distinguer très-nettement les traits de la figure et lire de gros caractères. Elle pouvait bien lire dans un livre renfermant de grosses lettres, mais pendant cinq minutes seulement, au bout desquelles il survenait des vertiges et du trouble dans les yeux. Le docteur Eidherr n'avait pas pu obtenir une plus grande amélioration quand la malade le quitta. (*Neuezeitschrift für Hom Klinik*, 1860, p. 173.)

HALLUCINATIONS DE LA VUE; PHOTOPHOBIE.

Obs. IX. — Un jeune homme de 24 ans, d'une taille élancée, amaigri, d'une constitution délicate, le visage blême, d'un caractère inquiet, surtout au sujet de sa maladie, souffrait depuis deux ans d'une céphalalgie continue, de bouffées de chaleur à la tête, d'un enchifrènement perpétuel, d'une sensation de brûlure persistante dans les yeux et d'un diarrhée continuelle.

Du 21 août au 25 novembre 1839, le malade prit sans succès plusieurs remèdes.

Le 3 décembre, il présentait les symptômes suivants :

Dans les yeux violentes douleurs, sensation de brûlure, élancements passagers, plus violents le jour; mais la nuit il y avait des aberrations de la vue. Les yeux, si sensibles à la lumière qu'il ne pouvait pas du tout travailler pendant plusieurs jours. Dans une chambre obscure, les aberrations visuelles étaient plus effrayantes; elles augmentaient avec les douleurs dans les yeux, le soir jusque bien avant dans la nuit, à un tel degré qu'elles menaçaient de l'anéantir.

Dans les angles externes de l'œil, la sclérotique était d'un rouge pâle et les yeux brillaient d'un éclat insolite, le visage d'une pâleur mortelle, diarrhée continuelle pendant le jour.

(Prescription : 20 gouttes d'alcoolature de phosphore dans 4 grammes d'esprit-de-vin rectifié, en prendre chaque matin à jeun 6 à 8 gouttes.)

Il survint une amélioration rapide telle, que dans l'espace de trois semaines, toutes les douleurs dans les yeux et les hallucinations de la vue disparurent, de même que la céphalalgie qui guérit la dernière, et seulement jusqu'à un certain point. (Docteur Weber, *Allgemeine Hom. Zeitung*, XXII, 246.)

AMAUROSE DE L'ŒIL DROIT DEPUIS SEPT ANS; GUÉRISON PAR LE PHOSPHORE QUI, EN CETTE OCCASION, PRODUIT UNE CÉCITÉ PASSAGÈRE DE L'ŒIL SAIN.

Obs. X. — Un président de chambre de la cour de Rennes, âgé de 52 ans, avait, depuis sept ans, l'œil droit frappé d'une cécité complète, cécité précédée, pendant une année, d'altérations diverses de la vision, d'obscurcissement, d'aberrations de la vue, d'apparition d'objets fantastiques par leur forme, leur éclat, leurs mouvements, leur couleur.

Le docteur Gastier lui administre divers médicaments qui ne modifient aucunement l'amaurose, mais dissipent des céphalalgies congestives, symptomatiques d'un état dyspeptique. Vingt-cinq jours après, il lui prescrit du phosphore.

« Le lendemain de l'ingestion de ce médicament, dit le docteur Gastier, l'œil sain est frappé de cécité, et le malade me m'écrire, par la main d'un secrétaire, une lettre pleine d'alarmes, démentie le jour suivant par une autre lettre écrite de sa propre main, où il me dit que l'œil droit, aveugle depuis sept ans, a recouvré la vue, toujours perdue pour l'œil gauche; que, sauf quelques hallucinations semblables à celles qui ont précédé pendant un an la perte de cet œil droit, c'est avec son aide seul qu'il lui est permis de m'écrire aujourd'hui. »

Le lendemain, le magistrat fit annoncer que la vue lui revient également à l'œil gauche. Le docteur Gastier, à qui tout cela semble d'un bon présage, laisse le phosphore développer toute son action, et achever ainsi complètement la guérison. (*Journal de la Société gallicane de médecine homœop*, 1855, t. VI, p. 1009.)

DOUBLE AMAUROSE.

Obs. XI. — « Dix ans auparavant, m'écrit le docteur Gastier, j'avais consigné dans un recueil d'observations le fait d'une double amaurose chez un mendiant rencontré par moi sur la voie publique, conduit à mon hôpital (hôpital de Thoissey, Ain), et guéri par le même médicament. Au sortir de l'hôpital, je lui procurai une paire de lunettes bleues, que trois mois après il crut devoir me rapporter, n'en ayant plus besoin. »

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

Les journaux de janvier à juin 1864 renferment les travaux originaux suivants : 1° *De la carie et de ses rapports avec la nécrose*, par M. William S. Savory. 2° *Un cas d'empoisonnement par le liquide désinfectant de Burnett.* 3° *Sur les causes de la mort après l'opération de la lithotomie*, par M. Holmes Coote. (Indépendamment de l'infiltration urineuse et des hémorrhagies, l'auteur insiste sur les affections rénales consécutives à la pierre, l'ébranlement produit dans l'organisme par l'opération, et la péritonite. 4° *Des maladies squammeuses de la peau*, par M. Geo. Nayler. 5° *Empyème et pneumothorax; thoracentèse*, par Goddard Rogers. 6° *Moyen d'extraire une épingle à*

cheveux de l'urètre de l'homme, par M. Christopher Heath. (L'auteur donne le conseil de comprimer la verge entre le pouce et l'index, de manière à rapprocher les deux branches de l'épingle. On introduit ensuite dans l'urètre un tube métallique qui vient embrasser l'extrémité de cette épingle. On achève alors facialement l'opération au moyen de pressions exercées d'arrière en avant.) 7° *De la lithotomie recto-vésicale. Cas de fistule recto-urétrale consécutive à cette opération; guérison par l'autoplastie*, par M. James R. Lane. (M. Lane critique vivement le procédé conseillé par Sims, à savoir de pénétrer directement dans la vessie à travers le trigone, au moyen d'une incision pratiquée sur le rectum, et n'intéressant pas le sphincter anal, puis de fermer la plaie par des sutures métalliques.) 8° *De la spirométrie*, par M. Beigel. 9° *Des dangers de livrer à la boucherie des animaux malades*, par M. John Gamgee. 10° *Cas de grossesse survenue chez une femme opérée d'une fistule vésico-utérine*, par M. James R. Lane. 11° *De l'aphonie albuminurique*, par M. Geo. Gibb. 12° *Enfant de 2 ans et demi, atteint d'une maladie de Bright*. (L'examen laryngoscopique permit de constater un œdème de la glotte.) 13° *De la lithotritie sans injection*, par Henry Thompson. 14° *Observations de fistule gastro-colique*, par M. Charles Murchison. 15° *Cas de plaies par arme à feu*, par M. Semmes, avec remarques par M. Longmore. 16° *Sur l'usage du collodion dans les cas de hernie du cerveau*, par M. W. Dunnett Spanton. 17° *De la lithotritie sans injection*, par M. Georges Pollock. 18° *Du traitement hypodermique des douleurs utérines*, par M. Henry Bennett. 19° *Ablation d'une grosse tumeur érectile sans perte de peau*, par M. Sardine Murray. (La tumeur graduellement serrée à sa base par une ligature sous-cutanée s'élimina avec le pus.) 20° *Traitement d'un cas de tetanos par la fève de Calabar à hautes doses*, par Holmes Coote. 21° *Symptômes simulant une encéphalite*, par M. Moorehead. 22° *Fragment de tuyau de pipe introduit dans la vessie; lithotritie; guérison*, par M. H. Smith. 23° *Du murmure sous-clavier*, par Thomas Palmer. 24° *Gros caillots fibrineux du cœur et des gros vaisseaux diagnostiqués pendant la vie*, par M. Ch. F. Pollard. (Une jeune fille de 13 ans, d'une constitution faible, fut prise subitement le septième jour d'une varicelle régulière, des symptômes suivants : dyspnée très-grande, toux légère, faiblesse extrême du pouls, extrémités froides, sueurs visqueuses, nausées; très-grand affaissement à l'auscultation. On nota au niveau de la pointe du cœur un bruit de souffle, surtout sensible au premier temps, offrant un certain caractère de rudesse et d'intensité variable. La mort eut lieu au bout d'un jour et demi.) 25° *Remarques sur le traitement chirurgical et mécanique du prolapsus utérin*, par M. Redfern Davies, faits qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Bakir Brown, à savoir que les résultats du traitement chirurgical, dans cette affection, sont durables, et qu'un accouchement ultérieur peut se faire sans qu'il y ait aucune déchirure des parties qui ont été rapprochées.) 26° *Nouveau moyen d'employer l'acide arsénieux dans le traitement de la lèpre*, par M. William Colles. 27° *Du liporocèle; de son analogie avec le sérum graisseux du sang et avec l'urine chyleuse*, par M. J. L. W. Thudichum. 28° *Observations chirurgicales*, par M. G. M. Humphrey. (Observation de lithotomie.) 29° *Hemorrhagie fatale après la délivrance causée par la présence d'un polype utérin de structure placentaire*, par M. John S. Beale. 30° *Des fractures non consolidées*, par M. Manchester. 31° *Cas de monstruosité*, par M. Thomas Boulton. (Deux enfants du sexe féminin unis par toute la longueur de l'abdomen et du thorax; cou unique, tête très-volumineuse, ou plutôt réunion de deux têtes soudées par la face, une seule face. La portion occipitale de chaque tête est bien conformée, présente deux oreilles, le dos, les épaules et les extrémités supérieures ont une disposition normale.) 32° *Contribution à la chirurgie pratique des maladies des enfants*, par M. T. Holmes. 33° *De l'imprégnation*, par M. A. Fleshmann. (On sait que le docteur Packmann a formulé la loi suivante au sujet de la procréation des sexes à volonté : le produit de la conception est une fille ou un garçon, suivant que l'imprégnation de la femme a lieu dans la première ou dans la dernière moitié de l'intervalle qui sépare deux époques menstruelles. Le fait que rapporte le docteur Fleshmann est contraire à cette théorie. Il s'agit, en effet, d'une femme qui ne vit son mari qu'une fois, trois jours après la cessation des règles. Elle donna naissance 280 jours après à un garçon très-bien développé.) 34° *Cas de lombric rubané (tænia m diocunnellatu) traité avec succès au moyen de l'huile de fougère mâle*, par M. Edward Hart Vinen. (Enfant de 8 ans; il suffit de deux doses de 20 gr. chacune d'huile de fougère mâle. 35° *Thérapeutique vaso-motrice*, par M. John Chapman. 36° *Cas de délivrance subite*, par M. Thos. Langston. 37° *Deux cas de paralysie partielle des muscles des jambes avec pied équin, survenue chez un enfant à la suite de la rougeole*, par M. Holmes Coote. (Suivant l'auteur, cet état serait dû à une lésion de la moelle épinière ou de ses enveloppes qui se serait produite dans le cours de la rougeole. Le traitement doit surtout être général; en outre frictions répétées, électricité. Dans quelques cas cependant, il faut recourir à la ténotomie.) 38° *Description d'un nouvel instrument pour faire l'extraction de la cataracte*, par G. Critchett. (Modification de la cuiller de Schüft (de Berlin). L'instrument est moins profond, et permet de passer plus facilement entre le cristallin et la membrane hyaloïde.) 39° *Contribution à la science chirurgicale : kyste séro-sanguin du corps thyroïde*, par M. Charles Edwards. 40° *Observation de tumeurs anévrismales de l'abdomen*, par M. John Cockle. 41° *Contribution à la pathologie et au traitement de la fièvre scarlatine*, par M. Murchison. 42° *Du régime dans les maladies*, par M. Edward Smith. 43° *Sur la division du muscle ciliaire; observations*, par M. Henry Hancock.

Cas d'empoisonnement par le liquide désinfectant de Burnett; par M. John Richard Wardell.

Obs. — Une jeune femme, récemment accouchée, avala par mégarde, au lieu de magnésie liquide, un verre environ de liquide désinfectant de Burnett (10 gr. de cette liqueur contiennent environ 4^{gr},50 de chlorure de zinc.) Quelques instants après, la malade fut prise des symptômes suivants : face anxieuse, vomissements incessants de matières bilieuses, pouls fréquent, vacillant; sueurs visqueuses et froides, douleurs vives à l'épigastre. (Eau chaude, eau de chaux, lait, blanc d'œufs.) Une heure après, sensation de brûlure le long de l'œsophage, pupilles contractées, pouls faible, à 130 pulsations; expression livide de la face; pas de paralysie des extrémités, mais prostration très-grande, décubitus dorsal. La déglutition était presque impossible, on introduisit dans l'estomac, au moyen d'une sonde, une solution composée de blancs d'œufs, de gomme arabique et de lait. Il survint alors quelques vomissements, mais la sensation de brûlure disparut entièrement. L'opium ne pouvant être administré par la bouche sans provoquer immédiatement des vomissements, on appliqua un suppositoire opiacé; large cataplasme sur le cou. Il n'y avait aucune trace de passage de la substance toxique ni sur les lèvres ni dans la bouche; seulement à la partie postérieure du pharynx se voyait une petite escarre en forme de fer à cheval. Dans la soirée, les symptômes s'amendèrent et la malade put prendre un peu de glace et d'orangeade. Elle dormit toute la nuit, mais le lendemain matin elle se plaignit de douleurs dans les épaules et au cou, surtout en arrière; la mine était meilleure, la langue humide et non recouverte d'enduit, pouls à 104, plus fort; les nausées avaient disparu.

Vers sept heures du matin, l'état de la malade s'aggrava notablement, les pupilles se resserrèrent, le pouls devint très-accéléré, 42 respirations (eau-de-vie, applications chaudes aux extrémités.) A neuf heures, abolition de la vue, paroles incohérentes; mort quelques minutes après. L'examen cadavérique ne fut pas fait.

Il existe dans la science plusieurs cas d'empoisonnement par la liqueur désinfectante de Burnett, et dans presque tous les cas cette liqueur fut prise par erreur pour une autre substance de même coloration. Les deux premières observations d'empoisonnement de ce genre furent publiées dans l'*Edinburgh medical and surgical journal* de 1848. Le docteur Hanall (*The Lancet*, août 1853), Taylor (*On poisons*, 1859), en rapportèrent aussi plusieurs exemples intéressants.

De la lithotomie sans injection; par Henri Thompson.

L'habile chirurgien anglais, s'appuyant sur des faits nombreux de sa pratique, prétend qu'il est avantageux de ne faire d'injection dans la vessie ni avant ni après l'opération : c'est une infraction aux coutumes habituelles de la lithotritie, et pour la légitimer, l'auteur anglais rapporte qu'il a d'abord essayé de ne point faire d'injections préliminaires, et plus tard il a supprimé toute injection aussi bien avant qu'après l'opération. Voici quels seraient, suivant M. Thompson, les avantages de cette manière de faire : On a l'habitude de sonder d'abord le malade pour retirer la plus grande partie de l'urine de la vessie, puis on y injecte de 150 à 200 grammes d'eau tiède avant d'introduire le lithotriteur. On a cru qu'il était nécessaire d'injecter cette quantité d'eau dans la vessie pour que ses parois ne puissent être prises entre les mors de l'instrument dans les diverses manœuvres qu'on lui fait subir. On était tellement pénétré de la possibilité de ce danger qu'on était arrivé à regarder comme une contre-indication absolue à la lithotritie les cas dans lesquels les parois de la vessie enflammée sont trop irritables pour qu'elle puisse contenir 60 à 80 grammes d'eau : on avait donc recours à des sédatifs, à des bains prolongés pour calmer l'irritation et rendre l'injection possible. Mais il n'est pas nécessaire, lors même qu'on croirait l'injection indispensable, d'employer 200 à 300 grammes d'eau : 60 à 80 grammes suffisent,

et j'ai même pu sans inconvénient, manœuvrer dans une vessie qui contenait à peine 25 à 30 grammes de liquide.

L'injection a ce grand inconvénient de multiplier le contact avec l'urètre et le col vésical, d'instruments tels que cathéter pour retirer l'urine, canule pour injecter l'eau : au lieu de cela, on recommande au malade d'uriner un peu avant le temps où il a l'habitude de le faire : il reste ainsi dans la vessie une certaine quantité d'urine : on introduit l'instrument et l'on manœuvre. On se trouvera bien de ne jamais opérer immédiatement après le moment où le malade a uriné ou lorsqu'il en éprouve le besoin : les injections distendent la vessie comme le ferait l'urine normale; mais l'eau tiède est toujours plus irritante que l'urine qui coule des uretères.

Il y a cependant des cas où l'atonie de la vessie retient, après chaque miction, une trop grande quantité d'urine. Il peut être bon alors de vider la vessie et d'injecter un peu d'*eau fraîche* pour réveiller l'irritabilité de ses parois; car une vessie légèrement contractée et tonique est meilleure pour la manœuvre des instruments qu'une cavité plus spacieuse, mais atonique et flasque.

Quant aux injections après l'opération, on n'en retire aucun avantage, et lorsqu'elles sont répétées trois ou quatre fois de suite, au travers d'un grand cathéter, elles fatiguent plus le malade que l'opération elle-même. Si l'on sait les employer, il faut toujours attendre au moins quatre ou cinq jours pour laisser reposer la vessie. Sur environ 100 opérations faites par M. Thompson, sans injection préalable, il a pu onze fois ne pas se servir de la sonde évacuatrice, et l'opération s'est très-heureusement terminée.

Aug. Ollivier.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

CAS DE POLYMÉLIE (MEMBRES SURNUMÉRAIRES).

M. Paul Gervais communique une note sur deux cas de polymélie observés sur un batracien et sur une raie.

La polymélie, c'est-à-dire la présence de membres surnuméraires, a principalement été signalée chez quelques espèces de mammifères et d'oiseaux, telles que l'homme, le cochon, le mouton, le bœuf, la poule et le canard; mais on n'en connaissait encore que trois exemples fournis par les batraciens, tous les trois recueillis sur la grenouille, et les poissons n'en avaient jusqu'à ce jour présenté aucun cas. M. Paul Gervais a eu dernièrement l'occasion de voir deux nouveaux exemples de cette singulière monstruosité, dont l'un présenté par le *pelobates cultripes*, de la famille des ranidés, et l'autre par la raie bouclée.

Chez le *pelobates cultripes*, la patte supplémentaire doublait celle de devant, du côté gauche, et elle était placée immédiatement après celle-ci. Sa forme était assez peu différente de l'état normal; mais il était cependant facile de voir qu'elle était gênée dans ses mouvements, et que dans son ensemble elle n'avait acquis qu'un développement imparfait. Sa partie digitale était surtout restée incomplète. Il a cependant été aisé d'y reconnaître, par la dissection, des vaisseaux, des nerfs, des masses musculaires et une partie squelettique, ensemble d'organes que protégeait une peau semblable, par sa conformation, à celle des autres membres et du reste du corps.

Des trois cas de polymélie des batraciens signalés antérieurement et mentionnés par Is. Geoffroy dans son *Traité de tératologie*, il en est un qui est, comme le nôtre, un cas de duplicité du membre antérieur gauche. Il rentre, aussi bien que les deux autres, dans le genre mélomèle d'Is. Geoffroy.

Ainsi que plusieurs auteurs ont proposé de le faire. Superville explique les monstres polymèles par l'accolement de deux fœtus, dont l'un ne se serait développé que d'une manière incomplète et aurait été réduit à la partie surnuméraire portée par celui dont le développement s'est continué dans toutes ses parties.

Il n'est pas douteux qu'il n'en soit ainsi pour les monstres à corps double, soit en totalité, soit en partie, que les deux sujets qui les constituent aient conservé des dimensions égales ou que l'un des deux soit resté plus petit et parasitaire; mais c'est sans certitude aucune que l'on étendrait la même explication à tous les monstres polymèliens, et je ne parle pas ici des monstres qui sont simplement atteints de polydactylie. Ce serait par trop exagérer que de voir dans ces derniers le résultat de la fusion de deux fœtus d'abord distincts.

L'opinion que les monstres polymèliens ont été primitivement doubles a été reproduite par Is. Geoffroy, mais on peut lui opposer les batraciens à membres surnuméraires.

On sait, en effet, que, pendant les premiers temps de leur vie, les têtards des batraciens sont privés de membres. Il est donc impossible d'expliquer par la fusion de deux fœtus, dont l'un aurait été réduit à un seul membre implanté sur l'exemplaire resté complet, les cas de polymélie observés sur ces animaux.

TERMINAISON DES NERFS MOTEURS CHEZ LES VERTÉBRÉS SUPÉRIEURS.

M. Ch. Rouget présente un mémoire sur ce sujet. L'objet de ce mémoire est résumé dans le passage suivant :

« Dans la séance du 30 mai dernier, M. Cl. Bernard a présenté, au nom de M. W. Kühne, une note sur la terminaison des nerfs moteurs, de laquelle il résulterait que l'organe que j'ai fait connaître et désigné sous le nom de *plaque terminale* des nerfs moteurs ne serait pas la véritable terminaison du *cylinder axis*.

« M. Kühne, qui, de même que MM. Engelmann et Waldeyer, avait d'abord confirmé l'exactitude de mes observations, croit pouvoir conclure de ses nouvelles recherches que la plaque terminale de substance granuleuse n'est que l'enveloppe d'une autre plaque presque complétement transparente, à bords irréguliers et plissés, véritable terminaison du *cylinder axis*.

« Les observations de M. Kühne se rapportent presque exclusivement aux espèces animales qui ont été l'objet de mes premières recherches : le procédé d'examen qu'il a surtout employé, l'examen de muscles frais, vivants, encore contractiles, est celui que je recommandais dans mon travail communiqué à l'Académie en septembre 1862. Mon attention avait surtout été fixée sur les particularités que peut présenter la terminaison du *cylinder axis* dans la plaque nerveuse motrice. J'aurais donc pu, m'en référant à mes observations antérieures, contester l'exactitude des résultats annoncés par M. Kühne, et même indiquer avec quelque probabilité la cause des erreurs sur lesquelles repose la description nouvelle donnée par cet observateur.

« Je n'ai pas hésité cependant à soumettre de nouveau au contrôle de longues et minutieuses recherches les faits en litige. Arrivé au terme de ce travail de révision, je viens de nouveau affirmer l'exactitude de la description que j'ai donnée, il y a deux ans, des organes terminaux des nerfs moteurs. Je suis de plus en plus en mesure d'indiquer avec certitude la nature des apparences par lesquelles M. Kühne s'est laissé égarer, et je ne doute pas que sa description nouvelle de la plaque terminale des nerfs moteurs ne soit repoussée par tous les observateurs compétents, comme l'a été déjà sa découverte (en 1861) des prétendus *bourgeons nerveux périphériques*, qui se sont trouvés n'être en réalité rien autre chose que des noyaux de la gaine nerveuse ou peut-être des noyaux du sarcolemme. »

M. Rouget entre ici dans des détails critiques suffisants, suivant lui, pour mettre tout observateur attentif à l'abri des illusions dont M. Kühne n'a pas su se préserver, et qui permettront, ajoute-t-il, de retrouver avec certitude la plaque nerveuse que j'ai décrite, et qui se compose uniquement de la substance finement granuleuse continue à celle du *cylinder axis* dont elle est le véritable épanouissement. (Commission nommée : MM. Andral, Bernard, Longet.)

STRUCTURE DU SYSTÈME NERVEUX DE LA CLEPSINE.

M. E. Baudelot adresse une note sur la structure du système nerveux de la clepsine, une des variétés d'hirudinées.

L'auteur a constaté que dans son ensemble la chaîne nerveuse de la clepsine paraît organisée sur le même type que chez les autres hirudinées.

Entre autres particularités, M. Baudelot constate que rien ne différencie le cerveau des autres ganglions; ce qu'il se considère comme fondé à regarder le cerveau comme étant le résultat du rapprochement de deux ganglions simples. Jusqu'alors, dit-il, parmi les annelés inférieurs, nul type n'a permis, je crois, de saisir d'une manière aussi évidente l'analogie de structure qui existe entre les ganglions cérébroïdes et les autres ganglions de la chaîne nerveuse, et de démontrer l'unité de composition qui règne dans toute l'étendue de la chaîne ganglionnaire.

— M. Ramon de la Sagra envoie de Livry (Seine et-Oise) des échantillons de l'écorce et du bois d'une plante dont l'infusion est employée à l'île de Cuba contre les fièvres intermittentes de préférence à l'écorce de quinquina et aux préparations de quinine.

Cette plante est la *Picramnia pentandra* de Swartz; on en trouve une description donnée par feu Richard dans la partie botanique du grand ouvrage de M. Ramon de la Sagra sur l'île de Cuba.

M. Ramon de la Sagra a fait venir de Cuba, de l'écorce et du bois de cette *picramnia* en quantité suffisante pour pouvoir mettre à la disposition de MM. les membres de la section de médecine et de chirurgie tout ce qui serait jugé nécessaire pour expérimenter en France l'action de ce fébrifuge.

— M. Ramon de la Sagra adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Houdin sur la possibilité d'apprendre à parler aux sourds-muets par l'étude des mouvements des lèvres de leurs interlocuteurs, des renseignements sur ce qu'il a vu pratiquer d'analogue en différents pays dans les établissements de sourds-muets qu'il a successivement visités. Il insiste principalement sur ce qu'il a constaté en 1838, à Gro-

ningue, touchant les résultats obtenus par la méthode des frères Guyot, dont l'un dirigeait alors une grande institution fondée par son père en 1770. l'Institut de Bruges lui a aussi offert le sujet d'intéressantes observations.

La note de M. Ramon de la Sagra est renvoyée, à titre de renseignements, à la commission nommée pour diverses communications relatives à l'instruction des sourds-muets.

M. Flourens, qui fait partie de cette commission, demande au nom de ses collègues l'adjonction de deux nouveaux membres, MM. Velpeau et Cloquet.

MM. Velpeau et Cloquet feront partie de la commission.

— M. Piroux, à l'occasion de ces mêmes communications sur l'éducation des sourds-muets, et dans l'espoir que ses propres recherches sur ce sujet pourront contribuer à abréger le travail de la commission nommée, adresse plusieurs ouvrages qu'il a publiés depuis quelques années et qu'il prie de joindre à ceux dont il avait précédemment fait hommage à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport sur une épidémie cholérique qui a régné en 1863 sur les enfants dans la commune de Connaux, par M. le docteur Jardin. (Commission du choléra.)

2° Des rapports sur différentes autres épidémies, par MM. les docteurs Guichard (de Saint-Claude), Judrin (de Semur), Macton (de Bouzonville). (Commission des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une étude sur la médecine chez les Chinois, par M. le docteur Maurache. (M. Briquet, rapporteur.)

2° Un mémoire sur l'emploi thérapeutique des préparations phéniques, par M. Kberlande, pharmacien à Laval. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

3° Un travail tendant à établir que le premier embryon, fécondé dans le sein d'une femme, ressemble à la mère, par M. le docteur Chassinat, médecin à Hyères.

4° Un mémoire sur la circulation du fœtus, par M. le docteur Ducrest, médecin à Nantua. (Commissaires : MM. J. Béclard et Sappey.)

5° Une observation de grossesse extra-utérine au terme de quatre mois, terminée par l'expulsion des parties constituantes du fœtus pendant une période de sept années, par M. le docteur Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage). (M. Blot, rapporteur.)

— M. J. Béclard donne lecture d'une lettre de M. le professeur Remak (de Berlin), qui informe l'Académie qu'il se propose d'exposer la méthode des applications thérapeutiques du courant galvanique constant, dont les principes se trouvent déjà publiés dans sa *Galvano-thérapie des maladies nerveuses*, et la prie de vouloir bien nommer des commissaires à l'effet de suivre ses démonstrations.

Le bureau désigne comme commissaires MM. Beau et Velpeau.

— M. le Président présente, au nom de M. R. Leroy-d'Etiolles fils, la deuxième partie du *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires.*

— M. Tardieu fait hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur Bergeron, d'un travail imprimé ayant pour objet la statistique mortuaire du troisième arrondissement.

— M. Robinet dépose sur le bureau un travail de M. Joulie sur le sorgho, et une brochure qu'il vient de publier lui-même sur le dosage des gaz des eaux potables.

— M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures et demie.

Lecture. — Traitement de la coqueluche par les substances volatiles qui se dégagent des matières ayant servi à l'épuration du gaz; par M. le docteur Commenge.

Lorsque j'ai porté cette question à la tribune de l'Académie, dit l'auteur, j'avais étudié pendant sept mois consécutifs les effets obtenus à l'usine de Saint-Mandé, et si, dans mon premier mémoire, j'ai limité à une période de quatre mois le champ de l'enquête médicale à laquelle je m'étais livré, c'est que je ne voulais faire connaître que des observations complètes et des résultats précis. Aujourd'hui je viens compléter ma première communication en faisant connaître les faits observés pendant une nouvelle période de trois mois et demi.

Du 1er juillet au 15 octobre 1864, 138 malades ont été admis dans la salle d'épuration.

Dans ce nombre se trouvent compris :

1° Quelques individus n'ayant pas la coqueluche;

2° Un plus grand nombre d'enfants atteints de cette affection, mais n'ayant fait qu'une ou deux inhalations et ne pouvant pas être considérés, par suite, comme ayant essayé sérieusement la médication.

Les malades des deux groupes forment un total de 57 individus, qui ne doivent pas figurer dans l'examen des résultats que j'ai observés.

Si du nombre général 138, je retranche les 57 malades qui ne peuvent pas entrer en ligne de compte, il me reste à considérer ce qui s'est passé chez les enfants, au nombre de 81, qui étaient atteints de coqueluche et qui ont été soumis sérieusement à l'influence de l'atmosphère de la salle d'épuration. Dans ce chiffre figurent tous les enfants qui ont fait plus de deux visites à l'usine de Saint-Mandé.

Sur ces 81 malades, j'en trouve 10 chez lesquels la médication a été sans effet; 24 ont éprouvé seulement de l'amélioration, et 47 ont été guéris.

J'établis trois grandes divisions suivant les résultats observés, et après avoir examiné successivement les observations de ces différents groupes, je ferai une analyse générale de l'ensemble des résultats constatés.

L'auteur passe successivement en revue les points les plus saillants des trois grandes divisions établies et en fait ressortir l'enseignement qui en découle; puis, voulant juger de l'ensemble des résultats généraux, il continue ainsi :

Le sexe ne peut avoir eu aucune importance dans l'appréciation des résultats; car je constate un chiffre presque identique pour les garçons et les filles, je trouve en effet 40 garçons et 41 filles. Cette égalité dans les deux cas me permet aussi de remarquer, en passant, que la coqueluche ne semble pas être plus fréquente chez l'un plutôt que chez l'autre sexe.

L'âge des enfants n'a eu aucune importance dans la production des différents résultats observés; il est très-variable, puisqu'il est compris entre 6 semaines et 8 ans et, entre ces deux extrêmes, l'amélioration ou la guérison est survenue que le petit malade eût quelques semaines ou qu'il fût âgé de plusieurs années.

L'amélioration, comme la guérison, s'est montrée après un nombre de séances différent suivant les divers malades. L'amélioration s'est montrée quelquefois après la première inhalation, d'autres fois après la douzième ou la quinzième seulement, comme je l'ai constaté chez 3 enfants qui ont été cependant guéris. La moyenne générale des inhalations qui ont été nécessaires pour amener les premiers symptômes d'amélioration a été de 5.

La guérison, qui a été obtenue une fois après la troisième séance dans la salle d'épuration, n'est survenue, dans deux cas, qu'après la trentième inhalation. La moyenne générale des inhalations pour arriver à la guérison a été de 14 6.

L'ensemble des résultats obtenus ayant été signalé, il me reste à examiner leur importance et leur fréquence suivant que la coqueluche était à son début ou que la manifestation des premiers symptômes fût de date ancienne, suivant aussi le plus ou moins de gravité de la maladie.

Parmi les 81 enfants ayant la coqueluche, il y en avait 56 chez lesquels la maladie était à la première période, et, sur ce nombre, je trouve 19 améliorations et 31 guérisons.

Vingt-cinq fois la coqueluche était à la deuxième période, et, dans ce cas, je constate 5 améliorations et 16 guérisons.

Dans 65 cas, la maladie avait des symptômes très-aigus, et cependant il y a eu 23 améliorations et 38 guérisons.

Chez 16 malades, la coqueluche était de faible intensité, et, dans ce cas, il y a eu 2 améliorations et 9 guérisons.

46 fois la maladie était très-intense et dans la première période de son évolution; je trouve dans ce groupe 17 améliorations et 26 guérisons.

10 fois, au contraire, elle était de faible intensité, mais à la première période de son évolution; sur ces 10 cas, il y a eu 2 améliorations et 5 guérisons.

La coqueluche avait les symptômes les plus aigus, bien qu'elle fût à la deuxième période, 19 fois; sur ce nombre, j'ai trouvé 5 améliorations et 12 guérisons.

La coqueluche était de faible intensité et à la deuxième période 6 fois; dans ce cas, il y a eu 4 guérisons.

Les analyses successives auxquelles je me suis livré et les résultats que j'ai constatés démontrent, il me semble, d'une façon assez manifeste, que l'inhalation des substances volatiles provenant des matières ayant servi à l'épuration a eu une action efficace, quelle que fût la gravité de la maladie; elle a amené l'amélioration ou la guérison, alors que la coqueluche commençait à peine aussi bien que lorsqu'elle durait depuis quelques semaines. Ce résultat est d'autant plus satisfaisant que chez la plupart des enfants on avait essayé, à plusieurs reprises, des médications réputées les plus salutaires. 59 d'entre eux avaient pris, sans succès, et des vomitifs successifs, et des purgatifs, et des préparations de belladone, et du sirop de Clérambourg, et du sirop de radis noir, etc.; 22

malades n'avaient essayé d'aucun traitement lorsqu'ils ont été conduits à l'usine de Saint-Mandé.

Le docteur Commenge examine avec soin et cherche à réfuter les objections faites à ce nouveau traitement, il démontre, par des exemples, que les coqueluches qui duraient depuis un mois et six semaines n'étaient pas à la période de déclin lorsque les enfants ont été conduits à l'usine de Saint-Mandé; il discute le fait des complications, que l'on a attribuées à l'influence de l'inhalation et dont l'origine ne lui paraît devoir être cherchée que dans les causes ordinaires des complications de la coqueluche. Après avoir apprécié l'influence des variations atmosphériques sur le résultat de la médication et avoir expliqué par une évolution plus rapide de la maladie, les exacerbations observées dans quelques cas, après les premières inhalations, exacerbations déjà signalées dans son premier mémoire, l'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Le traitement de la coqueluche par la respiration des substances volatiles qui se dégagent des matières ayant servi à l'épuration du gaz donne les meilleurs résultats.

2° Chez la grande majorité des malades, la guérison est le résultat ordinaire de ce traitement, même dans les cas où ont échoué les médications réputées les plus efficaces.

3° La guérison se produit sous l'influence de ce traitement à toutes les périodes de la maladie.

4° Elle se produit aussi, quel que soit l'âge des enfants malades.

5° Lorsque la guérison ne se produit pas, on observe presque toujours une grande amélioration dans la plupart des symptômes pénibles de l'affection.

6° Le nombre des inhalations pour produire la guérison varie suivant les individus; il a oscillé entre 3 et 30; la moyenne générale, dans une première période de quatre mois, a été de 12; elle est, au contraire, de 14 dans une nouvelle période de trois mois et demi. Chaque séance dans la salle d'épuration doit avoir deux heures de durée.

7° La saison froide est moins favorable que les autres à l'influence de la médication, non pas que l'action de l'atmosphère gazeuse soit moins prononcée, mais parce que le séjour dans la salle d'épuration devient pénible et pourrait être dangereux à cause du froid qui s'y fait sentir. On peut remédier à cet inconvénient en installant les petits malades dans des salles qui puissent être chauffées.

8° Il n'y a pas danger pour les enfants, quel que soit leur âge, à les soumettre aux inhalations des substances volatiles qui se dégagent des matières ayant servi à l'épuration du gaz. (Renvoi à la commission déjà nommée.

— M. le Président informe l'Académie que, suivant l'ordre du jour, M. Depaul devait lire aujourd'hui la première partie (la partie scientifique) du rapport annuel sur les vaccinations pour l'année 1863; mais des objections ayant été faites au sein de la commission à propos du sujet traité par M. Depaul, et la commission ne s'étant pas trouvée en nombre pour en délibérer, le conseil a été d'avis que la lecture serait ajournée jusqu'à nouvelle réunion de la commission.

M. Depaul s'élève contre cette décision du conseil, se fondant sur ce que la commission a été régulièrement réunie et en nombre suffisant pour délibérer, puisqu'ils étaient trois sur les cinq membres actuellement présents à Paris (le sixième membre, M. Bousquet, étant absent). Il déclare prendre d'ailleurs sur lui seul la responsabilité des opinions exprimées dans son rapport, et qui n'engageraient l'Académie qu'autant qu'elle les adopterait. Il insiste, en conséquence, pour être entendu séance tenante.

M. le Président, après un échange d'explications entre M. Depaul, M. Blot, membre de la commission, qui appuie la proposition de lecture immédiate, et M. le secrétaire perpétuel, qui allègue les motifs pour lesquels il s'y oppose, consulte l'Académie, qui décide à une grande majorité que la lecture aura lieu immédiatement.

RAPPORT. — VACCINATIONS.

M. Depaul, conformément à cette décision, commence la lecture du rapport annuel sur les vaccinations pratiquées en 1863

La question scientifique qu'il traite dans la première partie de ce rapport est relative à la transmission de la syphilis par la vaccine.

Après dix minutes, l'heure du comité secret étant arrivée, M. Depaul est obligé d'interrompre sa lecture. La parole lui sera donnée mardi prochain, immédiatement après le dépouillement de la correspondance, pour continuer son rapport.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE,
par M. le docteur Dumontpallier, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Pathologie.

Abcès pulmonaires; asphyxie; trachéotomie; pleurésie; vomique; péricardite; mort. (Observation recueillie à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Richet, par M. Louis Odier, interne des hôpitaux.)

Une femme de 26 ans, enceinte de sept mois, est apportée à l'hôpital et présente les signes rationnels d'un œdème de la glotte. L'asphyxie est imminente, le pouls est petit, fréquent, et il y a immobilité de la surface du corps. La trachéotomie est pratiquée; immédiatement après cette opération, la respiration se fait avec facilité, mais elle reste fréquente, et dès le lendemain la malade indique qu'elle souffre dans la région supérieure du sternum.

La respiration restant toujours très-fréquente, on suppose que la canule est trop petite, et on la remplace par une canule plus grosse. La douleur sternale persiste et la respiration reste à 40 par minute.

Trois jours après l'opération, le 15 août, la canule est enlevée, la malade peut parler en montrant le doigt sur la plaie trachéale; le larynx est donc libre. Il y a de la toux sans expectoration.

Du 15 au 25 août, il y a un peu d'amélioration dans l'état général, cependant l'examen de la poitrine dévoile l'existence de râles sibilants dans les deux poumons, de plus, au niveau du lobe inférieur du poumon droit, il y a du souffle et un peu d'égophonie. La malade se plaint surtout de souffrir dans la partie médiane et supérieure de la poitrine. A la fin d'août, la plaie de la trachéotomie n'est point solidement cicatrisée, et après un violent effort de toux, la plaie trachéale devient fistuleuse.

Le 1er septembre, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, la malade est prise de quintes de toux dont le caractère rappelle la toux de la coqueluche, et l'expectoration devient purulente. L'enfant s'agite beaucoup dans la matrice.

Le 3 septembre, la malade a eu des accès de toux encore plus violents, et elle a rendu, après une vive douleur éprouvée dans le sommet de la poitrine du côté droit, une grande quantité de crachats purulents. Cette expectoration est nummulaire, et bien que très-abondante, elle ne se présente point avec les caractères ordinaires des vomiques, conséquences d'abcès pulmonaires ou pleuraux. Les sommets des poumons ne présentent point les signes de la tuberculisation en voie de ramollissement.

Le 7 septembre, même expectoration à la suite d'accès violents de toux.

Jusqu'au 10 septembre, la malade remplit chaque jour un crachoir de crachats nummulaires ; de plus, le même jour elle se plaint de palpitations et craint de mourir étouffée.

Le 11 septembre, la malade dort de neuf heures à deux heures du matin. Elle est alors réveillée par un accès de suffocation intense qui se prolonge jusqu'au matin à huit heures.

Nous trouvons alors le 12, à la visite, notre malade avec une orthopnée considérable; elle a toute son intelligence, supplie qu'on lui sauve la vie, et dit qu'elle sent un poids sur la poitrine, qu'elle va étouffer. Son facies est hagard, les extrémités sont froides, le pouls filiforme.

M. Labbé, qui remplace M. Richet dans le service, trouve que les bruits du cœur sont éloignés et sourds : il envoie chercher M. Matice, un des médecins de l'hôpital; mais l'asphyxie fait des progrès rapides, et la malade expire peu de minutes après l'arrivée de M. Matice. M. Labbé, avec M. le professeur Gosselin, pratiquent de suite l'opération césarienne. L'enfant est retiré mort du ventre de la mère.

Autopsie. L'autopsie, pratiquée vingt quatre heures après la mort, nous a permis de constater que les lésions sont toutes limitées à la cavité thoracique. Les autres organes sont sains.

La région sous-hyoïdienne nous montre la plaie de la trachéotomie cicatrisée dans les trois quarts supérieurs, tandis que le quart inférieur permet encore l'introduction d'un stylet que l'on conduit jusque dans la trachée. En disséquant la région, on voit que des adhérences se sont établies entre la peau et la trachée. Le tissu cellulaire voisin ne présente aucune trace d'inflammation.

Le sternum enlevé, nous trouvons une collection purulente occupant tout le médiastin antérieur. Elle renferme du pus crémeux dont une partie s'est déposée sur les parois de manière à constituer une couche épaisse. Ces parois sont devenues fibreuses et même cartilagineuses par place; fermé de toute part, ce kyste purulent présente au niveau de l'articulation de la deuxième côte avec le cartilage sternal un pertuis qui permet de pénétrer dans une autre poche que nous allons décrire.

On enlève l'arbre aérien : le sommet du poumon droit adhère à la cage thoracique, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que l'on parvient à l'en détacher.

L'espace qui sépare le sommet du poumon droit de la trachée est creusé par une collection purulente pouvant loger un œuf de poule. Le pus crémeux qu'elle renferme forme sur les parois une couche assez ferme et continue, tandis que la partie centrale du kyste est encore fluide. Les parois de cette cavité présentent une grande épaisseur et une consistance fibro-cartilagineuse.

La partie externe de cette poche est formée, aux dépens du tissu pulmonaire même dont elle est séparée, par des tissus fibreux épais. Elle est percée d'un petit orifice qui communique avec les bronches du quatrième ordre du lobe supérieur.

La paroi antéro-interne, fibro-cartilagineuse, présente une ouverture établissant une communication avec la collection purulente du médiastin.

A la paroi postéro-interne existe également un orifice, par lequel le pus a fusé entre la trachée et l'œsophage qu'il a décollés de manière à former à droite de la trachée une autre poche purulente moitié moins grande que la précédente et à structure analogue.

Le pneumo-gastrique droit compris dans l'épaisseur de la paroi interne de la collection purulente décrite en deuxième lieu ne peut en être séparé par la dissection : ce nerf nous paraît aplati et étalé en ruban ; sa coloration est normale, ainsi que sa consistance.

Au niveau de la partie postérieure du lobe inférieur droit se trouve une autre collection purulente enkystée, renfermant environ 45 grammes de pus crémeux et indépendant des autres lésions.

Le poumon gauche est congestionné; on n'y trouve ni abcès ni tubercules.

La face interne de la trachée et des bronches droites est d'un rouge brun uniforme, avec une vascularisation très-prononcée; rugueuse au toucher, recouverte de mucus et de stries de pus. La muqueuse est épaisse, se détache avec beaucoup de peine. Aucune trace de compression de la trachée.

Le larynx est sain.

Les glanglions bronchiques sont normaux.

L'œsophage est intact.

Le péricarde est fortement distendu; il laisse échapper en l'incisant une quantité de liquide citrin transparent qu'on peut évaluer à 250 grammes. Sa face interne présente tous les signes d'une péricardite aiguë : elle est rugueuse, grisâtre, tapissée dans toute son étendue par de fausses membranes très-minces qui s'enlèvent facilement par petits lambeaux de 1/2 centimètre.

Aucune trace de vascularisation au niveau de vaisseaux cardiaques, c'est-à-dire à la base du cœur, les pseudo-membranes présentent une organisation plus avancée; elles sont un peu plus nombreuses. La péricardite est complétement indépendante de l'abcès du médiastin.

Le cœur est mou et flasque. Les orifices sont normaux, ainsi que l'endocarde.

Réflexions. L'examen nécropsique permet d'établir les considérations suivantes :

1° L'intégrité de la muqueuse laryngée doit faire rechercher ailleurs la cause de la suffocation.

2° La nature des lésions (l'épaisseur des parois du kyste, leur aspect fibro-cartilagineux) fait remonter le développement de la maladie bien avant le moment où la malade est entrée à l'hôpital, et conséquemment la trachéotomie ne saurait avoir aucune relation de cause à effet sur la production de ces kystes.

3° Le pneumo-gastrique droit, par suite de la compression qu'il a dû subir, peut avoir joué un certain rôle dans les phénomènes morbides qui ont nécessité la trachéotomie.

4° Quant aux altérations pulmonaires, il est probable que leur point de départ a été cette poche purulente siégeant entre la trachée et le poumon droit, poche qui s'est ouverte :

1° Dans le médiastin antérieur;

2° Dans le poumon;

3° Entre l'œsophage et la trachée pour former une autre collection purulente.

5° La péricardite doit-elle être regardée comme une inflammation par propagation de l'abcès du médiastin?

6° La pleurésie enkystée au niveau du lobe inférieur droit du poumon paraît être indépendante des autres lésions.

Reprenant maintenant ces lésions au point de vue de symptômes, nous pouvons établir les points suivants :

1° Rien pendant la vie n'a annoncé l'existence de la première collection purulente située entre le poumon et la trachée.

2° Les douleurs sternales dont la malade se plaignait pendant toute la durée de la maladie sont dues à l'abcès du médiastin.

3° Les douleurs au moment de la déglutition s'expliquent également par l'existence de cette poche purulente entre la trachée et l'œsophage.

4° Les vomiques sont consécutives à la perforation pulmonaire, et si la malade n'a pas rendu des flots de pus tout à coup, mais de petits crachats distincts, cela est dû à la petitesse de la perforation et au petit calibre de la bronche ouverte.

5° La mort est due à la péricardite aiguë.

6° L'accélération de la respiration et de la circulation pendant toute la durée de la maladie pourrait être expliquée par la compression qu'a subie le pneumo-gastrique droit dans l'épaisseur de la partie fibro-cartilagineuse.

Ces altérations du pneumo-gastrique ont, du reste, déjà été l'objet de travaux nombreux. Il suffira de consulter à cet effet ce qu'en dit M. Romberg dans son remarquable *Traité des maladies du système nerveux*, chapitre intitulé : *Des paralysies respiratoires*, et dans son livre intitulé : *Clinische ergebnisse*, p. 165.

En Angleterre, M. le docteur Gardner mentionne également des faits analogues à l'article *Anévrisme de la crosse de l'aorte.*

Je rappellerai aussi l'observation très-curieuse que mon collègue et ami M. Sottas a présentée dernièrement à la Société des hôpitaux, observation qui est un exemple frappant de *paralysie respiratoire* par suite d'une altération d'un des pneumo-gastriques. Je pourrais également y joindre l'observation d'anévrisme de la crosse de l'aorte que j'ai présentée à la Société de biologie, où les symptômes de dyspnée pouvaient être rattachés à la compression du pneumo-gastrique par la tumeur anévrismale.

Constatons en terminant ces remarques que quelle que soit l'interprétation qu'on veuille donner aux faits précédents, il n'en est pas moins établi que la trachéotomie était indiquée, et si elle n'a pas sauvé les malades, elle leur a prolongé la vie, et dans le cas qui fait le sujet de cette communication, la malade a vécu un mois après l'opération.

II. — Pathologie comparée.

Cas d'obstruction du tube digestif par un corps étranger chez un gallinacé (Phasianus nycthemerus, Lin.), rapporté par O. Larcher, interne des hôpitaux.

La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société a été recueillie sur un jeune faisan argenté, âgé de 5 mois. Il vivait jusqu'ici dans les meilleures conditions, quand avant-hier il voulut tirer avec son bec l'un des bouts d'une corde qui servait à clore une porte de séparation. Trouvant une résistance d'abord assez grande, et sans doute pour la mieux vaincre, il avala une faible portion de la corde et continua de tirer avec acharnement. La corde, devenue libre enfin par l'une de ses extrémités, l'animal conserva l'autre dans la première partie de son œsophage. Alors il fit de violents efforts pour s'en débarrasser, et n'y pouvant parvenir il essaya de l'avaler, ce qu'il fit en grande partie, ainsi que l'autopsie nous l'a démontré.

C'est dans ces conditions que nous sommes intervenus, mon père et moi, afin de délivrer la pauvre bête. Nous essayâmes d'abord d'extraire le corps étranger, en combinant nos efforts; l'un introduisant deux doigts dans les voies supérieures de la digestion, de façon à les maintenir béantes, et l'autre exerçant sur le bout de corde qui demeurait à l'extérieur, des tractions modérées. Néanmoins, et malgré toutes les précautions que nous y apportâmes, nos tentatives furent inutiles; nous rencontrions, en effet, une puissante résistance qui nous semblait résider, ou bien dans un nœud qui se serait fixé en un point rétréci du trajet; ou bien dans l'effet des contractions de l'estomac sur l'extrémité de la corde qui peut-être était arrivée déjà jusqu'à lui. Nous pûmes seulement extraire un morceau du corps étranger, long de 0m,175 et dont le diamètre était de 0m,005. Nous en pratiquâmes la section aussi profondément que put nous le permettre l'introduction de longs ciseaux; et nous sentîmes manifestement, à travers les parties molles, que l'extrémité la plus voisine du morceau que nous abandonnions aux voies digestives, était demeurée fixe dans la position qu'elle occupait; nous n'avions donc rien gagné dans ce sens, et la laxité des tissus avait seule permis à l'œsophage de céder un peu à nos tractions.

L'animal parut éprouver un soulagement marqué après la section et le refoulement du morceau restant. Cependant, quelques instants plus tard il éprouva une véritable syncope qui dura environ cinq minutes. Après quoi, l'animal se releva sur les pattes, marcha sans trop d'hésitation et avala assez facilement quelques gorgées d'eau que nous lui avions ingérées pour provoquer les mouvements de déglutition.

Le reste de la journée se passa assez calme, et l'animal paraissait devenir aller mieux. Néanmoins, le lendemain matin, il expira avec les signes de l'asphyxie.

A l'autopsie, qui fut pratiquée quelques heures plus tard, nous trouvâmes les divers organes dans les dispositions suivantes :

1° L'œsophage était rempli par une portion du corps étranger, dans sa partie inférieure seulement, c'est-à-dire depuis un espace situé à 0m,005 au-dessus de l'embouchure du jabot jusqu'au niveau de l'estomac glanduleux, le jabot étant d'ailleurs complétement sain et vide de tout contenu. Ce dernier fait semblerait prouver que, si la plupart des matières ingérées dans le tube digestif des gallinacés sont d'abord reçues dans le jabot, d'autres peuvent franchir ces voies et, sans s'y arrêter, parvenir directement dans l'estomac musculeux; de ce nombre peuvent être accidentellement les corps étrangers, tels que celui qui nous fournit le sujet de cette communication; et de ce nombre sont probablement

aussi, d'une manière constante, les matériaux, tels que cailloux qui, indépendamment des produits qu'ils peuvent fournir à l'économie, interviennent essentiellement dans la partie mécanique du travail digestif.

2° Toute la cavité du ventricule succenturié était obstruée par le corps étranger, et le produit de secrétion de cette partie du tube digestif était abondamment versé autour de lui.

3° Enfin, la cavité du gésier, dont la couche épithéliale se détachait avec une extrême facilité, renfermait un corps globuleux moulé sur les parois qui l'entouraient, et recouvert, sur quelques points, de petits cailloux pareils à ceux que les gallinacés ont l'habitude d'avaler. Cette masse noirâtre obstruait à la fois l'orifice duodénal de l'estomac musculeux et l'orifice par lequel elle se continuait elle-même avec la portion de corde qui venait de traverser le ventricule succenturié. Les dimensions du corps globuleux, prises sur place, étaient de 0m,035 sur 0m,045 en diamètre.

Cette masse déroulée donnait une longueur de 0m,180; sa consistance et son aspect annonçaient le commencement d'un travail de désorganisation.

4° Le tube intestinal était entièrement sain et ne contenait aucune portion du corps étranger.

5° En revanche, la trachée, dans sa partie la plus inférieure, et les bronches à leur origine, étaient aplaties par suite de la pression fixe qu'avait exercée le morceau de corde. On trouvait, d'ailleurs, les poumons affaissés, revenus sur eux-mêmes; ce qui indiquait suffisamment le défaut d'arrivée de l'air dans leurs cellules, et par suite l'asphyxie à laquelle l'animal avait succombé.

Le fait que nous venons de rapporter nous a paru intéressant à plusieurs titres :

1° Il fournit un nouvel exemple de la tendance qu'ont les gallinacés à avaler des corps étrangers.

2° La nature du corps étranger lui-même ne le rendant pas apte à servir au travail mécanique de la digestion et la longueur assez grande de la portion ingérée (en tout 0m,475) expliquent le peu de fréquence des accidents de ce genre.

3° Nous voyons que, d'instinct, et n'ayant pu, comme le font souvent des oiseaux d'un autre ordre (les goëlands, par exemple), rejeter un corps étranger trop volumineux, l'animal essayait de l'avaler, sans s'effrayer de sa grande longueur. Ce qu'il avait fait, nous le faisons d'ordinaire chez l'homme quand un corps étranger a été imprudemment introduit dans les voies digestives, nous ne pouvons l'enlever, et espérant le voir dissoudre dans l'estomac ou rejeter au dehors par l'intestin, nous essayons de le faire pénétrer plus avant, soit par des manœuvres directes, soit en engageant le malade à faire des efforts de déglutition. Or ce que l'animal avait fait d'instinct, ce que nous faisons chez l'homme, nous avons tenté de l'appliquer ici; seulement, la longueur assez grande des parties parcourues et obstruées par le corps étranger, et la compression que la portion restante exerça sur le point de bifurcation de la trachée, expliquent notre insuccès; si donc ce point eût pu être franchi, ou si, ce que nous ferions volontiers en pareille circonstance, l'œsophagotomie eût été pratiquée, les manœuvres étaient, ce nous semble, complétement justifiées, loi comme chez l'homme.

4° Nous ferons remarquer enfin l'immense force de résistance déployée par l'estomac musculeux, durant nos tentatives de traction, et l'obstacle que cette résistance a nécessairement apporté au succès de nos efforts.

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS D'HISTOLOGIE HUMAINE D'APRÈS LES TRAVAUX DE L'ÉCOLE FRANÇAISE; par Georges Pouchet. Paris, Victor Masson et fils, 1864; 1 vol. in-8° de VII-379 pages.

Nous sommes disposé à accueillir favorablement les rares ouvrages publiés en France sur l'histologie, cette science si importante, l'une des bases les plus solides de la physiologie et qui cependant a eu quelque peine à s'acclimater parmi nous. Nous devons donc savoir gré à M. Pouchet d'avoir réuni en un corps d'ouvrage les données élémentaires les plus essentielles et d'avoir ainsi cherché à initier la jeunesse des écoles aux études histologiques depuis longtemps si familières à nos voisins d'outre-Rhin. Mais tout en rendant justice aux intentions louables de l'auteur, nous sommes forcé d'exprimer ici notre opinion sur la valeur de son livre.

Pour qu'un ouvrage destiné, comme celui-ci, à des jeunes gens qui commencent leurs études, soit réellement utile et profitable, il faut deux choses essentielles : une bonne disposition des matériaux et des descriptions précises, nettes, faciles à saisir.

Ces deux conditions ne se rencontrent pas, à mon avis, dans le livre de M. Pouchet fils.

La disposition des matériaux est vicieuse. L'auteur divise son ouvrage en douze chapitres dont voici les énoncés : 1° Généralités. 2° Principes immédiats. 3° Humeurs. 4° Éléments. 5° Tissus. 6° Squelette. 7° Système nerveux. 8° Muscles. 9° Produits. 10° Parenchymes. 11° Membranes. 12° Système reproducteur.

Cette division, dont on ne voit pas la raison d'être et qui ne me paraît fondée sur aucun principe, offre le grand inconvénient de disséminer dans des chapitres différents des faits qui se rattachent à un même système ou à un même appareil. C'est ainsi que le système vasculaire, qui forme un ensemble si complet et dont la structure va en se compliquant depuis les capillaires les plus simples jusqu'au cœur, se trouve réparti dans quatre chapitres; les capillaires les plus simples sont rangés parmi les éléments, comme si l'on pouvait appeler élément anatomique un tube amorphe tapissé intérieurement par des cellules peu nombreuses, il est vrai, mais qui n'en constituent pas moins l'épithélium de ce vaisseau à son premier développement. Les capillaires plus avancés sont décrits dans le chapitre des tissus, comme si les vaisseaux (capillaires ou unn) étaient des tissus dans le sens histologique du mot. Je n'ai pas besoin de rappeler qu'il faut entendre par tissu une réunion d'éléments *homogènes* (1), juxtaposés ou entrelacés de manière à former quelque chose de plus ou moins analogue aux tissus de nos vêtements. Or les vaisseaux et les capillaires de second ordre sont composés de plusieurs couches qui constituent chacune un tissu particulier : connectif, élastique, contractile, épithélial. Ce n'est pas tout: les artères et les reins qui ne sont réellement, personne ne le contestera, que des tubes capillaires avec multiplication des couches existantes ou addition de nouvelles couches, sont décrits dans le chapitre consacré aux membranes! N'est-ce pas là une déplorable confusion, et l'auteur n'a-t-il pas complétement perdu de vue non-seulement la physiologie qui réunit dans ses descriptions les parties de l'organisme attribuées à une même fonction, mais encore l'anatomie qui rapproche les organes de même composition et de même forme?

Pourquoi aussi un chapitre particulier pour les produits et séparer de l'épiderme les ongles et les poils qui ne sont que des modifications des éléments constitutifs de cette membrane? L'épiderme tout entier n'est-il pas un produit, tout aussi bien que les divers épithéliums, et tout aussi bien que les ongles et les poils? .

Nous pourrions encore citer l'appareil visuel dont les parties constitutives sont traitées dans des chapitres différents; le cristallin dans le chapitre des produits sous le nom d'appareil cristallinien; les autres parties de l'œil : cornée, choroïde, iris, rétine, parmi les membranes. Quant à la conjonctive, aux paupières, aux voies lacrymales, ces parties ne sont pas décrites. Je ne trouve que quelques indications insuffisantes sur le sens du toucher et du goût, et rien sur l'appareil olfactif, pas plus que sur l'appareil de l'audition.

Nous n'aurions pas à signaler ces lacunes regrettables si l'auteur avait adopté une division plus rationnelle et surtout plus physiologique. Si, par exemple, après avoir fait l'histoire des éléments et des tissus, l'auteur avait traité des systèmes, puis des appareils organiques, chaque chose se serait trouvée à sa place, rien n'aurait été oublié, et l'élève, saisissant facilement l'ensemble et les détails de cette admirable machine vivante qu'on appelle organisme, aurait compris, facilement aussi le mécanisme de ses rouages.

Après ce reproche capital fait au plan adopté par M. G. Pouchet, j'ai à exprimer le regret que les descriptions de cet auteur n'offrent pas la netteté, la précision et l'exactitude qui les font saisir et les gravent dans la mémoire.

Et d'abord nous aurions voulu que les termes fussent nettement définis et employés avec la signification qu'on leur donne le plus généralement. Les mots tissus, systèmes, cellules, par exemple, sont pris par M. Pouchet dans un sens que peu de personnes admettent. On doit entendre par tissu une réunion d'éléments anatomiques analogues entre-eux, sinon identiques, et non une réunion d'éléments qui diffèrent les uns des autres par leur aspect et par leurs propriétés. On dit tissu connectif, tissu contractile ou musculaire, tissu élastique, etc.; on ne doit pas dire tissu vasculaire ni même tissu capillaire, parce que les capillaires sont formés de plusieurs tissus différents.

Il n'est plus permis de confondre les mots systèmes et appareils. Un système est « l'ensemble de toutes les parties analogues entre elles

(1) Cette qualification est indispensable, si l'on ne veut tomber dans une complète confusion. Qui voudrait appeler tissu une réunion, une intrication d'éléments élastiques et d'éléments contractiles, par exemple? Quel nom donnerait-on à un tissu ainsi constitué?

quant à l'aspect extérieur, la composition anatomique et les fonctions » (Robin, *Du microscope*). Un appareil est une réunion d'organes qui concourent au même but physiologique. On ne doit donc pas dire *système* reproducteur comme le dit M. Pouchet, mais *appareil* reproducteur.

M. Pouchet appelle *cellules* « des éléments homogènes dont le noyau occupe le centre et qui n'offrent ni paroi propre ni cavité » (p. 4), et cependant l'auteur conserve le nom de cellules aux éléments dont la réunion forme les divers épithéliums, quoiqu'il ne prétende pas, je le suppose, nier une paroi propre et une cavité aux cellules épithéliales cylindriques de l'intestin, pas plus qu'aux cellules biliaires, aux cellules nerveuses et à beaucoup d'autres.

Voilà pour les termes, passons maintenant aux descriptions.

La plupart d'entre elles pèchent par le même défaut que nous avons dû signaler dans l'ensemble de l'ouvrage, par l'absence d'une bonne méthode d'exposition.

L'élève qui aura lu attentivement ce qui est dit sur le système nerveux, sur les cartilages, les os, etc., devra faire lui-même un travail pénible de synthèse pour grouper les faits principaux et les rétablir dans leurs connexions naturelles. L'auteur, malgré son antipathie pour les Allemands, aurait bien dû imiter, pour la précision dans les idées et dans le style, l'ouvrage élémentaire de M. Kœlliker auquel il a emprunté la plupart de ses figures.

J'ajouterai que les descriptions données par M. Pouchet sont loin d'être toujours complètes, je veux dire suffisantes, et que plusieurs n'expriment nullement l'état actuel de la science. Je pourrais citer pour exemples le tissu de la cornée, la description des glandes de Peyer, des glandes lymphatiques, de la rate, du foie, etc. Sans doute de nombreuses opinions ont été émises sur la structure de ces organes, mais plusieurs faits positifs sont restés et sont devenus classiques, il aurait donc fallu les admettre et les mentionner. M. Pouchet semble ignorer, par exemple, la véritable texture de la cornée transparente (p. 307); il ne dit rien de la composition microscopique de la pulpe de la rate (p. 300); il ne parle pas des rapports des vaisseaux lymphatiques avec les glandes de Peyer, ni de la disposition de ces vaisseaux dans les glandes lymphatiques; il appelle épithélium nucléaire sphérique (p. 302) les corpuscules qui remplissent les alvéoles de ces dernières, corpuscules qui ne sont autre chose que les éléments de la lymphe. Quant au foie, M. Pouchet n'a pas eu la main heureuse en choisissant, parmi les 150 travaux spéciaux qu'il dit exister sur la structure de cette glande, l'opinion la moins en harmonie avec les faits que chacun peut vérifier facilement (p. 271). L'acinus ne renferme pas de *conduits sécréteurs* de la bile; les cellules biliaires disposées en chaînettes se touchent et ne laissent entre elles qu'un intervalle linéaire; les injections poussées par le canal hépatique pénètrent *très-difficilement* entre ces cellules; enfin la figure donnée par l'auteur peut être bonne comme figure schématique, mais elle est fausse si elle prétend reproduire la disposition réelle des cellules biliaires. La principale contestation que fait encore naître aujourd'hui la structure du foie est celle relative à l'existence de deux glandes, l'une pour le sucre (glande glycogène), la glande formée par les cellules qui remplissent, avec le réseau vasculaire, le lobule hépatique ou acinus, l'autre pour la bile (glande biliaire) située autour du lobule et composée de tubes borgnes qui se réuniraient pour former les conduits biliaires. L'auteur ne parle pas de cette distinction.

Je ne pousserai pas plus loin l'analyse d'un livre dont je regrette la publication et dont la lecture m'a causé, je dois le dire, une impression pénible. Ses nombreuses défectuosités doivent être attribuées, en grande partie, à l'esprit d'exclusivisme qui anime l'auteur, esprit toujours blâmable quand il s'agit de science. Si M. Pouchet, au lieu d'intituler son livre : « *Précis d'histologie d'après les travaux de l'école française*, » au lieu de protester « contre l'envahissement des idées étrangères, » au lieu de faire une sorte de croisade de mauvais goût contre la science allemande, s'était entouré de tous les documents précieux que nous possédons aujourd'hui, sans se préoccuper de leur origine, il aurait pu faire un livre utile. Un auteur qui écrit pour la jeunesse doit donner à son œuvre ce cachet d'universalité et d'indépendance qui seul constitue la science véritable, car la science est de tous les pays. Vouloir se restreindre à une nationalité et même à une fraction minime de cette nationalité, c'est mettre la lumière sous le boisseau, c'est reculer au lieu de marcher en avant.

A. Lereboullet.

VARIÉTÉS.

— Par décret en date du 15 novembre 1864, M. le docteur Béhier a été nommé professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Natalis Guillot, appelé à d'autres fonctions.

— Par décret rendu au palais de Compiègne le 15 novembre 1864, M. le docteur Vannaque, médecin en chef des hospices de cette ville, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 15 novembre 1864, sont nommés membres du conseil municipal les membres du corps médical dont les noms suivent :

IIIe arrondissement. — M. Ségalas, officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine.

Ve arrondissement. — M. Flourens, grand officier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, professeur au Muséum.

VIe arrondissement. — M. Tardieu, officier de la Légion d'honneur, doyen de la Faculté de médecine.

VIIe arrondissement. — M. Dumas, grand-croix de la Légion d'honneur, sénateur, membre de l'Académie des sciences.

XVIIIe arrondissement. — M. le baron Michel de Trétaigne, commandeur de la Légion d'honneur, maire du XVIIIe arrondissement, ancien médecin principal des armées, doyen d'âge des maires de Paris.

— Par décret en date du 10 novembre 1864, ont été nommés médecins aides-majors de deuxième classe les médecins stagiaires dont les noms suivent :

MM. 1 Chauvel; 2 Dieu; 3 Bablon; 4 Donnezan (Paul); 5 Richon; 6 Guerder; 7 Mire; 8 Maurin; 9 Michel; 10 Vencélius; 11 Renauld; 12 Bouchez; 13 Paloque; 14 Laurens; 15 Héherlé; 16 Bonnardot; 17 Singaraud; 18 Pirotais; 19 Dajas; 20 Moussu; 21 Beauchamp; 22 Utz; 23 Georgeon; 24 Péchaud; 25 Judas; 26 Pinchard; 27 Foch; 28 Jeunehomme; 29 Gouyneau; 30 d'Hennezel; 31 Beylot; 32 Hahn; 33 Danis; 34 Galzain; 35 Meynier; 36 Davezac; 37 Thierry; 38 de Jullin; 39 Augarde; 40 Protain; 41 Blavot; 42 Dumont; 43 Robert; 44 Dufour; 45 Caillard; 46 Donnezan (Charles); 47 Coqueugniot.

— Par décret du 20 novembre 1864, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Schutzenberger, médecin aide-major de première classe; Lavat, médecin aide-major de deuxième classe; Duverne, vétérinaire en deuxième.

— A l'assaut de Gate-Pah, dans la Nouvelle-Zélande, le chirurgien Mackinnon, du 57e régiment, ne s'étant pas borné à aller panser les blessés sous le feu, mais les ayant protégés de sa personne en tenant l'ennemi à distance, en ralliant les soldats, en faisant le coup de feu, et en tuant de sa main un indigène qui était sur le point de frapper de son tomahawk un soldat blessé, a été nommé Compagnon de l'ordre du Bain.

— Le concours pour trois emplois de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg, qui s'est ouvert le 3 novembre dernier, vient de se terminer.

Ont été désignés au ministre par les membres du jury :

Anatomie : M. Bonchard, médecin aide-major de première classe, surveillant à l'Ecole de Strasbourg; trois candidats. Question écrite : « Du système veineux. Anatomie générale. »

Thérapeutique et médecine légale : M. Aron, médecin-major de deuxième classe au 6e d'artillerie; sept candidats. Question écrite : « 1° Indications et contre-indications de la strychnine dans les maladies du système nerveux; 2° rapport médico-légal sur des extravasations sanguines et des taches ecchymotiques, examinées *post mortem*. »

Pharmacie et matière médicale : M. Pélissié, pharmacien-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Alger; un candidat. Question écrite : « Des médicaments fournis par la famille des légumineuses. »

Trois candidats s'étaient présentés pour l'anatomie, huit pour la thérapeutique, et un seul pour la pharmacie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Desfriches (d'Argentan).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fousset, de Cœuvres (Aisne), et de M. Renault, pharmacien aide-major de première classe.

— Le docteur Sichel a commencé un nouveau cours de clinique des maladies des yeux, à son dispensaire, rue du Jardinet, 3, le lundi 21 novembre, à deux heures, et le continuera les jeudis et lundis, à la même heure.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE : CONTAGION DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE PAR L'INTERMÉDIAIRE DES ACCOUCHEURS.

Plusieurs questions d'une grande importance sont actuellement en discussion à l'Académie de médecine de Belgique. Le soin et le talent avec lesquels les questions sont controversées dans cette compagnie savante méritent qu'on s'y arrête, et conduisent presque toujours à des solutions que l'on peut considérer comme l'expression de l'état de la science. Telles sont celles que nous allons exposer.

La fièvre puerpérale est-elle une maladie spécifique? est-elle contagieuse? peut-elle se transmettre par l'intermédiaire des accoucheurs? peut-elle se développer chez des sujets qui ne sont pas dans des conditions puerpérales? quel est le mécanisme de la transmission de la maladie? Tels sont les points soulevés tout récemment à l'occasion d'une communication de M. Grisar (de Hasselt), et examinés avec le plus grand soin par M. le professeur Hubert, rapporteur.

Au sujet de la première question, la maladie est-elle spécifique? le savant rapporteur n'est pas très-explicite; mais la manière dont il pose ses prémisses ne permet aucun doute à cet égard. La maladie est contagieuse, elle est susceptible de se communiquer par voie d'infection, de contagion, d'inoculation, en un mot par toutes les voies. Suivant l'une de ses expressions aussi heureuse qu'énergique, « l'atmosphère peut en transporter la cause, » donc elle est spécifique. Cette conclusion que nous avons formulée naguère à l'occasion de la discussion sur la pustule maligne et les lois générales de la spécificité, ne saurait plus être l'objet d'un doute. L'avenir, nous en avons l'intime persuasion, ne fera que confirmer cette doctrine en fait et en principe.

Le caractère contagieux de la fièvre puerpérale découle de sa spécificité, mais son mode de transmission n'est pas aussi absolu. La virulence de la fièvre puerpérale se transmet-elle par infection, par contagion, ou simplement par inoculation? Bien qu'en principe le mode de transmission d'une maladie ne puisse infirmer ni sa spécificité ni sa contagiosité, il y a, comme nous l'avons montré dès longtemps, une grande différence entre les maladies virulentes infectieuses et les maladies virulentes seulement inoculables. La rage, par exemple, est seulement contagieuse par voie d'inoculation; or la fièvre puerpérale est virulente, et elle est contagieuse à un tel point qu'elle est susceptible de se transmettre par toutes les voies. Cette doctrine, ébauchée par les accoucheurs les plus renommés de notre temps, a reçu une entière confirmation dans le rapport de M. Hubert. D'accord avec Deneux, Desormaux, Moreau, avec MM. Dubois, Robertson, Blundell, Campbell, Simpson, Depaul, Tarnier et autres, il n'hésite pas à reconnaître que la maladie est non-seulement contagieuse par contact et par inoculation, mais par toutes les voies possibles de l'infection. Cette conclusion, d'une gravité extrême au point de vue pratique surtout, ne saurait être trop motivée. C'est pourquoi nous nous y arrêterons quelques instants avec M. le rapporteur de l'Académie de Belgique.

Une sage-femme ayant eu dans sa pratique plusieurs cas de fièvre puerpérale mortelle, on fit une enquête, et l'on constata qu'elle s'était servie d'une seule et même éponge pour nettoyer toutes les parties génitales de ses femmes. Ceci est la contagion immédiate la mieux caractérisée.

A l'appui de la contagion par inhalation, M. Hubert a rappelé : 1° le fait observé par M. Depaul d'une élève sage-femme qui aurait contracté la maladie en procédant au lavage des parties génitales d'une malade atteinte de fièvre puerpérale; 2° les faits analogues relatés par M. Tarnier; 3° d'autres plus rares à lui communiqués et observés à la Maternité de Liége par M. Van-Nubel. Il ne saurait donc plus exister de doute à l'égard de la transmission par inhalation.

La transmission à distance ne paraît pas moins bien démontrée. Deneux, Cazeaux, Moreau, Semelweis, médecin de la Maternité de Vienne, et même M. Dubois, s'étant réservé dans ces sortes de questions, admettent la transmission à distance : on doit entendre par là la transmission par l'intermédiaire des personnes qui ont pris le germe de la maladie dans l'atmosphère où elle règne et qui l'ont transporté loin du foyer d'infection, soit par leurs vêtements, soit de toute autre manière. L'obscurité règne encore sur le mécanisme de ce mode de transmission : il n'est donc pas inutile qu'on le discute.

Posons d'abord en fait, avec M. le rapporteur de l'Académie belge, que les accoucheurs peuvent transmettre à leurs accouchées le germe de la fièvre puerpérale. Ainsi que nous l'avons dit, la plupart des accoucheurs en renom de notre époque ont eu le sentiment de cette vérité, s'ils n'en ont pas eu la conviction. Deneux crut devoir donner sa démission de médecin de la maison d'accouchement; Moreau avait eu dans sa pratique en ville des cas de fièvre puerpérale *pendant qu'il était à la Maternité*, tandis qu'il n'en avait pas rencontré avant sa nomination. Robertson cite le cas d'une sage-femme attachée à une institution de Manchester qui, en un mois, avait perdu 16 accouchées sur 30, tandis que les 11 sages-femmes de la même œuvre charitable n'en avaient pas perdu une seule sur 380. Un assez grand nombre d'autres accoucheurs cités par M. Hubert ont offert le même contraste de revers exceptionnels avec l'innocuité constante de la pratique de leurs voisins. Les faits rapportés par M. le docteur Grisar, et à l'occasion desquels la discussion a été introduite dans l'Académie belge, doivent être cités avec plus de détails.

Le 2 décembre 1842, M. Grisar fut appelé auprès d'une femme en travail d'accouchement depuis vingt-quatre heures. Il appliqua le forceps et amena un enfant mort. Le lendemain tous les symptômes de la fièvre puerpérale éclatèrent, et la malade succomba le deuxième jour.

Du 2 décembre 1842 au 19 mars suivant, c'est-à-dire dans l'espace de trois mois et demi, sur 64 femmes accouchées par M. Grisar, 16 furent atteintes de fièvre puerpérale (1 sur 4), et 11 en furent victimes (2 sur 3). La maladie se déclarait régulièrement le deuxième et le troisième jour.

Gomme ses confrères n'observaient absolument rien de semblable dans leur clientèle, M. Grisar ne tarda pas à penser qu'il transmettait lui-même le principe éminemment contagieux de la maladie, et il prit dès lors toutes les précautions possibles.

A partir du 19 mars 1843 jusqu'à la fin de 1862, pendant plus de vingt ans, il ne rencontra plus un seul cas de fièvre puerpérale. Mais

FEUILLETON.

SUR LA DÉCOUVERTE DE L'OXYGÈNE (1)

Vers la fin du dernier siècle, plusieurs nations se disputèrent la gloire de la découverte de l'oxygène : gloire immense, en effet, car c'est là le fait capital, le trait le plus saillant de l'histoire de la science moderne, la vaste généralité qui vint élucider tout ce qui, jusque-là, avait été obscur ou contradictoire, et expliquer de la manière la plus simple et la plus naturelle les principaux phénomènes de la physique et de la chimie.

Or bien des doutes existent encore à ce sujet. Quatre savants ont concouru séparément, mais presque à la même date, à ce grand événement scientifique : Bayen, Priestley, Scheele et Lavoisier. Deux de ces éminents chimistes sont nos compatriotes, un troisième est Suédois et le quatrième est Anglais. On conçoit que l'importance d'un tel fait puisse élever la priorité de sa découverte à la hauteur d'une question de gloire nationale; on comprend aussi tout l'intérêt que l'histoire de la science doit attacher à préciser les circonstances qui en ont préparé et déterminé l'explosion.

C'est sur ce point que je viens appeler un moment l'attention de l'Académie. J'espère établir que la France doit revendiquer la meilleure part de cette gloire; j'essayerai de prouver, à l'aide des faits et de leurs dates, que si la théorie qui se fonde sur la démonstration de l'oxygène appartient sans conteste à notre Lavoisier, les physiciens et les chimistes français ont, à diverses époques, contribué largement au développement des faits et des idées qui se rapportent à cette découverte. Je rappellerai surtout que la première expérience positive, incontestable, relative à l'existence de ce gaz, fut pratiquée par Pierre Bayen, savant modeste qui fut membre de l'Institut, chimiste tellement oublié aujourd'hui que, parmi les historiens les plus récents de la science, il en est plusieurs qui n'ont pas même prononcé son nom.

Dès le commencement du dix-huitième siècle, les physiciens et les chimistes dirigèrent leurs recherches sur un sujet qui, dans le siècle précédent, avait beaucoup occupé Van Helmont, Robert Boyle, John Mayow et le célèbre Hales. Il s'agissait de l'étude de l'air et des émanations invisibles qui se dégageaient, soit dans certains phénomènes de la nature, soit dans les opérations des laboratoires : sujet nouveau, fécond, et sur lequel on ne possédait encore que des données vagues et fort incomplètes. En Angleterre, en Hollande, en Allemagne, ces questions passionnaient les hommes de science, tandis que les chimistes français ne semblaient point

(1) Note lue à l'Académie des sciences dans sa séance du 17 octobre 1864.

le 5 décembre 1862 il eut à traiter chez une jeune fermière, à la suite d'un accouchement laborieux, un nouveau cas de fièvre puerpérale caractérisée, lequel se termina au troisième jour par la mort. Du 5 décembre 1862 au 26 janvier suivant, en sept semaines, sur 9 femmes accouchées par lui, 8 furent atteintes de la même maladie et 4 succombèrent. Cette fois, comme la première, la maladie s'était montrée exclusivement dans sa clientèle. Cependant M. Crisar avait pris toutes les précautions qu'il avait supposées suffisantes, mais elles étaient restées impuissantes. Il se fit un devoir de renoncer momentanément à la pratique obstétricale, et après un mois il eut la satisfaction de ne plus observer cette terrible maladie.

Ces observations, ainsi que nous l'avons dit, sont d'une importance capitale. Elles ont à nos yeux, par la reproduction des mêmes faits, par la répétition des mêmes circonstances et des mêmes conditions, la valeur d'une expérience scientifique. Personne, nous le supposons, ne s'avisera d'en contester la valeur. Leur conséquence pratique, nous le répétons, est d'une extrême gravité. Que d'accoucheurs en renom faute de l'avoir su, n'ont-ils pas porté la désolation et la mort dans les familles! Il y a une vingtaine d'années, Chomel, sans se rendre compte du fait, appelait de préférence auprès de ses riches clientes un accoucheur du temps, le docteur Baudelocque, qui n'appartenait à aucun hôpital de femmes en couche; il constatait que lui seul, parmi tous ses confrères, ne rencontrait point de cas de fièvre puerpérale. Les gens du monde n'avaient pas attendu les enseignements de la science pour faire la même remarque. Tel ou tel praticien renommé pour sa science et son talent était craint pour ses malheurs. Nous avons lieu de croire que la fâcheuse expérience de ces habiles, mais infortunés confrères, pourrait confirmer celle du praticien de Hasselt.

C'est donc pour nous, et nous osons dire pour la science, une question jugée : les accoucheurs sont susceptibles de transmettre la fièvre puerpérale à leurs clientes. Comment la transmettent-ils? par quelles voies, par quel mécanisme cette transmission s'opère-t-elle? Questions non moins importantes à résoudre que la précédente; car de leur solution doit résulter la connaissance du moyen pratique d'éviter cette transmission. Le moyen radical serait sans doute que le médecin attaché à un établissement où règne la fièvre puerpérale, on donnant des soins à une personne atteinte de la maladie, s'interdît complétement de voir d'autres malades. Cela peut paraître un peu rigoureux, et cependant l'expérience de M. Crisar qui ayant cru, *en prenant toutes les précautions désirables, ablutions, lotions, aérations, changement de vêtements*, etc., pouvoir mettre ses accouchées à l'abri de la contagion, a été obligé de renoncer pendant un mois à la pratique des accouchements, montre que ces précautions ne suffisent pas. Cette expérience provoque donc en même temps l'examen du mode de transmission de la maladie. C'est ce que nous croyons devoir faire en quelques mots; d'autant plus que le savant rapporteur de l'Académie belge a gardé le silence sur ce point, ou du moins ne l'a pas discuté.

On se rappellera peut-être qu'à l'occasion de la discussion sur la fièvre jaune, nous avons beaucoup insisté sur le mode de transmission par les personnes. Contrairement aux doctrines régnantes et au rapport si lumineux de M. Mélier, nous avons cherché à faire voir que les objets extérieurs, vêtements, marchandises, navires, sont moins susceptibles de transporter les germes de la maladie que l'organisme lui-même. Ceux qui vivent, respirent et absorbent au milieu d'une atmosphère infectée sont plus aptes à prendre, à inhaler, à absorber et à transporter les germes morbides que les objets matériels, parce que, avons-nous dit, ces germes introduits au sein de l'organisme y fermentent, s'y développent, s'y multiplient comme des levains vivants.

Cette doctrine, aussi peu comprise jusqu'ici qu'elle est nouvelle, trouve son application dans la question qui nous occupe, c'est-à-dire aussi bien dans la fièvre puerpérale que dans la fièvre jaune. Le médecin, l'accoucheur qui respirent et absorbent la fièvre puerpérale, la couvent, la fécondent, la transportent en quelque façon plus vivante, plus intense que les objets extérieurs. De ce que la maladie ne se développe pas chez eux intégralement, dira-t-on qu'ils n'en renfermaient pas le germe. Mais celui-ci, quoique à l'état latent, peut révéler sa présence, même chez les personnes qui ne sont ni des accouchées, ni des femmes, ni des jeunes filles, mais des hommes et des hommes étrangers à la pratique obstétricale. Nous avons cité les faits observés par MM. Depaul et Tarnier sur des élèves sages-femmes n'ayant jamais été enceintes, et nous avons personnellement eu occasion d'observer sur nous-même un fait bien plus significatif. Ce fait, nous l'avons déjà cité à plusieurs reprises, et nous ne craignons pas de le citer encore. Pendant une épidémie de fièvre puerpérale observée dans le service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu, nous avons éprouvé, à la suite de nombreuses autopsies auxquelles nous avions assisté, tous les symptômes de l'intoxication puerpérale. Depuis lors nous nous sommes assuré que plusieurs médecins avaient éprouvé durant d'autres épidémies des malaises, des indispositions, lesquelles pour n'avoir pas atteint le degré du mal que nous avions éprouvé, n'ont pas conservé le moindre doute sur l'origine de ces indispositions. Cet ordre de faits, qui se rattache à la doctrine des ***petites contagions***, des ***maladies ébauchées***, doctrine à laquelle nous avons déjà consacré tant d'efforts, sont de nature à faire réfléchir tous les médecins que leur devoir appelle à soigner les maladies contagieuses. Ils peuvent transporter avec eux, quoique prenant tous les soins extérieurs, changement de vêtements, ablutions, les germes des maladies qu'ils ont respirés ou absorbés. Quel symptôme demandera-t-on de cet état de virulence latente, et quel remède y apporter? C'est déjà quelque chose que d'éveiller l'attention sur un point, et nous le signalons à nos confrères; mais voici une solution provisoire à cette double question.

Les personnes qui ont puisé des germes morbides au sein d'une atmosphère infectée éprouvent généralement des malaises; leur haleine et leurs exhalations ont une odeur particulière; elles rendent beaucoup de vents, et des vents d'une odeur *sui generis;* leurs garde-robes sont moins consistantes et plus odorantes que de coutume.

Le remède à cet état consiste, non-seulement dans les plus grands soins de propreté, mais à respirer le grand air et à se purger à plusieurs reprises.

Inutile d'ajouter que la prudence, le devoir du médecin, lorsqu'il rencontre dans sa pratique des cas de fièvre puerpérale ou de maladie

---

jusque-là disposés à y prendre une part très-active. Au début du même siècle, un médecin d'Édimbourg, Joseph Black, et un savant chirurgien irlandais, Mac Bride, avant donné un nouvel élan à ce genre de recherches, un chimiste français, Venel, en fit à son tour le sujet de sérieuses études. Venel reprit et développa les expériences de Black sur le fluide que celui-ci avait appelé *air fixe* ou plutôt *fixé* (*fixed air*), que l'action du feu ou celle des réactifs dégageait de la combustion du charbon, des terres alcalines traitées par les acides, de la chaux vive, des fermentations, de certains corps dans lesquels il semblait s'être fixé ou concentré et dont il s'échappait sous la forme d'un fluide gazeux.

A ce moment, Venel et Bayen, tous deux élèves de Rouelle, furent chargés par le gouvernement de faire l'analyse des eaux minérales de la France. Les deux jeunes gens se mirent à l'œuvre et publièrent ensemble leurs premiers travaux; mais Venel ayant été obligé de se livrer à d'autres recherches, Bayen résolut de se vouer seul à la continuation de cette œuvre. En 1765, après la campagne de Minorque, où il avait rempli les fonctions de pharmacien en chef, il s'appliqua à l'examen des *eaux de Bagnères-de-Luchon*. Il y procéda avec tout le soin dont il était capable et prépara de longue main un travail complet, conçu d'après un plan tout nouveau. Cet ouvrage, qu'il publia en 1766, fut pour lui l'occasion de plusieurs remarques d'un haut intérêt, mais surtout d'une découverte dont la portée scientifique était considérable, car elle est la première origine de tous les travaux sur lesquels repose le système de la chimie de nos jours.

En cherchant à constater dans les eaux de Luchon la présence du soufre, Bayen eut l'idée de se servir comme réactif de ce qu'on appelait alors les *chaux* ou *précipités de mercure*, afin d'obtenir un produit dans lequel il espérait trouver les éléments du cinabre. Sa prévision se réalisa : il recueillit un précipité qui, lavé et sublimé, lui fournit un sulfure de mercure magnifique, accompagné de quelques globules de mercure révivifié. Frappé de ce résultat, il se réserva dès lors de reprendre cette expérience, ainsi que l'étude des précipités mercuriels, afin d'en déterminer la nature et les propriétés (*Opuscules chimiques*, t. I, p. 305).

Ce sujet ne tarda pas en effet à devenir l'objet particulier de ses recherches. Il y consacra plusieurs années, car ce n'est qu'en 1774 qu'il publia successivement les quatre mémoires qui s'y rapportent. Le premier parut dans le numéro de février du *Journal de physique*, 1774, « ce qui, selon Fourcroy, ferait remonter ses expériences tout au moins à quelques années avant cette date (1). » L'auteur y annonçait la propriété fulminante des précipités mercuriels mêlés à un peu de soufre, mais il y signalait un faithien plus grave, à savoir : la réduction des chaux métalliques par la simple chaleur, *sans addition de charbon*, avec dégagement d'un *fluide élastique* qu'il recueillit par l'appareil de Hales, qu'il mesura et dont il trouva le poids supérieur à celui de l'air atmosphérique. Malheureusement il n'alla pas plus loin, et, croyant

(1) Art. Chimie, *Encyclopédie méthodique*, t. III, p. 455 (an IV).

aussi gravement contagieuse, doivent le faire s'abstenir pour quelque temps de donner des soins aux personnes qui se trouvent dans les conditions spécialement propres à favoriser la contagion de ces maladies.

Nous continuerons, dans un prochain numéro, d'instruire nos lecteurs des discussions actuellement en cours à l'Académie de médecine de Bruxelles.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE.

NÉVRALGIE RÉFLEXE ET PLUS TARD ANESTHÉSIE DU TRIJUMEAU EN RAPPORT AVEC UNE NÉVRITE DU TRONC DU FACIAL, ET UNE PARALYSIE INCOMPLETE DU CÔTÉ CORRESPONDANT DE LA FACE; par ADOLPHE GUBLER, médecin de l'hôpital Beaujon.

J'ai proposé en 1859 (1) une explication nouvelle du phénomène singulier désigné provisoirement sous le titre de *sensibilité récurrente*. Dans mon opinion, la douleur excitée par l'irritation du bout périphérique d'une racine antérieure spinale, est due à la transformation du courant nerveux propagé jusqu'à la périphérie par le nerf exodique et revenant au centre par les filets de sentiment. Cette tranformation s'opérerait soit par le fait seul du changement de direction d'un même tube nerveux, recourbé en anse à son extrémité, soit plutôt par l'intermédiaire de cellules multipolaires, semblables à celles de la substance grise de la moelle ou de l'encéphale, qui ont été signalées par plusieurs anatomistes, et dont j'ai donné l'interprétation en les considérant comme jouant à la périphérie du corps le rôle d'une moelle diffuse.

Cette théorie des *sensations réflexes* a paru assez vraisemblable aux yeux de M. le professeur Longet pour que le savant physiologiste ait cru devoir lui accorder une place honorable dans son chapitre consacré à l'exposition des faits de sensibilité récurrente. Elle permet d'ailleurs de comprendre un certain nombre de phénomènes morbides dont les uns, bien connus, n'ont cependant pas trouvé encore d'explication complétement satisfaisante, et dont les autres paraissent avoir échappé jusqu'ici à l'attention des pathologistes.

Les faits ressortissant à la loi *d'excentricité des phénomènes nerveux*, et que je réunis sous le nom de *périphérisme des sensations*, s'expliquent en partie par l'habitude de rapporter les impressions sensitives à l'extrémité des filets nerveux intéressés, en partie aussi selon moi, par le mécanisme des sensations réflexes. De ce nombre sont : 1° les douleurs prémonitoires des lésions cérébrales dont l'apparition précède de plusieurs mois, et souvent davantage, les accidents paralytiques; 2° certaines douleurs fugaces liées à des contractions musculaires, irrégulières ou spasmodiques, et probablement certains tics douloureux; 3° les points douloureux périphériques, tels que le point latéral de la pleurésie, liés à des inflammations situées vers l'origine des rameaux nerveux, moteurs ou mixtes; 4° les douleurs non décrites, je crois, qu'éveille dans une région déterminée du corps l'irritation douloureuse d'un autre point situé très-loin du premier, dans le tronc ou les membres, mais du même côté; 5° enfin les douleurs consécutives à des lésions de nerfs purement moteurs. L'observation qui va suivre nous fournira un exemple de ce dernier genre.

(1) *De la sensibilité récurrente envisagée comme phénomène de sensation réflexe. Comptes rendus et mém. de la Société de biologie*, et *Gazette médicale*, 1859.

PYÉLO-NÉPHRITE; OTITE PURULENTE A GAUCHE PROPAGÉE A LA RÉGION PAROTIDIENNE ET AU TRONC NERVEUX DE LA SEPTIÈME PAIRE; PARALYSIE FACIALE ET NÉVRALGIE DE TOUTES LES BRANCHES DU TRIJUMEAU CORRESPONDANT, SANS AUCUN SIGNE D'INFLAMMATION DU ROCHER NI DES MÉNINGES DE LA BASE DU CRANE. EMPLOI DE L'ACONITINE; APAISEMENT DES DOULEURS NÉVRALGIQUES, PUIS DISPARITION DE LA PHLEGMASIE PAROTIDIENNE, PERSISTANCE DES TROUBLES DE LA MOTILITÉ DE LA FACE. ANESTHÉSIE CONSÉCUTIVE. SICCITÉ ET ACIDITÉ CONSTANTE DE LA BOUCHE DU CÔTÉ PARALYSÉ, DÉVELOPPEMENT DU MUGUET EXCLUSIVEMENT A GAUCHE. (Observation recueillie par M. LINÉ, interne du service.)

OBS. — Le nommé Auguste A..., âgé de 26 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 17, service de M. Gubler, le 1er octobre 1864, se plaignant de douleurs dans la région lombaire, datant de cinq semaines. Ces douleurs furent précédées d'un simple sentiment de gêne siégeant surtout à droite de la colonne lombaire et se faisant sentir particulièrement pendant les mouvements. Actuellement le malade souffre constamment d'une douleur sourde qui s'accroît de jour en jour et qu'exaspère la moindre pression. M. Gubler découvre au niveau du rein droit une légère tuméfaction sans empâtement ni changement de couleur à la peau.

En même temps qu'apparurent ces accidents le malade fut pris d'accès fébriles quotidiens caractérisés par du frisson, de la chaleur et de la sueur, et revenant régulièrement tous les soirs.

Ce jeune homme a le teint blafard, les muqueuses très-pâles et l'aspect cachectique. Il a peu d'appétit et se plaint quelquefois de nausées après les repas. D'ailleurs il ne présente aucun signe de diathèse tuberculeuse ni aucune trace d'œdème. L'urine, qui au début de la maladie était légèrement trouble, laisse maintenant au fond du vase une couche épaisse d'un blanc grisâtre que l'ammoniaque tranforme en une masse glaireuse très épaisse et qui, par conséquent, est constituée par du pus. La liqueur surnageante ressemble à du petit-lait un peu trouble, se colore en rose violacé par l'acide nitrique, donne un faible précipité d'albumine et fournit une couche assez épaisse de solutum gras dans l'éther. L'émission des urines est fréquente, douloureuse et accompagnée d'un peu de ténesme vésical. M. Gubler diagnostique une pyélonéphrite avec cystite du col. Il est d'ailleurs impossible de remonter à la cause de cette inflammation purulente des voies urinaires. Le malade n'a pas eu de blennorrhagie, et ne paraît pas avoir subi l'influence du froid ni aucune autre cause capable d'agir sur l'appareil urinaire.

On le soumet pendant quelques jours à un traitement par les balsamiques, lequel demeure à peu près sans résultat.

Vers le milieu d'octobre le malade est pris dans l'oreille gauche d'une douleur excessivement vive, empêchant tout repos et bientôt suivie d'un écoulement purulent par le conduit auditif externe. Trois ou quatre jours plus tard il survient de la tuméfaction au devant de l'oreille, et la région parotidienne devient douloureuse, ainsi que la gorge du même côté. Il en résulte un peu de gêne dans les mouvements de la mâchoire et dans la déglutition. En même temps le côté gauche de la

---

n'avoir affaire qu'à de l'air fixe (acide carbonique), il négligea d'étudier ses autres caractères.

Lavoisier dut être vivement frappé d'un pareil résultat, qui se rapportait complétement aux idées qu'il avait déjà conçues et émises en 1772, dans un écrit cacheté déposé au secrétariat de l'Académie. Il est singulier qu'il n'ait pas fait mention de la découverte de Bayen dans son premier mémoire sur l'augmentation du poids des substances métalliques par la calcination, mémoire qui parut au mois de novembre de la même année (1774), ni même dans aucune des lectures qui servirent à développer sa nouvelle théorie. Il est vrai que tous ces écrits avaient été précédés par la note cachetée du 1er novembre 1772; mais cette note n'annonçait que ces deux faits très-importants, savoir : 1° l'augmentation du poids du soufre et du phosphore par la combustion, résultat que l'auteur attribuait à la fixation d'une prodigieuse quantité d'air; 2° la persuasion où il était que l'augmentation du poids des métaux était due à la même cause, comme il s'en était assuré en réduisant de la litharge, par sa calcination avec du charbon, en vaisseaux clos (1).

(1) Il n'est pas moins étonnant que, dans la première partie de ses *Opuscules physiques et chimiques* (1777), Lavoisier n'ait pas prononcé le nom de Bayen parmi ceux des chimistes qui s'étaient occupés du même sujet, tandis qu'il parle fort en détail des travaux de Scheele et de Priestley.

Priestley était à cette époque chapelain de lord Shelburne, marquis de Lansdown, amateur zélé et éclairé des sciences physiques. Priestley, déjà membre de la Société royale de Londres, quoique fort jeune, avait publié en 1772 ses premières observations sur différentes espèces d'air. Il avait découvert *l'azote*, annoncé d'importantes expériences sur l'air fixe, l'air nitreux et divers autres gaz; mais, exclusivement imbu de la doctrine stahlienne, les conséquences de ses propres découvertes devaient lui échapper et, en effet, lui échappèrent toujours. En 1744, il accompagna en France lord Shelburne et « il assistait à une séance de l'Académie des sciences, au moment où s'y livrait une discussion animée entre Cadet et Baumé sur les propriétés de l'oxyde rouge de mercure : discussion, ajoute M. Dumas, qui ne fut pas sans influence sur la découverte du gaz oxygène. »

Priestley était également présent à la séance dans laquelle Lavoisier lut son premier mémoire sur la calcination de l'étain dans des vaisseaux fermés (novembre 1774). Priestley dit lui-même que, « se trouvant à « Paris, et se disposant à répéter ces expériences à son retour à Londres, il parla de ses recherches à Lavoisier, à Leroy, à plusieurs autres chimistes, et qu'il alla demander à Cadet une once de *précipité per se*, pour être sûr de son point de départ. »

Dès l'année 1772, comme nous l'avons dit, Priestley, en examinant les produits de la combustion du charbon, avait remarqué qu'après l'absorption de l'air fixe (acide carbonique) par l'eau, il restait un résidu gazeux qui éteignait la flamme et tuait les animaux. C'était *l'azote*,

face perd son expression, les traits se dévient et sont de plus en plus attirés à droite. L'orbiculaire ne se contracte que très-incomplétement et l'œil gauche ne se ferme plus qu'à moitié. La bouche est fortement tirée par le rire vers le côté sain, et dans l'action de souffler, la joue gauche se distend comme une paroi molle et presque inerte. Au bout de deux ou trois jours, cette paralysie par inflammation du nerf facial se complique de douleurs névralgiques, vives et constantes, occupant non-seulement les nerfs de sentiment placés au voisinage du foyer phlegmasique, mais aussi tous les rameaux, sans exception du nerf trijumeau. M. Gubler constate, en effet, des points douloureux au niveau de l'émergence du nerf maxillaire supérieur, du dentaire inférieur, sur le trajet du temporal, du sus-orbitaire et même du filet nasal du côté gauche. Sur tous ces points la douleur occasionnée par la pression est intolérable, et provoque de la part du malade des cris ou de brusques mouvements de retraite. Les jours suivants, cette névralgie s'accroît encore; alors M. Gubler prescrit deux pilules d'un demi-milligramme d'aconitine de Hottot. Une sédation prompte succède à l'emploi de ce médicament dont on cesse l'usage au bout de cinq jours. Il ne reste plus à ce moment que la douleur parotidienne notablement amoindrie. La paralysie faciale est également diminuée. Cette névralgie de toutes les branches du trijumeau gauche n'a été accompagnée à aucun moment de sa durée ni de douleurs profondes dans l'oreille, ni de céphalalgie gravative, ni d'insomnie, ni d'agitation, et à plus forte raison de délire.

Le 8 novembre, la paralysie faciale persiste avec un certain degré de gonflement derrière la mâchoire inférieure et de l'otorrhée. Cependant ces derniers symptômes s'atténuent graduellement. Il ne reste plus qu'un peu de douleur au devant de l'oreille, mais toute sensation morbide a disparu du reste de la face, et la pression sur les points d'émergence des différents rameaux nerveux susindiqués ne cause plus de douleur notable. Les urines, un peu moins troubles, contiennent des proportions encore assez considérables de pus, lesquelles varient d'un jour à l'autre, et suivant le moment de la journée. Même lorsqu'elles en sont le moins chargées, elles sont encore sensiblement albumineuses. L'appétit renaît et les forces remontent un peu.

Le 12, la sensibilité de la face se montre altérée. Le malade sent moins et autrement à gauche qu'à droite. Le toucher est obtus dans la région frontale comme dans la région maxillaire inférieure. Une légère friction, exercée sur un point quelconque du côté gauche du visage, mais principalement dans la région parotidienne, détermine une sorte de frémissement qui ne se produit pas de l'autre côté. L'irritabilité musculaire du côté paralysé se montre très-affaiblie, soit qu'on la provoque par la pression ou par un courant électrique. On applique l'électricité dans le but de favoriser la nutrition musculaire.

Le 14, Auguste A... accuse une sécheresse désagréable de la bouche du côté gauche, sécheresse qui existerait depuis le début de l'inflammation du voisinage de l'oreille.

Le 18, il se plaint, en même temps que de la sécheresse préexistante, d'une sensation d'irritation, de cuisson et d'une saveur désagréable. L'exploration de la bouche révèle ces trois circonstances: 1° siccité plus marquée des gencives et de la joue gauche; 2° réaction très-fortement acide de ce côté, le papier bleu étant amené au rouge vif; 3° présence de plaques blanches granuleuses étalées sur les gencives postérieures, la muqueuse génale et l'angle compris entre les deux mâchoires inférieure et supérieure, tandis qu'il n'existe rien de semblable à droite où la muqueuse est plus lubrifiée, et n'offre qu'une acidité légère.

L'examen microscopique démontre en outre dans les productions blanches des cellules épithéliales, des spores et de nombreux filaments cloisonnés et fort longs d'*oïdium albicans*.

M. Gubler attribue cette production du muguet et les autres circonstances accessoires à l'absence de salive parotidienne résultant du travail inflammatoire dont la glande a été le siége lors de l'extension de l'inflammation auriculaire à la région occupée par la parotide et le tronc du nerf facial. Pour vérifier cette hypothèse, il touche la muqueuse buccale à droite et à gauche avec de la teinture de pyrèthre, espérant voir s'écouler beaucoup de salive par le canal de Sténon droit et peu par l'autre. Mais la pyrethre produit peu d'effet, même du côté sain, et l'on ne constate directement aucune issue de fluide salivaire ni à droite ni à gauche.

Le 22, la paralysie faciale persiste au même degré, ainsi que l'anesthésie.

Au résumé, une otite purulente du côté gauche se propage à travers les incisures de Santorini dans la région parotidienne correspondante. L'inflammation atteint le tronc de la septième paire, au sortir de l'aqueduc de Fallope. Il en résulte une paralysie musculaire de la face du côté correspondant, et bientôt des douleurs névralgiques intenses dans la même région. Ces douleurs, loin d'être bornées aux branches inférieures du trijumeau : à celles qui sont situées au voisinage du foyer de la phlegmasie, sont répandues au contraire dans tous les rameaux du nerf de la cinquième paire aussi bien dans le frontal et le nasal, branches de l'ophthalmique, et dans le maxillaire supérieur que dans les temporaux, ou le dentaire inférieur, par exemple. Une pareille généralisation devait naturellement faire craindre une propagation inflammatoire depuis l'oreille externe jusqu'aux méninges de la base du crâne et au ganglion de Gasser couché sur le rocher, soit que la propagation eût lieu le long du canal de Fallope, soit qu'elle se fût effectuée au travers de l'oreille interne et de la substance osseuse. Or des objections également puissantes s'élevaient contre l'une et l'autre de ces deux hypothèses. Si une inflammation intense s'était frayé une voie le long du canal osseux qui remplit en grande partie le tronc du facial, la compression de ce dernier eût amené tout à coup une paralysie faciale complète, avec déviation de la luette, ce qui n'a pas eu lieu. D'ailleurs, on ne constatait ni recrudescence dans l'intensité de la douleur d'oreille ni déplacement du foyer de cette douleur vers la profondeur de l'appareil acoustique. Il n'y avait ni céphalalgie intracranienne, ni agitation, ni aucun trouble fonctionnel en rapport avec une méningite. Rien n'autorisait par conséquent à chercher dans une inflammation de la base du crâne, intéressant le tronc de la cinquième paire, la cause de ces douleurs répandues dans toutes les expansions périphériques de ce nerf sensitif. Il fallait chercher d'un autre côté l'explication du phénomène. La doctrine des sensations réflexes va nous permettre de le comprendre.

Les vues que nous avons émises autrefois sur les manifestations de sensibilité du bout périphérique d'une racine antérieure spinale doivent naturellement s'appliquer à la physiologie du nerf facial, envisagé comme racine motrice d'une paire cérébrale dont le trijumeau serait la racine sensitive. Il n'est pas facile de tirer des expériences sur le facial des conclusions favorables à la théorie des sensations réflexes, parce que, d'une part, il est à peu près impossible d'aller chercher la portion dure de la septième paire dans la cavité cranienne sans produire de graves désordres de nature à compromettre les ré-

---

qu'il appela *air phlogistiqué;* mais cette découverte resta stérile entre ses mains, parce qu'il s'obstina à l'expliquer par une intervention du phlogistique. Il en fut de même lorsque, après avoir substitué les métaux au charbon dans la combustion en vaisseaux clos, et constaté la diminution du volume de l'air dans cette opération, il chercha l'explication du phénomène dans les principes de la même doctrine. Lavoisier, lui, ne fit pas le premier toutes ces expériences, mais après qu'il les eut répétées, étendues et perfectionnées, il en tira tout un système, par la seule puissance de son esprit généralisateur. Ainsi, chose remarquable, au moment où Priestley signalait et démontrait l'existence de l'oxygène, Lavoisier, qui n'avait fait en quelque sorte que le pressentir, en avait déjà calculé les principales conséquences, tandis que Priestley niait encore ces conséquences après l'avoir réellement découvert. Du reste, il était si loin d'être satisfait lui-même de ses explications théoriques, qu'à l'occasion de sa découverte de l'air du nitre, il disait : « Tous ces faits me « paraissent fort extraordinaires et importants, et, dans des mains ha« biles, ils pourront *conduire* à des découvertes considérables (1). »

C'est le 1er août 1774 que Priestley essaya pour la première fois de tirer de l'air du mercure précipité *per se*, au moyen d'une forte lentille. «Le hasard, dit-il, fit qu'ayant près de moi une chandelle allumée, je la plongeai dans le gaz, et je fus surpris, plus que je ne puis le dire, de voir qu'elle y brûlait avec une intensité remarquable. » Il répéta plus tard la même expérience avec l'air obtenu du précipité rouge et il eut le même résultat. C'était bien *l'oxygene;* mais il le confondit encore avec l'air du nitre ou le protoxyde d'azote qu'il avait recueilli l'année précédente, et dont il avait négligé d'examiner l'influence sur la combustion et la respiration. Il ne l'avait donc encore ni reconnu ni défini, et il avoue qu'il resta jusqu'au 8 mars 1775 dans l'ignorance réelle de la nature de ce gaz. C'est alors seulement qu'il constata, au moyen d'une souris, qu'il était très-propre, meilleur peut-être que l'air atmosphérique, pour entretenir la respiration. Il reconnut aussi qu'il était un peu plus lourd que l'air commun, attendu que le gaz restant était un peu plus léger; enfin il annonça que l'air inflammable formait un mélange détonant avec le gaz qu'il appelait *air déphlogistiqué*. Mais déjà Lavoisier, poursuivant les conséquences de ses propres recherches, complétait la démonstration rigoureuse de tous ces faits, et annonçait solennellement les rapports d'identité qui existent entre la combustion, la respiration animale et la calcination des métaux.

Voyons maintenant quelle part l'illustre Scheele prit à cette découverte et l'époque probable où le chimiste de Kœping dut reconnaître ce gaz.

Scheele déclare, dans la préface de son *Traité de l'air et du feu*, publié en 1777, « que la plus grande partie en était achevée quand les

(1) « This series of facts, relating to air extracted, seem very extra« ordinary and importants, and, in able hands, may lead to conside« rable discoveries. » (*Observations on different kinds of air*, p. 84.)

sultats de l'expérience, et, d'autre part, parce que plus loin de son origine le facial s'adjoint de nombreux filets sensitifs provenant de la cinquième paire, et dont la présence complique singulièrement les résultats expérimentaux. Cependant Magendie, après avoir coupé le facial à la sortie du tronc stylo-mastoïdien, constate que l'irritation de ses trois branches continue à faire pousser des cris à l'animal. Cette expérience semble décisive en faveur de l'existence d'une sensibilité récurrente, et conséquemment de ce que nous appelons une sensation réflexe. L'accolement des filets sensitifs provenant de l'auriculo-temporal ne saurait expliquer la persistance de la sensibilité, à moins que ces filets, au lieu d'aller se terminer librement à la périphérie, ne fissent retour sur eux-mêmes pour se rendre dans leur foyer originel, c'est-à-dire dans le cerveau. D'ailleurs M. le professeur Longet a démontré, en divisant les différents filets anastomotiques de l'auriculo-temporal, que leur suppression ne s'opposait aucunement aux manifestations de la sensibilité provoquées par l'irritation des bouts périphériques des rameaux de la septième paire.

Reste donc la supposition du trajet récurrent. M. Longet a précisément reconnu, par une dissection fine et minutieuse, une disposition en anses terminales des extrémités périphériques des divisions du facial et du trijumeau, ce qui l'a porté à admettre que les tubes sensitifs accolés aux filets moteurs, se recourbant sur eux-mêmes, allaient porter aux centres nerveux les impressions douloureuses excitées dans les bouts périphériques des rameaux du facial. C'était exactement, on le voit, la théorie de la sensibilité récurrente formulée plus tard à l'occasion des expériences sur les racines antérieures spinales, théorie dont la priorité appartiendrait en conséquence au professeur de physiologie de la Faculté de médecine qui revendique également la première observation des faits sur lesquels elle repose. Mais je ferai remarquer que la disposition en anses des dernières divisions des nerfs de la face s'accorde avec l'hypothèse d'une transformation d'un tube moteur en tube sensitif, soit directement, soit par l'intermédiaire de cellules multipolaires, tout comme avec celle d'une simple incurvation d'un tube partout continu à lui-même et jouissant dans toute son étendue non-seulement de la même structure, mais aussi de la même fonction. Il est donc permis de se servir des faits indiqués par M. Longet en faveur de la théorie des sensations réflexes. Quant à l'interception des sensations douloureuses due à la section du trijumeau, elle se concilie aussi bien avec cette théorie qu'avec toute autre, puisque le courant exodique, qu'il soit direct ou réflexe, rencontre là une solution de continuité qu'il ne peut franchir. Voilà pourquoi, sans préjudice de la sensibilité réflexe, l'irritation du tronc du facial ne détermine cependant aucune douleur lorsqu'on a pratiqué la section préalable du trijumeau dans l'intérieur du crâne. En produirait-elle si l'on agissait sur l'origine même du facial, vers le sillon de séparation de la protubérance avec le bulbe, en respectant le nerf trijumeau? Je le crois, malgré quelques expériences contradictoires, mais dont la difficulté même rend les résultats problématiques. M. le professeur Longet avoue que cette expérience lui a toujours paru impraticable.

En définitive, le nerf facial, comme l'a judicieusement établi M. Longet, n'est autre que la racine motrice d'une paire cérébrale dont la racine sensitive est représentée par le trijumeau. En excitant ce nerf moteur, on doit par conséquent obtenir de la douleur aussi bien que dans l'expérience exécutée sur une racine antérieure spinale par Magendie et par M. le professeur Claude Bernard. C'est précisément ce que je crois avoir observé dans un cas pathologique; seulement, chez mon malade c'est l'inflammation qui est devenue la cause excitatrice, et l'ébranlement propagé jusqu'aux extrémités des filets moteurs s'est réfléchi dans les filets sensitifs en produisant ce que je propose d'appeler une *névralgie réflexe*. Si cette interprétation est juste, il est permis de prévoir que des troubles analogues déterminés par un semblable mécanisme seront reconnus dans d'autres régions du corps, d'où la nécessité de constituer une nouvelle classe de névralgies, méritant une place séparée, au même titre que les contractures ou les paralysies réflexes.

La paralysie du sentiment, qui succède à cette névralgie réflexe, constitue un phénomène non moins digne d'attention. Il nous montre l'évolution parallèle des troubles fonctionnels dans les deux ordres de nerfs qui animent la face. Primitivement, l'irritation du nerf moteur s'accompagne de la névralgie du nerf sensitif; secondairement, l'obtusion de la sensibilité se joint à la paralysie motrice, comme si les deux parties de l'appareil restaient toujours étroitement solidaires.

Signalons enfin une dernière particularité vraiment remarquable. Sous l'influence du défaut de sécrétion salivaire, c'est-à-dire en l'absence du liquide alcalin normal, la bouche, du côté paralysé, demeure habituellement sèche, fortement acide, et se couvre de muguet, tandis que l'autre côté, lubrifié par la salive parotidienne, reste exempt d'*oïdium*. Ce fait pathologique vaut une vivisection; il fournit la meilleure preuve de l'influence exclusive des circonstances locales sur l'apparition de la mucédinée, et j'y trouve la plus éclatante confirmation des opinions émises en 1857, dans mes *Études sur l'origine et les conditions de développement de la mucédinée du muguet* (1).

(1) Travail inséré parmi les mémoires de l'Académie impériale de médecine.

OBSTÉTRIQUE.

DE L'HYDROCÉPHALIE DU FOETUS CONSIDÉRÉE COMME OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT; par le docteur R. CHASSINAT, médecin à Hyères (Var), lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Montyon) et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

(Suite. — Voir les n[os] 29, 30, 37, 39, 44 et 46.)

PRONOSTIC. — Les conséquences de l'obstacle apporté à l'accouchement par l'hydrocéphalie fœtale doivent être étudiées relativement à l'enfant et relativement à la mère.

Par rapport à l'enfant, ces conséquences sont de deux sortes, elles dépendent de la maladie elle-même et de son influence sur la vie du fœtus, ou de la longueur du travail, qu'il soit abandonné à la nature ou aidé par l'art. Cette étude est de la plus haute importance, car

« belles expériences de M. Priestley lui tombèrent sous les yeux, » et Bergmann, dans l'avant-propos du même traité, affirme que cet ouvrage était terminé depuis près de deux ans. Il ajoute que M. Priestley, sans avoir eu connaissance du travail de Scheele, avait décrit avant lui différentes nouvelles propriétés de l'air, mais que celui-ci les a confirmées d'une autre manière et reproduites dans un autre ordre. » Bergmann et Scheele ne cherchent donc ni l'un ni l'autre à dissimuler que c'est à Priestley qu'appartient la priorité relative de la découverte, bien qu'il soit très-probable que Scheele l'ait faite « presque en même temps (1). » Scheele, en effet, découvrit évidemment l'oxygène le jour où il fit agir l'huile de vitriol sur la *magnésie noire*, ainsi qu'il l'annonce si clairement dans son mémoire sur le *manganèse*, publié en 1774. Mais, comme le dit M. Dumas, « il le réserva en raison de son importance, pour le soumettre à une étude particulière dans son *Traité de l'air et du feu*. »

C'est effectivement dans cet ouvrage qu'il constata que l'air commun est composé de deux principes : *l'air du feu* (oxygène) et *l'air vicié ou corrompu* (azote). Il montra que la combustion absorbe le premier et que la chaleur suffit pour le dégager des chaux métalliques. Il l'obtint de l'action de l'acide nitreux sur la magnésie blanche, puis du nitre et du nitrate mercuriel par la distillation, du nitrate d'argent par l'alcali du tartre (carbonate de potasse). Il analysa l'air par la combustion du phosphore à froid et à chaud, par celle d'une bougie allumée, par les charbons incandescents, par le soufre; en un mot, sa sagacité active multiplia à l'infini les moyens de mettre en évidence le nouveau gaz ainsi que ses propriétés.

Quant à Lavoisier, témoin attentif et judicieux des faits nouveaux qui se produisaient de toutes parts, mais frappé de ce qu'il y avait d'incomplet et d'erroné dans les interprétations dont les accompagnaient les expérimentateurs; déjà fixé lui-même sur les principes qu'il voulait substituer à une doctrine généralement reconnue insuffisante, il répétait toutes les expériences, les critiquait ou les confirmait par ses propres recherches, et en soumettait incessamment les corollaires à l'appréciation du monde savant par l'intermédiaire de l'Académie. Il ne s'agissait déjà plus pour lui de la découverte d'un nouveau gaz, d'un élément de plus à ajouter aux conquêtes de la chimie pneumatique : il voulait, en le généralisant, trouver dans ce fait les bases d'une théorie destinée à renouveler tout l'ensemble des connaissances chimiques. Voilà ce que fit Lavoisier, qui ouvrait ainsi une nouvelle et immense carrière aux progrès désormais illimités de la science, des arts et de l'industrie.

On doit donc reconnaître que si nos chimistes sont entrés tardivement dans la voie de la chimie pneumatique, ils s'y sont avancés d'une manière si rapide qu'ils ont bientôt atteint et surpassé les nations qui les y avaient précédés. Parmi ceux de nos physiciens et chimistes qui ont le plus contribué aux développements de cette branche de la

(1) Dumas, *Philosophie chimique*, p. 94.

c'est elle qui nous guidera dans la détermination des indications à remplir.

Il n'y a que les faits qui puissent répondre avec exactitude et vérité à la question de savoir quelles sont les chances de vie que l'hydrocéphalie à ses divers degrés peut laisser au fœtus après sa naissance. Pour cela, je me suis livré à de nombreuses recherches, et je suis parvenu à rassembler 125 cas d'hydrocéphalie, les uns développés à différentes époques après la naissance, les autres ayant commencé durant la vie intra-utérine. Le nombre de ces observations serait beaucoup plus grand si j'avais voulu prendre celles qui n'étaient qu'indiquées dans les auteurs et les recueils que j'ai consultés. Je n'ai conservé que les cas dans lesquels les détails étaient assez nombreux et assez circonstanciés sur l'époque du début de la maladie et sur celle de la mort de l'enfant, pour qu'il fût possible d'en tirer quelques conclusions rigoureuses.

Les quatre tableaux qui suivent, contiennent les 125 observations dont il vient d'être parlé, classées en raison de l'âge auquel l'hydrocéphalie a débuté. Ils présentent les conséquences que la maladie a eues sur la vie des enfants qui en ont été atteints.

PREMIER TABLEAU. — *Hydrocéphalie développée à partir de la troisième année jusqu'à la onzième inclusivement. (C'est l'âge le plus élevé auquel ait été observé le début d'une hydrocéphalie interne chronique, avec augmentation du volume de la tête.)*

NOMBRE.	TRAITEMENT EMPLOYÉ.	DURÉE DE LA MALADIE.	AUTEUR DE L'OBSERVATION.
3	1 traité par la ponction. 2 sans traitement.	Morts, âgés de 3 ans, à 3 ans 11 mois.	*Ephem. nat. cur.* Bonnet, Skenkius.
2	1 traité par la ponction. 1 sans traitement.	Morts âgés de 5 ans.	Wepfer.
1	Sans traitement.	Mort âgé de 6 ans.	Clerc.
1	Id. (pris de la maladie à 7 ans).	— de 8 ans.	*Ephem. nat. cur.*
1	Id.	Agé de 8 ans, encore vivant.	Fabrice de Hilden.
2	Id. (pris l'un à 9, l'autre à 11 ans).	Morts âgés de 12 ans.	Lieutaud, Ouvrard.
1	Id.	Agé de 16 ans, vivant encore.	Valentin.
1	Id.	Mort âgé de 18 ans.	*Revue médicale.*
1	Id.	Agé de 25 ans, vivant encore.	*Journ. gén. de méd.*
2	Id.	Agés de 30 ans, vivant encore.	Valentin.
1	Id.	Mort âge de 31 ans.	Clerc.
1	Id.	— de 50 ans.	Valentin.
17			

DEUXIÈME TABLEAU. — *Hydrocéphalie développée à partir du quatrième mois jusqu'à la fin de la deuxième année.*

NOMBRE.	TRAITEMENT EMPLOYÉ.	DURÉE DE LA MALADIE.	AUTEUR DE L'OBSERVATION.
11	2 traités par la ponction. 9 sans traitement.	Morts, âgés de 6 mois à 1 an.	*Bull. Ferussac*, Fab. Hilden, Wepfer, Bonnet, Lieutaud, Skenkius, M.-A. Severin, Blancard.
5	1 traité par la ponction. 4 sans traitement.	Morts de 1 an 1/2 à 2 ans.	*Ephem. nat. cur.*, Vésale, Lieutaud, Bonnet, Heurtault.
1	Sans traitement.	Agé de 2 ans 3 mois, vivant encore.	*Ann. lit. méd. étrang.*
2	Id.	Morts âgés de 2 ans 1/2 à 3 ans.	Fab. Hilden, Ouvrard.
1	Id.	Agé de 4 ans 10 mois, vivant encore.	Fab. Hilden.
1	Id.	Mort âgé de 14 ans.	Truden.
1	Id.	— de 24 ans.	*Ephem. nat. cur.*
1	Id.	Agé de 24 ans, vivant encore.	Bibliot. German.
1	Id.	Mort âgé de 45 ans.	Aurivillius.
2	Traités par le mercure.	Guéris et vivant encore.	*Journ. Beclard, Journ. gen. méd.*
27			

TROISIEME TABLEAU. — *Hydrocéphalie développée pendant les trois premiers mois de la vie extra utérine.*

NOMBRE.	TRAITEMENT EMPLOYE.	DUREE DE LA MALADIE.	AUTEUR DE L'OBSERVATION.
1	Sans traitement (hydrorachis).	Mort âgé de 2 mois 21 jours.	*Ephem. nat. cur.*
1	Traité par la ponction.	— de 3 mois 1/2.	*Journ. Vandermonde*
4	Sans traitement.	Morts à 4 mois.	Lieutaud, Skenkius.
1	Traite par la ponction sous-cutanée.	Mort à 5 mois 20 jours.	Chassinat.
6	3 traités par la ponction. 3 sans traitement.	Morts âgés de 6 à 9 mois.	*Arch. gén. méd.*, *Bull. Ferussac*, *Ephem. nat. cur.*, *Journ. Béclard*, Wepfer, Lieutaud.
1	Sans traitement.	Mort âgé de 1 an.	Lieutaud.
1	Id.	— de 1 an 1/2.	Bonnet.
1	Id.	Agé de 2 ans 3 mois, encore vivant.	*Ann. lit. méd. étrang.*
2	Id.	Morts âgés de 5 ans.	*Journ. univ. sc. méd.*, Tulpius.
1	Id.	Agé de 29 ans, vivant encore.	*Rec. Vandermonde.*
2	Traités par les moxas.	Guéris, vivant encore.	Regnault.
21			

Les malades atteints d'hydrocéphalie, renfermés dans les trois tableaux qui précèdent, présentèrent tous pendant leur vie des altéra-

---

science, nous pouvons en effet signaler : *Jean Rey* qui, au seizième siècle, trouva le premier dans la fixation de l'air la véritable cause de l'augmentation de poids qu'acquéraient les métaux par la calcination; *Moitrel d'Elément*, qui, en 1719, inventa et enseigna les moyens de recueillir les fluides aériformes, de les mesurer, de les transvaser et de les rendre en quelque sorte visibles; *Venel*, qui montra, vers 1750 que *l'air fixe* (*acide carbonique*) diffère de l'air ordinaire, qui en indiqua les diverses sources, ainsi que les propriétés et les emplois; *Tillet*, qui présenta à l'Académie, en 1763, c'est-à-dire dix ans avant Priestley, un mémoire sur la cause de l'augmentation de poids du plomb réduit en litharge. Enfin, parmi les quatres chimistes qui ont des droits certains à la découverte de l'oxygène, il en est deux qui appartiennent à la France : *Bayen*, qui le premier tint ce gaz dans ses mains, qui le mesura et en apprécia le poids relatif, et *Lavoisier*, qui, après l'avoir pressenti par la force de son génie, en devina la portée générale, en étudia les caractères, les applications, et, par des efforts infatigables, en déduisit la vaste théorie sur laquelle s'appuya depuis lors tout le système de la science renouvelée.

On a dit qu'une idée nouvelle était toujours fille de cent idées anciennes; on pourrait ajouter qu'à un moment donné, le fruit de la science, parvenu à sa maturité, semble parfois se détacher de lui-même, sans laisser connaître la main qui l'aurait cueilli. C'est ce qui est arrivé à l'oxygène, comme au phosphore, découvert en même temps par Brand et par Kunckel, comme au chloroforme, signalé la même année par Soubeiran et par Liebig (1), comme à tant d'autres découvertes qui ont éclaté presque à la fois sur plusieurs points. De 1770 à 1775, tous les physiciens et les chimistes avaient les yeux fixés sur les mêmes phénomènes : sur la combustion, la calcination des métaux, la composition de l'air, la production des gaz; questions dont chacun comprenait in-

(1) Les mémoires de ces deux savants parurent dans le même numéro des *Annales de chimie* (octobre 1831).

tions profondes des facultés intellectuelles et sensoriales; quelques-uns étaient tout à fait idiots, d'autres incapables d'opérer aucun mouvement; chez tous, le volume et le poids énorme de la tête étaient la cause de nombreuses incommodités, outre les symptômes produits par l'altération du cerveau.

Il est une remarque qui doit être faite au sujet des malades du premier tableau, c'est que la mort était d'autant plus rapide que la maladie commençait à un âge plus avancé, et lorsque l'ossification du crâne avait atteint un plus haut degré d'accomplissement. Au contraire, dans les seconde et troisième catégories, à quelques rares exceptions près, la mort était d'autant plus rapide que la maladie avait débuté à une époque plus rapprochée de la naissance. Ce résultat peut encore être appuyé par les faits contenus dans le quatrième tableau. C'est qu'alors on a remarqué que la maladie prend très-rapidement un grand développement; et la tête presque subitement acquiert un volume énorme. Ainsi un enfant né hydrocéphale à un degré très-peu avancé, étant mort âgé d'un mois, avait 24 livres de liquide dans la tête. Je pourrais citer d'autres faits, quoique moins extraordinaires pourtant que celui-là. En d'autres termes, ce serait la deuxième et la troisième année durant lesquelles l'apparition de l'hydrocéphalie chronique offrirait le pronostic le moins fâcheux, sous le rapport de la rapidité de la terminaison funeste.

Il ne nous reste plus qu'à présenter les cas où la maladie s'est développée avant la naissance. Sur 60 enfants affectés d'hydrocéphalie pendant la vie intra-utérine dont j'ai rassemblé les observations, 41 étaient nés morts; l'accouchement avait été spontané sept fois seulement. Dans les autres cas, il avait été terminé par les moyens de l'art. Il restait donc 19 enfants hydrocéphales survivants.

QUATRIÈME TABLEAU. — *Hydrocéphalie ayant commencé pendant la vie intra-utérine.*

NOMBRE.	MODE D'ACCOUCHEMENT. OBSERVATIONS.	DURÉE DE LA MALADIE.	AUTEUR DE L'OBSERVATION.
2	Accouchem. spontané et facile (1 avorton).	Morts âgés de 2 jours.	Obs. III. *Journ. Corvisart.*
2	Accouch. spont. pour l'un; sans indication pour l'autre.	— de 15 jours.	Breschet, Lieutaud.
1	Accouch. non indiqué.	Mort âgé d'un mois.	*Ephem. nat. cur.*
3	Id. (2 hydrorachis).	Morts âgés de 3 mois à 4 mois 1/2.	*Ephem. nat. cur.*, Levret.
1	Id.	Mort à 7 mois.	*Ephem. nat. cur.*
1	Id.	— à 8 mois.	Lieutaud.
3	Accouch. spont. pour un (traité par la ponction); accouch. non indiqué pour deux.	Morts âgés d'un an.	*Bull. Férussac*, *Ephem. Nat. Cur.*, Boehmer.
2	Accouch. spont. pour l'un, non indiqué pour l'autre.	— de 19 mois et 21 jours à 21 mois.	Obs. 1. *Ann. lit. méd. étrang.*
1	Accouchement spontané.	Agé de 22 mois, vivant encore.	*Ann. lit. méd. étrang.*
1	Accouchement non indiqué.	Agé de 6 ans, encore vivant.	*Bull. Férussac.*
1	Accouch. spont., mais laborieux.	Agé de 9 ans, encore vivant.	*Ann. lit. méd. étrang.*
1	Accouchement spontané.	Guéri, encore vivant.	*Ephem. nat. cur.*
19			

Les 19 enfants dont il est parlé dans ce tableau avaient survécu au travail de la parturition, quoique atteints d'hydrocéphalie; mais ils étaient tous au premier degré de la maladie, à en juger du moins par la description donnée de l'état de la tête, car dans le plus grand nombre des cas, la mesure des diamètres n'a pas été indiquée d'une manière précise. Dans sept cas seulement on a mentionné que l'accouchement avait été spontané et le plus souvent facile. Il faut penser qu'il en a été de même des autres, car si le travail avait présenté quelque chose d'extraordinaire, on en eût sans doute fait mention.

Tous ces enfants avaient mené la plus triste existence, privés pour la plupart de la presque totalité des facultés intellectuelles et sensoriales, n'ayant d'intactes, ou à peu près, que quelques-unes des fonctions de la vie végétative.

D'aprés ce qui a été dit précédemment, et surtout en examinant avec attention les tableaux que je viens d'exposer, il est facile de calculer les chances de vie réservées au fœtus, quand il est affecté d'hydrocéphalie. J'aurais pu me contenter de rapporter les faits dans lesquels le fœtus naissait avec la maladie déja développée, mais il m'a semblé qu'il ne serait pas sans utilité de pousser plus loin les recherches, afin d'éclaircir davantage la question, et de fournir les données nécessaires pour baser un jugement assuré sur l'avenir qui est réservé à l'enfant né hydrocéphale. Car si l'on conservait l'espérance de le guérir, par suite d'une confiance exagérée dans les remèdes à employer, et si se fondant sur cette espérance on était convaincu que la destinée de cet enfant est moins incertaine, je dirai plus, est moins nécessairement condamnée qu'elle ne l'est en effet, il serait à craindre qu'en conséquence de cette opinion, on ne prît au moment de l'accouchement des résolutions qui pourraient être funestes pour la mère sans être d'aucune utilité réelle pour l'enfant. En un mot, j'ai voulu réunir tous les matériaux nécessaires pour que l'on puisse formuler avec quelque certitude une réponse à cette question : quelles sont les chances de vie réservées au fœtus hydrocéphale?

Nous voyons que l'hydrocéphalie est toujours très-grave, à quelque époque de la vie qu'elle commence; que presque toujours elle met un terme prompt et rapide aux jours de ceux qui en sont atteints, quelque traitement qu'on lui oppose; que si elle respecte la vie de quelques-uns, c'est pour leur faire mener une existence des plus misérables, et qui laisse le médecin dans le doute de décider si une mort prématurée n'aurait pas été préférable à une pareille vie. On observe, en effet, que les ressources de la thérapeutique sont bien faibles contre l'hydrocéphalie chronique; le plus souvent on a vu échouer tous les traitements internes des hydropisies. On avait cru pouvoir espérer quelque chose de la ponction du crâne, mais il résulte des faits rapportés précédemment que le plus souvent cette opération a hâté la terminaison funeste de la maladie, résultat qui vient à l'appui de l'opinion des chirurgiens du siècle dernier, de J. L. Petit en particulier.

Dans un cas que j'ai eu occasion d'observer, j'ai pratiqué la ponction sous-cutanée, après avoir essayé en vain tous les remèdes internes et externes indiqués en pareil cas. Ce fut sans résultat heureux. L'enfant succomba un mois et dix jours après l'opération. Il était âgé de 5 mois et demi environ. Il était né bien portant en apparence, seulement l'œil droit était fermé et frappé de strabisme. L'accouchement n'avait duré que deux à trois heures. Au dire des parents, la tête avait commencé à grossir peu de temps après la naissance; quand je vis le petit malade pour la première fois, il était âgé de 2 mois ; sa tête avait déjà 0m,48 de circonférence, elle avait 0m,60 de circonférence au moment de l'opération.

---

stinctivement la haute importance, et sur lesquelles s'exerçaient les efforts de tous les expérimentateurs. Les temps étaient donc venus. Il n'est pas jusqu'aux faiblesses de l'humaine nature qui ne concourussent en même temps, et à leur manière, à hâter cette solution tant recherchée, soit par une controverse active, soit par des objections spécieuses, soit par une opposition opiniâtre et systématique. C'est du milieu de tous ces nuages, c'est du choc de tous ces éléments contradictoires que devait surgir cette œuvre grandiose, l'une de nos gloires scientifiques : la réforme de la chimie, l'abandon de la doctrine sthalienne, la nouvelle nomenclature, mais surtout l'admirable théorie sortie tout entière du cerveau de Lavoisier, comme un éclair du génie, apportant à la fois la lumière et la vérité.

Nous n'irons pas plus loin. Une voix éloquente, qui déjà plus d'une fois a payé dignement son tribut à cette illustre mémoire, s'est réservé l'honneur d'acquiter envers elle la dette de la France tout entière. Ce savant, que vous avez tous nommé, ne faillira point à cette noble et heureuse tâche d'avoir à glorifier l'un des hommes dont la science et notre patrie ont le plus à s'enorgueillir.

Nous devons répondre ici à certaines interprétations auxquelles a donné lieu la note précédente. En étudiant avec scrupule la vie de Bayeu, nous avons été frappé du peu de retentissement qu'ont obtenu les travaux de ce savant, silence qui n'est pas seulement dû à la modestie de leur auteur. Si quelques-uns de ses contemporains ont gardé à son égard un mutisme volontaire, d'autres lui ont rendu une justice éclatante et méritée. Toutefois, nous le reconnaissons, Bayen n'a point *découvert*, à proprement parler, l'oxygène, mais il l'a *obtenu* le premier, pendant la réduction des chaux métalliques; le premier, il a réduit les précipités mercuriels sans l'intervention du charbon, il a signalé dans la composition des acides, la présence du principe aérien qui intervient dans la calcination des métaux. Ces expériences, dont, au

La compression du crâne n'a pas eu plus de succès. Les préparations mercurielles ont guéri deux fois, et les moxas deux fois aussi; mais les enfants ont été perdus de vue, ou du moins on n'a pas indiqué si les guérisons avaient été durables, et s'il n'était pas survenu de récidive promptement mortelle, ce qui eût semblé probable, d'après ce qui arrive généralement. Dans un des cas de guérison par les moxas, on dit « que la santé se rétablit, mais que la tête resta volumineuse; » néanmoins ce fait est cité comme un exemple de guérison. On voit donc qu'il faut avec Camper (mém. cit., p. 54), Itard (1) et la plupart des auteurs, considérer l'hydrocéphalie chronique comme une maladie des plus graves et au-dessus des ressources de l'art le plus souvent.

Quant à l'hydrocéphalie développée chez le fœtus durant la vie intra-utérine (4e tableau), j'en ai réuni, comme on a vu, 60 observations offrant la maladie à des degrés divers. Sur ce nombre, je trouve 41 morts durant le travail ou même avant l'apparition des douleurs, c'est-à-dire plus de 2 sur 3. Des 19 survivants, 7 ont à peine vécu quatre mois et quelques jours et 4 une seule année. La proportion des cas fâcheux est donc très-considérable; le pronostic par conséquent est fort grave.

Il le sera bien plus encore si l'on fait attention que dans tous ces cas, où l'enfant affecté d'hydrocéphalie avant sa naissance a survécu, l'accouchement avait été naturel et laborieux dans deux ou trois cas seulement. L'hydrocéphalie était donc au premier degré; elle était donc en quelque sorte en dehors de ce que maintenant nous étudions, c'est-à-dire d'une altération de la tête du fœtus ayant tellement augmenté son volume que l'accouchement est impossible par les seuls efforts de la nature, ou du moins court le risque de devenir extrêmement difficile. On peut donc dire, en s'appuyant sur les faits, que toujours le fœtus hydrocéphale naît mort quand la tête est assez volumineuse pour apporter un obstacle notable à la terminaison du travail de la parturition. Et quand même les faits ne seraient pas là pour le démontrer, cela se comprendrait encore facilement, si l'on considère quelle est alors l'organisation de l'encéphale: car si, sur un cerveau sain, l'action de l'utérus, durant un travail long et laborieux, suffit pour produire des altérations capables de compromettre la vie de l'enfant, quelle ne pourra pas être son influence sur le cerveau atteint d'hydrocéphalie, et qui ne possède qu'une faible partie des conditions nécessaires au maintien de la vie extra-utérine?

Ces considérations sont fort importantes pour déterminer les indications à remplir, pour terminer l'accouchement dans les cas qui nous occupent; car si l'on était appelé auprès d'une femme en travail dont l'enfant serait affecté d'une hydrocéphalie volumineuse qui nécessite l'intervention de l'art, et si, pour se diriger dans le choix des moyens à employer, on allait penser que des hydrocéphales de naissance ont pu vivre plusieurs années, jusqu'à six et neuf ans, et plus, et que, par conséquent, il faut respecter à tout prix leur existence durant le travail de l'accouchement, on commettrait une erreur. En effet, si des hydrocéphales de naissance ont pu, par une bien heureuse et bien rare exception, vivre quelques années, c'est que chez eux la maladie était très-peu développée à l'époque de leur naissance; que le volume de leur tête n'était pas assez considérable pour qu'elle éprouvât de la difficulté à franchir le canal vulvo-utérin, et qu'alors ayant été soustraite aux sévices dépendant d'un travail long et pénible, il a été possible de prolonger leur vie pendant un certain temps. Mais il n'en est plus de même quand le travail languit, se prolonge au delà de vingt-quatre heures, et dure pendant deux, trois et même cinq jours. Dans ces cas, le fœtus ne conserve plus aucune chance de vie; sa mort est certaine. Indépendamment des altérations organiques si profondes, dont la tête est le siége, la déformation qu'elle a dû subir depuis le commencement du travail, celle qu'elle subira encore si l'utérus est assez puissant pour la faire sortir de sa cavité, par ses seuls efforts, occasionneront certainement la mort du fœtus. On commettrait donc une faute contre l'humanité si, pour respecter le léger souffle de vie qui anime encore un être incomplet et voué à une mort inévitable, on compromettait l'existence d'une mère pleine de santé et de force en restant inactif devant les accidents toujours graves et souvent funestes auxquels peut l'exposer le travail d'un pareil enfantement.

En un mot, et pour me résumer, je dirai que, si l'hydrocéphalie est au premier et même au second degré, l'enfant pourra vivre, mais alors il naîtra spontanément et sans faire courir à sa mère aucun danger; par conséquent, le secours de l'accoucheur étant inutile, il n'y a pas à rechercher ce qu'il y a à faire, tout devant être abandonné aux seuls efforts de la nature. Tandis qu'au contraire, l'hydrocéphalie au troisième degré étant essentiellement mortelle, et par la nature de la maladie, et par les pressions que, durant le travail, la tête aura à supporter, en égard à son volume, on devra toujours considérer comme mort tout enfant affecté de cette maladie et à ce degré, et alors, si la mère ne peut pas s'en débarrasser toute seule, on ne devra voir en lui qu'une masse inerte et sans vie, sur laquelle l'accoucheur, même le plus timide et le plus scrupuleux, ne devra jamais hésiter à porter la main.

Ces considérations auront une bien plus grande importance encore, si l'on réfléchit aux conséquences de la maladie du fœtus sur la mère; c'est maintenant ce qu'il faut examiner. Je ne m'occuperai que de l'hydrocéphalie volumineuse au troisième degré, ou mieux encore, de l'hydrocéphalie, à quelque degré soit-elle, qui mettra un obstacle insurmontable à la terminaison spontanée de l'accouchement. Les autres cas se terminant naturellement et souvent d'une manière rapide et nullement laborieuse, ne devront point nous occuper ici.

Sur ce sujet, écoutons Naumann (1): « Par suite de la longueur du « travail, dit-il, les forces de la femme sont brisées, la compression « des parties molles et des nerfs par la tête hydropique produit la paralysie des membres inférieurs, des convulsions générales, des accès épileptiformes, des lipothymies, l'affaiblissement des sens. Des « pressions exercées sur les parties molles et leurs vaisseaux résultent des contusions, des ecchymoses, des inflammations souvent « funestes. L'orifice de l'utérus est déchiré, quelquefois l'utérus lui-

(1) Dict. des sc. méd., t. XXII, art. Hydrocéphalie, p. 245.

(1) Dissert. de part. Diff. ex hydrop. fœtus. Lipsiæ, 1762.

« témoignage de Fourcroy (1), il s'occupait depuis 1772, et dont il avait « conçu les premières idées six ans avant cette dernière époque, » ces expériences forment incontestablement les premiers coups portés à la doctrine du phlogistique. Elles datent du mois d'avril 1774 (*Journal de physique*, p. 278). Voilà toute la priorité que nous revendiquons en faveur de Bayen. Cette revendication ne nous semble nullement de nature à soulever des rivalités jalouses ni à réveiller des susceptibilités nationales. Elle n'a d'autre objet que de fournir des matériaux à l'histoire consciencieuse de la science, de signaler l'ingratitude trop ordinaire des contemporains ou des rivaux, et d'appeler sur les savants méconnus le respect et la reconnaissance auxquels ils ont de justes droits.

P. A. Cap.

(1) « Les expériences qu'il rapporte sont, en effet, entièrement contradictoires avec l'existence du phlogistique, *et comme il s'en occupoit depuis 1772, et qu'il en avoit même conçu les premières idées six ans avant cette dernière époque*, en s'occupant des moyens de « démontrer par les dissolutions métalliques la présence du soufre dans « plusieurs eaux des Pyrénées, il est évident que c'est à lui qu'il faut « faire remonter les premières attaques faites à la doctrine du phlogistique, et en même temps la première proposition de la doctrine pneumatique, car Bayen a recueilli avec soin l'air dégagé des chaux de « mercure pendant leur réduction, il en a mesuré la quantité, estimé « le poids; il a fait voir qu'en se calcinant les métaux enlevoient de « l'air à l'atmosphère ou aux acides; que ce n'étoit donc point par la « perte d'un principe, comme le prétendoient les stahliens, mais par une « réelle acquisition d'un véritable principe aérien que la calcination « avoit lieu. Il a entrevu que le même principe de l'air qui calcinoit les « métaux étoit contenu dans les acides, et surtout dans ceux du nitre « et du soufre... Les expériences qui l'ont conduit à ces idées l'ont « placé à la tête des chimistes antiphlogisticiens, car il a manifestement « acquis l'antériorité sur Lavoisier, dont il trouva d'ailleurs les « premiers travaux, qui parurent à cette époque, très-ingénieux et « dignes de la plus grande attention de la part des chimistes. » (Fourcroy, *Encyclopédie méthodique*, article *Chimie*, t. III, p. 455.)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Barilleau, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, et de M. Canuet père, médecin du ministère d'État.

« même, le vagin et certainement le périnée. D'une compression « trop longtemps continuée résulte un relâchement des sphincters, « soit de la vessie, soit du rectum, et alors la malheureuse mère de- « vient en proie à la plus dégoûtante infirmité, par suite de la sortie « involontaire des urines et des matières fécales, infirmité qui ré- « siste souvent à tous les remèdes. En un mot, qui pourrait rapporter « tous les accidents que peut développer cet accouchement quand il « est abandonné à la nature, accidents formidables dont le doulou- « reux souvenir restera toujours dans l'âme de celui qui en aura été « témoin? »

Cet effrayant tableau, tracé par Naumann, n'est point exagéré. Parmi les faits qui ont été cités au commencement de ce travail, il sera facile de trouver des exemples de presque tous les accidents qui viennent d'être mentionnés, et il est raisonnable de supposer que les autres peuvent aussi avoir été observés, comme cela arrive dans tout accouchement très-laborieux. Aussi dans deux cas il y a eu rupture de l'utérus (obs. 20 et 21), dans l'un la mort a été instantanée et est survenue avant la terminaison de l'accouchement, dans l'autre elle n'a eu lieu qu'à la suite d'une métro-péritonite. Rappellerai-je l'éventration énorme dont J. L. Petit a été témoin, et les accidents survenus chez la femme observée par L. Colombe (obs. 19 et 8)?

On voit donc que les accidents les plus graves, tous ceux qui accompagnent les accouchements les plus laborieux et les plus longs, peuvent arriver à la mère. En présence des dangers auxquels elle est exposée, l'accoucheur devra se mettre en devoir de l'y soustraire, à quelque prix que ce soit. Il ne devra pas se laisser arrêter par cette considération que le fœtus vit encore et qu'il ne saurait se déterminer à lui donner la mort; il ne devra pas écouter ces scrupules à l'exposé desquels Dugès (mém. cit.) consacre tant de phrases. Je l'ai déjà dit plus d'une fois; selon moi, ce serait une faute et une faiblesse répréhensible, car, qu'il ait attendu quelques heures, il sentira bientôt à l'état du cordon s'il s'agit d'une présentation du siége, et si le tronc est au dehors, que le fœtus a cessé de vivre. Ce ne sera donc en réalité qu'une question de temps.

On devra donc poser en principe que toutes les fois que l'accouchement sera rendu impossible, ou tout au moins dangereux pour la mère par suite de l'hydrocéphalie du fœtus, le fœtus devra être sacrifié. C'est l'opinion d'un très-grand nombre d'accoucheurs très-distingués parmi lesquels je citerai : Peu, Smellie, Deleurye, Baudelocque, Richerand, Gardien, Maygrier, Capuron, etc. Les auteurs à qui j'ai emprunté des observations, Dufraigne, Georget, etc., conseillent évidemment aussi, pour la plupart, cette manière d'agir. Et d'ailleurs n'avons-nous pas vu des cas dans lesquels la nature opérait elle-même en quelque sorte la perforation du crâne, soit à la base, et alors il en résultait une infiltration dans le tissu cellulaire du corps du fœtus (obs 24), soit au sommet, et alors les téguments arrachés des os se renversaient sur la face et facilitaient la sortie de la tête, vidée par suite de cette rupture du liquide qui la distendait (obs. 6°.)

Étant bien reconnu et admis le principe que je viens d'établir, voyons maintenant quelles seront les indications à remplir pour en faire l'application.

(La fin à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

(Suite.)

OBSERVATIONS DE FISTULE GASTRO-COLIQUE ; par M. CHARLES MURCHISON.

Dans un mémoire publié en 1857 dans l'*Edinburgh medical journal*, M. Murchison appela l'attention sur les communications fistuleuses qui peuvent s'établir entre l'estomac et le colon; il montra que le plus souvent ces communications sont secondaires, et reconnaissent pour cause le cancer ou l'ulcère simple de l'estomac. Sur 33 cas, le point de départ de la maladie fut 28 fois dans l'estomac et 2 fois dans le colon, et dans les 3 autres cas la fistule parut provenir d'un abcès ou d'un tubercule ramolli ouvert consécutivement dans les deux viscères. Les symptômes observés furent, d'une part, des vomissements de matières fécales, et de l'autre, des garde-robes composées d'aliments crus ou à peine digérés; en outre, l'haleine était fétide; la voix présentait une altération particulière; il existait un amaigrissement très-prononcé.

Le docteur Murchison complète son premier mémoire par les deux observations suivantes :

OBS. I. — Madame W..., âgée de 53 ans, se plaignait depuis environ un an de troubles du côté des intestins, et parfois de douleurs à l'épigastre, accompagnées de vomissements.

Depuis peu elle avait perdu de son embonpoint et de ses forces. Cependant ces accidents n'eurent pas assez de gravité pour qu'elle se crût obligée de consulter un médecin, si ce n'est six semaines avant sa mort.

Vers cette époque, en effet, elle commença à se plaindre de constipation opiniâtre, contre laquelle échouèrent tous les médicaments usités en pareil cas. Un médecin vit cette malade le 2 février, et constata que la constipation remontait à trois semaines. Pendant ce même temps survenaient tous les deux ou trois jours des vomissements abondants et d'une odeur stercorale très-prononcée. Après chaque accès de vomissement, elle éprouvait un soulagement notable. Son visage exprimait l'inquiétude et l'angoisse. Tels furent les seuls symptômes offerts par cette malade. Elle se levait tous les jours, et mangeait comme à son ordinaire : pouls de force moyenne, 80 pulsations. L'urine était claire et acide, sa densité était de 1.050 et elle ne contenait ni albumine ni matière colorante biliaire. La palpation fit découvrir à l'épigastre une tumeur dure, légèrement mobile, située au-dessous et un peu à droite du cartilage xyphoïde. La pression, en cet endroit, ne réveillait pas de vives douleurs. Le ventre était flasque et donnait, à la percussion, le son tympanique normal, sauf dans une étendue de 2 à 3 pouces, à droite d'une ligne qu'on aurait menée de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Lorsqu'on remontait, à partir de ce point, la matité se continuait avec celle du foie. La malade prenait ses médicaments avec répugnance, et comme à deux reprises différentes elle rejeta une pilule de strychnine et d'aloès qu'on essaya de lui faire prendre, on cessa de lui donner des médicaments internes.

En remontant, à l'aide d'une sonde, très-haut dans l'intestin (38 pouces) et faisant une injection d'eau froide, on ne put surmonter la constipation.

On se borna alors à faire prendre à la malade quelques gelées et aliments farineux, et à injecter chaque jour dans le rectum une pinte de thé de bœuf concentré (représentant la valeur d'une livre de viande), à laquelle on ajouta quelques gouttes de laudanum.

La constipation persista jusqu'à la mort.

Le 11 février, la malade fut de nouveau prise de nausées et d'abondants vomissements de matière fécaloïde.

Elle s'éteignit graduellement et mourut le 16.

A l'AUTOPSIE, on reconnut que la tumeur sentie pendant la vie était formée par l'agglomération des intestins en cet endroit : le colon transverse adhérait intimement au pylore et à la première portion du duodénum. L'estomac, très-dilaté alors, refoulé très-haut au point de comprimer le poumon gauche. Il contenait une très-grande quantité de ces mêmes matières fécaloïdes que la malade avait vomies pendant la vie. En vidant l'estomac on trouva près du pylore une ouverture de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, communiquant directement avec l'intérieur du colon. Quand on passait le doigt du colon dans l'estomac, cette ouverture ne semblait séparée du pylore que par une bande étroite membraneuse. L'orifice gastro-colique était entouré de fibres musculaires, de façon à simuler un sphincter. Il n'y avait aucune lésion de la muqueuse de l'estomac, mais « occlusion complète » du colon transverse immédiatement au delà du siége de l'ouverture.

Signalons dans cette observation la complète occlusion du colon au-dessous de la communication fistuleuse. Cette disposition permet d'expliquer l'absence de lienterie.

OBS. II. — Elisa S..., âgée de 33 ans, appartient à une famille très-scrofuleuse; elle est atteinte d'une déviation de la colonne vertébrale qui ne s'est point accrue depuis cinq ans. La malade étant sujette à des accidents hystériques variés, on ne doit accepter ses dires que sous toutes réserves.

En 1858, elle commença à se plaindre d'une vive douleur à l'épigastre, et fut prise de vomissements alimentaires. Cette douleur augmentait au moment des repas et les vomissements la soulageaient. Mais il arrivait souvent que pendant des semaines entières la malade avait de continuelles nausées accompagnées d'éructations d'un bruit intense. Ces efforts de vomissements amenèrent parfois l'expulsion d'un peu de mucus sanguinolent, et quelquefois à l'époque des règles, de véritables hématémèses. Après quelques mois de cet état, on vit survenir tout à coup des vomissements de matières fécales. M. Morris, son médecin, se crut en droit de mettre en doute les assertions de la malade jusqu'à ce qu'il eût pu s'en assurer *de visu*. Il découvrit en même temps que la malade rendait des selles lientériques formées d'aliments non digérés, pain rôti, blanc d'œuf, etc., qui apparaissaient dans les matières fécales dix à quinze minutes après leur ingestion.

La malade souffrait beaucoup d'éructations fétides.

A partir de la fin de décembre 1859 jusqu'au mois de septembre 1860, moment où elle entra à l'hôpital, elle n'eut que de rares selles de matières noires et dures : presque tous les excréments, mêlés de matières fécaloïdes, étaient rejetés par la bouche; en même temps que ces matières fécaloïdes liquides, se trouvaient des parties plus dures de la grosseur d'une aveline. La malade maigrissait, mais n'était point très-amincie.

Cet état persista pendant l'année 1861 jusque vers les derniers mois; à cette époque, la malade eut quelques selles normales; l'année suivante, elle n'eut plus que rarement des vomissements fécaloïdes et point d'évacuations fétides.

Depuis le commencement de 1863, elle n'a eu qu'un ou deux vomissements fécaloïdes; une ou deux fois elle eut de l'hémathémèse. Sa santé générale s'est rétablie presque entièrement.

Si l'on rapproche d'une part les douleurs à l'épigastre, les vomissements et l'hémathémèse qui précédèrent l'apparition des symptômes caractéristiques des fistules gastro-coliques, et, d'autre part, l'issue heureuse de la maladie, il est facile de reconnaître dans ce cas la marche d'un ulcère simple de l'estomac qui s'est ouvert dans le colon. L'existence de la fistule ne saurait guère être mise en doute, puisqu'il y avait en mêms temps des vomissements stercoraux et de la lienterie. Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette observation, c'est que la malade ait pu survivre aussi longtemps à la production de la fistule. Sur 11 cas cités dans le mémoire de M. Murchison, et dans lesquels la durée de la maladie fut déterminée d'une manière précise, 10 fois la mort eut lieu huit mois après l'apparition des premiers symptômes de la communication fistulense; une fois seulement la malade survécut deux ans et trois mois. Dans l'observation précédente, non-seulement la malade a survécu quatre ans à la formation de la fistule, mais encore son état s'est notablement amélioré, et tout permet d'espérer une guérison spontanée. Cet exemple de terminaison heureuse, d'après M. Murchison, serait unique dans la science.

De l'usage du collodion dans les cas de hernie du cerveau; par M. Dunnet Spanton.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le mode de traitement à suivre dans les cas de hernie du cerveau. On conseille généralement d'appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau de chaux, puis d'exercer une légère compression et, si c'est nécessaire, d'exciser de temps en temps. Mais il arrive fréquemment que la tumeur redevient saillante malgré l'excision et que le malade succombe ensuite à une encéphalite aiguë. Voici dans quelles circonstances le docteur Spanton eut recours au collodion.

Obs. — Alfred R..., âgé de 6 ans, fut apporté à l'hôpital le 6 août 1863; il venait de recevoir un coup de pied de cheval qui lui avait fracturé le crâne. Au moment de l'admission, l'enfant était affaissé, sa sensibilité était diminuée et il se plaignait de la tête. A la partie supérieure du frontal et à gauche existait une plaie qui avait environ trois quarts de pouce de longueur; l'os, à ce niveau, était notablement déprimé.

Une heure après survinrent des symptômes de compression, puis des convulsions fréquentes. L'os fut relevé, mais quelques esquilles s'enfoncèrent sous les parties voisines du crâne. La dure-mère ne fut point intéressée. On ferma la plaie au moyen d'une suture faite avec des fils d'argent. Il y eut une hémorrhagie considérable, mais aucun vaisseau ne fut lié. (Un peu de vin et une potion stimulante.)

Le lendemain le malade avait recouvré toute sa sensibilité, et il répondait facilement aux questions qui lui étaient adressées. Il passa une nuit calme et n'eut point de convulsions. La plaie paraissait en bon état.

Le 12 août, léger écoulement sanieux de la plaie. Cependant celle-ci alla très-bien jusqu'au 23; la dure-mère se rompit alors; le cerveau fit un peu saillie au dehors. Il s'écoula une grande quantité de pus.

Le 28, la tumeur cérébrale, qui avait environ le volume d'une petite noix, prit un aspect gangréneux. Jusqu'à ce jour on s'était contenté d'appliquer sur la plaie des compresses trempées dans l'eau froide. On eut alors recours au collodion, et l'on en mit chaque jour une nouvelle couche, en ayant soin toutefois d'enlever les croûtes qui s'étaient formées dans l'intervalle. Le pus s'écoulait librement par un angle de la plaie. Pendant ce temps l'état général du petit malade continuait à s'améliorer.

Le 10 septembre, la hernie est moins volumineuse et la cicatrisation commence à se faire. Ecoulement purulent toujours abondant. L'enfant n'accuse de la douleur qu'au moment où l'on applique le collodion.

Le 22 octobre, la surface de la plaie n'est pas plus saillante que ses bords, et elle se recouvre de bourgeons. A part une diminution de la mémoire, le malade paraît aller bien. (Application de collodion une fois par semaine.)

Le 12 novembre, un fragment d'os nécrosé, ayant environ 1 pouce et quart de long sur 4 lignes de large, devint mobile et fut enlevé facilement; au-dessous se trouvait une surface recouverte de petits bourgeons.

Le 14 décembre, extraction de deux nouvelles esquilles; il n'y a presque plus d'écoulement; le plaie est en partie cicatrisée. On applique même du collodion.

Le 31, la plaie est entièrement fermée, en partie par les téguments, en partie par une cicatrice résistante. On distingue très-bien deux espèces de pulsation, et il ne semble pas exister de liquide entre la surface du cerveau et les téguments. L'ouverture du crâne mesure environ 1 pouce et quart de long sur 1 pouce de large.

La mémoire de l'enfant s'améliora notablement quelque temps après.

Du murmure sous-claviculaire; par M. Thomas Palmer.

La valeur séméiologique du murmure sous-claviculaire dépend surtout de ce qu'il est associé à d'autres signes de maladies du cœur et des vaisseaux. Le murmure sous-claviculaire n'implique pas nécessairement, par le seul fait de son existence, l'idée d'une affection vasculaire. C'est ce qu'a fait remarquer très-justement le docteur Thomas Palmer. Comme médecin d'une société d'ouvriers, il a eu souvent l'occasion de rechercher l'existence de ce signe, et le rapportant au mécanisme même des professions exercées par les ouvriers chez lesquels ils se rencontrent, il a pu en apprécier la valeur et en déterminer la véritable nature.

Son observation a porté sur 129 individus de professions diverses, et tous en parfaite santé : il a trouvé ce signe 37 fois, c'est-à-dire dans plus d'un quart des cas, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois (7 fois à droite, 17 fois à gauche, 13 fois des deux côtés). Quant aux causes de ce bruit, de ce murmure vasculaire qu'on entend au-dessous de la clavicule, l'auteur pense qu'il tient à deux causes : à la pression exercée par le muscle sous-clavier, dont la masse musculaire s'exagère par suite d'un travail actif, et, en second lieu, à l'élévation de la première côte, et, par suite, à la compression de l'artère qui se trouve prise ainsi entre la clavicule d'une part et la côte élevée.

Dans beaucoup de cas, la contraction du muscle sous-clavier suffit pour produire ce murmure; mais dans d'autres cas, l'élévation de la première côte suffit pour l'expliquer. Souvent ce murmure ne peut être entendu que pendant les fortes inspirations, et, lorsqu'il est continu, il se renforce : cela peut parfaitement s'expliquer et par l'élévation de la côte et par l'action du muscle sous-clavier qui se contracte toujours, puisqu'il est impulseur dans les inspirations forcées. Si l'action seule du muscle accru par le travail suffisait pour produire le bruit, on venait l'entendre à droite, et c'est souvent à gauche qu'il est entendu ou des deux côtés à la fois.

Mais ce qu'il y a d'important dans l'étude de ce murmure vasculaire, ce n'est pas tant seulement de distinguer si c'est le muscle ou la côte qui agissent, puisqu'en réalité le muscle ne peut se contracter sans que la côte ne s'élève, mais c'est surtout, ainsi qu'il résulte des observations du docteur Thomas Palmer, de faire remarquer que ce bruit, ce murmure, est le plus souvent physiologique, et qu'il perd ainsi une partie de la valeur séméiologique qu'on avait cherché jusqu'à présent à lui attribuer.

Aug. Ollivier.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 novembre. — Présidence de M. Morin.

M. Ch. Naudin communique un travail intitulé : *De l'hybridité considérée comme cause de variabilité dans les végétaux.*

Anatomie des nerfs.

M. Rouget présente une nouvelle note sur la terminaison des nerfs moteurs chez les crustacés et les insectes.

Dans sa dernière note sur la terminaison des nerfs moteurs, M. Kühne prétend établir entre le mode de terminaison des nerfs chez les articulés indiqué il y a longtemps par Doyère, et celui que M. Rouget a fait connaître chez les vertébrés supérieurs, une assimilation qui n'est, dit l'auteur, nullement en rapport avec les données de l'observation.

Des nouvelles recherches qu'il a faites sur ce sujet, il résulte, en effet, qu'il n'y a pas identité entre les divers modes de terminaison des fibres nerveuses motrices chez les vertébrés et les articulés. Tandis que chez les articulés et les vertébrés inférieurs le *cylinder axis* ne présente aucune modification d'aspect ni de structure au niveau de son extrémité terminale, dans les trois classes supérieures de vertébrés le *cylinder axis* s'épanouit en forme de plaque finement granuleuse accompagnée d'une agglomération spéciale de noyaux plasmatiques. Une seule disposition est commune à tous ces modes de terminaison : partout l'élément essentiel de la fibre nerveuse pénètre à travers le sarcolemme jusqu'au faisceau de fibrilles musculaires, et la substance du *cylinder axis* se met en rapport immédiat avec la substance contractile, sans se confondre ni se continuer avec elle. (Commissaires précédemment nommés.)

HÉRÉDITÉ PHYSIOLOGIQUE.

M. Chassinat communique la note suivante sur la ressemblance habituelle entre la mère et son premier enfant.

D'après de nombreuses observations, poursuivies depuis plusieurs années sur des individus de race et de nationalité différentes avec lesquels ma position de médecin dans une station d'hivernage m'a mis en rapport, je crois avoir constaté, sinon comme loi invariable, au moins comme fait très-général, que l'enfant né d'une première grossesse ressemble à sa mère et non à son père, s'il parvient, après une évolution complète, à constituer un être vivant.

La constatation du fait n'est pas toujours facile. Il suffit, en effet, d'une fausse couche ayant eu lieu peu de temps après la première conception, ou d'une première grossesse que la mère a eu intérêt à cacher, pour que la règle semble être en défaut... La ressemblance porte, en général, soit sur la forme et les traits du visage, soit sur la couleur des cheveux, des yeux et de la peau, soit sur tout cela à la fois. Quelquefois la ressemblance a lieu plutôt avec un membre de la famille de la mère.

... Existerait-il aussi au *point de vue pathologique* une ressemblance entre la mère et son premier enfant? C'est ce que je n'oserais affirmer; je ne possède pas pour cela de faits assez nombreux. En attendant que j'en aie réuni de nouveaux, je crois pouvoir porter à la connaissance de l'Académie un fait curieux, au point de vue *tératologique*, une ressemblance avec le père, qui ne se manifeste dans les enfants qu'à la seconde grossesse de la mère.

Antoine A... (d'Hyères), présente la singulière infirmité que voici : il porte à chaque main un petit doigt surnuméraire, constitué par une phalangette bien formée, recouverte à son extrémité par un ongle très-bien dessiné. Les deux autres phalanges manquent. Ce doigt est fixé à la partie interne de chaque main, au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du petit doigt normal correspondant, par un mince pédicule cylindrique constitué par la peau. Cet homme porte en outre sept orteils à chaque pied; quelques-uns de ces orteils sont légèrement palmés.

Antoine A... s'est marié fort jeune avec une fille très-jeune également, bien constituée et ne portant aucun vice de conformation. La première couche de cette jeune femme a donné naissance à deux jumelles qui ne présentaient aucune trace de l'infirmité de leur père. Elles ont vécu peu de temps.

Le second enfant fut un garçon encore vivant aujourd'hui et âgé de 14 ans. Cet enfant apporte en naissant, comme son père, un petit doigt surnuméraire à chaque main; on les lui a enlevés par une petite opération dans son enfance; il présente encore les cicatrices. Il a plusieurs doigts palmés à chaque main (ce que n'a pas son père), et il porte six orteils à chaque pied.

Le troisième enfant, encore vivant et âgé de 9 ans, est un garçon; il portait en naissant aux deux mains le petit doigt surnuméraire déjà décrit, qui lui fut enlevé, comme à son frère, avec un fil de soie; il a plusieurs doigts palmés à chaque main; les orteils sont au nombre de cinq à chaque pied; plusieurs sont palmés et de plus les gros orteils sont aplatis, très-larges et recouverts d'un ongle ruguenx, mal conformé et d'une largeur plus que double de celle d'un ongle normal. En palpant ces orteils, on les reconnaît facilement comme formés de deux ou trois petits os reliés entre eux par une masse charnue contenue dans une gaîne commune formée par la peau.

Le quatrième enfant, mort aujourd'hui, était un garçon bien conformé. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Bernard.)

— M. Remak (de Berlin) dépose une note concernant l'application thérapeutique du courant galvanique constant.

« Depuis l'année 1856, dit M. Remak, j'ai eu plusieurs fois l'honneur d'entretenir l'Académie des effets thérapeutiques et physiologiques du courant galvanique constant, surtout dans les maladies du système nerveux. Pour donner une idée plus nette de ces effets, j'ai apporté cette fois les appareils dont je me sers depuis longtemps, et en profitant d'une permission qu'a bien voulu me donner M. Velpeau, je tâcherai de démontrer les effets du courant constant en traitant pendant les quinze jours prochains dans l'hospice de la Charité. Comme je désire obtenir le jugement de l'Académie sur la valeur physiologique et thérapeutique de ces applications du galvanisme, j'ose la prier de vouloir bien me désigner des commissaires pour constater les résultats obtenus. »

MM. Velpeau, Rayer, Bernard, sont invités à suivre les expériences de M. Remak et à en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

— M. Poggioli soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : *Six nouveaux cas de guérison de maladies diverses par l'électricité statique.* (Commissaires : MM. Rayer, Bernard, Cloquet.)

— M. Em. Decaisne prie l'Académie de vouloir bien comprendre parmi les pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1865 deux notes qu'il lui a présentées dans le courant de cette année.

— M. le Consul de France a Calcutta transmet des pièces concernant l'efficacité d'un remède essayé par M. le docteur Baleguer contre la phthisie pulmonaire. (Renvoi à M. Serres, qui jugera s'il y a lieu de soumettre ces pièces à l'examen d'une commission.)

— M. Velpeau met sous les yeux de l'Académie un brayer qui lui a été adressé de Londres par M. Salt, fabricant d'instruments de chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Une note de M. Brachet, relative aux effets de la lumière électrique sur les yeux., (Comm. M. Regnault.)

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans l'Hérault. (Comm. des épidémies.)

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales d'Orezza (Corse), par M. le docteur Perelli, et de Trébas (Tarn), par M. le docteur Pasturel. (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un exemplaire du discours prononcé par M. le professeur Bouisson, à l'occasion de l'inauguration de la statue de Lapeyronie à Montpellier. (Ce discours sera imprimé dans le *Bulletin*.)

2° Un mémoire de M. le docteur Jules Meugy (de Rethel), sur les Associations médicales dites de secours mutuels. (Comm. MM. : Guérard et J. Guérin.)

— M. J. Charrière présente à l'Académie un instrument nommé *plessigraphe*, fabriqué sur les indications de M. le docteur Peter, chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, et destiné à limiter exactement les organes, en même temps qu'à les dessiner.





Le *plessigraphe* est construit d'après ce double principe : réduire au minimum la surface de percussion, et porter au maximum la surface de vibration.

La surface de l'instrument en rapport avec les organes est très-étroite et le son est amplifié par la tige même de l'instrument. Enfin, le *plessigraphe* est pourvu d'une pointe mousse, mobile, à l'aide de laquelle on peut tracer des points noirs sur la limite des organes, et par suite, les dessiner.

— M. le docteur Mallez présente à l'Académie un instrument destiné à mesurer la puissance musculaire de la vessie par la force d'impulsion du jet de l'urine.

Cet instrument, auquel M. Mallez donne le nom de *dynanomètre vésical*, se compose des parties suivantes :

1° Un tube de 0m,04 de longueur et de 0m,012 de diamètre.

2° Une petite cupule, qui forme les extrémités du tube, le pénètre à frottements doux et reçoit le choc de la colonne liquide.

3° La cupule est surmontée d'une tige entourée d'un ressort à boudin dont la résistance est connue, et cette tige dépasse l'autre extrémité du tube d'une certaine quantité.

4° Une goupille placée sur la tige à la sortie du tube s'arc-boute au talon d'une aiguille et lui communique les mouvements d'élévation de la tige en l'abandonnant au point extrême de sa course. Les divisions du cadran que parcourt la pointe de l'aiguille indiquent les divers de-

grés d'impulsion et le point d'arrêt, la mesure de la plus grande force développée.

Pour se servir de l'instrument, il faut :

1° Placer le sujet dans le décubitus dorsal, dans la position qu'on lui donne pour pratiquer le cathétérisme ;

2° Vider la vessie d'urine ;

3° La remplir de 250 à 300 grammes d'eau à la température de l'urine ;

4° Noter la quantité d'eau tiède injectée qui a déterminé la sensation du besoin d'uriner.

L'instrument est muni d'un embout qui permet de l'adapter à toutes les sondes ; mais il est préférable de se servir d'une sonde à robinet avec laquelle, en évitant toute déperdition du liquide, on obtient une mesure plus rigoureuse.

Les avantages que cet instrument aura pour l'observation seront les mêmes que ceux qu'elle retire déjà de l'emploi des divers dynamomètres de MM. Marey, Duchenne (de Boulogne), Mathieu, etc., pour le système musculaire de la vie de relation.

Il fera substituer peu à peu des expressions vagues, telles que : jet faible, urine en bavant sur les bottes, etc., ou jet puissant en arc, des termes exacts et toujours comparables.

Il permettra d'examiner avec précision et de comparer immédiatement les effets des divers excitants, l'eau froide et l'électricité, par exemple, comme je fais en ce moment sur les contractions vésicales.

Il servira à constater le rapport qui existe physiologiquement entre le système musculaire de la vie de relation et la puissance musculaire de la vessie, et par l'étude de ses variations, on arrivera à des diagnostics et à des pronostics plus certains, qu'une longue expérience permet seule aujourd'hui de porter.

Il introduira, en un mot, dans l'observation, la mesure qui est la science même.

— M. Larrey présente : 1° de la part de M. le docteur Armand, un mémoire manuscrit sur le traitement du choléra en Cochinchine (Comm. du choléra) ; — 2° un rapport de M. le docteur Renard, sur plusieurs cas de rage observés à Batna, en 1864 (Comm. de la rage) ; — 3° une brochure de M. le docteur Warlemont ; — 4° une série d'opuscules de M. le docteur Pécholier.

RAPPORTS. — VACCINE.

M. Depaul termine la lecture de la partie scientifique de son rapport sur la vaccine, relative à la transmission de la syphilis par le vaccin.

Cette lecture terminée, M. Depaul est invité à donner lecture de la partie administrative de son rapport, dont les conclusions ont été votées en comité secret dans une des précédentes séances.

Plusieurs membres, MM. Velpeau et Blot entre autres, demandent que le rapporteur soit dispensé de cette lecture, nécessairement très-longue et qui n'a pas d'intérêt scientifique, et que l'Académie vote de confiance.

D'autres membres demandent qu'on discute d'abord la partie scientifique, la seule qui intéresse l'Académie, avant de passer à la partie administrative.

M. le Secrétaire perpétuel fait remarquer que ce rapport est urgent, qu'il est absolument nécessaire qu'il soit communiqué au ministre assez à temps pour que son approbation arrive à l'Académie avant la séance publique, qui doit avoir lieu dans quinze jours.

Quant à voter le rapport de confiance et sans l'avoir entendu, comme quelques personnes le proposent, cela n'est pas possible ; ce serait créer un précédent dangereux.

M. Depaul : Mais on n'a jamais fait autrement. Pour ma part, depuis que je suis chargé de ces rapports, je n'en ai jamais donné lecture intégralement à l'Académie.

M. Gibert demande la parole à la suite de la lecture du rapport. Je désirerais (dit-il), messieurs, qu'avant toute discussion scientifique, on décidât la question du rapport lui-même. Selon moi (et je crois cette opinion partagée par un grand nombre de mes collègues), l'œuvre de M. le rapporteur devrait être divisée en deux parties : l'une, qui lui est personnelle, peut être considérée comme un mémoire académique sur lequel la discussion pourra s'engager au sein de la compagnie, bien que, pour ma part, elle me paraisse encore prématurée. Sans doute, on doit savoir gré à M. le rapporteur de la commission de vaccine d'avoir réuni et mis sous les yeux de l'Académie, une série de faits graves et curieux qui tendent à établir la possibilité de la communication de la syphilis par les procédés de la vaccination. Et cependant, il ne faudrait pas se laisser impressionner outre mesure par l'énumération de ces faits, quelque importants qu'ils paraissent. car ils sont encore bien nouveaux, bien exceptionnels, et surtout d'une bien excessive rareté si on les met en présence du nombre presque infini des vaccinations pratiquées en Europe depuis un demi-siècle ; la plupart d'ailleurs sont étrangers à notre patrie ; mais, comme je l'ai déjà dit, ces faits doivent être réservés pour la discussion académique.

Quant au rapport administratif, permettez-moi de vous dire que je regrette ce qui n'y est pas, mais que je regrette surtout ce qui y est. Ainsi, par exemple, la question si générale, si importante et si bien du ressort administratif, *des revaccinations*, y est tranchée incidemment, sans aucune explication ni démonstration ; et cependant elle n'est ni aussi simple, ni aussi claire, ni aussi nettement délimitée que le donne à entendre M. le rapporteur. On a fait à l'Académie un très-grand nombre de revaccinations ; beaucoup de mémoires adressés à la Compagnie en ont traité, et, je puis me tromper, mais je ne sache pas que dans aucun rapport officiel cette question si intéressante pour le public, pour les médecins, pour l'administration, ait été étudiée avec les développements qu'elle mérite !

Quant à l'exposé détaillé et circonstancié de tous les accidents syphilitiques observés chez un certain nombre de sujets à une époque plus ou moins rapprochée de la vaccination, je ne crois pas que cet exposé qui semblerait destiné à constituer juge d'une question scientifique aussi grave et aussi délicate, une autorité aussi incompétente dans l'espèce que l'autorité administrative, puisse être convenablement placé dans un rapport officiel. J'y verrais, pour ma part, de très-graves inconvénients, et j'y cherche en vain un avantage quelconque.

Je comprends très-bien que la sollicitude de M. le rapporteur ait été excitée par de pareils faits, et qu'il ait pu croire urgent d'appeler l'attention des médecins sur une question aussi nouvelle et aussi importante : mais d'abord, cette attention a déjà été suffisamment éveillée par la publicité donnée à ces faits, puis elle pourra l'être encore davantage par la discussion académique à intervenir. Je ne prétends pas même que le rapport officiel doive rester complétement muet sur la question, et j'y verrais volontiers insérée une indication générale, telle que celle-ci, par exemple :

« Quelques faits rares et exceptionnels, la plupart recueillis à l'étranger, sembleraient établir que, dans certaines circonstances, une maladie éminemment contagieuse (la syphilis) a pu être transmise par la vaccination. Ces faits sont en ce moment l'objet d'une étude toute particulière, tant pour la commission de vaccine que pour l'Académie tout entière, et il y a lieu de recommander plus que jamais aux médecins et surtout aux personnes étrangères à l'art, qui se livrent à la pratique de la vaccination, de ne recueillir de vaccin que sur des sujets exempts de toute maladie contagieuse. »

Mais, d'autre part, il faut prendre garde de semer dans l'administration et dans le public des alarmes exagérées, qui porteraient certainement le plus grand préjudice à la pratique de la vaccine ; pratique qui a donné de si merveilleux résultats, et que l'on ne saurait continuer avec trop de zèle à propager et à protéger.

Je me résume en exprimant le vœu que la commission de vaccine veuille bien retoucher son rapport et le diviser en deux parts, l'une purement académique qui contiendra l'exposé si intéressant et si complet des faits relatifs à la syphilis vaccinale, tracé par M. le rapporteur, et l'autre purement administrative.

— Plusieurs membres insistant sur l'inutilité de la lecture du rapport administratif, malgré les observations de M. le Secrétaire perpétuel, M. le Président consulte l'Académie, qui décide à une grande majorité que la lecture n'aura pas lieu.

M. le rapporteur quitte la tribune.

REMÈDES SECRETS.

M. Roger, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

PRÉSENTATION. — TUMEUR LIPOMATEUSE D'UN VOLUME ÉNORME.

M. le docteur Tiron (de Châlons-sur-Marne) présente un malade, âgé de 28 ans, qui porte une tumeur remarquable par son développement, sa nature et ses antécédents. Cette singulière production morbide a commencé, il y a quinze ou seize ans, par une petite saillie lipomateuse à la partie postérieure du cou, et qui avait à peine le volume, la forme (sauf la régularité) et la consistance du sein d'un garçon adulte bien portant, il y a environ huit ans.

En 1858, cette duplicature de la peau hypertrophiée dans ses éléments constitutifs pouvait déjà être ramenée sur la tête comme un capuchon. Mais l'accroissement a été tel depuis quelques mois qu'aujourd'hui l'épaule et le bras droit (dans ses deux tiers supérieurs) sont recouverts, comme par un vêtement à l'antique, par cette duplicature cutanée, qui en arrière retombe en besace jusque sur les lombes. Dans la partie la plus déclive, le tissu cellulo-adipeux, également hypertrophié, forme une masse lipomateuse qui par son poids exerce sur le pédicule un tiraillement qui active encore l'accroissement de la tumeur. En sorte que le malade est forcé depuis quelques mois de soutenir cette masse dans une sorte de sac ou *hotte* qu'il supporte avec deux bretelles.

M. Titon fait remarquer que l'anesthésie est complète à partir des points où la peau cesse d'avoir sa structure normale ; qu'il existe çà et là sur le tronc, au milieu de la peau saine, de petits îlots lipomateux du volume d'un pois ou d'une noisette. Des productions semblables existent en nombre considérable disséminées sur le corps du père du malade, vieillard de 66 ans, d'une bonne santé, malgré une infirmité du membre pelvien droit consécutive au rachitisme dans son enfance. Sa-

mère, âgée de 63 ans, porte un goître volumineux, survenu après le mariage et ayant augmenté à chaque grossesse. Elle a eu sept enfants, dont les deux premiers sont morts à 24 ans.

Enfin ce malheureux, dont toutes les fonctions sont à l'état physiologique, ne serait que géné si, depuis le mois de mars dernier, époque où il a seulement cessé son état de vannier, il ne survenait, à des intervalles variant d'un à deux mois, de la fièvre, des vomissements bilieux, une diarrhée séreuse et un abondant suintement par la tumeur, dont l'épiderme se soulève. Il est anéanti pendant six à huit jours, puis les forces reviennent avec l'appétit. Malgré cela, l'émaciation va croissant, la vie du sujet se portant pour ainsi dire dans cette étrange production pathologique.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'OCTOBRE,
par M. le docteur DUMONTPALLIER, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° DES KYSTES CÉRÉBRAUX (HYDATIQUES OU CYSTICERQUES) CHEZ L'HOMME; par le docteur LEVEN.

Les kystes hydatiques siégeant dans le cervelet développent une symptomatologie qui ne diffère point de celle des diverses tumeurs en général.

Il n'en est pas de même de ce genre de kystes siégeant dans le cerveau.

Ceux-ci ne déterminent point de phlegmasie dans le tissu cérébral; leur volume augmente peu à peu, et ils tendent à se diriger toujours vers les ventricules latéraux.

Ils compriment le plancher du ventricule, déterminent l'atrophie des diverses parties qui constituent le plancher inférieur.

Le pédoncule cérébelleux supérieur de la couche optique et du corps strié.

Ce genre de tumeurs seul est susceptible d'engendrer de telles désorganisations dans le cerveau; les tubercules, les cancers sont bornés dans leurs effets, déterminent des phlegmasies périphériques, et leur symptomatologie se complique de celle de congestions, d'hémorrhagies et de ramollissements qu'elles entraînent.

Il n'en est pas ainsi des hydatides ou des cysticerques.

Le chapitre symptomatologique diffère donc entièrement de celui des autres tumeurs.

Il est complexe et comprend les signes des altérations du cervelet et des altérations de la couche optique.

Je groupe en deux classes ces kystes :

1° Kystes siégeant à la surface du cerveau.

2° Kystes siégeant au niveau des ventricules latéraux.

J'ai collecté 30 observations qui suffiront pour la description symptomatologique.

1° Kystes siégeant à la surface du cerveau.

Les symptômes principaux sont : céphalalgie, accès épileptiformes.

2° Kystes siégeant au niveau des ventricules latéraux.

Dans un cas où le kyste siégeait au-dessous du ventricule, le phénomène fourni s'était manifesté (observation de Cavière).

Les principaux symptômes consistent en troubles variés de la motilité, lesquels sont :

Tremblement............	15 cas.
Faiblesse dans la marche...	
Station difficile..........	
Chutes fréquentes........	
Mouvements choréiques....	

L'hémiplégie est plus rare et ne s'est présentée que 10 fois et dans une période avancée de la maladie.

Aphémie complète ou incomplète, 9 fois.

Les troubles de la sensibilité sont bien plus rares, on ne les rencontre que dans 7 cas; ceux de l'intelligence, dans 13 cas.

Les organes des sens subissent des désordres fonctionnels fréquents, comme dans les affections du cervelet.

Le strabisme n'a pas été observé, mais l'amaurose, d'abord simple, puis double dans la moitié des cas; la surdité, 4 fois, et des hallucinations de la vue, 2 fois; accès épileptiformes, 15 fois; vomissements, 6 fois; mort dans le coma, 8 fois; mort subite, 4 fois.

Ainsi, malgré la complexité des phénomènes, on peut les grouper et les rattacher aux désordres anatomiques que produisent les kystes, et ils nous apprennent en même temps la pathologie du cervelet dans le cerveau.

BIBLIOGRAPHIE.

AMÉLIE-LES-BAINS, SON CLIMAT ET SES THERMES; COMPRENANT UN APERÇU HISTORIQUE SUR L'ANCIENNETÉ DES THERMES, SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA STATION ET LES AMÉLIORATIONS QU'ELLE COMPORTE, LA TOPOGRAPHIE, L'ANALYSE DES EAUX SULFUREUSES ET LEUR MODE D'ACTION DANS LES MALADIES; par le docteur ARTIGUES, médecin principal de première classe, chef du service thermal de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains. — Un vol. in-8° de 267 pages. Paris, 1864. Germer Baillière, éditeur.

Si le climat n'était pas un puissant auxiliaire des eaux minérales dans le traitement des maladies chroniques, on pourrait prendre toutes les eaux dans toutes les saisons. A différentes époques, des médecins et des personnes étrangères à notre art ont avancé que les eaux ayant, en général, la même composition l'été et l'hiver, devaient guérir les mêmes maladies pendant toute l'année; mais les revers ont été plus nombreux que les succès.

Il en est des atmosphères artificielles comme des eaux artificielles: ni les unes ni les autres ne peuvent remplacer la nature, et, comme l'avaient judicieusement fait observer le professeur Lallemand à l'Académie des sciences et Pâtissier à l'Académie de médecine pour que les eaux soient efficaces et exemptes de tout danger, il ne suffit pas d'entretenir, nuit et jour, une température douce et constante dans les établissements thermaux et leurs dépendances les plus accessoires. Une autre condition, non moins indispensable et qu'on ne saurait créer, c'est un climat chaud, où l'hiver, court et peu rigoureux, permette des promenades à l'air libre.

Nous comptons en France deux de ces stations privilégiées, le Vernet et Amélie-les-Bains. C'est de cette dernière qu'il sera question dans cet article.

Plus modeste que d'autres célèbres résidences thermales, Amélie-les-Bains, près Arles, jusqu'en 1840, veut ne dater que d'hier, ce qui ne l'empêche pas d'établir, sur de solides preuves, l'origine romaine de ses thermes. S'il pouvait subsister quelques doutes à cet égard, ils disparaîtraient certainement après la lecture des ouvrages de Carrère, d'Anglada fils, et des belles études archéologiques sur les eaux minérales de la Gaule à l'époque romaine, par l'abbé Greppo.

Amélie possède trois établissements : deux pour les malades de la classe civile, et un hôpital thermal militaire, construit d'après les plans de M. l'ingénieur François. C'est le plus beau et le plus vaste qui existe en France et même en Europe; il est disposé pour recevoir 500 malades, 81 officiers et 419 soldats. Les salles communiquent avec les thermes par des galeries convertes, ce qui protége les malades contre l'air extérieur.

Les eaux de la source du gros Escaldadou, qui fournit 517 mètres cubes d'eau par vingt-quatre heures, suffisent, et au delà, aux besoins du service; primitivement mal aménagées, elles perdaient, dans leur parcours, une quantité notable de leurs principes sulfureux. M. Poggiale et François ayant reconnu, après de nombreuses expériences, que l'air était la principale cause de désulfuration, proposèrent de mettre les eaux à l'abri de l'air au point d'émergence, d'empêcher d'une manière absolue la pénétration de l'air dans les conduits, et de fonctionner toujours en tuyau plein dans tout le développement de la conduite. Aujourd'hui la perte de l'élément sulfureux n'est que de 2,60 pour 100, et la quantité de sulfure de sodium ne diminue dans une plus grande proportion qu'à la suite de pluies abondantes.

Après l'hôpital militaire viennent, par ordre d'importance, les thermes Hermabessière qui occupent en partie les constructions élevées par les Romains. Malheureusement, la piscine a été comblée et les anciennes étuves sont restées sans emploi. M. Artigues appelle de tous ses vœux la restauration intelligente et large de cet édifice, si bien placé sous tous les rapports, qu'Anglada nommait le géant de nos établissements thermaux, et dont M. Isaac Pereire s'est rendu acquéreur dans ces dernières années.

L'établissement Pujade, moins favorisé par la nature que le précédent, doit à l'activité infatigable de son créateur une prospérité méritée. On y remarque surtout une vaste piscine de natation, à eau courante, creusée dans le roc, et une salle d'inhalation établie en 1860.

Le chapitre intitulé : *la Vérité sur le climat d'Amélie* nous a, il faut l'avouer, enlevé une partie de nos illusions sur cette oasis thermale, si bien abritée contre les vents du nord, ce climat admirable sans hiver. Le printemps y est remplacé par un hivernage des plus

pénibles, et deux saisons seulement sont irréprochables : l'automne et l'hiver.

« Autant le climat d'Amélie est beau et bon depuis octobre jusqu'au mois de mars, autant il est désagréable et dangereux pendant trois mois, de mars à juin.

« Les affections de poitrine s'aggravent, la dyspnée se traduit chez les asthmatiques par de grandes suffocations; les douleurs se ravivent, les affections nerveuses empirent, les plaies, les maladies des os, les fractures des membres deviennent douloureuses; en un mot, l'aggravation de tous les symptômes compromet sérieusement le bénéfice qu'on avait acquis jusque-là.

« Aussi les baigneurs de la classe civile, plus heureux que les militaires condamnés à subir cette détestable température, se hâtent de quitter un climat devenu inhospitalier. »

M. Artigues voudrait, au moment où ont lieu ces brusques transitions de température, ces bourrasques impétueuses, ces pluies abondantes, renvoyer des malades qui, la veille encore, prenaient des bains, des douches, des étuves! Il ne craint pas de les exposer à traverser la France par un temps rigoureux, et cela pour aller, la plupart, rejoindre leur régiment dans des villes où ils trouveront de plus dures conditions climatériques. Nous comprenons l'interruption du traitement hydro-minéral s'il devient dangereux à cette époque; mais au moins qu'on garde les malades quelque temps.

Les Anglais, qui entendent mieux que nous la vie pratique, ne rentrent pas chez eux à l'issue de la cure : ils vont passer quelque temps dans des *healthresorts*, maisons de convalescence ou de repos, avant de reprendre leurs occupations.

Quant à nous, nous demanderions que les militaires qui ont fait une saison d'hiver à Amélie, et qui n'appartiennent pas à des garnisons du midi, y fussent envoyés provisoirement jusqu'au retour de la belle saison. Les baigneurs civils, auxquels leur fortune ne permet pas d'émigrer vers l'Andalousie, selon le conseil de M. Artigues, retournent donc chez eux beaucoup trop tôt : l'hiver n'est pas terminé.

Notre savant confrère, nous le craignons, se montre trop exigeant vis-à-vis des séjours d'hiver. Une citation empruntée au docteur Buttura, médecin de l'hôpital de Cannes, exprime complétement notre pensée à ce sujet.

« Quelle que soit la résidence choisie, soyez bien certain de ne pas y trouver un printemps perpétuel; non, l'hiver se fait sentir partout, et je ne comprends pas certains ouvrages à cet égard. Le malade, au premier mauvais temps, au premier froid, s'inquiète, perd courage, et veut partir pour une autre station, croyant y trouver le printemps perpétuel. J'ai vu revenir d'Alger de pauvres malades découragés par suite de cette promesse impossible. J'en ai vu quittant Hyères, fuyant Cannes, Nice, Menton, pour rencontrer un froid humide à Pise, puis de la glace à Rome. Non, l'hiver se fait sentir partout. Nous avons l'oranger, le citronnier, le myrte dans nos campagnes; mais il y gèle parfois, rarement, la nuit seulement..... »

Du reste, hâtons-nous de le dire, sous l'impression que nous avait causée le tableau si attristant du printemps à Amélie, par M. Artigues, nous avons consulté plusieurs traités des eaux des Pyrénées. Filhol, Verdo, Isid. Bourdon, Astrié et autres, indiquent comme spécialité d'Amélie le traitement des affections de poitrine pendant l'hiver : le climat, très-doux, assez constant pour en faire un bon séjour hivernal, est comparé, préféré même à celui de Nice comme plus uniforme. Personne ne parle de ces tempêtes équinoxiales que redoute tant M. Artigues pour ses malades.

M. Pâtissier, dans son rapport à l'Académie pour les années 1849 et 1850, après s'être longuement étendu sur le service balnéatoire d'hiver au Vernet, s'exprime ainsi à propos de la station d'Olette, : « Les thermes de cette localité, comme ceux d'Amélie-les-Bains et du Vernet, pourraient être fréquentés en hiver comme en été : en effet, les établissements que nous venons de désigner comptent aujourd'hui pour saison de bains les douze mois de l'année. »

Nous apprécions autant que qui que ce soit l'usage des eaux thermales en hiver; mais, à notre avis, l'avantage ne réside pas dans la faculté de ne plus être obligé d'attendre la saison officielle pour guérir. Si de trop longs retards dans l'emploi des eaux minérales ont quelquefois rendu celles-ci impuissantes, il n'est pas moins vrai que les affections qui guérissent le mieux sous leur influence ne sont pas toujours celles qui viennent de passer de l'état aigu à l'état chronique.

Le dernier motif invoqué par Lallemand voulant introduire une révolution dans la thérapeutique des maladies de poitrine, quant à l'époque de l'administration des eaux sulfureuses, et quant à leur mode d'emploi, était, à notre avis, la meilleure raison.

Les malades, disait-il, vont dans le midi attendre l'époque des eaux, ils les prennent en été, puis guéris ou notablement améliorés ils rentrent chez eux en automne pour se retrouver sous l'influence des mêmes causes qui avaient exaspéré le mal : de là, difficulté d'éviter les rechutes. Ces remarques sont très-justes, et dans les hôpitaux thermaux ouverts pendant quelques mois seulement, ce sont les malades de la première saison qui, en général, retirent de la cure les effets les plus durables.

L'analyse des sources d'Amélie a été faite successivement par Carrère, Anglada, MM. Bouis, Fontan et Poggiale. Elles occupent une place importante dans la classe des eaux sulfurées.

M. Artigues étudie successivement l'influence hygiénique à laquelle il fait, avec raison, une large part, l'action des agents minéralisateurs, qu'il examine un à un, le mode balnéaire, les douches, les inhalations. Après avoir ainsi analysé chacun des éléments de la thérapeutique des eaux d'Amélie, il considère le médicament sulfureux complet, dans ses applications pratiques, et conclut à l'action excitante.

La première partie de la clinique thermale est consacrée au traitement sulfureux des affections de poitrine : 1,639 cas, observés depuis trois ans, ont fourni :

Guérisons..................	190
Améliorations..............	774
Résultats nuls.............	433
Aggravations...............	153
Morts......................	89

96 résultats immédiats satisfaisants et 23 nuls seulement, sur 119 cas d'asthme nerveux, avec ou sans emphysème, avec ou sans dilatation bronchique, montrent l'heureuse influence du traitement sulfureux dans les affections asthmatiques. Il en est de même pour les bronchites chroniques simples, les catarrhes bronchiques et pulmonaires.

M. Artigues expose rapidement les opinions des médecins hydrologues sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales, et conclut, d'après sa grande expérience, que l'emploi des eaux thermales sulfureuses dirigé avec prudence, suivant la gravité de l'affection, peut être utile à tous les degrés de la phthisie, lorsqu'elle est produite par l'anémie, le lymphatisme ou la scrofule, et que tout travail actif a cessé dans le poumon tuberculeux ou ramolli.

Il a soigné à Amélie 629 phthisies. Sur 325 au premier degré, l'on compte :

Résultats immédiats bons..................	160
— — nuls..............	105
— — mauvais............	60

304 au deuxième ou au troisième degré donnent :

Résultats immédiats bons..................	42
— — nuls..............	118
— — mauvais............	58
Morts.....................................	86

Notre très-distingué confrère se loue également du traitement sulfureux dans la goutte chronique simple et dans le rhumatisme goutteux, dans les maladies de la peau, les affections scrofuleuses, syphilitiques. L'influence des eaux d'Amélie sur la syphilis est résumée en plusieurs propositions, dont voici les principales : action révélatrice de la syphilis latente, puissance auxiliaire dans le traitement spécifique, vertus souveraines dans les syphilides, amendement sans aucune médication spécifique de syphilis constitutionnelle.

Les affections nerveuses, les blessures par armes à feu, les fractures anciennes; en un mot, la plupart des maladies que l'on traite à Baréges retirent d'Amélie les mêmes bienfaits.

La pratique de M. Artigues est celle de tous les bons médecins près des sources analogues; il a, sur la plupart de ses confrères, l'avantage de connaître les effets consécutifs des eaux dont il dirige l'application avec un rare talent, auquel nous tenons d'autant plus à rendre justice, que nous ne partageons pas toutes les idées émises par l'auteur dans cet ouvrage.

Dr Verjon,
Inspecteur adjoint des eaux de Plombières.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

L'OVARIOTOMIE EN 1864.

Deuxième article (1).

La pratique de l'ovariotomie sur une grande échelle ne date que de peu d'années. MM. S. Wels, B. Brown, Smith, Clery, etc., en Angleterre, M. Kœberlé, à Strasbourg, peuvent seuls présenter un nombre de faits suffisants pour permettre de poser et de juger la question scientifique.

Les résultats obtenus par les chirurgiens anglais avaient eu peu de retentissement dans notre pays; les revers de la chirurgie parisienne en avaient eu moins encore. On devait croire qu'un chirurgien opérant dans une de nos trois Facultés, et obtenant seul sur le continent les mêmes succès que les chirurgiens d'outre-Manche, allait, en les faisant connaître à l'Académie, provoquer sur ce terrain la discussion. Il n'en a rien été jusqu'ici; l'ovariotomie, pratiquée treize fois à Strasbourg par M. Kœberlé, et suivie de 10 guérisons, n'a décidé personne à rompre le silence. Nous n'en chercherons plus la cause, que nous avons d'ailleurs déjà demandée inutilement aux échos de la *Gazette*. Mais voici que la commission de publication de l'Académie a pris le parti fort inattendu pour plusieurs d'insérer dans le tome XXVI de ses mémoires les travaux du chirurgien de Strasbourg. Nous profiterons de cette publication pour entretenir les lecteurs de la *Gazette* des perfectionnements qu'une pratique de deux années a suggérés à l'auteur. Le point de vue pratique est en effet celui dont nous comptons nous occuper spécialement aujourd'hui, sans toutefois nous interdire de jeter avec notre auteur un coup d'œil rétrospectif sur la question.

I.

La question théorique de l'ovariotomie fut discutée dès avant le dix-huitième siècle; elle est par conséquent, et quoi qu'on en ait dit, discutable. La chirurgie française peut revendiquer l'honneur de la première opération; c'est Laumonier (de Rouen) qui, avant tous, pratiqua en 1781 l'extirpation d'un ovaire malade. Dans le premier quart de notre siècle, divers chirurgiens anglo-américains, et à leur tête Mac-Dowal, Atlee, Lizars, ne purent réussir par leurs alternatives de succès et de revers à donner à l'opération droit de cité dans la science. Il en fut de même de 1819 à 1856 en Allemagne, où Dieffenbach, Langenbek, Kiwisa, comptèrent plus de morts que de guérisons. Mais à partir de 1840, l'ovariotomie, par ses succès multipliés en Angleterre, y conquit sa place dans la chirurgie pratique. C'est surtout depuis 1858 (époque à laquelle l'Académie de médecine de France, en proscrivant l'opération, appela l'attention sur elle) qu'elle devint de plus en plus populaire, et fut définitivement classée au nombre des opérations légitimes. L'antagonisme des deux nations se traduisait-il en de semblables matières? Quoi qu'il en soit, diverses causes avaient concouru à ce résultat. L'anesthésie chirurgicale avait levé les scrupules des chirurgiens et les appréhensions des malades à l'endroit des douleurs horribles d'une telle opération. D'autre part, la statistique était intervenue. Or Lee et d'autres, en rapprochant les résultats de l'ovariotomie de ceux que présentent les kystes de l'ovaire abandonnés à eux-mêmes, avaient donné à penser aux partisans de l'expectation. Si les relevés généraux faits par J. Clery jusqu'en 1860 étaient peu encourageants, l'analyse particulière des statistiques des opérateurs les plus expérimentés dans cette opération spéciale amenait à d'autres conclusions. On voyait en général la proportion des succès augmenter pour chaque chirurgien, ainsi que le prouve la statistique comparée de Clery, B. Brown, S. Wels. « Ce sont, dit M. Courty, les « dernières statistiques qui doivent servir de base à nos appréciations « actuelles préférablement à celles de Clery, etc., où le chiffre supé- « rieur de la mortalité s'explique aisément par les erreurs de diag- « nostic et l'imperfection relative des procédés opératoires antérieu- « rement à ces dernières années. »

De 1858 en octobre 1864, S. Wels a pratiqué 107 opérations, suivies de 71 guérisons; Backer-Brown, de 1842 à 1864, compte 34 succès sur 62 opérations; C. Clery (7 septembre 1864), sur 110 opérations compte 76 guérisons et 34 morts; Tyler Smith, adversaire de l'ovariotomie pendant vingt ans, et maintenant rallié à elle, produit des résultats plus heureux encore (21 opérées, 16 guéries); enfin M. Kœberlé, sur 13 opérations, ne compte lui-même que 3 morts.

En totalisant les résultats de ces opérateurs, et en y joignant ceux de Keith, c'est-à-dire des chirurgiens qui ont actuellement l'expérience la plus étendue et la plus heureuse en Europe, on arrive à trouver aujourd'hui (30 octobre 1864) 213 guérisons sur 322 cas.

La cause, on vient de le voir, est entendue en Angleterre; il faut encore la plaider sur le continent.

Les opérations inachevées et les erreurs de diagnostic qui chargent beaucoup le nécrologe ne doivent-elles pas être portées au compte des opérateurs plutôt qu'à celui de l'opération? C'est ce que l'on regardera comme fondé quand on saura que pour certains chirurgiens (Lane, Bird), le nombre des opérations inachevées a dépassé d'abord celui des opérations terminées, ce qui est de plus en plus rare aujourd'hui que la pratique de l'ovariotomie est plus hardie, et les chirurgiens plus familiarisés avec elle; quand on saura que le même opérateur (Clery) a laissé au début de sa pratique une proportion inachevée d'opérations beaucoup plus considérable qu'aujourd'hui.

Relativement aux erreurs de diagnostic qu'on peut approximativement estimer à 10 pour 100 des opérations entreprises, on doit reconnaître qu'il y a là une cause permanente d'erreur pour les plus habiles; mais, comme le fait observer S. Wels, on ne renonce pas à la taille parce qu'on a ouvert des vessies sans calculs, etc. Ajoutons aussi que les incisions exploratrices, dont on abuse parfois chez nos voisins, ne donnent dans l'espèce qu'une mortalité de 25 pour 100 (J. Clery) et permettent, en s'arrêtant à temps, quand il y a lieu, d'éviter des chances plus élevées de mortalité. On sait aussi maintenant que les ponctions simples, ou suivies d'injections iodées, n'ont aucune influence fâcheuse sur une opération ultérieure (Kœberlé, *De l'ovariotomie*, p. 51). Pour n'y point recourir préliminairement ou

(1) Voir *Gazette médicale*, 1863, p. 73.

FEUILLETON.

LA TRENTE-NEUVIÈME RÉUNION DES NATURALISTES ET DES MÉDECINS ALLEMANDS A GIESSEN.

(Suite et fin. — Voir les nos 46 et 47.)

Section de médecine. — Les cinq séances tenues par la section de médecine ont été suivies par un grand nombre d'auditeurs assidus. Voici la relation abrégée des matières qu'on y a traitées.

A propos d'une communication du professeur Barthels (de Kiel), *sur la production d'uride carbonique dans le diabète sucré*, la plus grande partie de la première séance a été employée à une discussion sur cette maladie.

La température du corps est abaissée chez les diabétiques; Griesinger attribue cet abaissement au marasme, mais l'expérience montre que des diabétiques encore vigoureux offrent déjà une moindre température.

L'excrétion de l'urée est en proportion directe avec la quantité d'azote introduit. Il semblait assez naturel d'analyser l'air expiré afin de constater la quantité d'acide carbonique qu'il renferme. C'est ce qu'a fait M. Barthels, et il a trouvé que cette quantité est d'environ un demi pour cent moindre qu'à l'état de santé.

M. Beneke demande à l'orateur si, d'après ses observations, les eaux de Carlsbad ont de l'influence sur l'excrétion du sucre. M. Barthels répond qu'il n'a trouvé aucune différence dans la quantité de sucre excrétée.

M. de Pfeufer dit, au contraire, que tous les médecins de Carlsbad sont unanimes pour affirmer l'influence favorable des eaux sur la diminution du sucre. Un médecin de Carlsbad, M. Stark, présent à la séance, confirme l'assertion de M. de Pfeufer.

M. Remak réplique que l'action des eaux de Carlsbad n'est que passagère et que, d'après Bary, le diabète serait une affection nerveuse.

Plusieurs autres membres prennent part à la discussion. L'un d'eux, M. Heldmann, dit que le diabète est commun dans la contrée qu'il habite, où les paysans ne se nourrissent, pour ainsi dire, que de substances amylacées; il donne avec succès les alcalis et le fer. M. Pfeufer remarque que l'usage des amylacés n'est pas une condition étiologique, et M. Stiebel ajoute qu'on nourrit quelquefois les diabétiques de sucre, sans qu'ils s'en trouvent plus mal.

Cette première séance est terminée par une communication de M. Beneke sur la myéline et sur l'extension de la cholestérine dans le règne végétal.

Après la séance, les membres de la section se sont rendus à la clinique, où ils ont assisté à des expériences faites avec tout le succès

palliativement, il faudrait admettre l'assertion suivante de l'auteur : « Les ponctions sont aussi dangereuses que l'ovariotomie par l'hémorrhagie interne et la péritonite qu'elles occasionnent souvent. « La mortalité occasionnée par les ponctions simples est au moins « aussi fréquente que celle que l'on observe dans l'ovariotomie prati« quée convenablement. » (Page 69.) Il ne suffit pas de produire personnellement une suite de nombreux succès pour donner du crédit à une telle assertion, il faudrait l'appuyer par des faits, par des chiffres. Or le travail de M. Kœberlé, si riche en documents statistiques, ne fournit aucun élément numérique de comparaison sur ce point. Il faut ajouter aussi, en parlant des ponctions, qu'elles ont souvent l'avantage d'éclairer sur la nature des tumeurs par les qualités du liquide extrait.

Nous signalerons plus loin quelques causes de mort bien connues aujourd'hui et non irremédiables, et nous verrons successivement se dégager du problème les inconnues qu'il renferme. Nous verrons ainsi les indications de l'opération se préciser, le cercle de ses applications se restreindre en augmentant sa valeur curative au point de vue statistique; nous verrons sur 21 cas bien choisis Tyler Smith obtenir 16 guérisons, et M. Kœberlé, dans des conditions analogues, en obtenir 8 sur 9.

Il faut, dit ce dernier chirurgien, établir trois catégories de cas : 1° les cas simples, favorables au diagnostic, dans lesquels la guérison est la règle; 2° les cas compliqués, sans contre-indications graves, où les chances se balancent; 3° les cas compliqués avec état général fâcheux; la mort est ici la règle. Cette catégorie de cas a chargé beaucoup le nécrologe de l'opération. Les indications opératoires se résument ainsi :

La malade doit jouir d'une bonne constitution, n'être point trop affaiblie, désirer l'opération et *apporter une docilité complète*. Toutes les tumeurs ovariques, sauf les tumeurs cancéreuses, sont susceptibles d'être extirpées. Elles doivent l'être quand elles augmentent progressivement et avant qu'elles n'aient acquis un volume trop considérable (25 à 30 centimètres), lorsque les ponctions palliatives sont suivies d'une prompte reproduction du liquide, ou bien lorsque, peu volumineuses, elles causent par leur incarcération dans le bassin des troubles notables. L'opération doit être faite quelques jours avant ou après l'époque menstruelle. Le second parti nous semble préférable, car deux fois sur 13 cas, M. Kœberlé a vu l'écoulement cataménial paraître après l'opération et être suivie une fois (7° opération) de péritonite et de mort. Il y a là pour les organes pelviens une cause indéniable d'irritation et de congestion. Notons en passant, comme particularité physiologique, que c'est après deux ovariotomies doubles que la menstruation a reparu; d'où l'on doit inférer que la chute de l'œuf dans la trompe ou l'utérus précède et provoque après deux ou trois jours l'apparition des règles.

II.

M. Kœberlé, avons-nous dit, a pratiqué aujourd'hui (30 septembre 1864) 13 opérations d'ovariotomie, sur lesquelles il compte 10 guérisons et 3 morts; 5 fois les deux ovaires, une fois la matrice ont été extirpés. Toutes ces opérations ont été pratiquées à l'établissement de la Sainte-Barbe, maison de santé dont les conditions hygiéniques laissent beaucoup à désirer. Or l'ovariotomie, pratiquée 7 fois à Strasbourg par divers opérateurs, en ville, dans les hôpitaux ou dans la banlieue, a été 7 fois suivie de mort... On ne peut donc se refuser à voir dans les succès de M. Kœberlé autre chose qu'une heureuse chance, et il nous semble du plus grand intérêt d'étudier dans tous ses détails une pratique qui aboutit à d'aussi heureux résultats.

Conformément à l'opinion que M. Kœberlé se fait de la ponction simple des kystes de l'ovaire, il n'y recourt pas toujours avant l'opération radicale qui consiste à les extirper. Sur ses 13 opérées, 6 n'avaient point été ponctionnées; 3 de celles-ci (5°, 7°, 9°) moururent des suites immédiates de l'opération. Or la septième se trouvait dans les meilleures conditions pour trouver dans la ponction simple un palliatif à ses maux; il en était à peu près de même de la neuvième. A défaut de guérison radicale, la ponction leur eût donné à toutes deux plusieurs mois de repos et de vie, sans rien préjuger relativement à une opération ultérieure d'ovariotomie. Quant à la onzième, c'est presque une opération de complaisance qu'elle réclamait de l'habile et heureux chirurgien. Il nous semble du moins qu'en France on qualifierait ainsi l'opération heureusement effectuée chez madame S... Il en est autrement en Angleterre; je sais que T. Smith opère surtout avec succès des tumeurs de moyen volume n'ayant pas subi de ponctions antérieures à l'extirpation; mais, de ce côté du détroit, nous n'en sommes point encore arrivés là.

Si une hardiesse opératoire qu'on trouve très-naturelle chez nos voisins inspire M. Kœberlé, l'application la plus persévérante le soutient dans l'acte chirurgical et dans les soins qui le suivent. C'est certainement à cette qualité de l'opérateur que la deuxième opérée dut son salut.

Profitant à la fois de l'expérience des autres et de la sienne propre, M. Kœberlé est arrivé, depuis sa première opération, à modifier sur certains points sa pratique; c'est ce dont il nous reste à parler ici.

L'incision péritonéale une fois faite, il s'attache à ne pas rompre violemment, comme cela se fait parfois, les adhérences celluleuses qui résistent au doigt. Il y a profit dans les cas d'adhérences étendues à agrandir l'incision péritonéale. Les adhérences résistantes doivent, pour éviter l'hémorrhagie, être divisées au bistouri; si elles sont vascularisées, il faut nécessairement ne pas omettre les ligatures. Jamais M. Kœberlé n'a recours aux ligatures perdues qui, en Angleterre, ont amené tardivement chez des opérées en voie de guérison des collections purulentes avec péritonites consécutives. On peut se demander si le même danger existerait dans l'emploi de ligatures perdues constituées par des fils d'argent ou de platine coupés au ras du nœud. L'innocuité du séjour dans les tissus vivants des corps métalliques serait peut-être un motif de tenter cette expérience. Quant à la torsion, elle est ici insuffisante; Heifelder a vu mourir d'hémorrhagies consécutives trois opérées chez lesquelles il y avait eu recours. L'anatomie nous apprend en effet que le système veineux de la veine porte est dépourvu de valvules, et forme un réseau de tubes communiquants qui peuvent se vider par l'ouverture d'un seul d'entre eux; la ligature des veines intra-abdominales est donc aussi nécessaire que celle des artères. S'il s'agit de petits vaisseaux ou d'hémorrhagies en nappe, le perchlorure de fer, à une action hémostatique puissante, réunit une innocuité de contact sur le péritoine qui

---

désirable sur des paralytiques par le professeur Remak, à l'aide de son appareil à courant constant.

Dans la deuxième séance (du 20 septembre), le docteur Thudichum a communiqué d'intéressantes observations *sur les migrations des trichines*. Les expériences ont été faites sur des porcs et sur d'autres animaux. L'auteur s'est assuré que ce n'est pas par la cavité péritonéale et par le tissu cellulaire que les trichines arrivent aux muscles, mais bien par les vaisseaux lymphatiques et par les veines. (Cette observation explique parfaitement la dissémination rapide de ces parasites dans tous les muscles du corps.) L'orateur explique certains symptômes jusqu'ici très-obscurs : œdème, irritation cutanée, abcès lymphatiques, phénomènes pneumoniques et pleurétiques, par l'irritation directe des trichines.

Les observations de M. Thudichum ont été faites dans les épidémies de Stassfurt et de Dessau.

M. Weber a parlé du *traitement local des affections des fosses nasales par des irrigations*. Ce médecin a remarqué que lorsqu'on verse un liquide dans une narine, ce liquide ressort par l'autre narine, après avoir arrosé toutes les parties de la muqueuse. A l'aide d'un tuyau en caoutchouc introduit dans une narine, on peut arroser l'intérieur du nez avec de l'eau, du lait, des liquides émollients ou médicamenteux, voire même du sublimé très-étendu, dans le cas d'affection syphilitique. Ces irrigations sont aussi employées avec succès dans les conjonctivites qui ont pour point de départ la muqueuse nasale, ou dans les otites provenant d'une affection de la trompe d'Eustache.

M. Remak dit quelques mots sur les *névroses basilaires* qui commencent par une paralysie partielle des muscles de l'œil et de la face, et se compliquent d'un dérangement des facultés intellectuelles. L'application d'un courant constant sur la partie céphalique du grand sympathique produit une amélioration de la paralysie, et influe aussi d'une manière favorable sur l'état mental. M. Remak cite pour exemple une femme de 40 ans qui, depuis des années, était affectée d'une paralysie de la face avec dépression profonde des facultés psychiques.

Trois communications ont été faites dans la séance du lendemain. La première, du docteur Stamm, *sur la possibilité de faire disparaître la fièvre puerpérale épidémique*, renferme des conseils très-bons à suivre, quoiqu'il soit douteux qu'ils atteignent complétement le but désiré. Suivant l'orateur, il ne faut pas seulement tenir les doigts dans un état parfait de propreté, il faut aussi veiller à un renouvellement *complet* de l'air, sans s'arrêter à l'état de l'atmosphère. (Il est certain qu'on craint souvent la pluie, le vent, l'humidité, le froid, toutes influences moins nuisibles qu'un air infecté de miasmes.) M. Pfeufer fait observer qu'en Angleterre où la mortalité est moindre, on a bien plus égard non-seulement aux soins de propreté, mais aussi à une excellente ventilation. M. Stamm regarde comme un crime d'examiner une accouchée sans avoir nettoyé ses mains *à fond*.

M. Seitz, professeur à Giessen, a fait connaître un *signe particulier*

permet de l'employer en *applications perdues*, mais d'une manière discrète toutefois. Les ligatures constrictives sont faites avec un fil de fer mince, flexible et bien recuit qui permet, avec l'aide du serre-nœud de l'auteur, de graduer la constriction, d'obtenir un engourdissement immédiat des nerfs ovariques, une mortification plus rapide du moignon.

C'est une chose véritablement étonnante que de constater la facilité avec laquelle le péritoine et les viscères abdominaux supportent le contact d'instruments rigides et volumineux. Ainsi, dans l'obs. VI (*Opérations d'ovariotomie*, p. 79). l'opérateur laisse pendant treize jours, à une profondeur de 8 à 9 centimètres dans la cavité péritonéale, deux serre-nœuds munis d'anses en fil de fer, et cela sans aucun accident inflammatoire!

Le danger principal de l'opération considérée en elle-même, et abstraction faite de toute cause générale, consiste dans la rétention des liquides putrides provenant du pédicule ou des autres tissus mortifiés. Cette rétention s'opère de deux manières : ou par insuffisance des ouvertures destinées à l'expulser au dehors du péritoine, ou par la rupture des adhérences immédiates qui s'établissent autour du foyer de l'opération. C'est contre ces deux circonstances qu'il faut se prémunir.

L'entonnoir de plomb à deux valves obliques articulées (V. la pl. I), employé chez la deuxième opérée en raison de la brièveté du pédicule et de l'épaisseur des parois abdominales, l'a été depuis par l'auteur (5e et 6e obs.) quand des indications analogues se sont présentées. Il a permis chaque fois d'absterger avec soin, deux ou trois fois par jour, le suintement séro-sanguin qui se forme le long de la plaie maintenue béante le long des serre-nœuds, et de momifier, au moyen du perchlorure de fer, la partie du pédicule destinée à tomber avec la ligature. Cet appareil put, dans quelques cas (6e et 7e obs.), être remplacé vers le quatrième jour par un paquet de tubes en caoutchouc de 0m,01 de diamètre, et par des mèches de charpie sèche. M. Kœberlé fait actuellement dans ses opérations un emploi fréquent de ces tubes, qui ont l'avantage d'être souples, mobiles, incorruptibles, de pouvoir être réduits successivement de longueur de manière à suivre, du fond à la surface, le travail de cicatrisation. Il les introduit non-seulement dans la plaie principale, mais partout où il faut procurer une issue facile aux liquides sécrétés; il les introduit après les avoir fenêtrés dans les trajets des points de suture s'ils viennent à suppurer; dans le même but, il les glisse sur les ligatures des vaisseaux et sur les fils métalliques constricteurs, comme revêtement de protection pour les organes voisins et pour faciliter leur extraction ultérieure. Ainsi dans la sixième opération, après l'extraction des anses de fil de fer des serre-nœuds, le quinzième jour, un gros tube collecteur en caoutchouc de 0m,015 environ plongé avec d'autres tubes plus petits jusque dans la profondeur de la cavité pelvienne permettent, au moyen d'injections détersives, l'issue facile du pus et des détritus mortifiés du moignon utérin. L'efficacité de ce mode de pansement est encore prouvée par l'observation 8e (p. 122), dans laquelle on voit une masse multiloculaire de la grosseur du poing se mortifier dans l'excavation et sortir par fragments pendant les pansements jusqu'au dix-septième jour de l'opération. On observa de plus chez cette malade, et pendant huit jours au fond de la plaie, les mouvements péristaltiques de l'intestin qui supporta de même que la matrice sans aucun signe d'inflammation, le contact de ces tubes, d'un serre-nœud et d'une lame de plomb destinée à prévenir la sortie de l'intestin.

Le second danger consiste dans la rupture des adhérences qui s'établissent immédiatement au fond de la plaie, et empêchent l'infiltration des liquides putrides dans le péritoine. Cette rupture peut s'opérer par des mouvements indisciplinés de la malade, comme dans la 9e obs.; aussi la docilité des opérées est-elle une condition de succès. Plus souvent elle s'opère par un autre mécanisme, à savoir par la distention gazeuse de l'intestin lui-même dont les anses agglutinées par des adhérences récentes au voisinage de la plaie, se décollent et laissent filtrer jusque dans le péritoine les liquides putrides qu'elles devaient circonscrire. On voit dans la seconde autopsie à quel degré de distension peut arriver le tube digestif, qui dans ce cas envahit presque complétement la cavité thoracique, et détermine une asphyxie lente.

Comment remédier à cet accident qui paraît avoir causé la mort de plus d'une opérée? Il faut distinguer plusieurs cas. Si le défaut de circulation des gaz, la tympanite en un mot, résulte de l'atonie du gros intestin, du spasme du sphincter anal, la dilatation artificielle de l'anus (4e obs.), ou l'introduction d'une grosse canule dans le rectum, secondée par des lavements purgatifs, donnera un soulagement immédiat. Mais la cause peut remonter plus haut et dépendre :

1° D'une torsion de l'intestin grêle mal réduit. On peut espérer qu'elle disparaîtra spontanément sous l'influence du mouvement péristaltique, à moins d'être comprise dans les adhérences, ce qui la rend incurable.

2° Elle peut dépendre aussi d'une cause ignorée jusqu'ici, « c'est-« à-dire du soulèvement du rectum sur le ligament large du côté « gauche (dont l'ovaire est le plus généralement affecté), lorsque le « pédicule de la tumeur est attiré à l'extérieur ou fixé entre les lèvres « de la plaie. Le pédicule subit alors une traction d'autant plus pro-« noncée que le gonflement du ventre est plus considérable; il en-« traîne vers lui et soulève le ligament large en même temps que la « partie supérieure du rectum qui passe par-dessus ce dernier, et « qui est obligé de se réfléchir sur son rebord... De là les obstacles « à l'introduction des canules, l'aplatissement du rectum par les « anses distendues de l'intestin grêle, les difficultés du passage des « gaz... Pour éviter cet arrêt mécanique, il faut se garder de fixer « entre les lèvres de la plaie le ligament large (pédicule ovarique) du « côté gauche, à moins qu'il ne présente une longueur considérable. « S'il est court, il faut ne pas l'attirer fortement au dehors. » (P. 119, *loc. cit.*)

Comme ressource ultime qu'il importe de ne point perdre de vue, on a la ponction de l'intestin qui aurait probablement sauvé la septième opérée, si M. Kœberlé, qui voulait la pratiquer, n'eût eu les mains liées par l'avis contraire d'un consultant étranger. Cet honorable confrère ignorait probablement que la ponction intestinale a été maintes fois pratiquée avec succès dans des tympanites d'origine diverses. (V. Labric, *De la ponction abdominale dans la tympanite*, *thèse de Paris*, 1852, extr. in *Rev. médic. chirurgic.*, 1852.) Elle fut

---

d'auscultation qui accompagne la formation des cavernes. Au commencement de l'inspiration, on entend un sifflement qui se change en une respiration bronchiale et même amphorique. Ce signe est quelquefois très-sensible, d'autres fois difficile à percevoir. Il est dû, sans doute, à ce que l'air, au commencement de l'inspiration, passe par une ouverture étroite qui s'élargit peu à peu.

Le professeur Mosler présente un nouveau cas de *sclérème de la peau* chez une dame de 28 ans, non mariée. Ce sclérème, qui date de cinq ans, a cela de particulier qu'il a commencé par un œdème lymphatique du visage et des extrémités supérieures et inférieures, semblable à celui qui caractérise le premier degré de l'éléphantiasis des Arabes. L'œdème fut suivi de l'induration, de la coloration et du retrait de la peau. Parmi les nombreux remèdes employés, ceux qui ont rendu le plus de services sont le fer à haute dose, l'huile de foie de morue et les bains de vapeur.

Dans la quatrième séance, du 22 septembre, le docteur Rosenstein a parlé *des affections des reins à la suite de fièvres intermittentes*. Ce n'est que dans les cas récents qu'on peut espérer la guérison de ces maladies auxquelles on a peu fait attention jusqu'ici. L'aspect des reins se rapproche de l'état lardacé, cependant on n'y trouve pas toujours la dégénérescence amyloïde. Parmi les symptômes, M. Rosenstein fait ressortir l'absence d'hématurie, le poids spécifique élevé de l'urine et l'augmentation d'acide urique. On peut attribuer la maladie à la longue durée de la fièvre, à un mauvais traitement ou à une suppression de la sécrétion de la sueur; dans ce dernier cas, la méthode diaphorétique amène la guérison.

A propos de l'augmentation d'acide urique, le professeur Barthels fait observer que cet acide peut être excrété sous forme de cristaux sans que sa quantité soit augmentée; et le professeur Mosler rappelle que, dans la leucémie, on a vu l'acide urique être excrété sous forme de cristaux sans accroissement dans la quantité de cette substance. M. Rosenstein maintient son assertion et donne une analyse quantitative de l'acide urique.

Le docteur Thudichum fait une communication *sur l'urine chyleuse* dont il fait connaître la composition, et qu'il explique d'une manière mécanique. Le sang, chargé de graisse, ne peut pas couler à travers les capillaires du rein; dès lors, par suite d'une augmentation de pression, la graisse passe dans l'urine avec d'autres parties du sang.

Après une communication du docteur Dawosky *sur la balanite*, communication interrompue au bout de dix minutes, temps accordé à chaque orateur, le professeur Mosler montre un cœur de bœuf farci de cysticerques du *tænia mediocanellata*, et un porc auquel on a fait manger, il y a cinq mois, des trichines et 350 proglottis de *tænia solium*. Ce porc est affecté de ladrerie au plus haut degré, et ses muscles sont remplis de trichines dont plusieurs ont déjà leur kyste chargé de matière calcaire.

Le même membre présente ensuite un homme atteint, à la suite d'une apoplexie, d'une perte complète de la sensation de la chaleur du côté

une fois depuis efficace entre les mains de l'opérateur dont nous analysons la pratique. (*Op. d'ovar.*, p. 130.)

Il est encore deux points de la partie opératoire du traitement qui méritent mention; c'est d'abord celui de l'innocuité du contact du liquide kystique avec le péritoine quand ce liquide est albumineux, et exempt de putridité; ensuite, en ce qui est relatif aux sutures, il faut remarquer que les sutures entortillées intermédiaires aux sutures profondes sont enlevées le deuxième ou le troisième jour, et que ces dernières le sont en général vers le sixième jour pour être remplacées par des sutures sèches collodionées avec cordonnets. On obtient ainsi une réunion immédiate exacte. La cicatrice solide comprend toute l'épaisseur des tissus de la paroi abdominale. L'éventration ne s'observe jamais chez les opérées; une seule fois une pointe herniaire a paru à l'extrémité inférieure de la plaie, où la réunion immédiate n'avait pas eu lieu.

Quelles sont maintenant les modifications que l'auteur a fait subir au traitement médico-chirurgical postopératoire? Ainsi que nous le pressentions dans notre premier article, M. Kœberlé a simplifié ici notablement sa pratique. En 1862, à ses débuts, il avait cru nécessaire d'instituer chez toutes ses malades un traitement préventif des accidents inflammatoires. Nous lui opposions alors l'exemple de S. Wels, qui se bornait à traiter les symptômes morbides quand ils venaient à paraître. C'est à peu près à cela que se réduit aujourd'hui la thérapeutique du chirurgien de Strasbourg. Rejetant ainsi l'acétate d'ammoniaque et les idées théoriques qui lui en avaient fait prescrire l'emploi, il a réduit de même celui de la morphine. Prescrite d'abord à haute dose (0,10) pendant quatre jours, elle ne l'est plus aujourd'hui qu'à des doses moindres, pour obéir à une indication formelle, telle que la toux, l'agitation, la douleur. On peut remarquer que chez la septième opérée, portée à la dose de 0,12, elle n'exerça aucune influence sur le développement de la péritonite, et que dans les cas de tympanite, elle augmente probablement l'atonie de l'intestin.

Relativement à l'usage de la glace, la même simplification s'est faite. Chez les premières opérées, on la laissait à demeure quatre à cinq jours; la température des parois abdominales descendait jusqu'à +24 et +18° C. Malgré cette réfrigération, la septième opérée succombait à une péritonite. Nous serions même porté à attribuer à l'emploi du froid prolongé une part active dans la terminaison fatale de la cinquième opérée. Cette femme succomba le quatrième jour à une congestion pulmonaire accompagnée d'hémorrhagie pleurale et bronchique. Par sa température et son poids, la glace, quand son application est prolongée comme dans ce fait, pendant trois jours, doit contribuer à la production de lésions pulmonaires. M. Bouillaud a vu l'emploi de la glace sur l'abdomen dans la fièvre typhoïde engendrer la pneumonie. (Forget, *De l'entérite folliculeuse*, p. 134.)

Il ne faut point non plus absoudre complétement le chloroforme dans la production des accidents thoraciques consécutifs à ses opérations. Si dans le cas particulier où la mort n'a eu lieu que le quatrième jour, on ne peut lui attribuer la part principale d'action, du moins par son effet irritant sur les bronches, a-t-il pu y prédisposer. La dose élevée employée parfois (200, 250 gr.), la durée des inspirations chloroformiques (de une à deux heures) justifient notre dire. On voit ainsi dans l'obs. VI, immédiatement après l'opération, paraître une toux opiniâtre avec quintes de trente minutes, sécrétions bronchiques assez abondantes pour produire la dyspnée, laquelle toux augmente et continue avec la même intensité jusqu'au septième jour. Dans l'obs. IX, la malade sujette à une bronchite catarrhale avec asthme, soumise pendant deux heures à l'inspiration de 250 gr. de chloroforme, voit, dès le troisième jour les sécrétions bronchiques s'accumuler, la dyspnée en résulter et la mort survenir par suite de mouvements occasionnés par elle.

Ne pouvant supprimer ces deux facteurs d'accidents pulmonaires, M. Kœberlé a sagement agi, selon nous, en se bornant, en ce qui concerne la glace, à une application locale de cinq heures de durée après l'opération (10e, 11e, 12e, 13e obs.), à titre uniquement d'hémostatique.

En ce qui concerne le pansement, les lotions au sulfate de fer employées d'abord comme préventives de l'inflammation locale, sont réservées aujourd'hui pour la combattre si elle vient à paraître. Le sulfite de soude est, au contraire, employé plus largement comme moyen désinfectant en lotions et injections pour prévenir et modifier les stagnations putrides dans les anfractuosités des plaies. Le mémoire du docteur Senmola, lu cet été à l'Académie, confirme sur ce point les vues de MM. Polli et Kœberlé.

Enfin, pour l'alimentation, elle n'est plus aussi rigoureusement mesurée aux opérées, et, suivant le cas, dès le deuxième jour, on leur accorde des aliments en quantité convenable, et proportionnelle à leur régime habituel.

Au moment où nous terminons cet article, nous apprenons qu'une nouvelle commission vient d'être désignée par l'Académie pour étudier la question de l'ovariotomie. Espérons que cette nouvelle commission ne s'exposera pas au reproche encouru par les précédents, et qu'elle provoquera une discussion capable de fixer les praticiens sur la valeur de cette opération, et les conditions qui peuvent en écarter les dangers.

Tony Sarcerotte.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du massage dans les ecchymoses et les contusions; par le docteur Félix Rizet, médecin-major au 2e du génie.

Les bons effets obtenus du massage dans le traitement de l'entorse nous ont engagé à essayer ce moyen dans les contusions et les vastes ecchymoses si fréquentes dans la cavalerie et dans le génie, où les éboulements des mines et des tranchées, les chutes des échafaudages élevés, amènent journellement à la visite de santé des hommes porteurs de ces lésions. Nos essais très-prudents furent d'abord entrepris sur des ecchymoses légères, et le succès nous enhardissant, nous n'avons pas craint de les poursuivre dans des cas de contusions étalées sur un membre tout entier. Si une guérison doit être rapide et peu coûteuse, c'est surtout celle des militaires; car l'État ne peut garder longtemps ses soldats à l'hôpital ni payer pour eux de nombreuses journées de maladie. Cette catégorie de malades se prête volon-

droit, avec maintien de la sensibilité à la pression; les membres du côté opposé sont le siége de mouvements désordonnés.

Dans la cinquième et dernière séance, du 23 septembre, le docteur Friedmaon (de Munich) parle *des sources de l'insalubrité de l'air atmosphérique*. Il faut attribuer cette iosalubrité à des gaz que l'air ne renferme pas à l'état normal, tels que l'ammoniaque, le gaz sulfhydrique, etc. Ces gaz se produisent dans les lieux où se trouvent des matières organiques en décomposition: deltas, régions marécageuses, etc. Mesures prophylactiques à prendre.

Ce médecin est remplacé à la tribune par le docteur Horn (de Brême), qui communique quelques observations faites à Brême dans une grande *épidémie de scarlatine*. Les genres de mort varient. On peut diviser en cinq groupes les cas les plus graves : 1° scarlatine sans exanthème, symptômes cérébraux violents, mort souvent très-rapide; 2° cas accompagnés d'un énorme gonflement des tonsilles, menaces de suffocation; 3° scarlatines compliquées de diphthérite; 4° cas accompagnés de phénomènes typhoïdes graves; 5° cas dans lesquels se développe la maladie de Bright. M. Horn conseille contre les congestions cérébrales les applications de linge froid mouillé sur la tête; contre la tuméfaction des tonsilles les soins chirurgicaux; dans les cas de diphthérite l'application du froid sur le cou, d'après la méthode hydropathique; dans les cas de typhus les analeptiques, et surtout l'extrait de viande, et enfin les bains chauds si l'on a à redouter la maladie de Bright.

Cette communication est suivie d'une discussion à laquelle prennent part un grand nombre de membres. Les fomentations froides ont généralement produit de bons effets. M. Horn enveloppe successivement toutes les parties du corps de draps mouillés et exprimés; il a soin surtout de ne pas donner accès à l'air en évitant de soulever les couvertures. Plusieurs membres recommandent les lotions, soit avec du vinaigre, soit avec une solution de carbonate de potasse ou des frictions huileuses; ces dernières diminuent la toux qui fatigue les malades. M. Horn préfère les applications froides aux frictions, comme exposant moins les malades à se refroidir. Un membre (le professeur Seitz, de Munich) demande s'il existe un antagonisme entre la scarlatine et la diphthérite. Le docteur Breyer a vu une forte épidémie de rougeole à Munich, une épidémie de scarlatine à Wolfenbuttel et, dans un village situé entre ces deux endroits, un grand nombre de cas de diphthérites. M. Pfeufer répond qu'on a vu la diphthérite régner en même temps que la scarlatine; la première de ces maladies n'est observée à Munich que depuis un an et demi, elle paraît s'étendre peu à peu du nord au sud. Le docteur Hut (de Hanovre) dit aussi que ce n'est que depuis peu de temps qu'on observe des épidémies de scarlatine et de diphthérite. Il en est de même à Mayence où l'on ne connaît la diphthérite que depuis un an, d'après le docteur Eichhorn. Le docteur Verdier a remarqué que, depuis que la diphthérite se montre à Darmstadt, la scarlatine y devient plus rare.

Section de chirurgie. Cette section a tenu, comme les autres, ses

tiers et sans sourciller à des manœuvres rejetées par les gens du monde qui, dans la crainte d'un moment de souffrance, bien souvent laissent le mal s'éterniser.

Dans un article inséré dans la *Gazette médicale* (1), déjà nous faisions pressentir tout le parti à obtenir du massage dans des cas analogues, nous étonnant de l'indifférence et du peu de créance qu'en cette occasion lui attribue M. le docteur Estradère dans ses *Recherches historiques* (2), œuvre d'un travail consciencieux et de précieux documents:

« Les contusions légères et les ecchymoses peu développées sont, « au dire de cet auteur, efficacement traitées par le massage. » Ce ne sont pas seulement les contusions ou les ecchymoses peu prononcées, mais c'est sur les plus vastes et les plus violentes de ces lésions qu'a-git heureusement et promptement la malaxation employée avec hardiesse.

Notre premier essai dans un cas sérieux eut lieu sur une contusion profonde de toute la cuisse gauche du bassin et des reins chez un sapeur précipité du rempart d'une hauteur de 30 pieds, en compagnie d'un de ses camarades, comme lui également en état d'ivresse. Le second de ces blessés, par l'effet du hasard, portait à peu près le même genre de contusions dans les mêmes régions et dans une étendue presque égale. Le premier, en douze jours fut traité et guéri par le massage, le second, soigné par les résolutifs et les moyens ordinaires, mit trente-cinq jours à parfaire son rétablissement.

Obs. I. — A quelque temps de là, nous étions appelé à donner des soins au nommé Trouillard, du 6e régiment de cuirassiers. Nous trouvâmes ce cavalier étendu sur le sol; il avait reçu, une demi-heure avant notre arrivée, une ruade d'un cheval de main. Ce blessé accusait une violente contusion de toute la fesse droite, une douleur des plus vives dans les muscles fessiers dont l'irradiation s'étendait à l'abdomen et à l'épine iliaque antérieure et supérieure, une impossibilité absolue de remuer le membre pelvien engourdi et paralysé. Massage d'une demi-heure sur le terrain de l'accident; le soir, même opération supportée avec beaucoup de peine par ce malade; traitement analogue dans les trois jours suivants. A cette date, ce militaire remue déjà le membre sans trop de souffrance; la teinte noirâtre de toutes ces régions prend une couleur jaune pâle, et ce cuirassier fait quelques pas dans l'infirmerie. Le massage se continue encore pendant cinq journées, mais avec une seule séance, et le treizième jour après son accident, cet homme remontait à cheval sans gêne ni roideur dans les parties contuses.

Obs. II. — Le sapeur Daniel, de la 11e compagnie du 2e du génie, en jouant aux quilles avec ses camarades dans un jardin d'un des faubourgs d'Arras, reçoit la boule sur la face interne et à la partie moyenne de la jambe gauche. Aussitôt après l'accident, se déclare une forte douleur à l'endroit atteint, puis se montre un engorgement considérable de la partie interne de cette région. A la place où le coup a porté se dessine un cercle noir, empreinte exacte du corps étranger dont l'action s'est fait sentir sur ces parties. Impossibilité de marcher; douleur très-prononcée sur la face antérieure et interne de tout le membre. Après nous être assuré de l'absence de toute fracture, nous pratiquons, le 18 juillet 1864, un premier massage de trois quarts d'heure de durée, et l'opération s'étend de la racine des orteils jusqu'au milieu de la cuisse. Très-douloureuse au début, cette malaxation devient bientôt indolente, et une fois terminée, ce malade est tout surpris de pouvoir s'appuyer sur le pied. Le massage est continué jusqu'au 24; ce jour-là, comme nous percevons sous la peau une fluctuation manifeste, nous donnons aussitôt issue avec la lancette à un liquide séro-sanguinolent mêlé de quelques caillots fibrineux échappés à l'action puissante de l'absorption; la petite plaie est recouverte d'un morceau de diachylon, et le membre entier maintenu par un bandage peu serré. Pendant deux jours, nous faisons chaque matin sortir de la ponction un liquide roussâtre; bientôt la plaie se cicatrise, et le malade reprend son service le 26 juillet, car toute trace d'ecchymose et d'épanchement avait disparu.

Dans ces deux observations, dont il me serait facile d'augmenter le nombre et de multiplier les exemples, le massage agit uniquement comme moyen thérapeutique; dans les suivantes, il vient en aide au diagnostic en permettant de l'établir d'une manière certaine, et ajoute à son utilité pratique un contrôle nouveau.

Obs. III. — Willig, maréchal des logis chef au 6e régiment de cuirassiers, le 26 juillet tombe avec son cheval, la jambe gauche complétement engagée sous les flancs de l'animal. Immédiatement après la chute survient une impossibilité absolue de remuer le membre, d'où la nécessité de transporter ce blessé en voiture du champ de manœuvre où avait eu lieu l'accident jusqu'à l'infirmerie du corps. Là s'était rendu en toute hâte M. le docteur Hattute, médecin-major du 84e de ligne, provisoirement chargé du service de la cavalerie. Ce collègue constate un épanchement énorme de toute la jambe gauche s'étendant des orteils au genou; le malade accuse des douleurs très-vives dans tout le membre, et surtout le long de la face externe de cet organe, ce qui fait soupçonner une fracture du tibia à sa partie moyenne ou au moins du péroné à son cinquième inférieur, diagnostic rendu complétement impossible par la tuméfaction du membre dont le volume est presque doublé. Ce confrère, se rappelant son succès, entreprend alors un massage de tout le membre, et en moins d'une demi-heure parvient à réduire de moitié le gonflement de la partie. Alors il peut seulement se rendre compte de la lésion, s'assurer de l'absence de toute espèce de brisure, et se convaincre dans l'idée qu'il n'a sous les yeux qu'une contusion très-étendue.

Dès le lendemain matin, la jambe avait repris en partie son volume, et le massage se continue encore pendant trois quarts d'heure; de l'accident il reste à la partie moyenne et externe de la jambe de la chaleur et un peu de rougeur. Sur ses instances, ce sous-officier est transporté à l'hôpital, où nous remplacions alors M. le docteur Petitgand. Nous continuons le traitement si heureusement commencé, mais à cause de l'état érysipélateux des parties lésées, pendant quarante-huit heures nous entourons la jambe d'un tube de drainage (1) destiné à obtenir une irrigation continue, et jusqu'à la date du 31 juillet, nous poursuivons les séances de massage, à chaque fois pendant dix minutes. A ce moment la rougeur a disparu, il ne reste plus qu'une teinte bleuâtre sur tout le membre, dont la décoloration s'opère chaque jour, et se trouve bientôt remplacée par la couleur normale. Le 1er août, le malade remue parfaitement la jambe, et n'accuse plus qu'une douleur assez supportable en regard de l'articulation tibio-tarsienne; on se contente d'un simple bandage roulé pour maintenir le membre. Ce sous-officier

(1) *Gazette médicale*, année 1863, p. 108.
(2) Estradère; Paris, 1863, p. 149.

(1) Nous nous réservons de publier sous peu un mémoire sur l'emploi des tubes de drainage pour pratiquer l'irrigation continue.

---

cinq séances, dont plusieurs ont offert des intéressantes communications. Le professeur Roser a débuté par des considérations *sur l'opération de l'empyème*. On reproche, dit l'orateur, trois choses à cette opération : la pénétration de l'air, la tendance à la reproduction de l'exsudation et la gêne apportée à l'expansion pulmonaire qui est incomplète ou nulle. M. Roser réfute ces objections. Il injecte de l'air à l'aide d'une sonde élastique introduite dans le trajet fistuleux, et favorise ainsi l'expulsion des matières exsudées. Cette opération a toujours été suivie d'une diminution d'étendue de la cavité suppurante et, dans ce travail, l'expansion pulmonaire joue un rôle plus grand qu'on ne se l'imagine. L'introduction d'une sonde à travers les fistules de l'empyème se fait tout aussi bien que pour les abcès ordinaires, et hâte la guérison en provoquant d'une manière continue l'évacuation du pus. Comme l'ouverture naturelle de l'empyème se fait le plus souvent dans le voisinage du sternum, M. Roser conseille d'enfoncer le trois-quart dans les espaces intercostaux antérieurs, non loin de la région du cœur. L'orateur cite deux cas de guérison obtenue par cette méthode. Dans un troisième cas, pour un empyème qui durait depuis huit ans et qui était situé entre le poumon droit et le foie, M. Roser a pratiqué la resection d'une côte et obtenu une complète guérison, quoique avec une rétraction considérable du thorax. Quand l'empyème est postérieur et enkysté, le succès est moins certain. Chez un de ses malades, un abcès s'était formé dans la région du foie et le pus s'était écoulé dans la cavité pleurale. L'opérateur ouvrit cette dernière en incisant le muscle grand dorsal; il recommande, de plus, suivant qu'on le juge nécessaire, la resection d'une côte. M. Roser a vu de ces empyèmes postérieurs guérir par la simple introduction journalière de la sonde.

On objecte à M. Roser que la ponction dans le voisinage du cœur peut offrir des dangers.

M. Wernher se range à l'opinion qui regarde l'empyème comme un abcès ordinaire, et rappelle que déjà Dieffenbach proposait d'inciser largement; il demande pourquoi M. Roser ne laisse pas la sonde à demeure, et préfère la perforation de la côte à sa resection. M. Roser craint les effets d'une sonde à demeure si elle est trop longue, et dit qu'il est difficile de la fixer quand elle est trop courte. M. Wernher ne redoute pas l'entrée de l'air; il croit que c'est le retrait du thorax et non l'expansion pulmonaire qui contribue à la guérison. Contrairement à l'opinion du professeur Wernher, le docteur Standl regarde la resection de la côte comme plus facile et moins dangereuse que sa perforation.

Le docteur Isidore Glück (de Kaschau), rapporte qu'il a extirpé sur une fille de 16 ans deux seins du poids de 21 livres 3/4. Jusqu'à cet âge les seins étaient restés sans se développer. Dans l'espace de dix mois ils atteignirent des dimensions colossales, au point de tirer le corps en avant. La tumeur du côté gauche, qui était la plus volumineuse et qui pendait jusqu'à l'ombilic, fut extirpée la première; elle pesait 11 livres et demie; la guérison eut lieu dans quarante-cinq jours. Deux mois après on procéda à l'ablation du second sein qui pesait 10 livres un

se promène alors pendant une grande partie de la journée, tout en continuant à faire lui-même soir et matin des frictions sur les endroits atteints. A cette époque apparaît sur le cou-de-pied une éruption de pustules d'ecthyma qui retient ce blessé à l'hôpital jusqu'au 8 août, jour où il reprend ses séances d'équitation.

Dans ce cas, il est évident que le massage a agi comme traitement rapide, et a servi à fixer de suite le médecin sur l'absence de toute fracture, en permettant une exploration complète des surfaces osseuses dérobées à toutes les recherches par un gonflement prodigieux dissipé en partie après la première séance.

Obs. IV. — Le nommé Galleton, jeune soldat, ayant quitté son lit, dans la nuit du 11 avril, encore endormi et avec l'intention d'aller uriner dans la cour, passe par la fenêtre de la chambrée, et se précipite sur le pavé d'une hauteur de 4 mètres. Dans la chute se produit une entorse radio-carpienne (poignet gauche) constatée par M. le docteur Longet, qui croit en outre à une fracture du radius à cause d'une crépitation sensible à la partie externe et inférieure du bras. Ce médecin se contente pour le moment d'entourer le membre de compresses imbibées d'eau blanche, et fait entrer le blessé à l'infirmerie du corps. A la visite du 12, je constate une ecchymose très-marquée de tout l'avant-bras; la tuméfaction s'étend des phalanges jusqu'au coude, et s'accompagne d'un craquement très-prononcé dans la gaîne des fléchisseurs superficiels, avec une douleur fixe accusée à quelques millimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du radius. Galleton ne peut laisser toucher le membre sans pousser aussitôt des cris, les moindres mouvements provoquent des gémissements et des plaintes; la flexion de l'articulation radio-carpienne est impossible, ainsi que son extension. Nous posons le bras sur un drap d'alaise, et, au grand étonnement du malade et du médecin qui lui avait donné les premiers soins, nous procédons à un massage de trois quarts d'heure de durée. Alors seulement le gonflement ayant en partie disparu, nous pouvons affirmer que la crépitation siége dans la gaîne des fléchisseurs à l'exclusion de toute fracture, et au lieu d'un appareil, nous laissons le membre sur le drap d'alaise au contact de l'air. Dès ce moment, l'épanchement articulaire ayant beaucoup diminué, Galleton, tout surpris, remue le bras sans douleur, et exécute presque sans souffrance des mouvements de flexion et d'extension. Dans la journée même, nous faisons trois séances de massage, et à la troisième le membre a repris complétement son volume normal. Nous renvoyons ce sapeur le 17, et il fait son service le jour même.

Grâce au massage, nous avons pu ici, après une seule séance de son emploi, poser immédiatement un diagnostic complet, rendu assez difficile par la coïncidence de la crépitation tendineuse accusée en regard d'un endroit douloureux et à une hauteur où les fractures du radius sont très-communes. Grâce aussi à cet agent thérapeutique, une lésion qui, avec les moyens ordinaires, eût demandé un mois de traitement, s'est dissipée entièrement en quelques séances.

Obs. V. — Bizet, sapeur au 2e du génie, en cherchant à sortir de la citadelle, tombe le 2 juillet 1864 d'une hauteur de 8 mètres dans un fossé. Immédiatement après sa chute, ce militaire ressent dans l'articulation tibio-tarsienne du pied gauche une assez vive douleur, et la jambe dans l'espace d'une demi-heure avait acquis un volume énorme. Quelque temps après l'accident, vers deux heures du matin, l'aide-major du corps, M. le docteur Longet, constate une entorse très-grave du pied gauche et un vaste épanchement sanguin sur la face externe et la face postérieure du membre inférieur. Massage d'une demi-heure de durée, au bout de ce temps le pied avait perdu de son volume, la jambe était diminuée de plus d'un tiers; le blessé est porté à l'hôpital, et dès le matin même, nous faisons pratiquer par un élève et sous nos yeux une seconde malaxation. Notre but étant de chercher s'il n'y avait pas de fracture, nous nous livrons à de nombreuses explorations, sans pouvoir constater aucune solution de continuité. Jusqu'au 7 se poursuit un massage quotidien; le membre a repris son volume normal; nous faisons exécuter des mouvements à l'articulation tibio-tarsienne débarrassée de tout gonflement; c'est alors seulement qu'en promenant les doigts sur la face externe et inférieure du péroné, nous constatons au cinquième inférieur une fracture très-oblique sans déplacement, jusque-là méconnue à cause d'un peu d'œdème de la partie sus-malléolaire externe. Nous faisons appliquer aussitôt un bandage solidifié avec une solution de gomme arabique; l'articulation du cou-de-pied, dégagée à dessein de compression, permet de surveiller l'entorse, et laisse libre de tout mouvement la région articulaire. Au bout de vingt jours, Bizet se promenait appuyé sur une béquille, et le 8 août il sortait guéri, avec une jambe amaigrie par le bandage et un mollet réduit à sa plus simple expression, résultat de la fonte du tissu cellulaire.

Si chez le malade de cette observation le massage eût été pratiqué plus rigoureusement, et si les séances eussent été prolongées plus longtemps, il n'eût pas fallu attendre cinq jours pour poser le diagnostic de la fracture, que dérobait pendant ce laps de temps à l'attention du chirurgien la tuméfaction sus-malléolaire.

En signalant cette espèce d'insuccès, nous avons eu pour but dans des cas analogues d'engager le praticien à poursuivre le massage jusqu'au moment où l'articulation lésée a repris son volume normal, sans s'inquiéter en rien de la longueur de l'opération.

L'action du massage dans les ecchymoses et les contusions peut se résumer en deux mots : rapidité et simplification du traitement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur les coxalgies, par M. le docteur Gaillard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

Mon cher directeur,

Lorsque j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie mon mémoire sur les coxalgies, vous avez bien voulu me demander quelques explications. Permettez-moi de vous les adresser; elles sont d'ailleurs fondées sur les principes que vous avez si souvent développés.

La lésion locale est toujours précédée d'un état diathésique d'une modification générale de l'organisme, appréciable par des symptômes propres. Tant que le malade est sous cette influence une cause légère, un coup, une entorse, un refroidissement, peuvent déterminer la formation d'une lésion locale qu'on rapporte toujours au dernier accident sans tenir assez compte de l'état préexistant.

La coxalgie scrofuleuse est une manifestation de cette diathèse, hélas! bien connue des médecins par son lymphatisme, ses glandes, sa chronicité. Nous nous faisons de la diathèse scrofuleuse l'idée suivante : c'est une modification profonde, générale, persistante, commune aux liquides et aux solides; c'est une dégradation de l'or-

quart; la plaie était guérie au bout de quarante-quatre jours. Rokitansky regarde cette affection comme un cystosarcome de la mamelle M. Wernher cite un cas semblable; l'une des deux tumeurs pesant 30 livres est conservée au musée d'anatomie de Giessen.

La séance est terminée par la présentation d'un appareil pour les fractures du col du fémur et d'un nouveau porte-aiguille, par M. Koenigsfeld, et par celle d'un appareil pour les fractures de la jambe, par le professeur Adelmann.

La seconde séance a été en grande partie consacrée à des relations de plaies d'armes à feu, et aux opérations pratiquées par les chirurgiens allemands dans la récente campagne du Danemark.

Le professeur Busch a cité ensuite un cas d'hypertrophie congénitale du pied; ce dernier pesait 7 livres et demie. Un cas analogue est rapporté par le docteur Passavant sur un enfant de 2 ans. Ici le chirurgien a pu conserver le membre en se bornant à enlever les ligaments hypertrophiés, et en employant une compression méthodique.

Dans la troisième séance, le professeur Weber (de Halle) a traité de l'action de l'eau dans le traitement des plaies. L'eau n'est pas inactive comme on le suppose; elle irrite les plaies, comme elle produit un catarrhe quand on l'applique sur la muqueuse nasale. Il vaut mieux employer le lait, un liquide mucilagineux, ou mieux encore une solution de sel à un degré déterminé de concentration. L'orateur dit qu'il emploie avec succès ces bains d'eau salée dans le traitement des chancres, dans les ulcères du pied, et que, dans deux cas de thoracentèse il s'est bien trouvé du séjour des opérés dans l'eau salée; à chaque expiration on voyait un pus épais sortir de la plaie, tandis que les mouvements inspiratoires faisaient entrer le liquide dans la cavité pleurale; les deux cas guérirent.

Suivent plusieurs communications sur la réduction des luxations du bras. Puis le professeur Bardeleben rapporte un cas de blessure où la pointe d'un couteau était restée enfoncée dans le crâne. Il introduisit un ciseau de chaque côté de la lame, pour élargir l'ouverture, puis arracha le fragment à l'aide de tenailles; un flot de pus jaillit aussitôt, les symptômes d'encéphalite diminuèrent, dès ce moment, d'intensité et le blessé guérit.

Le professeur Textor met sous les yeux de l'assemblée une exostose volumineuse de l'os frontal enlevée à une fille; l'opérée guérit.

Dans la quatrième séance on a entendu une communication du docteur Benno Schmidt sur le broiement spontané d'un calcul vésical, et un autre du docteur Horn sur la perforation de la trachée à l'aide d'un nouvel instrument, le perforateur du docteur Rolfs. A ce sujet, le professeur Robert rapporte que sur 21 cas de trachéotomie qu'il a opérés pour le croup, 13 guérirent.

Le docteur Klein montre et décrit le nouveau trachéotome du professeur Bruns.

La dernière séance a été courte. Après une communication du docteur Rosenthal sur l'étiologie de la méningite, le docteur Heine a démontré une série de préparations intéressantes de plaies des os par

ganisme animal vers le végétal. Le remède spécial de cette diathèse, c'est l'*insolation* très-prolongée.

Les coxalgies rhumatiques tiennent aussi leur nom du principe auquel on les attribue, cause inconnue dans son essence qui agit *à la manière* d'une substance mobile dans l'économie, affluant tantôt dans un point, tantôt dans un autre, ayant une affinité élective pour les tissus fibreux articulaires et aussi pour le tissu fibreux des gaines nerveuses; ce qui a valu à cette affection le nom bien mérité de rhumatisme nerveux. Dans nos coxalgies, ces deux lésions sont ordinairement simultanées.

Les mobilisations, redressements, massages, appliqués au début de la maladie, ont pour effet d'assouplir, d'étendre, de faire vivre, se nourrir et fonctionner des organes qui étaient engourdis et atrophiés.

Si ce n'eût été nous écarter de notre objet très-limité, nous aurions emprunté au grand rapport de M. Jules Guérin, p. 135, la description des symptômes et du traitement par les frictions stibiées, les pilules d'opium et les purgatifs répétés.

Dans la seconde période, les redressements combattent avec succès les difformités diverses qui résultent des rétractions. Tels sont les principes que nous avons appliqués à l'étude des coxalgies.

Chemosis subinflammatoire traité avec succès par l'excision; par M. Sirus-Pirondi, professeur à l'École de médecine, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

L'inflammation de la conjonctive offre en général peu de gravité, sauf pourtant les cas dans lesquels cette inflammation se trouve sous la dépendance d'un état diathésique ou sous la domination plus grave encore d'une cause virulente.

Toutefois la conjonctivite, toute simple qu'elle paraisse à son début, peut affecter certaines terminaisons qui compliquent singulièrement la maladie elle-même : le chémosis confirmé doit être compté parmi ces complications.

On sait que le nom de chémosis est donné à cette altération qui consiste en un boursouflement de la conjonctive constitué par un lacis abondant de vaisseaux sanguins, et par une couche de matière plastique déposée dans les mailles de cette conjonctive et du tissu cellulaire sous-jacent. Le chémosis, soit dit en passant, a été considéré à tort comme formant le troisième degré de la conjonctivite.

On a admis depuis longtemps un chémosis inflammatoire et un chémosis séreux; dans l'un comme dans l'autre, l'anatomie pathologique montrant les mêmes éléments à cette différence près de la prédominance de l'élément plastique ou sous-muqueux sur l'injection vasculaire ou de celle-ci sur la sécrétion plastique. Or il est bon de faire observer que le chémosis séreux, ce prétendu troisième degré de l'inflammation, peut se présenter dès le début de la conjonctivite dans un délai excessivement court, et alors même que la marche de la maladie semblait devoir en restreindre les symptômes à ceux communément innocents du début.

Lorsque cette complication de la conjonctivite se présente, et elle n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer, il semblerait, au dire des auteurs classiques, qu'elle cède assez facilement au traitement antiphlogistique ordinairement employé et qui consiste en collyres astringents ou émollients et en révulsifs sur le tube intestinal. C'est à peine si l'on signale quelques scarifications comme pouvant être employées, mais sans en constater de grands succès. Quant à l'excision, moyen vanté par quelques oculistes, critiqué par d'autres, elle est fort peu mise en usage de nos jours.

Sous le double rapport de la marche rapide de la maladie et du résultat non moins rapidement heureux du traitement employé, nous pensons qu'on ne lira pas sans intérêt l'observation suivante :

Obs. — M. l'abbé X..., aumônier, attaché à un établissement religieux, âgé de 43 ans, doué d'une constitution robuste en apparence, mais un peu lymphatique en réalité, est fréquemment sujet à des névralgies épicrâniennes que l'on peut attribuer à des refroidissements subits auxquels il est souvent obligé de s'exposer par la nature de ses fonctions. Ces mêmes fonctions l'obligent non moins fréquemment à passer d'un endroit très-sombre à une vive lumière, et c'est à ces deux causes combinées que nous avons attribué l'apparition d'une conjonctivite double qui débuta à l'œil droit vers le milieu du mois de février.

Quelques pédiluves, des boissons adoucissantes, un purgatif léger et l'usage des lotions froides, diminuèrent d'abord cette conjonctivite qui, en quarante-huit heures, cessa complètement à l'œil gauche, et s'améliora sensiblement à l'œil droit. Mais l'amélioration de ce côté ne fut pas de longue durée, et, dans l'espace de trois jours, la cornée transparente s'est trouvée entourée d'un bourrelet complet, proéminent et assez dur, où l'élément vasculaire ne paraissait pas prédominer. L'altération, ne se limitant pas autour de la cornée, a, dans l'espace de vingt-quatre heures, envahi la muqueuse palpébrale; la paupière est devenue dure, œdématiée, et c'est avec peine qu'on pouvait la soulever et la dégager du globe oculaire.

Dès l'apparition du bourrelet péricornéal, deux applications de sangsues ont été successivement prescrites à la tempe et à la région mastoïdienne. Quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent ont été instillées quatre ou cinq fois par jour entre les paupières. On a insisté sur les purgatifs et sur un régime diététique convenable, sans aucune amélioration sensible. Le chémosis augmentait, l'œdème de la paupière aussi, et il était facile de prévoir le moment où tout soulèvement de celle-ci deviendrait impossible.

Nous nous sommes alors décidé à pratiquer quelques scarifications, et pendant deux jours de suite nous y avons eu recours en suivant une ligne courbe concentrique au cercle cornéen. De ces scarifications s'écoule fort peu de sang, un peu plus de sérosité, mais le résultat final est nul. L'altération locale progresse loin de rétrograder. Il devient urgent d'essayer un moyen plus efficace, et nous songeons à l'excision du bourrelet.

Pendant qu'un de nos élèves (M. Poucel) s'efforçait de maintenir les paupières écartées, nous avons, à l'aide de petites pinces à dents de rat et de petits ciseaux courbés sur le plat et coudés à la jointure, emporté une bonne partie du bourrelet oculaire sans toucher à la production anormale qui tapissait la paupière supérieure.

La douleur produite par cette opération a été assez vive, mais aucune réaction fébrile n'est survenue, et, de même qu'à la suite des scarifications, il s'est écoulé un peu de sang séreux. Mais, chose remarquable, dès le lendemain, non-seulement ce qui restait du bourrelet vers les deux angles de l'œil s'est affaissé, mais encore l'œdème palpébral a complétement disparu. et dans quelques jours, des lotions avec l'eau de guimauve jointes à l'usage interne de quelques verres d'eau de Pullna

---

armes à feu provenant de la dernière campagne de Schleswig-Holstein.

Section de gynécologie et d'accouchements. — Je n'ai à extraire des procès-verbaux de cette section qu'un petit nombre de faits.

Le professeur Dohrn a d'abord parlé de la *forme de la base du thorax chez les femmes enceintes.* L'ancienne opinion que la cavité abdominale s'agrandissait, pendant la grossesse, aux dépens de la cavité thoracique, n'est pas exacte, ainsi que l'ont fait voir les mesures spirométriques de Küchenmeister, et plus tard celles de Fabius et de Wintrich. La capacité thoracique ne diminue pas pendant la grossesse.

M. Dohrn a trouvé par de nombreuses mensurations que la base du thorax devient plus large, mais moins profonde.

Le même membre traite ensuite des changements de forme de la tête de l'enfant après la naissance. Les explications qu'il produit donnent lieu à une longue discussion.

Le docteur Ripps cite un cas d'*absence complète du vagin*, et probablement aussi de l'utérus sur une personne de 24 ans, du reste bien conformée, mais qui n'a jamais été réglée; puis il relate un cas d'abcès péritonéal qui s'ouvrit dans le vagin et donna issue, par ce canal, à une grande quantité de pus.

Dans une longue communication, le professeur Winckel recommande la position latérale dans l'emploi des instruments d'extraction. Le maniement des instruments n'est pas plus difficile que dans le décubitus dorsal.

Cette communication est suivie d'une longue discussion à laquelle prennent part un grand nombre de membres.

Le docteur Birnbaum (de Cologne) décrit un cas de tumeur à échinocoques multiloculaire accompagnant la grossesse. Lors de l'accouchement, on est obligé de ponctionner la tumeur. On se hâte d'extraire l'enfant à l'aide du forceps. Au bout de cinq jours, frissons, douleurs, écoulement purulent fétide mêlé de débris membraneux avec une quantité extraordinaire de vessies à échinocoques de dimension variable; cet écoulement a lieu par le vagin et par l'urètre; la malade guérit.

Le docteur Gusserow montre un nouveau métrotome anglais de Greenhalgh (de Londres), qui paraît être utile quand on veut obtenir une prompte dilatation de l'orifice utérin. Longue discussion sur l'opportunité de cet instrument.

Le professeur Spiegelberg parle des changements de longueur de la portion cervicale; cette longueur ne donne aucun signe certain sur la durée de la grossesse. La portion vaginale varie beaucoup chez les multipares, mais le canal cervical ne se raccourcit pas. Il n'en est pas de même chez les primipares, chez lesquelles la portion vaginale disparaît dans la plupart des cas. Huit membres prennent part à la discussion qui suit cette communication.

Les communications faites dans les deux dernières séances ont trait aux sujets suivants : abcès miliaires puerpéraux du cœur (présence de nombreux vibrions); papillome de la portion vaginale; *fœtus in fœtu*, par le professeur Rindfleisch; cas de vagin divisé et d'utérus double,

ont tellement amendé l'état des choses que la guérison a pu être considérée comme définitive.

Sans doute, il y aurait témérité, d'après un seul fait, à prescrire toujours l'excision dans le chémosis; mais une observation, quelque isolée qu'elle soit, porte avec elle son enseignement, et par cela même nous avons cru faire chose utile en publiant celle qui précède. (*Union médicale de la Provence.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

(Suite.)

Du liporocèle galactocèle dans ses analogies avec le sérum gras du sang et les urines chyleuses; par W. Thudichum.

A la suite d'une ponction d'hydrocèle faite par le docteur Fergusson, il sortit ub liquide laiteux. Ce liquide, avec une notice sur le malade, fut présenté à la Société de médecine de Londres par M. Mason. La Société en fit faire l'analyse :

	gr.
Albumine..............	8,475
Acide gras..............	1,630
Matières albuminoïdes....	0,570
Chlorure de sodium......	0,815
Phosphate de soude.....	0,696

Le liquide était laiteux et laissait un dépôt d'acide margarique, de phosphate de soude et de chlorure de sodium; il était très-albumineux, et à l'examen microscopique on le trouva rempli de granulations graisseuses, quelques-unes groupées en masses sphériques, mais ne ressemblant point aux globules graisseux du tissu adipeux ou aux globules du lait.

Le docteur Thudichum rapprocha de cette analyse une autre qu'il eut occasion de faire sur un malade sanguin qui, à la suite d'un grand repas, fut pris d'indigestion, et auquel il fit une saignée. Le sérum était rendu laiteux par une émulsion d'acides gras. L'auteur pense que dans ce cas le sérum est rendu laiteux parce que le chyle surabonde dans le sang.

Quant à ce qu'on appelle urines chyleuses, il leur attribue une origine analogue. Il rapproche des résultats que lui ont fournis les précédentes analyses, les nombreuses recherches qu'il a faites sur les urines chyleuses et qu'il a consignées dans son *Traité de pathologie des urines*, p. 240. Il a trouvé que l'urine était rendue chyleuse par une émulsion d'acides stéarique, oléique et margarique.

M. Thudichum attribue cette émulsion des acides gras au phosphate de soude qui se retrouve en excès dans les liquides laiteux du liporocèle, dans le sérum et les urines chyleuses. Et pour donner une preuve de plus de l'identité absolue de ces deux dernières espèces de produits morbides, il a mis d'un côté de l'urine chyleuse, de l'autre un mélange d'urine normale et de sérum chyleux. Ces deux produits étaient identiques en tous points, et ni l'analyse chimique ni l'observation microscopique ne pouvaient les faire distinguer.

Observation de tumeurs anévrismales de l'abdomen; par H. John Cockle.

Il est un symptôme qui, dans les anévrismes internes, attire quelquefois seul l'attention du médecin, et peut même suffire pour le mettre sur la voie du diagnostic, c'est la douleur violente, véritable névralgie traumatique qui est produite par le refoulement ou la compression des nerfs. Relativement aux anévrismes développés dans la cavité abdominale, on a signalé une douleur intense et intermittente, siégeant dans le dos et les lombes, et s'irradiant vers la partie antérieure de l'abdomen ou vers les cuisses. Voici quelques observations intéressantes rapportées par le docteur John Cockle, pour montrer l'importance de ce symptôme.

Obs. I. — L. B..., âgé de 34 ans, marinier, entre le 18 août 1863 au Royal Free Hospital. Cet homme n'a jamais fait d'excès alcooliques, et sauf la fièvre jaune qu'il a eue à la Jamaïque, sa santé a toujours été excellente, bien qu'il eût vécu longtemps sous les tropiques. Il y a quatorze mois, sans cause appréciable, il ressentit de la douleur à la base du thorax et dans le dos; un ou deux mois après il éprouva une sensation de battement qui alla toujours en croissant.

A son entrée à l'hôpital on constata une saillie de l'abdomen, peu proéminente, arrondie, juste au dessous de l'appendice xyphoïde. Cette saillie n'était le siége d'aucune impulsion et paraissait avoir le volume d'une tête d'enfant à terme. Elle se prolongeait à droite, au delà de la ligne médiane, dans une étendue de 2 pouces environ, tandis qu'à gauche elle atteignait les fausses côtes. Elle était lisse, modérément ferme, un peu douloureuse à la pression, et donnait à la main une impulsion synchrone avec la systole du cœur et le pouls radial. On ne percevait aucun frémissement (thrill). La partie gauche de la tumeur imprimait une forte secousse à l'oreille qui auscultait. Au niveau de la portion qui dépassait la ligne médiane à droite, on entendait un bruit de souffle superficiel, saccadé, rude, et coïncidant avec la systole cardiaque. Ce souffle augmentait d'intensité lorsque le malade était couché. Le cœur était normal, et il n'existait point de liquide dans la cavité péritonéale. L'urine avait la coloration naturelle et ne contenait pas d'albumine.

Les accès de douleurs étaient relativement légers pendant le jour, mais la nuit ils causaient une gêne extrême. Au bout de quelques instants de décubitus dorsal, le malade ressentait dans les lombes une douleur telle qu'il était forcé de s'asseoir dans son lit ou de marcher dans la salle. Par suite de ce changement de position, la douleur s'apaisait graduellement, mais le retour au décubitus dorsal ne tardait pas à la réveiller. De fortes doses d'opium diminuèrent l'intensité de la douleur et la fréquence des accès. (Ferrugineux, régime tonique; compresse d'eau froide sur la tumeur, bandelettes d'emplâtre de belladone.)

Le malade voyant son état s'améliorer un peu, voulut quitter l'hôpital; il rentra quatre mois après. Depuis quelque temps la position horizontale lui causait une douleur lombaire tellement violente qu'il était obligé, pour obtenir du soulagement, de passer la nuit assis sur une chaise ou de se coucher sur le ventre. Le traitement par l'opium ne

---

par le docteur Laaser; atrésie congénitale du duodénum, par le docteur Birnbaum (ce cas avait cela d'intéressant que l'enfant a vécu un mois); préparation montrant la cicatrice de l'utérus et des parois abdominales à la suite d'une opération césarienne faite depuis plusieurs années, par M. Fulda; organisation des établissements de maternité, par le docteur Stamm (l'auteur recommande, pour se garantir de la contagion de la fièvre puerpérale, la plus grande propreté des mains et des vêtements; il recommande aussi un bon système de ventilation, ou la fréquente ouverture des fenêtres; il a obtenu à Vienne les meilleurs résultats par la stricte observation de ces deux principes); présentation d'un bassin offrant plusieurs exostoses, par le docteur Birnbaum.

La dernière section dont il nous reste à parler, *celle de psychiatrie et de médecine légale*, n'a tenu que trois séances dont nous résumons les principaux travaux.

La plus grande partie de la première séance et la deuxième tout entière ont été consacrées à la *relation d'un voyage psychiatrique* fait en 1862 en Hollande, en Belgique et en France, par le docteur Snell (de Hildesheim).

Le docteur O. Müller (de Helmstadt) a traité de *l'emploi de la noix vomique dans le traitement des psychoses*. Il est admis que ce médicament agit d'abord sur le nerf sympathique, puis sur le système cérébro-spinal. L'orateur trouve cette opinion fondée. Il a observé que la noix vomique sous forme d'extrait, ou la strychnine, produit d'abord une augmentation d'activité du cœur et des vaisseaux, puis un accroissement du mouvement péristaltique qui va quelquefois jusqu'à produire la diarrhée. Le médicament s'est montré utile dans trois circonstances, d'abord dans toutes les psychoses commençantes qui représentent un affaiblissement des facultés intellectuelles, dans l'affection appelée *abulie* ou anesthésie du système moteur, puis dans l'anesthésie du système sensitif, dans ce qu'on appelle mélancolie passive; ici la noix vomique est associée au fer. L'orateur communique des observations qui se rattachent à ces deux formes et dans lesquelles on a obtenu la guérison. En troisième lieu, la noix vomique se recommande, non comme moyen de guérison, mais bien comme palliatif, pour ranimer la circulation et la nutrition dans les cas de paralysie progressive ou de *démence paralytique*, affection qui provient, suivant l'orateur, de l'épuisement de la vitalité du nerf sympathique et du système nerveux vaso-moteur. Le docteur O. Müller emploie l'extrait de noix vomique à la dose d'un sixième à un quart de gramme, deux fois par jour, d'une manière suivie. Quand on lui associe le fer, il ne faut pas donner de trop fortes doses de ce dernier médicament.

Le professeur Remak a parlé de *l'emploi du courant galvanique constant dans le traitement de certaines formes de psychoses*. Déjà en 1856, M. Remak a trouvé que dans l'hémiplégie par cause centrale, avec trouble de l'intelligence, le traitement par le courant constant non-seulement fait disparaître les phénomènes de paralysie, mais agit même quelquefois d'une manière favorable sur l'intelligence. L'orateur cite comme preuves une série de faits qui lui sont propres. L'observa-

réussit point comme la première fois; la tumeur, qui n'avait pas changé depuis quatre mois, prit un nouveau développement. Il y eut une recrudescence de douleurs qui se généralisèrent. Le pronostic devint donc très-grave.

Obs. II. — Un gentleman de 50 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, se plaignit, peu de temps avant sa mort, d'une douleur lombaire survenant aussitôt qu'il se couchait, et le forçant parfois de se lever. Il ne jugea pas à propos de consulter un médecin, croyant que sa douleur était rhumatismale. Un soir qu'il soupait chez un de ses amis, il ressentit subitement une douleur dans l'estomac et se trouva mal. L'ingestion d'un mélange d'eau-de-vie et d'eau lui rendit assez de forces pour regagner son habitation, et lorsque son ami le quitta, il paraissait assez bien rétabli; mais le matin suivant on le trouva mort dans son lit.

A l'autopsie on découvrit un anévrisme de l'aorte abdominale comprenant le tronc cœliaque. Cet anévrisme s'était rompu et avait produit un épanchement considérable de sang dans la cavité péritonéale. L'aorte, dans une grande étendue, et le tronc cœliaque, étaient le siége de concrétions athéromateuses et crétacées. Il n'y avait pas d'érosion des vertèbres.

Obs. III. — Elisabeth M..., âgée de 24 ans, fut admise à l'hôpital le 24 octobre pour une fistule à l'anus et diverses manifestations syphilitiques (syphilide squammeuse, plaques muqueuses à l'anus, ulcération de la langue, chute des cheveux, etc.). Un traitement mercuriel amena une amélioration notable dans l'état général de la malade.

Le 7 novembre la fistule fut opérée, et le 25 du même mois elle était complétement guérie.

Vers cette époque la malade commença à se plaindre d'une douleur très-vive siégeant dans le dos et les lombes, et se propageant vers la partie antérieure des cuisses. Cette douleur, coïncidant avec l'époque menstruelle, fut naturellement rapportée à quelque trouble fonctionnel de l'utérus, et l'on prescrivit alors un bain de siége et de l'aloès. Deux jours après les règles parurent et furent aussi abondantes que de coutume; comme la douleur persistait toujours, on eut recours à un purgatif énergique qui la fit cesser.

Le 28, l'appétit est meilleur et la douleur n'est pas revenue. La malade ne peut se lever tant sa faiblesse est grande. (Fer, quinquina, régime substantiel.) Ce traitement amena une amélioration notable qui continua le mois suivant; la malade put se promener dans les salles et même descendre au jardin.

Le 29 décembre, la douleur du dos et des lombes redevint aussi intense.

A partir de ce jour la malade fut incapable de garder la position verticale; son corps était fortement infléchi. L'examen des viscères abdominaux fait à plusieurs reprises avec un très-grand soin ne révéla rien de particulier. Les urines ne contenaient ni albumine ni autre substance, et les intestins fonctionnaient très-régulièrement; seulement toute pression exercée à gauche dans la région lombaire provoquait une forte douleur; on ne sentait aucune impulsion en ce point, et à l'auscultation on n'entendait aucun bruit anormal. La colonne vertébrale n'était le siége d'aucune douleur, et ni la sensibilité ni la motilité des membres inférieurs n'étaient altérées.

Le 6 janvier amaigrissement très-prononcé. Dans la matinée, la malade éprouva la sensation de quelque chose qui se rompait à l'intérieur, et presque aussitôt après elle rendit par l'anus plus d'une pinte de sang. (Préparation de plomb et opium. Arrêt de l'hémorrhagie.)

La malade resta dans une grande prostration jusqu'au 15; elle fit quelque effort pour sortir de son lit, mais elle s'affaissa tout à coup.

Autopsie trente heures après la mort. On trouva environ 3 livres de sang coagulé dans la cavité péritonéale, au-dessous du foie et dans le petit bassin. L'iléon, à sa partie moyenne, adhérait à une tumeur. Cette tumeur était située entre la masse intestinale et la colonne rachidienne, et prédominait du côté gauche; elle correspondait à la deuxième vertèbre lombaire qui ne présentait aucune érosion; un tissu fibreux dense la fixait au rachis et au muscle carré des lombes; l'artère mésentérique inférieure aboutissait à sa partie inférieure, tandis que sa face antérieure et sa partie supérieure étaient recouvertes par les intestins; après avoir disséqué sa face postérieure on découvrit l'aorte et la veine cave qui étaient immédiatement en arrière et à droite. L'aorte fut incisée dans toute son étendue, et l'on vit alors l'orifice de la mésentérique inférieure agrandi et irrégulier. La dissection de cette dernière artère permit de constater, tout près de son origine, l'existence d'une poche anévrismale de la grosseur d'un œuf de poule et presque complétement remplie de caillots décolorés et stratifiés. Un stylet introduit dans la poche anévrismale pénétra facilement jusqu'à la tunique musculeuse de l'intestin, que le sang avait disséquée dans une assez grande étendue. La membrane muqueuse seule séparait le canal intestinal de la cavité de l'anévrisme; à ce niveau on apercevait une petite cicatrice par où la première hémorrhagie s'était probablement faite. Les intestins n'étaient le siége ni d'injection ni d'ulcération. Les parois de l'aorte n'étaient point altérées. A part quelques tubercules disséminées au sommet de chaque poumon, tous les viscères parurent en bon état.

Dans cette dernière observation, la douleur vive des lombes et des cuisses fut pour ainsi dire le seul symptôme important jusqu'au jour où se déclara l'hémorrhagie intestinale; l'exploration de l'abdomen faite avec soin ne permit à aucun moment de rien constater d'anormal. La douleur dans ce cas était évidemment due à la pression des nerfs lombaires par le sac anévrismal (névralgie lombo-abdominale symptomatique). Mais ce qu'il y a d'intéressant ici, ce n'est pas seulement l'extrême difficulté du diagnostic, c'est encore la nature même de la tumeur. Les anévrismes des artères mésentériques, en effet, sont loin d'être communs.

On peut rapprocher de ce fait l'intéressante observation d'anévrisme de la mésentérique supérieure, publiée par M. Chauffard dans *l'Union médicale* de cette année (6 mai). Dans l'un comme dans l'autre cas, l'anévrisme donna lieu à des hémorrhagies intestinales abondantes.

Aug. Ollivier.

La suite au prochain numéro.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

INFLUENCE DE QUELQUES PLANTES AROMATIQUES SUR LES VERS A SOIE.

M. Bernard présente au nom de M. Ern. Faivre une note dans laquelle il a porté d'abord sur des paralysies unilatérales de la face avec lésion de la sensibilité et de la mémoire au point de ne pouvoir exécuter même des travaux manuels ordinaires. Ces symptômes ont fait penser qu'il s'agissait ici d'un trouble dans la circulation à la base des lobes antérieurs du cerveau, provoqué par les nerfs vaso-moteurs. L'orateur croit que les circonvolutions cérébrales de la base sont particulièrement le siége des fonctions psychiques dont il s'agit, et pense qu'il faut faire cesser, par le courant constant, l'irritation qui affecte la partie correspondante du sympathique : les résultats obtenus semblent montrer l'utilité de cette méthode.

Enfin le docteur Snell a rendu compte d'une colonie agricole établie près d'Hildesheim en faveur des aliénés. Quarante malades y sont employés aux travaux des champs. Jusqu'à présent, l'expérience parle en faveur de ce nouvel essai fait en Allemagne.

A. Lereboullet.

— Pastilles de Vichy. — Une question importante et entièrement nouvelle, vient de se présenter devant la justice, et de jeter le trouble dans les commerces si calmes de l'épicerie et de la confiserie. Jusqu'ici les épiciers et les confiseurs avaient débité sans la moindre opposition des pastilles de Vichy; mais voici que l'École de pharmacie intervient tout à coup, déclare que ces pastilles, dont le base est le bicarbonate de soude, sont un médicament que leur débit par d'autres que par des pharmaciens n'a été jusqu'à ce jour qu'une tolérance de sa part, et qu'elle entend faire juger cette question de principe.

Les épiciers et confiseurs répondent : « Mais l'eau de Vichy aussi est un médicament; le même, et si bien le même, que le bicarbonate de soude n'est autre chose que le sel que dépose cette eau soumise à l'évaporation; or, comment expliquer le décret impérial autorisant la Société fermière des eaux de Vichy, qui n'a pas de diplôme de pharmacien, à vendre, sous le contrôle d'agents du gouvernement non-seulement de l'eau de Vichy, mais encore ces mêmes pastilles qu'on veut empêcher tout individu qui n'est pas pharmacien de vendre? »

Bien mieux, cette question a été résolue par le tribunal de Cusset, contre des pharmaciens de Vichy, en faveur d'un confiseur qu'ils poursuivaient, comme l'École de pharmacie poursuit aujourd'hui.

En résumé, ou la pastille de Vichy n'est pas un médicament, ou le décret impérial autorise une société commerciale à commettre un délit en lui donnant le droit de vendre un médicament.

Telle est l'impasse.

Le tribunal, sans s'occuper du décret, a déclaré purement et simplement que la pastille de Vichy était un médicament, et a condamné les prévenus pour exercice illégal de la pharmacie. Jules Moinaux. (*Le Journal illustré.*)

il expose en ces termes les résultats des recherches qu'il a faites sur l'influence qu'exercent sur les vers à soie à divers états les émanations odorantes de quelques espèces végétales.

Ayant choisi quatre plantes, l'absinthe, la balsamite, la tanaisie, le fenouil, nous commençâmes, dit-il, à en étudier l'action sur des vers à soie sains et malades que nous avions à notre disposition.

Les feuilles des plantes furent déposées au fond de quatre boîtes et recouvertes de diaphragmes percés, à la surface desquels étaient placés les vers. Ainsi séparés des plantes qu'ils ne pouvaient atteindre, les vers n'en pouvaient être affectés que par les émanations odorantes; les boîtes furent closes, chacune renfermant deux vers sains et deux vers malades, arrivés alors aux premiers jours du cinquième âge.

Les animaux soumis à l'action de l'absinthe ont été pris d'une vive excitation, ils cherchaient à fuir, en proie par instants à de véritables mouvements convulsifs; la défécation a été presque immédiate, abondante, répétée; les battements du vaisseau dorsal se sont notablement accélérés. En cinq heures, l'un des vers est mort; un ver malade, atteint de gâtine intense, n'a pas résisté plus d'une heure.

Le fenouil a produit les mêmes effets sur le système nerveux, et des effets plus marqués sur les sécrétions; en moins de quarante heures, les deux vers sains ont filé leurs cocons après avoir rejeté une abondante matière gommeuse; les vers malades ont succombé.

La balsamite a agi plus énergiquement que les substances précédentes, elle a tué rapidement les vers malades et activé la déjection de la soie chez les vers sains. L'un d'eux mis en expérience à midi avait déjà filé son cocon à huit heures du soir.

La tanaisie est moins active, elle donne lieu cependant, comme les substances précédentes, à une excitation marquée; c'est au contact de cette plante que nous avons pu déterminer pour la première fois, chez un ver malade, la déjection de la soie et la production d'un cocon.

Les feuilles d'absinthe ont produit le même effet dans un cas où la quantité employée avait été peu considérable.

Tels ont été nos premiers essais : ils témoignent de l'influence énergique des émanations odorantes, de l'absorption possible de ces émanations par les téguments des vers, de l'action exercée sur le système nerveux et les sécrétions, et en particulier sur celle de la soie.

L'intensité des effets varie avec la quantité de feuilles employées, la nature des espèces végétales, les conditions d'expérimentation; elle est d'autant plus marquée que les vers sont plus gravement atteints par la maladie. Au contact direct d'un mélange de feuilles odorantes et de feuilles de mûrier, les vers peuvent continuer quelque temps à manger les feuilles de mûrier; ils s'éloignent au contraire des feuilles aromatiques, auxquelles ils ne touchent jamais. (Commission des vers à soie.)

PROCÉDÉ DESTINÉ A PRÉVENIR LE TRAVAIL SUPPURATIF APRÈS L'OPÉRATION DE CERTAINES TUMEURS.

M. Velpeau présente, au nom de M. J. E. Pétrequin, une note sur un procédé destiné à prévenir le travail suppuratif après l'opération de certaines tumeurs, de manière à provoquer la réunion primitive de la plaie.

Il n'est pas de chirurgien, dit M. Pétrequin, qui ne se soit, à juste titre, préoccupé des inconvénients plus ou moins fâcheux que peut présenter l'ablation de certaines tumeurs dans des régions apparentes et mobiles, comme la face et le cou : la réunion immédiate, qui en général permettrait le mieux de les éviter, n'est pas toujours réalisable à l'aide de nos procédés ordinaires, et l'on a bien souvent à regretter que les opérations laissent alors des traces par trop apparentes, des cicatrices disgracieuses ou des infirmités indélébiles.

Dans un cas particulier dont je donne ici l'observation, j'ai eu recours à un moyen qui a réussi à prévenir toute suppuration après l'ablation d'une tumeur déjà ramollie du cou, en sorte que la plaie a pu être cicatrisée par première intention. Je donne l'observation dans la note que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie avec les considérations que le fait m'a suggérées.

On s'est beaucoup occupé, en chirurgie, de l'application de l'iode dans les ulcères et les plaies suppurantes, etc. Les belles expériences de M. Duroy touchant l'action de l'iode sur le pus et la suppuration sont venues jeter un jour nouveau sur la théorie de ces pratiques. On s'accorde aujourd'hui sur la propriété spéciale que possède ce précieux médicament de tarir ou du moins de modifier les sécrétions purulentes. (voy. Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 5e édit., t. I, p. 249.) Mais dans les cas dont il s'agit il y avait mieux à faire, on avait un autre but à atteindre : il fallait empêcher toute suppuration. Je me fondai, à cet égard, sur les considérations suivantes. J'ai maintes et maintes fois observé, comme M. Velpeau, que dans l'hydrocèle, par exemple, « la teinture d'iode expose moins que le vin à l'inflammation purulente. » On peut même aller plus loin et affirmer que, si l'on opère avec les précautions et les formules voulues, on évitera presque à coup sûr cet accident; pour mon compte, je n'ai pas eu à les déplorer. J'ajouterai que les diverses injections iodées que j'ai eu occasion de faire dans le parenchyme même des organes, dans les glandes, le corps thyroïde et différentes cavités, n'ont point été suivies d'un travail suppuratif; elles ont au contraire mis en relief les propriétés résolutives et fondantes de l'iode, considéré comme préventif de l'inflammation; je suis parti de là pour instituer la médication prophylactique de la suppuration, dont j'ai constaté les heureux effets sur mon opéré. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau et Cloquet.)

— M. Velpeau, au nom de la commission nommée dans la séance précédente pour l'examen des expériences d'électro-thérapie de M. Remak, demande l'adjonction d'un physicien.

M. Edm. Becquerel est adjoint à la commission.

M. Flourens remarque à cette occasion que M. Remak qui, comme étranger, est excusable de ne pas bien connaître les usages de l'Académie, sera informé que la courte note qu'il a déposée dans la précédente séance est insuffisante pour servir de base à un rapport. La commission attendra pour procéder à son examen la présentation d'un mémoire dans lequel sera exposée avec tous les détails nécessaires la méthode de traitement sur laquelle elle est appelée à se prononcer.

— M. Poccioli, qui a présenté dans la précédente séance une note sur les résultats obtenus d'un traitement électro-médical particulier, prie l'Académie de l'autoriser à répéter ses expériences en présence des commissaires qui lui ont été désignés. (Renvoi à la commission nommée.)

SUR L'ACTION COMPARÉE DE LA MORPHINE ET DE LA CODÉINE.

M. Bernard présente au nom de M. Berthé la note suivante sur l'action comparée de la morphine et de la codéine.

Nous nous sommes livrés, il y a longtemps déjà, avec le savant et regrettable docteur Aran, à des recherches sur plusieurs principes immédiats des végétaux. L'opium et ses alcaloïdes ont été les premiers compris dans les séries d'expériences que nous avions entreprises, et que la mort du docteur Aran est seule venue interrompre.

Après nous être convaincus que l'opium ne possède de propriétés thérapeutiques que par les alcaloïdes qu'il contient, nous avons comparé deux de ses principaux alcalis, la morphine et la codéine.

Les conclusions des expériences que nous avions entreprises se déduisent si logiquement des effets physiologiques constatés sur les animaux par M. Cl. Bernard (1), que j'ai cru utile de les communiquer à l'Académie, afin de les rapprocher autant que possible de l'appel adressé aux expérimentateurs par le savant physiologiste.

Ne voulant pas abuser de la bienveillance de l'Académie, j'extrais seulement de ce travail quelques conclusions qui, se rapportant absolument à ce sujet, démontrent la justesse de l'assertion qui précède.

Nous n'avons employé la codéine que dans le but d'obtenir du calme et du sommeil; mais dans les 45 cas qui ont passé sous nos yeux, nous avons pu reconnaître à cet agent des propriétés sédatives et narcotiques qui nous paraissent le mettre au premier rang des meilleurs moyens que possède en ce genre la thérapeutique.

Pour résumer en quelques mots l'impression que nous a faite ce médicament, nous dirons que la codéine nous paraît résumer en elle ce que l'opium offre de plus merveilleux et de plus efficace. Comparée à la morphine, elle offre sur cet alcaloïde une supériorité marquée, en ce qu'elle ne donne jamais lieu à un sommeil lourd et agité, en ce qu'elle ne détermine jamais de transpirations ni d'éruptions à la peau, en ce qu'elle ne trouble nullement les fonctions digestives. Pas de constipations rebelles, pas d'envie de vomir, pas de vomissements. A ce titre, la codéine nous paraît appelée à rendre de grands services dans les névroses douloureuses de l'estomac, et nous pouvons dire que nous avons obtenu avec elle du calme dans les gastralgies qui avaient défié tous les autres moyens, la belladone comprise.

Mais c'est surtout comme moyen de procurer un sommeil calme et réparateur que la codéine nous paraît appelée à occuper une place importante dans la thérapeutique. Ces toux rebelles de la bronchite et surtout de la phthisie pulmonaire, ces douleurs vives exacerbantes du rhumatisme, de la goutte, et surtout des affections organiques, du cancer par exemple, qui troublent le sommeil et empêchent les malades de goûter un instant de repos, sont oubliées au milieu de ce repos léger, calme et bienfaisant que procure la codéine.

Employée dans les mêmes circonstances, la morphine calme les malades avec autant d'intensité que la codéine, mais on constate des différences considérables dans les effets secondaires. A la suite du calme et du sommeil provoqués par la codéine, les malades se retrouvent soulagés et joyeux. Le calme et le sommeil provoqués par la morphine sont presque constamment suivis de pesanteurs de tête et d'un malaise accompagné d'hébétude, qui se dissipent lentement. Ces accidents s'opposent à l'usage longtemps continué de cet alcaloïde chez tous les malades, mais surtout chez les malades pléthoriques susceptibles de congestions fréquentes ou victimes de ces mêmes accidents. Nous avons une série d'observations très-intéressantes recueillies dans ces dernières circonstances, mais qui feront le sujet de communications ultérieures.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 29 août 1864.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL revient sur la décision prise dans la séance précédente, relativement au vote sur le rapport officiel des vaccinations pendant l'année 1863.

M. Depaul a emporté ce vote en affirmant que les rapports administratifs n'avaient jamais été lus devant l'Académie. Or il résulte des procès-verbaux que ces rapports, au contraire, ont été lus toutes les années régulièrement. Toutefois, il faut faire observer que la lecture en a été faite, dans quelques circonstances, assez longtemps après l'adoption des conclusions par l'Académie, et leur envoi à M. le ministre. C'est ainsi que, l'année dernière, les conclusions ont été envoyées à M. le ministre dans le courant de décembre, et que le rapport administratif n'a été communiqué à l'Académie que dans la séance du 29 mars 1864.

M. Dubois ajoute qu'il est regrettable que M. Depaul ne veuille pas laisser imprimer dans le *Bulletin* la partie scientifique du rapport qu'il a lu et sur laquelle doit s'ouvrir une discussion.

M. DEPAUL répond que M. le Secrétaire perpétuel a tort de s'en prendre à lui et de le mettre en cause. Il s'est tenu à la disposition de l'Académie, il s'y tient encore pour lire la partie administrative de son rapport. C'est l'Académie qui a décidé qu'on passerait outre. Si donc M. le Secrétaire a des protestations à faire, c'est contre l'Académie elle-même et non contre le rapporteur.

Quant à la partie scientifique, il la tient aussi à la disposition de ceux de ses collègues qui voudront en prendre connaissance. Mais il *ne* croit pas devoir la livrer à l'impression avant la discussion qui l'adoptera ou la repoussera.

M. BOBINET est d'avis que la question doit être soumise au conseil d'administration et non à l'Académie.

Après quelques observations de M. DUBOIS et de M. BLOT, et sur la proposition de M. H. BOULEY, il est décidé que la partie scientifique du rapport, sur laquelle portera la discussion, sera imprimée au *Bulletin* sous le titre de : *Projet de rapport* sur le service de la vaccine. De cette façon, la responsabilité de l'Académie sera complétement dégagée.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des rapports d'épidémies par M. le docteur Cressant (de Guéret); Cailleux (de Montreuil); Joyeux (de Méricourt). (Commission des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Lucas, membre de l'Institut, inspecteur général des prisons, qui demande communication des pièces relatives à l'influence du régime cellulaire et de l'isolement sur la santé et l'état mental des prisonniers.

2° Un mémoire sur la fièvre jaune au Brésil, par M. le docteur Chomet, de Rio-Janeiro. (Commission de la fièvre jaune.)

3° Une observation d'éléphantiasis des Arabes, par M. le docteur Ca radec, de Brest. (Commissaires : MM. Larrey, Devergie et Gibert.)

— M. BÉCLARD présente :

1° Une notre à propos un traitement de la coqueluche dans les usines à gaz, par M. le docteur Becquet, de Neuilly. (Commissaires : MM. Blache, Delpech, Roger.)

2° Exposé d'un système d'extension continue appliquée aux fractures des membres supérieurs, par M. le docteur Malapert, médecin principal an Gros-Caillou.

3° Des études sur l'acide valérique, sur le valérate de quinine, de zinc, et sur l'arsénite de strychnine, par M. Frédéric Ceresoli, pharmacien.

— M. LARREY présente le dessin d'une tumeur monstrueuse, multilobée, de nature lipomateuse, opérée avec succès, en 1819, par Dagorn, ancien chirurgien de marine, qui en a publié l'histoire détaillée en 1822 dans une brochure accompagnée de plusieurs planches.

Cette lonpe multiple se divisait en huit tumeurs, dont la plus volumineuse pesait 46 livres. Le développement s'en était effectué. sans cause appréciable, sur le côté gauche du dos, à partir de l'épaule, en se prolongeant jusqu'au has des cuisses, chez une jeune fille de Morlaix, âgée de 18 ans. Laënnec et plusieurs autres médecins avaient eu occasion d'examiner ce cas extraordinaire, qui fut, du reste, l'objet d'un rapport à l'Académie, le 22 avril 1822.

M. Larrey a rappelé ce fait pour le rapprocher de la tumeur qui a été mentionnée dans la dernière séance sur un homme adulte, par M. le docteur Titon (de Châlons-sur-Marne).

M. VELPEAU demande à M. Larrey si la tumeur opérée par Dagorn ne serait pas un molluscum plutôt qu'un lippome.

M. LARREY répond que rien, dans les détails de l'observation, n'autorise à considérer cette tumenr comme un molluscum.

M. VELPEAU cite, comme un exemple remarquable de molluscum, le fait d'une dame qu'il a observée et qui présentait 177 tumeurs disséminées à la surface de la peau.

M. CLOQUET dit qu'il a opéré, il y a treote ans, chez M. le docteur Belhomme, un aliéné atteint d'une tumeur extrêmement volumineuse de la région dorsale. Cette tumeur était de nature lipomateuse et pesait 27 livres. Quand elle fut enlevée, le malade eut grand'peine à marcher en équilibre.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Barilleau (de Poitiers), membre correspondant.

— M. LE PRÉSIDENT informe ensuite l'Académie que la séance publique annuelle aura lieu, mardi prochain, à trois heures précises.

RAPPORTS.

— M. GOBLEY, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture des sept rapports suivants :

1° *Sur l'eau de Provins* (Seine-et-Marne). En comparant l'analyse faite en 1816, par Vauquelin et Thenard, avec l'analyse toute récente de M. Bouis, « on voit, dit M. le rapporteur, que l'eau de Provins a perdu une notable proportion de fer et de manganèse. Les différences existant entre les autres éléments doivent engager l'administration municipale à faire rechercher les causes de ce changement. » (Adopté.)

2° *Sur l'eau de Cizole* (Gard). « Ces eaux ont de l'analogie avec celles d'Euzet depuis longtemps utilisées. » La commission émet un avis favorable à l'exploitation. (Adopté.)

3° *Sur l'eau de Saint-Jean de Ceyrargues* (Gard). La commission est d'avis qu'il y a lieu d'autoriser le sieur Peladan à exploiter pour l'usage médical une source carbonatée calcique et ferrugineuse dont il est propriétaire. (Adopté.)

4° *Sur les eaux d'Aspach* (Haut-Rhin). « Cette eau est séléniteuse et ne présente, dans l'état actuel, aucun indice qui doive encourager le propriétaire à continuer ses travaux. » (Adopté.)

5° *Sur l'eau de Saint-Priest des Champs* (Puy-de-Dôme). « Cette eau est bicarbonatée, calcaire et ferrugineuse: mais, en raison de son faible débit, la commission ne la croit pas susceptible d'exploitation. » (Adopté.)

6° *Sur l'eau de Cauvigny* (Oise). « Elle est très-peu minéralisée; il n'y a pas lieu, pour le moment, d'accorder l'autorisation sollicitée. » (Adopté.)

7° *Sur l'eau de Fourchambault* (Nièvre). « Elle est bicarbonatée, sodique, et peut être utilisée pour l'usage médical. Il n'y aura lieu d'accorder l'autorisation d'exploitation que lorsque le captage sera reconnu satisfaisant. » (Adopté.)

COÏNCIDENCE CONSTANTE DES DÉRANGEMENTS DE LA PAROLE AVEC UNE LÉSION DE L'HÉMISPHÈRE GAUCHE DU CERVEAU.

M. BÉCLARD lit, pour M. Lélut, absent, et au nom d'une commission composée de MM. Bouillaud, Béclard et Lélut, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Dax, intitulé : *Observations tendant à prouver la coïncidence constante des dérangements de la parole avec une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau.*

Suivant l'auteur du mémoire, dit M. Lélut, 140 observations, prises en presque totalité en dehors de sa propre expérience, prouvent que, dans le dérangement de la parole, c'est toujours l'hémisphère gauche du cerveau qui est altéré, les lésions de l'hémisphère droit restant toujours étrangères à ces dérangements.

Si un pareil fait était vrai, le cerveau, ce mystérieux organe, serait bien plus mystérieux encore. Chacun de ses deux hémisphères, chaque partie même de chacun de ses hémisphères pourrait être le siége de fonctions différentes. Il en est des deux hémisphères comme de tous les organes doubles, les yeux, par exemple, qui remplissent les mêmes fonctions; le gauche n'est ni plus ni moins lésé que le droit dans les dérangements de la parole; et si, à cet égard, on croyait devoir condescendre à citer des faits, j'en aurais à l'instant même un bien magnifique à citer, consigné par moi, il y a plus de trente ans, dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (numéro du 20 février 1830.) C'est le fait d'un épileptique chez lequel la réduction en bouillie de tout l'hémisphère cérébral gauche n'avait pas même été soupçonnée, et avait laissé jusqu'au dernier moment la parole intacte. Rappellerai-je encore une sorte de contre-épreuve, un autre fait d'une altération carcinomateuse du cervelet avec altération de la parole, l'hémisphère gauche du cerveau étant complétement sain. Rappellerai-je, enfin, ce fait général, si remarquable de l'altération profonde de la parole chez les aliénés atteints de démence avec paralysie générale, et chez lesquels il n'y a d'autres lésions du cerveau que des adhérences inflammatoires des méninges à toute la surface de cet organe? Mais je ne veux entrer dans aucune discussion contradictoire de faits, pas plus que de principes, à l'occasion du mémoire, du reste si consciencieux, de M. Dax. Sur ces questions mon siége est fait, et je n'ai ni le temps ni la volonté de le recommencer.

M. BOUILLAUD demande que la discussion soit remise au retour de M. Lélut, et retient la parole.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la suite des rapports des commissions de prix.

BIBLIOGRAPHIE.

LEÇONS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES PRINCIPALES FORMES DE PARALYSIE DES MEMBRES INFÉRIEURS; par M. C.-E. BROWN-SÉQUARD, traduites de l'anglais par M. le docteur RICHARD GORDON, bibliothécaire adjoint de la Faculté de médecine de Montpellier; in-8 de 146 pages, avec une introduction de LXXV pages sur la physiologie des actions réflexes, empruntée aux leçons de M. le professeur Charles Rouget.

L'étude bien comprise de la physiologie du système nerveux est le préliminaire obligé de toutes les notions vraiment scientifiques des maladies résultant d'une altération du cerveau, de la moelle ou des nerfs. Cette étude dissipe de jour en jour les ténèbres qui couvraient cette partie si obscure de la pathologie; la plupart des phénomènes morbides, considérés en eux-mêmes et dans leurs divers rapports, ont trouvé leur explication naturelle dans les découvertes modernes et dans l'appréciation exacte de l'action réflexe, du rôle des nerfs vaso-moteurs, etc. La voie sûre et féconde de l'observation est suivie avec persévérance par une Société de travailleurs dont ce journal est l'organe. Aussi rendons-nous compte avec plaisir du remarquable ouvrage où se trouvent unis les noms de deux anciens membres de la Société de biologie; quand ces lignes viendront sous les yeux de mes collègues, qu'elles leur apportent le souvenir et le témoignage de notre vieille amitié.

Parmi les phénomènes les plus irrécusables et les plus mystérieux dont le système nerveux est le siége, on a remarqué de tout temps les *sympathies*, soit fonctionnelles, soit morbides. Des organes sans connexion apparente montrent des rapports intimes: tels sont l'utérus et les mamelles, l'enveloppe celluleuse des parotides et le testicule. Les explications n'ont pas manqué, et tour à tour on a invoqué les connexions établies par des membranes, ou par des vaisseaux, ou par des cordons nerveux; et le système ganglionnaire qui relie les appareils respiratoire et circulatoire, ceux de la digestion et des sécrétions, avait été regardé comme le substratum des sympathies, d'où la dénomination de *nerf grand symphatique*.

Afin de préciser le véritable rôle de l'action nerveuse réflexe ou des mouvements réflexes, la partie pathologique de l'ouvrage que nous examinons a été précédée d'un exposé clair et méthodique des phénomènes dus à l'action réflexe, emprunté aux leçons que M. Charles Rouget a professées à Montpellier pendant le cours de l'année 1863. Nous n'étonnerons personne en disant qu'on trouve dans cette introduction les qualités qui distinguent l'éminent physiologiste, la puissance de la critique et l'amour passionné et exclusif de la vérité.

La théorie basée sur la distribution du grand sympathique, pour rendre compte des sympathies, n'ayant jamais pu suffire à expliquer les connexions si manifestes de divers organes; on n'a pas craint d'avancer que les sympathies sont indépendantes du système nerveux, et l'on a cherché à les soumettre au pouvoir de prétendues forces du principe vital supérieur à toute condition organique. M. Rouget s'élève avec autorité contre ces assertions d'une autre époque; il fait voir comment Robert Whytt, le premier, avait voulu rattacher les phénomènes sympathiques aux connexions établies entre les organes par les nerfs glanglionnaires, et de plus par les nerfs venus des centres nerveux céphalo-rachidiens.

Prochaska, au commencement de ce siècle, établit que le cerveau n'a pas le rôle de suprématie exclusive qu'on lui attribuait, car un animal décapité peut exécuter des mouvements d'ensemble, bien coordonnés et paraissant adaptés à un but. Legallois prouve que ces mouvements observés sur le tronc de l'animal privé du cerveau ne se produisent jamais qu'à la suite d'une excitation venue du dehors, et qu'une section transversale de la moelle épinière au milieu du dos constitue à l'animal deux centres d'action indépendants, l'un cérébral antérieur, l'autre spinal, dorso-lombaire et postérieur. Lallemand remarque à son tour que la moelle épinière suffit pendant le séjour du fœtus dans la matrice pour maintenir la vie organique et animale chez les monstres acéphaliens ou totalement privés du centre nerveux encéphalique.

Charles Bell ayant tracé la distinction entre les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs, Marshall Hall et Jean Müller démontrèrent: 1° que la moelle épinière peut produire des mouvements coordonnés sans que la volonté intervienne, et 2° que ces mouvements s'accomplissent dans les conditions suivantes: un nerf sensitif excité communique cette excitation à la moelle, qui elle-même transmet l'impression à un nerf moteur des muscles; de là l'excitation sensitive réfléchie ou transmise en mouvement, ou, en d'autres termes, l'impression transformée par le centre médullaire en action, ou l'*action réflexe*.

L'histologie a fixé et précisé l'appareil de réception des nerfs sensitifs (corpuscules nerveux périphériques). Du corpuscule part un tube nerveux qui se rend à un corpuscule ganglionnaire central mis en rapport par les fibres commissurales avec les autres corps ganglionnaires du centre nerveux. Enfin d'un corpuscule nerveux du centre médullaire émane un tube nerveux moteur. La communication est donc parfaite entre le corpuscule nerveux périphérique et l'extrémité terminale du tube moteur formée par les plaques terminales disséminées dans les muscles, et ne croyez point que cette action réflexe si nettement établie soit une hypothèse de plus ajoutée à tant d'autres, elle rend l'expression rigoureuse des faits; car si vous rompez la chaîne nerveuse nécessaire à la transformation de l'excitation sensitive en action motrice qui constitue l'action réflexe, toute réaction ou toute sympathie entre les organes disparaît. La rupture de la chaîne en un seul point, par exemple, la division du nerf sensitif, ou le broiement du centre ganglionnaire, ou bien enfin la section du nerf moteur, une seule lésion, et l'action réflexe est impossible.

L'étude des actions réflexes, en particulier l'exposition et l'explication détaillée des phénomènes réflexes poursuivies par de nombreux exemples dans le champ de la physiologie et de la pathologie, échappe à l'analyse. Il faudrait citer textuellement, et nous préférons renvoyer le lecteur à ces pages si bien remplies. L'appréciation des mouvements réflexes accidentels, des mouvements réflexes de la vie animale et de la vie organique; les diverses relations entre les systèmes nerveux de la vie animale et de la vie organique dans les actions réflexes, sont passées en revue dans une suite de chapitres d'un haut intérêt. La partie physiologique se termine par l'exposé du système des nerfs vaso-moteurs, auquel se rattachent étroitement les travaux de MM. Claude Bernard et Brown-Séquard; l'existence des actions réflexes d'arrêt ou paralysantes, les paralysies et contractures vasculaires par action réflexe, y sont rigoureusement établies.

Enfin, dans l'appréciation des phénomènes réflexes au point de vue pathologique, les actions réflexes sont rangées sous deux chefs:

1° Celles qui se manifestent par des mouvements de la vie animale, ou, au contraire, des muscles de la vie organique; les convulsions réflexes sont rapportées ainsi à leur véritable cause;

2° Celles qui se manifestent par des changements dans l'état des vaisseaux qui peuvent être dilatés ou contractés. Les hyperémies, les congestions, les inflammations par action réflexe sont établies d'une manière irréfutable, de même que les paralysies par anémie (contractures vasculaires réflexes).

Après cette introduction, nous trouvons le livre de M. Brown-Séquard sur les paralysies des extrémités inférieures, livre d'une portée pratique considérable, et qui est divisé en quatre leçons. L'importance des matières traitées dans chacune d'elles exige qu'elles soient examinées séparément.

Dans la *première leçon*, M. Brown-Séquard s'est proposé de mettre hors de contestation l'existence d'une paralysie réflexe des membres inférieurs. Un diagnostic précis des différentes formes de paralysies est d'une utilité extrême, mais les deux formes les plus fréquentes et les plus distinctes sont la paralysie réflexe et la paraplégie due à la myélite. Leur thérapeutique est opposée, et tel agent médicamenteux, utile dans l'une, est défavorable ou nuisible dans l'autre.

Qu'est-ce que la paraplégie réflexe? La physiologie nous l'a appris; c'est une paralysie des membres inférieurs produite par une irritation transmise d'un nerf sensitif à la moelle épinière. L'irritation portée sur le centre nerveux a pu se réfléchir, soit sur les vaisseaux sanguins appartenant à ce centre lui-même, soit sur les nerfs moteurs des muscles des extrémités. Mais cette paraplégie existe-t-elle en clinique? Des auteurs de mérite, tels que MM. Gull, Nasse et Valentiner, ont essayé de rayer cette forme de paraplégie comme n'étant pas réellement distincte.

L'auteur démontre successivement qu'une paraplégie peut être causée par une altération, soit de la périphérie, soit du tronc des nerfs sensitifs, et alors c'est bien une paralysie réflexe. Il établit que cette espèce diffère des autres formes de paraplégies par plusieurs symptômes et par la fréquence et la rapidité de la guérison.

Les caractères assignés à la paralysie réflexe prouvent combien elle

est distincte des cas de paraplégie reconnaissant pour cause une altération organique évidente de la moelle; en effet, dans les cas observés par Romberg, Graves, etc., cités par M. Brown-Séquard, la paralysie réflexe a succédé à une excitation préexistante d'un nerf sensitif, et les variations d'intensité dans l'excitation extérieure ont été suivies de variations analogues dans le degré de la paraplégie. Quand l'excitation sensitive disparaît, la paralysie réflexe disparaît. L'examen microscopique a démontré que cette forme de paraplégie ne dépend d'aucune altération organique. Enfin les divers modes de traitement des paraplégies n'ont aucune action tant que l'excitation extérieure, réfléchie de la moelle sur les extrémités inférieures, a persisté.

Les extrémités inférieures ne sont pas seules le siége d'une paralysie réflexe, la paralysie du nerf optique est souvent due à une lésion du nerf frontal, la paralysie d'un bras, d'une main, de quelques muscles de la face, du cou, du tronc, du pharynx, de l'œsophage, etc., a été vue comme conséquence d'une excitation portée sur un nerf sensitif de la vie animale ou organique. La dentition, les vers, etc., sont des causes fréquentes de ces paralysies partielles, souvent guéries très-vite après la cessation de la cause productrice. M. Brown-Séquard cite à l'appui l'ouvrage de notre ami le docteur M. C. Davaine, qu'il qualifie d'admirable, et nous approuvons pleinement cette qualification méritée.

Passant en revue des faits de paralysie due à une maladie de l'utérus, qu'il emprunte à sa pratique particulière ou aux ouvrages de Lisfranc, de MM. Nonat, Henri Hount, Romberg, Wolf, etc., et plusieurs qui reconnaissent pour cause une lésion urétrale, une inflammation vésicale, une maladie de la prostate, des reins, de l'intestin (observations dues à Graves, MM. Rayer, Leroy-d'Etiolles, Macario, Zabriskie, Bremser, Mœnnich, etc, etc.) M. Brown-Séquard reconnaît pour cause de paraplégie une lésion du poumon et des plèvres; la diphthérie, l'irritation des nerfs de la peau due au froid et à l'humidité et beaucoup d'autres. Ces exemples, bien qu'abrégés, peuvent donner une idée de la rigueur avec laquelle l'existence de cette forme de paraplégie a été établie. Les objections sont développées avec impartialité et discutées avec bonne foi.

Rappelons-nous comment une irritation d'un nerf sensitif agit pour causer la paraplégie; c'est: 1° en contractant les vaisseaux sanguins, ou 2° par une influence sur la nutrition des parties sur lesquelles l'excitation s'est réfléchie. Dans le premier cas, les vaisseaux sanguins sont contractés spasmodiquement, une diminution notable de la température indique la contraction; dans le second cas, la nutrition de la moelle et des muscles sera troublée, celle-là pourra s'atrophier dans ses éléments, les faisceaux musculaires pourront diminuer de volume.

Or la conséquence thérapeutique la plus directe et la plus importante qui découle de l'existence de la paralysie réflexe, c'est que l'emploi d'une médication qui augmentera l'afflux du sang dans les vaisseaux de la moelle sera utile, tandis que la myélite, qui est accompagnée d'une augmentation de la quantité du sang dans la moelle épinière, doit avoir un traitement tout opposé.

La *seconde leçon* fait connaître le diagnostic et le traitement de la paralysie réflexe dont l'existence vient d'être établie. Pour bien faire saisir les caractères différentiels de la paraplégie réflexe et ceux des diverses formes de paraplégies ayant pour cause une lésion du centre nerveux médullaire, M. Brown-Séquard a réuni dans un tableau comparatif les divers signes de la paraplégie réflexe urinaire et ceux de la paraplégie par myélite. Ce tableau, fait avec un grand soin, est dressé d'après des faits empruntés aux observations de nombreux auteurs, MM. Wanley, Rayer, Raoul Leroy-d'Etiolles, Landry, Macario, Spencer Wels, etc.

Mais cette étude comparative, quelque exacte que l'auteur l'ait faite, serait encore bien incomplète pour différencier la paraplégie réflexe des autres formes de paraplégie; M. Brown a prévu l'objection, et il trace tour à tour le diagnostic différentiel de la paraplégie réflexe avec les paraplégies résultant de la myélite, de la méningite spinale, d'une compression de la moelle par une tumeur, un os, un fibro-cartilage altérés, par une tumeur siégeant dans la substance grise de la moelle épinière. Puis il examine au même point de vue la paraplégie hystérique, celle qui est déterminée par des pertes séminales, par des hémorrhagies ayant lieu, soit dans le canal vertébral, soit dans la substance grise de la moelle, enfin il ne néglige point les paraplégies par congestion de la moelle et de ses membranes, par épanchement séreux dans le canal vertébral, par le ramollissement non inflammatoire de la moelle épinière, par un obstacle à la circulation du sang dans l'aorte ou dans les principales ramifications de cette artère dans le bassin; enfin la paraplégie produite par la compression des nerfs pelviens.

Cet énoncé prouve combien M. Brown, si parfaitement disposé par ses études antérieures, possède son sujet et combien il l'a traité de main de maître. Il y loin des formes de paraplégie qu'il décrit avec autorité, aux classiques divisions de la paraplégie par myélite et par tumeur comprimant la moelle épinière. On a dû remarquer que la paraplégie appelée idiopathique est omise dans ce diagnostic différentiel, pourtant si complet, des formes réflexes et autres de paraplégie. « Nous ne connaissons pas, dit l'auteur, de paralysie des membres inférieurs qui mérite le nom d'idiopathique... Il est impossible d'admettre l'existence d'une forme spéciale de paralysie essentielle, caractérisée par des symptômes spéciaux..., les paraplégies liées à la goutte, au rhumatisme, ou consécutives aux fièvres graves, au choléra, dépendent d'un épanchement séreux dans le canal vertébral, ou d'une congestion veineuse, ou rentrent dans la catégorie des paralysies réflexes. »

M. Brown mentionne, en terminant, les paraplégies dont le diagnostic ne peut être difficile, puisqu'il est lié à la cause productrice: telles sont les paraplégies dues à l'empoisonnement par l'acide carbonique, le plomb, l'arsenic, le mercure, l'opium, la belladone, le tabac, etc.

Le pronostic de la paraplégie réflexe dépend de l'irritation primitive, en un mot de la maladie primitive; toute l'histoire que nous avons tracée de la paraplégie réflexe prouve qu'elle croît, décroît et disparaît avec l'irritation primitive qui la causait. Dans quelques cas, cependant, la paraplégie persiste après la guérison de la maladie qui l'avait provoquée, notons spécialement l'action du froid prolongé et des maladies intestinales.

Il résulte de ce qui précède que dans le traitement de la paraplégie tous les efforts doivent être dirigés pour amender ou guérir la maladie ou l'irritation qui a causé la paraplégie réflexe. Le traitement de la cause extérieure de la paraplégie tient la première place, puis il faut traiter la paralysie elle-même pour diminuer l'influence nerveuse morbide du nerf à la moelle et du centre nerveux aux membres inférieurs paralysés. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'appréciation des règles thérapeutiques qu'il prescrit et qui ont pour but: 1° de diminuer l'irritation externe, cause de la paraplégie réflexe; 2° d'améliorer la nutrition de la substance propre de la moelle épinière; 3° de prévenir les fâcheux effets du repos sur les nerfs et les muscles paralysés.

Savoir reconnaître et traiter la paraplégie réflexe ne peut suffire, et il faut de même apprécier et combattre les paralysies des membres inférieurs dues à la myélite, à la méningite rachidienne, à la congestion veineuse. M. Brown l'a pensé, comme tout médecin aux prises avec les difficultés de notre art, et il a voulu dans une leçon spéciale approfondir ce sujet délicat. Dans *la troisième leçon* il compare les formes de paralysie qui dépendent d'une diminution du sang dans le tissu de la moelle avec celles où la quantité du sang est, au contraire, augmentée.

La myélite dorso-lombaire, soit aiguë, soit chronique, est étudiée dans ses deux siéges particuliers, lorsqu'elle est limitée à une petite étendue de la région dorsale moyenne, et lorsqu'elle occupe la portion inférieure de la moelle épinière. L'analyse minutieuse des symptômes, les finesses du diagnostic par tous les moyens d'exploration les plus ingénieux sont présentées au lecteur. Il en est de même pour l'inflammation des membranes et la congestion de la moelle et des méninges. Ces trois états pathologiques ont une thérapeutique à peu près semblable.

Nous ne pouvons, malgré le développement inusité de cette analyse, passer sous silence les idées de M. Brown-Séquard sur l'interprétation fautive des lésions de la myélite, suivant que les cordons postérieurs sont atteints ou les colonnes antérieures de la moelle. On sait que dans ces derniers temps de nombreux travaux ont été publiés en France et en Allemagne sur un symptôme particulier élevé au rang de maladie spéciale. Ce symptôme consiste en un désordre particulier des mouvements dû en partie, suivant M. Brown-Séquard, à une altération de la faculté de diriger les mouvements volontaires, et nommé à tort *ataxie locomotrice*.

On admet assez généralement que l'ataxie locomotrice dépend d'une altération des cordons postérieurs de la moelle épinière, M. Brown-Séquard objecte que les cordons postérieurs ont pu être lésés profondément sans qu'il y ait eu ataxie locomotrice, et que ce symptôme peut être dû, non-seulement à certaines lésions des cordons postérieurs, mais encore à des lésions de plusieurs autres parties des centres nerveux.

La *dernière leçon* offre le tableau symptomatique et le traitement

des diverses formes de paraplégie dont nous avons exposé la longue liste à propos du diagnostic, paraplégies dues au ramollissement blanc, à l'hémorrhagie de la moelle épinière, aux tumeurs diverses, et une instructive statistique montre la fréquence relative des diverses formes de paraplégie chez l'homme et chez la femme à différents âges.

M. Brown-Séquard a voulu donner ensuite, pour compléter ce sujet, la signification exacte des divers symptômes dus à certaine forme de paraplégie coexistant avec elle, des sensations subjectives provenant en apparence des membres paralysés, du sentiment de barre ou de constriction autour du corps et des membres. L'érection du pénis, la température des membres paralysés, les degrés d'anesthésie et d'hyperesthésie, le pouvoir réflexe, ne sont point oubliés.

Une classification des différentes formes de paraplégie et un résumé des médications qui leur sont applicables terminent cette série de leçons. Nul, mieux que l'auteur, ne pouvait préciser l'action des divers agents thérapeutiques, aussi leur mode d'emploi est-il exposé avec les diverses chances de succès ou d'insuccès auxquels on doit s'attendre.

La belladone, l'ergot de seigle, la strychnine, le soufre, le phosphore, le mercure, l'iodure de potassium, les cantharides, le stramonium, la jusquiame, le hatschisch, l'ammoniaque, le sulfate de quinine, les ferrugineux, l'huile de foie de morue, sont passés en revue. L'utilité et l'indication des émissions sanguines et des révulsifs est discutée à son tour, ainsi que l'emploi de l'hydrothérapie.

Dans cette analyse, bien incomplète, mais où nous avons essayé de mettre en relief les points principaux d'un livre utile et consciencieux dont M. Gordon a enrichi notre littérature médicale, nous avons négligé les détails et esquissé à grands traits les divisions. Si nous sommes parvenu à rendre l'impression favorable, et à communiquer le plaisir que nous avons éprouvé en parcourant l'ouvrage de nos deux collègues, nous aurons atteint notre but. Peu de monographies rendront autant de services au praticien que ces leçons sur les paraplégies; il n'y a point de guide plus profitable pour arriver à la connaissance exacte de ces difficiles maladies du système nerveux.

A. Laboulbène.

VARIÉTÉS.

— Enseignement. — Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique :

Vu l'article 6 de la loi du 19 ventôse an XI et l'article 10 de l'arrêté du 20 prairial de la même année :

Vu les arrêtés des 22 octobre 1825, 26 août et 12 décembre 1834, 7 septembre 1842 et 4 novembre 1862;

Vu le rapport de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, en date du 7 novembre 1864, et l'avis de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris,

Le Conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. A l'avenir, dans les trois Facultés de médecine de l'empire, la partie du cinquième examen de doctorat relative aux accouchements comprendra une épreuve pratique de clinique obstétricale analogue à celles qui sont exigées pour la médecine et pour la chirurgie.

Parmi les sujets destinés à la composition écrite se trouveront comprises des questions relatives à l'art des accouchements.

Art. 2. M. le vice-recteur de l'Académie de Paris et MM. les recteurs des Académies de Montpellier et de Strasbourg sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 25 novembre 1864.

V. Duruy.

— Par décret en date du 15 novembre 1864, la Société de biologie de Paris a été reconnue comme établissement d'utilité publique et autorisée à accepter, aux clauses et conditions indiquées, le legs d'une somme de cinq mille francs, à elle fait par le docteur Godard.

— Par arrêté en date du 17 novembre 1864, il est institué près la Faculté de médecine de Montpellier un cours de clinique complémentaire des maladies syphilitiques et cutanées.

MM. Boyer, professeur de pathologie chirurgicale, et Benoît, professeur d'anatomie, sont chargés de ce cours complémentaire et alterneront pour le compléter chaque année.

— Une commission a été formée au sein de la Société d'anthropologie, — récemment reconnue comme établissement d'utilité publique, — en vue d'éclairer les questions qui concernent l'acclimatement de l'homme. Cette commission, composée de MM. Boudin, Bertillon, Pruner-Bey, d'Avezac, Martin de Moussy, Simonnet et Carlier, recevra avec reconnaissance les documents qui lui seront adressés au siége de la Société, rue de l'Abbaye, 3.

— La Société d'anthropologie vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1865.

Ont été élus :

Président, M. Pruner-Bey; vice-président, M. Périer; secrétaire général, M. Broca; secrétaires, MM. Dally et Simonnot; archiviste, M. Lemercier; trésorier, M. Bertillon; membres du comité de publication, MM. Lemercier, Giraldès et Béclard.

— Le nombre des inscriptions du quatrième trimestre prises à l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon est de 112, savoir 79 élèves en médecine et 33 en pharmacie.

— Le nombre des étudiants de la Faculté de médecine de Strasbourg se répartit ainsi qu'il suit à la date du 20 novembre 1864 : Élèves civils, 152; élèves militaires, 355; total : 507. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

— Le nombre des élèves inscrits à l'École de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour le premier trimestre de l'année scolaire 1864-1865, est de 125.

— Honneur au mérite. Une souscription vient d'être ouverte par les fellows et les licenciés du Collége royal des médecins de Dublin pour l'exécution du buste et du portrait du docteur Corrigan, dernier président du Collége. Les premiers artistes de Londres ont déjà reçu la commande.

— M. le docteur Seraine, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Lafond, près de la Rochelle, vient de mourir victime de son dévouement professionnel. Une épidémie de variole a régné dans l'asile, et plus de cinquante aliénés ont été atteints dans l'espace d'un mois. M. Seraine s'est multiplié et a déployé pendant l'épidémie un zèle au-dessus de tout éloge; mais il ne devait pas survivre à tant de fatigue, et des accidents cérébraux aigus l'ont fait succomber presque subitement. M. Seraine, ancien interne de la maison de Charenton, est mort à l'âge de 48 ans.

— « *Des injections hypodermiques.* » Telle était la question mise au concours par la Société Hufeland (de Berlin). Deux seuls mémoires furent envoyés, et la devise du meilleur portait le nom du docteur A. Eulemberg, médecin adjoint de la clinique de Greifswald, qui fut couronné.

— Nous apprenons que M. Marion Sims (de New-York), qui a passé les deux dernières années à Paris, et qui s'y trouve maintenant, où il s'occupe spécialement de la chirurgie utérine, vient de recevoir les insignes de chevalier de la Légion d'honneur, en reconnaissance de ses éminents services dans cette branche de l'art. (*Lancet.*)

— Le docteur Arneth, auteur d'un ouvrage estimé sur l'*État de l'obstétrique et la Gynécologie en France, en Angleterre et en Irlande*, a été nommé médecin ordinaire de la grande-duchesse Hélène de Russie.

— On lit dans le *Journal de Rome* du 23 novembre : Le typhus ou la peste bovine qui, depuis un an, avait attaqué quelques localités de l'État ecclésiastique et surtout le territoire romain, après quelque temps, avait disparu. La commission spéciale de santé, constituée par les soins du ministre de l'intérieur, avait puissamment contribué à ce résultat. Mais, contre toute attente, au mois d'août, la maladie a reparu dans la province de Frosinone. Il paraît que quelques bœufs malades amenés du royaume limitrophe de Naples, ont répandu de nouveau l'épizootie. La commission de santé et le gouvernement ont fait tous leurs efforts pour combattre le fléau. Un rapport du commissaire spécial de la Société de santé fait savoir que le typhus a cessé et que rien n'indique qu'il puisse reparaître. Le nombre des animaux qui ont succombé à cette nouvelle attaque a été de 151. Le rapport dit que la plupart des remèdes employés ont été inefficaces, et il conclut à ce que l'animal attaqué de cette maladie soit abattu immédiatement.

— Vaccine obligatoire. Deux femmes ont été condamnées à 5 schellings d'amende et aux frais, à la police correctionnelle de *Wandsworth court*, le 22 novembre dernier, pour avoir négligé de faire vacciner leurs enfants. Toute la défense de l'une d'elles consista à dire : « Si c'est la volonté de Dieu qu'ils aient la petite vérole, ils l'auront toujours. » La conséquence de ce raisonnement fataliste a été... ce qu'il devait être. Trois enfants sur cinq qui n'étaient pas vaccinés ont succombé à la variole.

Erratum. — Dans notre n° 48, à la page 739, ligne 25, au lieu de : les artères et les *reins*, lisez : les artères et les *veines*.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES PRIX. — ÉLOGE DE DELPECH. — MM. DUBOIS ET JULES BÉCLARD.

Nous n'avons jamais considéré les solennités académiques comme des superfluités d'apparat. Elles nous ont toujours paru, au contraire, de grandes et précieuses occasions pour les corps savants de se montrer au public par leurs côtés utiles et élevés. Les décorations, les habits brodés et l'assistance d'élite, qui font un instant diversion à la simplicité habituelle de leur mise en scène, ne sont que les accessoires et les signes de manifestations plus sérieuses. La médecine en particulier peut et doit profiter de ces circonstances pour montrer ses plus nobles attributs et faire ressortir les éminents services qu'elle est appelée à rendre à la société. L'Académie impériale de médecine est placée sous ce rapport dans des conditions exceptionnelles. Appelée à rendre compte des grandes manifestations épidémiques, à récompenser les efforts du mérite dans toutes les voies, qu'il s'agisse des maladies qui touchent aux problèmes les plus délicats de l'intelligence ou de celles qui intéressent au plus haut point la sécurité des familles, elle peut, sans sortir du cadre même de son ordre du jour, se montrer comme l'arbitre souverain des idées les plus élevées, comme la gardienne tutélaire des plus grands intérêts. Depuis bien des années que nous assistons à ces fêtes de la science, il ne nous est jamais arrivé de ne pas songer à ce programme, mais non sans regretter qu'il ait toujours été trop peu compris. C'est encore dans ces dispositions d'esprit que nous nous sommes rendu à la dernière séance publique de l'Académie; mais, nous devons le dire, nous en sommes sorti avec un regret plus vif et plus motivé que jamais de n'y avoir pas trouvé satisfaction à nos désirs.

On devait pourtant espérer qu'il en serait autrement. M. Dubois, secrétaire perpétuel, dont la mission est d'honorer l'Académie en honorant la mémoire des membres qu'elle a perdus, avait cédé, pour cette année, son rôle de panégyriste à M. le secrétaire annuel, et il s'était réservé la tâche de faire le rapport général sur les prix. Or dans les prix, c'est-à-dire dans les sujets de prix, il n'avait qu'à choisir pour trouver l'occasion, non de célébrer les services passés de la médecine, mais d'ouvrir les perspectives de ses destinées futures. L'étude des maladies mentales, mise chaque année à l'ordre du jour pour le prix Civrieux, ne doit-elle pas conduire un jour à faire un départ plus rigoureux entre les malades et les criminels, et mieux éclairer la justice et les magistrats sur les problèmes si complexes et si délicats de la liberté civile? Le prix Orfila, qui continue si libéralement la mission moralisatrice de son auteur, n'est-il pas destiné à ajouter chaque année aux sécurités de la société? Les prix des épidémies, voire même de la vaccine, ne pourraient-ils pas fournir l'occasion de signaler les progrès de l'hygiène publique?

Mais il y avait un autre point de vue non moins élevé et plus directement en rapport avec la mission que s'était donnée M. le secrétaire perpétuel. Dans les attributs primitifs de sa place, M. Dubois devrait donner chaque année un aperçu des progrès de la science : c'est ce qu'ont fait dans un temps, et avec un rare talent, Fourrier, Cuvier et Pariset. C'est, on en convient, une tâche laborieuse et délicate; mais, sans s'en imposer toute l'étendue, M. Dubois n'aurait-il pas pu la remplir d'une manière en quelque façon abstraite? Depuis la révolution broussaisienne, la médecine a changé d'allures. Quelles sont ses tendances actuelles? Où peuvent la conduire les voies où elle s'est engagée? Quelle est la véritable situation des esprits? Car, si les aspirations de la médecine actuelle sont bonnes, elles ne sauraient être trop encouragées; si elles sont douteuses ou mauvaises, on ne saurait trop les signaler; et au point de vue seul de leur inventaire, il y aurait toujours un grand intérêt à savoir si et où elles existent, d'où elles viennent et où elles vont. Or M. le secrétaire général pouvait être tout naturellement conduit à cette recherche dans son rapport général sur les prix. Les sujets les plus divers se pressaient sous sa plume : il avait à parler de lauréats appartenant à tous les points de la France, à toutes les écoles, à tous les pays! Que de rapprochements à faire! que d'inductions à tirer! que de généralisations à essayer! M. Dubois, qui a fait, il y a bien longtemps de cela (on s'en souvient peut-être), un *Traité de pathologie générale*, aurait trouvé à exercer au déclin de l'âge les facultés qu'il avait mises en œuvre au début de sa carrière. Mais, nous le disons à regret, l'honorable secrétaire perpétuel n'a pas eu cette confiance en lui-même. Il s'est borné dans son rapport général à résumer les rapports des commissions; et la seule chose nouvelle qu'il y ait introduite, c'est l'éloge du talent littéraire des rapporteurs qu'il a trouvés en progrès sur ceux des années précédentes. Nous ne saurions dire au juste lesquels des premiers ou des seconds seront le plus flattés de la remarque de M. Dubois. On dit que l'honorable secrétaire perpétuel tend à la retraite. Cette bienveillance inaccoutumée et un peu tardive en serait-elle un symptôme, ainsi que la tâche qu'il a laissée à M. le secrétaire annuel de prononcer l'éloge officiel? Quoi qu'il en soit, cette tâche, M. Jules Béclard l'a remplie à des degrés divers de satisfaction, mais aux applaudissements de l'Académie. Nous allons essayer d'expliquer les restrictions des uns et les félicitations des autres.

M. Béclard a pris pour sujet d'éloge le chirurgien Delpech, le professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Montpellier, Delpech, l'auteur du *Traité d'orthomorphie*. On peut se demander tout d'abord par quel motif M. Béclard, dont les études et les travaux ont été complétement étrangers à la chirurgie, a choisi un sujet si fort en dehors de ses aptitudes. Nous n'en savons vraiment rien; et après comme avant la séance de l'Académie, nous restons étonné de cette entreprise. Personne assurément ne mettra en doute nos sympathies pour le nouveau panégyriste; la manière dont nous avons toujours rendu justice à son talent et à son caractère est là pour en témoigner. Mais la vérité comme l'affection a ses droits, et nous sommes forcé de reconnaître tout d'abord que la manière dont M. Béclard a apprécié le chirurgien Delpech n'est nullement faite pour justifier une entreprise aussi imprévue.

Qu'a dit, en effet, M. Béclard? Que Delpech était un habile chirurgien, un plus habile professeur et un médiocre écrivain. C'est en effet ce qu'un physiologiste, même un savant physiologiste, pouvait apercevoir à vol d'oiseau dans la carrière du professeur de Montpel-

FEUILLETON.

DELPECH (1).

Messieurs,

Il y a trente ans qu'un grand chirurgien, professeur plein de verve, dans la vigueur de l'âge et dans tout l'éclat du talent, tombait, à Montpellier, sous les coups d'un assassin. Les œuvres qu'il laissait après lui auraient sauvé sa mémoire de l'oubli, si son enseignement ne l'avait placé, de son vivant, dans la glorieuse compagnie des maîtres de la science.

Il ne suffit pas, messieurs, d'éclairer les esprits, il faut les émouvoir pour les subjuguer. Ce n'est pas tout de jeter la semence nouvelle; il faut creuser le sillon, pour la rendre féconde. L'idée abstraite ne devient saisissante qu'en se réalisant dans les personnes. L'âme humaine est ainsi faite, qu'elle a besoin de croire en quelque chose ou en quelqu'un. Dans tous les temps, les chefs d'école, ceux qui ont exercé sur leurs contemporains une influence décisive, ont fondé leur domination bien plus par la parole que par la plume.

N'est-ce pas la voix puissante de Broussais, n'est-ce pas cet enseignement original, ces peintures vives, colorées, et jusqu'à la hardiesse de ses attaques et de ses invectives qui ont entraîné la persuasion exaltée de ses auditeurs? La doctrine physiologique aurait-elle ébranlé l'édifice de la médecine jusque dans ses fondements, si le grand agitateur n'avait fait partager, à la jeunesse ardente et enthousiaste qui se pressait autour de lui, la foi dont il était animé?

Dupuytren, cet observateur si profond, cet esprit si souple et si pénétrant, à part deux ou trois mémoires de physiologie publiés dans sa jeunesse, et quelques travaux isolés sur divers points de chirurgie, Dupuytren n'a rien laissé. Qui donc cependant a brillé d'un plus vif éclat? De grands chirurgiens de nos jours ne tiennent-ils pas à honneur de se dire ses disciples? On lui reprochera de s'être occupé du soin de sa réputation avec trop de zèle et d'ardeur; mais qui pourrait ne pas reconnaître en ce maître de la parole l'une des plus grandes figures, la plus grande peut-être, de la chirurgie française au dix-neuvième siècle?

C'est aussi par son enseignement, avec moins de violence que Broussais, avec moins de méthode que Dupuytren, mais avec plus d'abondance et de chaleur, que Delpech, le plus fécond et le plus oublié des trois, fondait, à la même époque, à Montpellier, dans cette Faculté que re-

(1) Éloge prononcé dans la séance annuelle de l'Académie de médecine du 13 décembre 1864, par M. JULES BÉCLARD, secrétaire annuel de l'Académie impériale de médecine.

lier. Mais était-ce bien là le mérite de l'auteur du *Traité des maladies réputées chirurgicales*, du professeur qui a opéré, professé et écrit sous l'inspiration barthézienne? M. Béclard ne se l'est pas même demandé. En présence d'une chirurgie si singulièrement différente en résultats de la chirurgie de Paris, en présence de ces doctrines qui regardent la lésion chirurgicale comme une manifestation, dans le plus grand nombre des cas, d'une affection générale; en présence de cette lutte qui a mis toute sa vie l'auteur du *Mémorial de Montpellier* en opposition avec les tendances localisatrices de la capitale, comment le panégyriste de Delpech n'a-t-il pas aperçu les grandes questions qui se pressaient en foule sur son chemin? Il ne s'est pas demandé, avant d'entreprendre une telle tâche, comme le prescrit Horace :

Quid valeant humeri, quid ferre recusent.

Aussi a-t-il passé à côté de son sujet; et au lieu du lourd fardeau qui l'eût écrasé, il a préféré un bagage plus léger, des questions plus superficielles, des aperçus moins étendus, et, il faut le confesser, des jugements plus téméraires. Tout cela peut être accueilli par un auditoire peu initié, surtout quand on donne au portrait de l'homme loué une sorte de relief bien plutôt fourni par l'éclat des couleurs que par la justesse des lignes.

Pour notre part, nous avons sincèrement regretté que M. Béclard, ayant à parler du chirurgien de Montpellier, de la chirurgie de Montpellier, de la médecine chirurgicale de Montpellier, en présence d'un auditoire composé des notabilités chirurgicales de l'École de Paris, n'ait pas été entraîné, même à son insu, à soulever les grands problèmes qui semblaient inséparables de son sujet. En parlant du TRAITE DES MALADIES *réputées* CHIRURGICALES, comment n'a-t-il pas compris la haute signification du seul titre du livre? A cette époque la pathologie localisatrice du chirurgien ne pouvait être qu'un remède adéquate aux doctrines qui guidaient la main de l'opérateur. On amputait un sein cancéreux ou un genou tuberculeux comme on traitait une fièvre typhoïde, c'est-à-dire comme des lésions purement locales, comme des produits de l'irritation et de l'inflammation à leurs différents degrés. C'étaient pourtant des maladies *réputées* chirurgicales. Le dogme de Montpellier, qui avait conservé les bonnes traditions, enseignait, par la voix de Delpech, qu'il fallait, dans ces maladies et une foule d'autres, voir plus loin et plus haut. De là cette alliance indissoluble et indispensable de la chirurgie avec la médecine. C'est là cette chirurgie vraiment médicale, qui n'est plus, comme le disait si énergiquement Lisfranc, de la *menuiserie chirurgicale*, mais l'agent thérapeutique d'indications aussi larges, aussi profondes, mais aussi réservées que la médecine elle-même. Cette chirurgie, qui commence à poindre dans nos parages, sous le titre de *chirurgie conservatrice*, doit consommer le mariage des deux branches, mais le mariage non plus nominal, non plus personnel du chirurgien-médecin au point de vue professionnel, mais l'union entière, indissoluble des deux arts, procédant d'une même communauté de lois pathologiques et ne différant que quant aux moyens employés. Nous l'avons dit, la véritable chirurgie médicale, ou mieux encore, la véritable médecine chirurgicale, c'est le progrès présent, commencé par Delpech à la lumière des principes de l'École où il a professé; et cette révolution doit se résoudre dans le progrès compris sous le nom de *chirurgie conservatrice*. Tel est, suivant nous, le sens et la portée de l'enseignement de Delpech et de l'École qui se continue si brillamment; et telle est l'influence qu'il doit exercer sur la pratique de l'art. C'est dans ce sens que nous avons fait naguère, à l'occasion des causes de la mortalité des services chirurgicaux de Paris, de grandes réserves au profit des doctrines et des méthodes. Pour nous, en effet, le progrès chirurgical et le secret des rares mortalités doit consister désormais moins à ajouter des procédés nouveaux aux méthodes opératoires qu'à rendre celles-ci de moins en moins applicables.

M. Béclard ne nous paraît pas avoir été plus heureux en parlant de Delpech comme ayant jeté les bases de l'orthomorphie scientifique. Personne mieux que nous, nous en avons la conscience, n'a su rendre justice à l'originalité, à la sagacité et à l'ingéniosité de notre précurseur. Mais, comme on le dit vulgairement, il y a place pour tout le monde au soleil, et M. Béclard a fait celle de Delpech au soleil des difformités si grande qu'il n'en reste plus que pour ses serviteurs. L'exagération des panégyristes est chose passée en proverbe, et elle jouit d'une tolérance sans limites quand elle ne fait tort à personne. Mais quand, pour honorer les morts, elle prend ce qui appartient aux vivants, elle devient un déni de justice; c'est dans cet écueil que nous paraît être tombé M. Béclard. Notre savant collègue n'a peut-être pas eu le temps d'apprendre ce dont il a parlé, il n'a peut-être pas compris, comme le dit Pascal, « la différence entre des mots semblables employés selon les « circonstances et les lieux qui les accompagnent, » et il est tombé dans les confusions les plus regrettables. C'est un nouvel acte d'imprévoyance que nous regrettons plus encore pour lui que pour nous; car les trente années de luttes, de discussions, de travaux qui ont apporté quelque précision dans les termes et quelque ordre dans les choses de la science des difformités et l'art de les traiter, ne sauraient être effacés par quelques lignes inconsidérées du panégyriste de Delpech. Pour lui prouver que nous avons fait dès longtemps à cet auteur la part légitime qui lui revient, nous reproduisons les lignes qui suivent et qui resteront, comme l'appréciation la plus équitable, la plus désintéressée, nous osons dire la plus vraie, du mérite et des ouvrages de Delpech, et des services rendus par ce célèbre chirurgien à l'orthomorphie.

Voici donc comment nous nous exprimions au début de notre enseignement sur les difformités à l'hôpital des Enfants, le 7 août 1839 :

« Cependant, c'est par l'ouvrage de Delpech (1828) qu'il faut, je « crois, dater le début d'une véritable époque scientifique des difformités. Cet ouvrage est plein de vues, de traits et d'aperçus lumineux, comme tout ce qui est sorti des mains de ce brillant chirurgien. Jeté comme par hasard dans cette étude aussi nouvelle pour « lui que pour tous les autres médecins, il y porta l'empreinte de « son esprit curieux, original, investigateur et sagace. Il entrevit « quelques vérités qu'il effleura sans les pénétrer, et souleva une « foule de questions sans les résoudre, il vit et fit connaître une « foule de particularités et de détails, et remplit les vides par d'ingénieuses hypothèses. Le livre de Delpech résume et absorbe tous les « travaux antérieurs; il eut le mérite de mettre le sujet à un point de « vue scientifique assez élevé, et de lui faire une large place dans l'anatomie, la physiologie et la pathologie générales. Toutefois, si « nait d'illustrer Barthez, une école chirurgicale dont l'influence est vivante encore.

Jacques Mathieu Delpech naquit à Toulouse le 2 octobre 1777. Sa famille était peu favorisée de la fortune, mais il avait reçu de la nature des dons précieux : une imagination vive, une conception facile, et l'ardent désir de s'instruire. Son père, profondément versé dans la connaissance des langues anciennes, était correcteur dans la principale imprimerie de la ville. Il jouissait d'une considération méritée et comptait de célèbres amitiés. L'archevêque de Toulouse, M. le comte Loménie de Brienne, qui fut plus tard membre de l'Académie française, contrôleur général des finances, ministre de Louis XVI et cardinal, tenait en grande estime M. Delpech et avait pris son jeune fils en affection. L'enfant montrait un goût prononcé pour les arts. L'archevêque lui fit donner des leçons de chant dans la maîtrise de la cathédrale; puis comme il ne tarda pas à reconnaître en lui une remarquable aptitude en toutes choses, il conseilla à son père de le faire entrer dans les ordres sacrés. Soutenu par cette haute protection, secondé par ses heureuses dispositions, peut-être Delpech serait-il un jour devenu l'une des illustrations de la chaire chrétienne, lorsqu'un de ces événements imprévus, qui souvent décident de notre vie, donna un autre cours à sa destinée.

Le père de Delpech était, depuis quelque temps, atteint d'une affection grave de la jambe qui rendait nécessaires les soins assidus d'un chirurgien. Ce chirurgien, vieil ami de la famille, était M. Larrey, oncle du célèbre chirurgien de l'Empire. Jacques Delpech assistait à chaque visite et regardait sans rien dire. Retenu chez lui par une indisposition, M. Larrey, après trois jours, accourt impatient chez son malade. Le pansement avait été fait en son absence, et exécuté avec une rare précision. Supposant qu'un autre chirurgien a été appelé, et blessé de ce qu'il regarde comme un manque d'égard, M. Larrey déclare que sa présence n'est plus nécessaire et qu'il ne reviendra pas. Jacques Delpech avoue timidement que lui seul est venu en aide à son père, et pour dissiper tous les doutes, il enlève l'appareil et exécute de nouveau le pansement.

M. Larrey cachait sous une apparence un peu rude un cœur excellent; il félicite le jeune Delpech, l'embrasse et conçoit immédiatement la pensée d'en faire son élève. Il se rend chez M. de Brienne où s'engage une touchante discussion, chacun voulant s'attacher l'enfant et se charger de son avenir. Mis en demeure de se prononcer lui-même, Jacques se tourne vers M. Larrey qui l'emmène et le fixe auprès de lui dans l'hôpital de la Grave dont il était le chirurgien en chef. Delpech avait alors 12 ans.

L'enfant se met au travail avec tout l'entrain de son ardente nature. Deux ans à peine s'étaient écoulés depuis qu'il avait quitté l'Église pour la science, qu'il remportait un prix à l'ancienne école de chirurgie de Toulouse, et que déjà il enseignait l'anatomie à ses condisciples. C'est ainsi qu'Antoine Louis nous peint le grand chirurgien Jean-Louis Petit, à peu près du même âge, avec sa figure enfantine, sa petite taille qui le

« l'on examinait aujourd'hui ce livre à la lumière des faits postérieurement acquis, il ne supporterait pas une critique sévère; « beaucoup de choses vraies y sont comme en germe; mais il faut, » pour en découvrir le sens et l'importance, une clef qui manquait à « Delpech lui-même. Il n'avait, sur tout ce qu'il a vu, que ce senti- « ment vague et confus qui, dans les bons esprits, précède la con- « viction scientique et raisonnée: et ses théories n'offrent en dernier « résultat rien de précis et de définitif. Je tiens d'autant plus à vous « donner une idée exacte des travaux de ce chirurgien, qu'il serait « facile d'en exagérer l'importance au moyen d'interprétations plus « ou moins heureuses, mais auxquelles Delpech lui-même n'a nulle- « ment songé; car, en toutes choses, il faut se garder de croire qu'un « auteur ait connu et pénétré toutes les conséquences d'une vérité, « parce qu'en passant il en aura effleuré instinctivement le principe. « Les vérités scientifiques n'appartiennent qu'à celui qui non-seule- « ment les voit, mais qui sait qu'il les voit, et qui en connait la rai- « son, les détails, le principe, l'enchaînement et les conséquences, à « celui, en un mot, qui les démontre et qui en tire toutes les appli- « cations dont elles sont susceptibles (1). »

Nous dirions et nous écririons encore la même chose aujourd'hui.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

RUPTURE DU PÉRICARDE; BRUIT DE ROUE HYDRAULIQUE OU BRUIT DE MOULIN; par MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

(Suite. — Voir les nos 46 et 48.)

Le bruit de roue hydraulique est extrêmement curieux, plus élégant encore que le tintement métallique, et surtout plus décisif.

Longtemps acceptés de tous avec le respect que commande le nom de Laënnec, les signes physiques des épanchements pleurétiques, viennent, quelques-uns du moins, d'être sérieusement contestés. Skoda et M. Henri Roger ont annoncé que la présence du liquide dans la plèvre donnait, dans certains cas, non plus de la matité, mais un son tympanique. C'était inattendu, presque paradoxal. Cependant la clinique et l'expérimentation semblent établir la réalité du phénomène, et l'expliquent par l'interposition d'une lame pulmonaire à la paroi thoracique et à l'épanchement.

D'un autre côté l'égophonie, qui manque par l'exagération de la cause même qui l'a produit, par l'abondance excessive du liquide, peut exister quand, à son tour, le liquide manque. Le tremblotement de la voix ne serait point, comme le voulait la théorie si séduisante de Laënnec, le résultat du tremblotement du liquide transmis au poumon, mais bien d'une compression même invariable du viscère, quel qu'en soit l'agent, liquide ou solide. C'est ce que paraît avoir démontré Landouzy.

Les anciens signes s'en vont; c'est peut-être un présage d'un accueil bienveillant pour les nouveaux. C'est à ce titre que le *bruit de roue hydraulique* se présente en chirurgie.

Le *bruit de roue hydraulique* ou le *bruit de moulin* est un signe pathognomonique de la rupture simultanée du poumon et du péricarde avec épanchement de liquide et d'air dans le péricarde.

A un point de vue plus général, c'est un signe de l'épanchement traumatique de liquide et de gaz dans le péricarde. C'est un bruit hydroaérique.

Tantôt il est intermittent, et coïncide avec la contraction des ventricules; tantôt il est continu, avec redoublement au moment de la contraction des ventricules.

Il rappelle par sa régularité comme par sa nature le bruit d'une roue hydraulique, dont les aubes battent successivement l'air avec l'eau, à intervalles égaux.

Il semble naître, il naît de la collision d'une série de bulles d'air avec le liquide. Plus ou moins considérable au début, le nombre des bulles va bientôt décroissant, au point qu'à la fin le bruit est simple, comme s'il n'y avait plus qu'une seule bulle.

Il s'entend à distance, tout autour du lit et même au delà; il a pendant plusieurs nuits troublé le sommeil d'un de nos malades. Son maximum d'intensité est à la région cardiaque.

Chez les trois blessés qui nous l'ont offert, il ne s'entendait que dans le décubitus dorsal. Ce sera peut-être la règle, car dans les deux seuls cas où l'état du malade nous ait permis de chercher ce bruit dans la position assise, nous ne l'avons plus retrouvé ni en avant ni en arrière.

La durée du bruit de moulin n'a été que de quelques heures chez notre premier blessé, qui, il est vrai, ne survécut pas deux jours à sa chute.

Chez notre second blessé, qui a guéri, le bruit de moulin a duré trois jours, peut-être quatre ou même un peu davantage, car je ne l'ai cherché que le surlendemain de l'accident. Chez le troisième, qui ne l'entendait pas, — il s'est éteint le cinquième jour.

Quelle est la cause physique du bruit de roue hydraulique, du bruit de moulin, quelle en est la théorie?

C'est incontestablement un bruit hydroaérique. Il est donc produit, dans son expression la plus générale, par l'agitation d'un gaz avec un liquide.

Dans nos deux premiers cas, il s'agissait — dans l'un d'une commotion de la poitrine — et dans l'autre d'un écrasement de cette cavité, compliqués d'un épanchement de sang dans la plèvre. Le liquide était donc du sang ou plutôt un mélange de sang et de sérosité pleurale, comme chez notre dernier malade.

Qu'est-ce qui bat le gaz avec le liquide? Le cœur. Il suffit même de se rappeler l'isochronisme du bruit avec les mouvements de cet organe pour faire la part exacte de chacun de ces mouvements dans la production du phénomène.

Quand le bruit est intermittent, il coïncide avec le premier temps de la circulation cardiaque; ce sont donc les ventricules qui, pendant leur systole, agitent le mélange, — non pas le mélange, car les gaz ne se mêlent point aux liquides, mais s'y superposent, je voulais dire

(1) VUES GÉNÉRALES SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX, exposées à l'ouverture des conférences cliniques sur les difformités, etc., 1841, p. 13.

faisait paraître plus jeune encore qu'il n'était, montant sur une chaise pour être vu de ses auditeurs, et répétant les leçons d'anatomie de Littre, son maître.

Cependant, l'année 1793 touchait à sa fin, et la France, menacée de toutes parts, était en armes sur ses frontières. Entraîné par l'impulsion générale, Delpech se rend à l'armée des Pyrénées-Orientales, que commandait Augereau, et se met à la disposition du chirurgien en chef, M. Ribes. Sa jeunesse, ses connaissances précoces, sa main exercée, ne tardèrent pas à le faire distinguer, et à lui concilier l'estime et la bienveillance de ses supérieurs.

Dans une circonstance assez critique, le jeune Delpech fit preuve de beaucoup de courage et de sang-froid. Le régiment auquel il appartenait fut obligé d'évacuer pendant la nuit une place non fortifiée qu'entouraient des forces supérieures. L'arrivée des Espagnols fut si subite que l'armée ennemie entrait dans la place quand notre arrière-garde en sortait à peine. Eveillé en sursaut, Delpech n'eut que le temps de s'habiller à la hâte. Déjà, il avait laissé derrière lui les dernières habitations de la ville, lorsque, cherchant son épée à ses côtés, il s'aperçut qu'il l'avait oubliée. Un Français ne se résigne pas aisément à laisser ses armes à l'ennemi. Quand on a 18 ans et de braves compagnons autour de soi, le danger offre un attrait auquel on ne résiste guère. Le jeune chirurgien fait volte-face, rentre en ville au pas de course et, à la faveur de l'obscurité, se glisse par des rues détournées jusqu'à la maison qu'il vient de quitter. Le retour fut moins facile: on l'aperçut, et c'est au milieu des balles, qui heureusement ne l'atteignirent pas, qu'il put rejoindre ses camarades.

Après un séjour de cinq années sur les frontières de la France et de l'Espagne, le corps d'armée auquel Delpech était attaché fut dirigé sur l'Italie. Avant de s'éloigner, pour longtemps peut-être, Delpech, demanda un congé de quelques jours, afin d'aller à Toulouse embrasser sa mère. A peine arrivé dans sa ville natale, une fièvre grave le saisit, qui mit sa vie en danger, et dont la convalescence fut longue. Ainsi se termina assez brusquement sa carrière de chirurgien militaire. Il avait alors 21 ans.

Revenu à la santé, Delpech fut attaché au service chirurgical de l'hôpital Saint-Jacques de Toulouse. Ici se place un nouveau trait de généreuse hardiesse, où se révèle en même temps la bonté de son cœur. Il y avait, dans la prison attenante à l'hôpital, un émigré alors malade, coupable d'être rentré en France pour visiter sa famille. Touché de son infortune, Delpech résolut de le sauver. Sans en prévenir le prisonnier, il dispose tout dans ce but. Il prend avec de la cire l'empreinte des serrures, fait fabriquer des clefs et, un jour de fête, tandis que les employés sont au dehors, il entre chez le prisonnier, et lui fait part de son dessein. Celui-ci hésite d'abord à le suivre; ce n'est qu'à ses vives sollicitations qu'il cède enfin. Il s'agissait de franchir une cour gardée par une sentinelle. Delpech avait tout observé d'avance. Pour traverser cette cour, qui séparait la prison des bâtiments de l'hôpital, il fallait saisir l'instant où la sentinelle aurait le dos tourné. Les moments étaient

l'épanchement mixte de liquide et de gaz. Cet épanchement est battu par les ventricules dans leur contraction.

Quand le bruit est continu, son redoublement correspond encore au premier temps; c'est donc encore la systole ventriculaire qui intervient.

Enfin la dernière moitié, la moitié la moins intense du bruit continu se passe dans le second temps, elle est donc sous la dépendance de la diastole des ventricules ou de la systole des oreillettes, ou de l'une et de l'autre peut-être. L'étendue et aussi l'énergie du mouvement des ventricules pendant leur diastole, donnent à penser que ce sont eux encore qui impriment son agitation à l'épanchement hydro-aérien. Je penche d'autant plus en ce sens que le maximum du bruit de moulin paraît rester constamment dans le même point.

Le bruit de moulin cessait dans l'attitude assise; n'était-ce point qu'alors le liquide occupait seul la région des ventricules, et que l'air en s'élevant était sorti de la sphère d'action des ventricules? L'agitation d'une baguette sous l'eau n'entraîne point d'air dans le liquide et ne détermine aucun bruit hydroaérique. Le cœur battant sous une colonne liquide surmontée par de l'air, n'ébranlerait plus suffisamment l'épanchement mixte pour produire entre les deux fluides une collision bruyante. De là, pour constater le phénomène, l'indication d'amener par une position convenable, à la fois le liquide et le gaz à la portée des ventricules, c'est-à-dire de faire coucher le malade.

Chez mon premier blessé, il y avait (voy. obs. II) au péricarde une rupture qui le faisait communiquer avec la plèvre. Je m'étais demandé si le cœur enveloppé dans le péricarde comme dans un corps de pompe, n'avait pas, par ses alternatives d'ampliation et de resserrement, puisé et rejeté dans la plèvre l'épanchement hydro-aérien, et déterminé ainsi le bruit de moulin. Peut-être les choses ne se sont-elles point passées autrement dans ce cas; mais ce ne serait jamais qu'un mécanisme exceptionnel, encore est-il peu probable. Le cœur battant le gaz avec le liquide dans le péricarde, voilà la règle, je dirai même la règle sans exception.

L'air pénètre dans le péricarde au moment même de l'accident. Le poumon correspondant à la rupture de cette cavité s'est rompu simultanément, et de ses cellules ouvertes l'air s'est échappé. A l'instant ce fluide se répand partout. Il gagne surtout les parties élevées; or la rupture péricardique semble se trouver de préférence en avant. Le malade tombe ou est couché sur le dos, le péricarde en haut, par conséquent. L'air serait donc entré de lui-même, s'il n'avait pas été appelé par les mouvements du cœur, faisant dans le péricarde l'effet d'un piston dans un corps de pompe. On comprend la portée du siége de l'ouverture péricardique. Le malade est couché sur le dos; si la rupture est trop en arrière, et qu'un épanchement liquide se développe, son niveau dépassera bientôt l'ouverture péricardique, et l'air n'y entrera plus; n'est-ce pas là une des causes qui peuvent abréger la durée du bruit de moulin? D'un autre côté, une large ouverture, ou des ouvertures multipliées peuvent, en offrant à l'air une issue trop facile, rendre moins complet le brassage de ce fluide avec le liquide, et le bruit de moulin moins nombreux, moins éclatant, comme nous l'avons vu (obs. I).

Le bruit de moulin était, au contraire, d'une remarquable intensité et s'entendait à distance dans le cas suivant où la rupture était unique, petite, et située en avant.

Obs. II (1). — Claude D..., menuisier, d'une forte complexion, tombe d'une hauteur de 6 mètres sur le côté gauche. Il est relevé sans connaissance; une large saignée est pratiquée, et bientôt surviennent des vomissements abondants de matières alimentaires. Trois heures après l'accident, le blessé est apporté dans mes salles, à l'hôpital Cochin.

Le pouls est petit et fréquent; il y a de l'agitation et du délire. Etranger à tout ce qui l'entoure, le malade ne répond à aucune question; quelques vomissements ont encore lieu, et cinq heures s'étaient à peine écoulées depuis la chute, qu'à l'agitation et au délire avait succédé un coma profond.

Le lendemain, à la visite, je constate au premier coup d'œil trois ordres de lésions, toutes du côté gauche : à la tête, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire et à la région cardiaque.

Tête. Les parties molles qui recouvrent le pariétal offrent en arrière une plaie irrégulière, dont le grand diamètre, le transversal, est d'environ 5 centimètres; le périoste est à nu; mais l'examen, fait d'ailleurs avec ménagement, ne révèle aucun signe physique de fracture.

La plaie, d'après les renseignements fournis par les personnes qui avaient accompagné le blessé, avait beaucoup saigné la veille, et, en effet, les cheveux de ce côté de la tête sont collés entre eux et avec le pavillon de l'oreille par du sang à demi desséché. L'écoulement de sang par l'oreille elle-même a été si insignifiant qu'il n'avait pas d'abord été remarqué; c'est à peine s'il s'en est échappé quelques gouttes au moment même de l'arrivée du malade à l'hôpital, et un stylet introduit dans le conduit auditif externe en ressort taché de rouge.

Pas d'ecchymoses oculaires; dilatation notable des pupilles, lenteur de leurs mouvements.

Pas d'hémiplégie, ni à la face, ni au membre supérieur, ni au membre inférieur.

Le malade retire les jambes l'une comme l'autre quand on les pince, et ayant ressenti pendant notre examen un besoin impérieux d'uriner, il s'est précipité des deux mains sur le vase, que du reste il n'aurait pas pu diriger sans aide. Le malade répond tardivement par une expression de douleur ou par le retrait de la partie à des excitations assez vives portées sur les téguments.

Le seul signe d'intelligence que nous ayons saisi, c'est le mouvement plutôt encore instinctif pour approcher l'urinal. La respiration est paisible, le pouls fréquent et un peu irrégulier.

En somme, si vous avez bien voulu suivre la marche des symptômes encéphaliques, vous voyez qu'ils se rapportent : la perte subite de connaissance à la commotion cérébrale, l'agitation et le délire primitifs à la contusion des circonvolutions, et enfin l'aggravation consécutive de l'oppression des facultés intellectuelles, sensoriales et motrices à un épanchement de sang diffus; mais sur ce dernier point, la lésion se trouvera en désaccord avec l'expression ordinaire des symptômes.

Clavicule. La lésion de l'extrémité interne de la clavicule gauche offre ces symptômes équivoques qui peuvent presque également se rapporter à une luxation en avant ou à une fracture de cet os près de son articulation.

(1) Cette observation a été présentée, avec les pièces, à la Société de chirurgie.

---

précieux; le moindre retard pouvait les perdre tous les deux. Affaibli par la maladie et brisé par l'émotion, le prisonnier s'affaisse sur lui-même. Delpech n'hésite pas, il le saisit, le charge sur ses épaules et franchit sans encombre le périlleux passage. Arrivés dans les dépendances de l'hôpital, les fugitifs montent sur une voiture peu élevée, et s'élancent dans la rue alors déserte. Tout était préparé au dehors. L'émigré gagne l'Espagne, d'où il écrit à son sauveur pour lui exprimer sa reconnaissance.

Deux ans plus tard nous retrouvons Delpech à Montpellier. Il y était venu pour subir les actes du doctorat. Le 9 thermidor de l'an IX, six années jour pour jour, après la mémorable journée qui devait changer le cours de la Révolution française. Delpech soutenait sa thèse. Le sujet choisi par le candidat soulevait une question délicate et litigieuse. Sa dissertation était intitulée : *De la possibilité et du degré d'utilité de la symphyséotomie.* Les avantages de l'hystérotomie et de l'accouchement prématuré artificiel n'étaient pas, à cette époque, appréciés à leur juste valeur, et l'opération proposée par Sigault comptait des défenseurs, au nombre desquels Delpech se rangeait sans hésiter.

Après un séjour de trois mois, Delpech revêtu du titre de docteur, quitte Montpellier et retourne à Toulouse pour se livrer à la pratique de son art.

Déjà le jeune chirurgien de 25 ans voyait la fortune lui sourire; mais Delpech n'était pas de ces âmes vulgaires que ses faveurs enchaînent. Une plus noble passion s'allume dans son cœur : il brûle de se rapprocher du grand théâtre où se distribuent les couronnes de la renommée. Son parti est pris : il remet à sa mère 60,000 fr. d'économies amassées en trois années, et se rend à Paris.

Boyer, chez lequel il se présenta, l'accueillit avec bienveillance et, séduit par les brillantes qualités du jeune Toulousain, conçut bientôt pour lui une vive amitié. C'est grâce à son appui que Delpech fut, peu de temps après, attaché à la maison civile de l'empereur.

Entré encore enfant dans les amphithéâtres de dissection et dans les salles de chirurgie, Delpech en était sorti avec des connaissances anatomiques étendues et riche d'une expérience précoce; mais ses études premières avaient été fort négligées. En possession d'un traitement annuel de 6,000 francs, Delpech, avec cette puissance de volonté qui est le signe de la force, se remet sur les bancs. Les langues anciennes, les langues vivantes, l'histoire, la littérature, il fait tout marcher de front, et, dans sa dévorante activité, il trouve le temps d'assister Boyer dans ses opérations et de se livrer à l'enseignement particulier.

Scarpa venait de publier ses *Recherches sur les anévrismes;* Delpech donne, peu de temps après, une édition française de cet ouvrage. Il n'était alors que traducteur. Plus tard il ajoutera à l'œuvre du chirurgien de Pavie un mémoire sur le même sujet, intitulé : *Recherches sur les causes et réflexions sur les difficultés du diagnostic des anévrismes.*

Delpech était à Paris depuis plusieurs années, lorsque la chaire de médecine opératoire devint vacante par la mort de Sabatier. C'est par

Il y au devant du sternum une saillie osseuse qui se continue avec le corps de la clavicule, saillie qui conserve la hauteur normale de la clavicule, mais qui se laisse abaisser ou élever par une pression directe, dans une étendue de 4 centimètres, et qui est si rapprochée de la ligne médiane qu'il serait difficile, en raison du gonflement, de dire si elle est constituée par la tête de la clavicule ou par l'extrémité d'un fragment.

Cependant cette saillie est moins volumineuse que l'extrémité articulaire de l'os, et il y a une crépitation plus rude que celle d'une luxation, et cette portion de la clavicule n'est pas abaissée comme elle l'est constamment, je crois l'avoir démontré (1), dans les luxations en avant. Si la tuméfaction empêchait de distinguer nettement la tête de la clavicule, on ne sentait au niveau de la fossette sternale ni dépression ni dépressibilité. La mensuration eût donné sans doute un résultat décisif, mais l'état désespéré du malade ne nous a pas permis de prolonger cet examen doublement inutile, et j'en étais du peu détourné par les phénomènes curieux qui vont suivre.

Un mot encore ici : malgré la mobilité du fragment externe, il n'avait pas de tendance sensible à croiser le sternum, ce que j'attribue, en partie du moins, à l'atonie musculaire, conséquence des désordres encéphaliques.

Région cardiaque. C'est là surtout le côté neuf de l'observation. En approchant du malade, l'attention était immédiatement frappée par un bruit singulier parti de la région du cœur.

Il s'entendait à quelque distance, et n'a échappé à aucun des élèves rangés autour du lit. A distance, il était intermittent et correspondait au battement du pouls; à l'auscultation, il était continu, avec un redoublement coïncidant également avec la systole ventriculaire. Ce bruit continu avec redoublement a reçu des élèves une comparaison dont la justesse fait pardonner la vulgarité, il leur a rappelé celui qu'on produit en battant des œufs. Pour moi, c'était plutôt le clapotement de l'eau sur une roue hydraulique dont les aubes, successivement frappées par le courant, occasionnent dans le bruit un véritable redoublement.

La cause physique de ce phénomène, quelle était-elle? Etait-ce, comme dans le cas unique de Chaumette, une fracture de côté, dont les fragments refoulés par les battements du cœur produisaient une sorte de crépitation spontanée? Ç'a été ma première pensée; bientôt, ne trouvant aucun signe de fracture de côté ni aucune analogie entre ce bruit si moelleux et celui si rude de la crépitation, je rejetai cette hypothèse. Ce bruit m'offrait tellement les caractères de celui que détermine l'agitation d'un liquide avec de l'air, que j'eus l'audace de diagnostiquer une communication du péricarde avec la plèvre et la présence dans ces deux cavités d'un liquide mêlé d'air. Et cependant je ne découvrais ni sonorité tympanique, ni respiration amphorique, ni tintement métallique, et le murmure vésiculaire était en avant sensiblement le même des deux côtés. Je me disais que peut-être la quantité d'air était minime, ou que peut-être même la production du phénomène pouvait se passer de l'intervention du fluide élastique. C'était une erreur du premier moment. Il y avait une telle différence entre ce bruit et les bruits valvulaires et péricardiques que, malgré des attaques antérieures de rhumatisme, l'idée ne s'en présentait même pas. Ajoutons que la région précordiale était un peu mate, ainsi que la base du côté gauche de la poitrine.

La dyspnée, déjà marquée le matin, devint excessive dans la journée, on entendait des râles nombreux dans toute la poitrine, et l'un de mes internes, M. Roché, qui a suivi ce malade avec grand soin, n'a pu retrouver le bruit qui avait si vivement attiré notre attention.

Le malade, à ma visite, le lendemain 24 février, était à l'agonie; il mourut à dix heures du matin.

AUTOPSIE. — *Tête.* Le crâne est fracturé. Une longue fissure, commençant à la partie inférieure droite de l'occipital, se porte de bas en haut et de droite à gauche sur le pariétal gauche, atteint la portion écailleuse du temporal et tombe sur le rocher. Elle traverse le rocher parallèlement à son axe, très-près de son bord antérieur, divisant en deux parties à peu près égales le conduit auditif externe et l'oreille moyenne en déchirant la membrane du tympan. Arrivée au sommet du rocher, elle devient transversale, coupe en deux l'apophyse basilaire et ne finit qu'à l'autre rocher resté intact. Du milieu de la fissure de l'apophyse basilaire, une fissure secondaire se détache perpendiculairement pour se diriger vers le trou occipital, qu'elle n'atteint pas tout à fait. Les deux fragments du rocher sont quelque peu écartés l'un de l'autre, et plusieurs des osselets de l'ouïe sont luxés. Au-dessus du rocher, entre la portion écailleuse et la dure-mère, est un caillot noir du volume d'un œuf sur le trajet même de l'artère méningée moyenne, qu'on a d'ailleurs oublié d'examiner. Rien au cerveau qu'une contusion superficielle d'une circonvolution de la dimension d'une pièce de 1 fr., et répondant à la région temporale du côté fracturé; pas de suffusion sanguine ou séreuse à la surface ou dans les ventricules de l'encéphale.

Clavicule. Avant l'autopsie, il est très-facile de constater la fracture de la clavicule, notamment la présence de la tête de cet os dans la cavité sternale, signe que la douleur empêchait de rechercher suffisamment sur le vivant. Le fragment interne est si court que ses diamètres sont à peu près égaux; il fait au doigt l'effet d'une petite boule. Le fragment externe est, comme vous voyez, taillé en biseau aux dépens de la face inférieure. Une longue infiltration sanguine partie du foyer de cette fracture s'étend par l'aisselle jusqu'au milieu du côté correspondant du thorax, sans se manifester au dehors par aucune trace ecchymotique.

Région cardiaque. J'enlève la paroi antérieure de la poitrine avec les plus grandes précautions, en coupant très en arrière les côtes du côté malade. Dès qu'un espace intercostal eut été ouvert dans ce point par la branche mousse du costotome, il s'en échappa un jet de sérosité sanguinolente qui s'éleva jusqu'à la fin sans aucune bulle gazeuse; il y avait au moins 1/2 litre de ce liquide. Le plastron est enlevé avec soin sans qu'on puisse découvrir d'air dans la plèvre ni dans le péricarde.

Le péricarde présente, au niveau de la partie externe du ventricule gauche, à 3 centimètres de la pointe du cœur, une rupture traumatique irrégulièrement arrondie et pouvant recevoir l'extrémité du petit doigt. Cette ouverture est entourée d'une multitude d'épanchements sanguins, récents, noirâtres, dont le volume varie depuis celui d'un grain de riz à celui d'un pois. Ils sont disséminés à la fois sur les deux faces du péricarde; mais surtout sous la séreuse.

A peu près dans le point correspondant, le ventricule gauche offre à sa face externe une rupture superficielle de moins de 1 millimètre de profondeur, de la même grandeur et de la même forme que l'ouverture du péricarde. La rétraction des fibres charnues donne à cette rupture l'apparence d'une perte de substance. Une veine superficielle assez grosse est complétement rompue au niveau de la rupture cardiaque, et a dû contribuer à l'épanchement séro-sanguinolent. Orifices et valvules à l'état normal; rien à noter dans les cavités; surface interne du péricarde saine, normale, et dans sa cavité le même liquide que dans la plèvre; côtes intactes; le cartilage seul de la troisième côte est cassé, loin, comme on le voit, de la blessure du péricarde et du cœur; les

(1) *Essai sur les luxations de la clavicule.*

---

le concours qu'on obtenait alors les chaires de professeur. Dupuytren, Roux, Marjolin et Tartra étaient sur les rangs. Animé du sentiment de sa valeur, confiant dans son talent de parole, Delpech se disposait à entrer en lice. Il ne céda que devant les conseils de celui qu'il se plaisait à nommer son maître.

L'occasion que Delpech ne laissait échapper qu'à regret ne devait pas tarder à se présenter de nouveau. Dans le courant de la même année, en 1812, la chaire de clinique externe de la Faculté de médecine de Montpellier fut déclarée vacante. Delpech quitte aussitôt Paris pour aller disputer l'héritage du professeur Poutingon. Le concours auquel il prit part a laissé à Montpellier de profonds souvenirs. Le 27 septembre 1812, il fut proclamé vainqueur.

Delpech était né professeur. Il avait ces dons de nature que rien ne remplace : l'accent de la voix, une parole claire, imagée, rapide comme sa conception. Ses descriptions étaient des tableaux achevés, où les traits dominants s'accusaient en relief et que nuançait une merveilleuse richesse d'expression. Il entremêlait, à propos, ses leçons de récits anecdotiques pleins de finesse et de gaieté. Delpech avait cette sorte de tempérament qui plaît à la jeunesse jusque dans ses écarts. Il était de ces natures passionnées, peu façonnées à l'obéissance, qui cherchent le combat et qui ne connaissent pas de plus grand plaisir que le plaisir de vaincre : lui aussi aurait pu répéter ces fières paroles de Broussais : « Aucun de ceux qui m'ont entendu n'a résisté à la force de la vérité. »

Delpech exerçait sur ses auditeurs une véritable séduction. C'est avec une émotion que trente ans n'ont pas affaiblie qu'un éminent professeur du Collége de France, l'un de ses disciples de prédilection, M. Coste, parle encore aujourd'hui de l'enseignement de son maître.

« Je ne sais, disait le vénérable M. Ducasse, devant la Société de médecine de Toulouse; je ne sais si le souvenir de mes premières impressions exerce sur moi trop d'influence, et si, comme les vieillards je m'abandonne avec trop de complaisance aux charmes du temps passé; mais dans toutes les villes que j'ai parcourues, dans toutes les écoles que j'ai visitées, jamais je n'ai rencontré parmi les hommes qui en faisaient l'ornement et la gloire, un talent d'élocution aussi facile, une abondance aussi élégante, une parole plus brillante et plus animée que la sienne. »

Au moment où Delpech prit possession de l'enseignement clinique à la Faculté de Montpellier, la funeste guerre d'Espagne touchait à sa fin. Les services de chirurgie encombrés de blessés arrivés de l'armée du Midi, étaient en proie à cette redoutable maladie, à la fois ulcéreuse et gangréneuse qui envahit indistinctement les plaies anciennes et récentes : la pourriture d'hôpital. Les salles remplies de malades, ouvraient à Delpech une vaste perspective à son talent d'observateur. Il étudie les caractères, les formes et les variétés du mal, et consigne le résultat de ses recherches dans un mémoire écrit au lit du malade et d'après nature. Ce travail renferme des vues nouvelles sur le caractère contagieux et sur le traitement de la maladie. Ce qui importe avant tout, c'est d'enlever au fléau son aliment, c'est de s'abstenir de toute

fragments cartilagineux sont doublés en dedans d'une couche épaisse; ils sont sans aucun déplacement, et tous les mouvements obscurs qu'on peut leur imprimer ne donnent lieu à aucune crépitation. Ainsi aucun fragment n'a pu produire la déchirure du péricarde ni du cœur. Par l'aplatissement oblique de ce côté de la paroi pectorale, les deux organes ont été serrés cootre la coloone vertébrale avec une force qui a dépassé leur résistance, force que la violeoce de la secousse a sans doute favorisée.

Quant au bruit, peut-être résultait-il du passage du liquide et de l'air de la plèvre dans le péricarde, et réciproquement. Au moment où le cœur augmentait de volume, les fluides auraient été rejetés dans la plèvre; quand le cœur diminuait de volume, les fluides auraient été rappelés dans le péricarde. Mais nous avons dit que le bruit de moulin dépendait bien plutôt du brassage de deux fluides dans le péricarde. L'air nous a échappé; nous n'avions pas encore eu l'idée du godet anatomique.

En résumé, cette observation est intéressante :

1° Au point de vue de la fracture du crâne,—par l'écoulement sanguin insignifiant qui s'est fait par l'oreille, par l'absence d'bémiplégie, malgré l'existence d'un caillot volumineux et circonscrit, caillot qni semble avoir agi plutôt à la manière d'un épancbement général qu'à la manière d'un épanchement aussi nettement localisé;

2° Sous le rapport de la fracture de la clavicule,—par le siége de la solution de continuité si prés de l'extrémité articulaire et par les autres caractères que nous avons signalés à l'article des symptômes;

3° Quant à la rupture simultanée des poumons, du péricarde et du cœur, tout y est remarquable, depuis le mécanisme de la blessure jusqu'à l'existence du bruit de moulin et à la théorie de ce bruit extraordinaire.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR L'IODURE DE POTASSIUM.

On a essayé tant et de si divers médicaments contre l'asthme essentiel que, s'il s'en présente un nouveau, les esprits même les plus bardis et les plus novateurs sont tout d'abord disposés à l'accueillir avec réserve et à douter de son efficacité. C'est ainsi que, dans le traitement de l'asthme, l'iodure de potassium, si préconisé qu'il ait été en Amérique et en Angleterre, n'a fait en France que de rares prosélytes. La première indication de ce traitement, empruntée à un journal de Boston, se trouve dans le *Schmidt's Jahrbucher* (1860, B. 113, n° 112). Vers le même temps, un médecin qui exerçait dans le département de l'Hérault, M. Aubrié, écrivit à l'Académie pour réclamer la priorité de la découverte, si découverte il y avait. On avait mis en avant, dans cette réclamation, le nom de M. Trousseau. L'illustre clinicien, que M. Aubrié prétendait associer à sa découverte, crut prudent d'expérimenter cette nouvelle médication qui avait fait des merveilles : on préteudait avoir ainsi guéri et rapidement guéri une douzaine d'individus. Après expérience faite, voici quelles furent les conclusions de M. Trousseau :

« Dans un grand nombre de cas, j'ai obtenu des succès qu'aucune « autre médication ne m'avait donnés; d'un autre côté, car il ne faut « pas s'avengler volontairement, j'ai vu le médicament non-seule« ment échouer, mais encore aggraver uotablement les accidents. »
A cette assertion, qui n'est pas très-favorable au nouveau médicament, nous croyons devoir ajouter le résumé d'observations faites en Angleterre par le docteur Hyde Salter, et qu'il a reproduites dans le uuméro du 24 janvier 1864 du journal *The Lancet*.

Les observations qui suiveut, et que nous extrayons de son travail, ont été très-bien cboisies pour montrer les effets de l'action continue ou plusieurs fois répétée du médicament, ainsi que le temps très-long que met le médicament avant d'exercer son action.

Obs. I. — La dame E. M..., âgée de 30 ans, et qui souffrait d'attaques d'asthme depuis environ sept années, vint réclamer mes soins. Elle avait deux sortes d'accès : les uns, intenses, duraient plusieurs jours, mais ne survenant qu'à de longs iotervalles, les autres, légers, se reproduisant chaque nuit, la tenaient éveillée pendant une heure ou deux. Comme particularité importante à noter, nous ferons observer que cette malade avait ses accès fréquents : lorsqu'elle se trouvait dans des lieux bumides et qu'elle avait deux ou trois jours de malaise, quand elle cbangeait de séjour. Au point de vue de l'hérédité, le père de cette femme souffre depuis de longues années d'un rhumatisme goutteux qui lui a déformé presque toutes les articulations. Un de ses oncles mourut très-jeune à la suite de rhumatismes.

Cette malade avait essayé un très-grand nombre de médicameots : quelques-uns l'avaient soulagée, mais par instant seulement et pendant les petites attaques : tels étaient le cbloroforme, les fumigations de papier nitré, le stramonium, l'ipécacuanba, l'éther chlorique, etc.; d'autres ne l'avaient point soulagée : tels étaient la strychnine, la valériane, le lobelia, l'infusion concentrée de café, l'étber, etc.

Lorsque je vis pour la première fois la malade, je lui prescrivis sans snccès de l'extrait de stramonium; elle revint me trouver dans les premiers jours d'octobre, et comme la médication précédente ne l'avait nnllement soulagée, je lui fis prendre trois fois par jour 30 centigrammes d'iodure de potassium en solution additionnée de 20 gouttes de solution de chlorhydrate d'ammoniaque.

Au moment où j'entrepris de la traiter, elle se disposait à aller séjourner quelque temps dans le comté de Surrey et babiter un endroit humide, où elle avait toujours été prise jusqu'alors de violentes attaques d'astbme.

Environ un mois après, j'appris que la malade se trouvait dans un état beaucoup plus satisfaisant : elle n'avait plus ni grandes ni petites attaques, elle avait repris son embonpoint et ses forces.

Cette observation ne peut nous apprendre si la guérison s'est maintenue longtemps encore après qu'on eut cessé le traitement. Mais, dans le cas suivant, on a pu observer plus longtemps la malade et savoir ce qu'il était avant tout important de connaître, c'est-à-dire ce que deviennent les attaques d'asthme en donnant, en cessant et en redonnant ensuite le médicament.

Obs. II. — Le nommé T. H..., faible et amaigri, âgé d'environ 66 ans, est asthmatique depuis six aos; dans les trois dernières années, les attaques sont devenues plus fréquentes et plus intenses. Il était rare qu'il restât une semaine sans avoir une attaque. Lorsque je le vis il était pris tous les matins, vers quatre heures, d'attaques légères qui le te-

---

opération qui n'est pas immédiatement nécessaire, c'est de favoriser le plus rapidement possible la réuuion des solntions de continuité traumatiques.

Généralisant ce qui n'était d'abord qu'un précepte émis en vue d'un cas particulier, Delpech insistera plus tard sur les avantages de la réunion immédiate des plaies, ou, pour parler le langage des chirurgiens, par première intention. Cette idée, il la soutiendra avec l'ardeur d'une conviction profonde. « La suppression du contact de l'air, dit Delpech dans son *Traité des maladies réputées chirurgicales*, réduit l'inflammation; celle-ci s'arrête au point où les exsudations fournies par les parties divisées sont purement albumineuses. » Revenant plus tard sur ce sujet dans le *Mémorial des hôpitaux du midi* : « C'est, dit-il, un sérum cbargé de fibrioe qui s'extravase en s'attachant, en se confondant pour jamais avec les parties environnantes. » Dirait-on mieux aujourd'bui? Il enseignait encore que la réuoion immédiate est un phénomène du même ordre que celui qui unit l'œuf à l'utérus dans les premières phases du développement.

Certes, Delpech n'est pas l'inventeur de cette méthode thérapeutique. Déjà Hunter avait tracé avec un rare talent le tableau des actes biologiques qui président à la réparation des solutions de continuité, et John Bell avait fait ressortir avec une grande sagacité l'indicatioo générale de la réunion immédiate : « Une division récente, disait-il, se consolide en vertu d'une propriété absolnment semblable à celle qui dans l'état normal préside à la nutrition et à l'accroissement des parties. » Mais ce qu'on ne saurait dénier à Delpech, c'est d'avoir combattu avec sa verve accoutumée les préjugés du temps sur l'utilité de la suppuration comme moyen de dégorgement des parties, et sur les snites prétendues fâcbeuses de la suppression d'un travail morbide regardé par quelques-uns comme nécessaire. On peut dire que par sa persévérance peu commune, Delpech a cootribué, plus que personne, à introduire dans la pratique courante une grande métbode chirurgicale.

A cette époque, et aujourd'hui même, il faut bien le dire, la réunion immédiate des plaies un peu étendues, souvent teotée dans les bôpitaux de Paris, u'était et n'est encore que trop rarement obtenue. Joignant l'exemple au précepte, Delpech annonçait de son côté des succès qu'on crut devoir attribuer au climat méridional, mais dont il faut sans doute chercher ailleurs l'explication. Placé au sein d'un grand bôpital, dans le centre d'une grande ville, l'opérateur n'est pas toujours le maître de se mouvoir librement; il est des nécessités qu'il doit subir; il faut qu'il compte avec le milieu qui l'entoure.

Mais parce que le but est difficile à atteindre, l'excellence de la méthode n'en est point affaiblie. Elle est en quelque sorte un idéal vers lequel le chirurgien doit tendre sans cesse. S'il ne peut, aussi souveot qu'il le voudrait, créer d'emblée des adhérences et opposer en quelque sorte une barrière à l'inflammation, il cherche du moins, par des moyens appropriés, à diminuer l'étendue de la surface traumatique et à réduire la durée de travail de cicatrisation.

Partisan ingénieux des diverses opérations de greffe animale, Delpech,

naient éveillé et haletant sur son lit pendant près d'une heure. Il n'y avait aucun antécédent goutteux.

Ce malade avait eu recours, comme le font ordinairement les asthmatiques, à toutes sortes de médication : les inhalations de chloroforme pouvaient seules lui procurer un soulagement presque immédiat. Après avoir essayé quelques médicaments restés infructueux, je lui donnai de l'iodure de potassium : quelques jours après le malade n'avait plus, comme autrefois, des attaques revenant chaque matin.

Après la semaine de traitement, on suspendit l'emploi de l'iodure de potassium; quelques jours après l'asthme reparut, et au bout d'une semaine ou deux, les attaques s'étaient renouvelées aussi violentes que par le passé. On fit prendre alors de nouveau au malade de l'iodure de potassium, et, comme la première fois, les attaques cessèrent.

Lorsqu'on prescrit aux malades de l'iodure de potassium, il ne faut pas oublier, comme le fait observer avec juste raison M. Hyde Salter, que le médicament n'exerce souvent son action que plusieurs jours après le début du traitement. C'est ce que démontre le fait suivant, rapporté par l'auteur que nous venons de citer.

Il s'agit en effet, dans ce cas, d'un malade auquel on fit prendre, trois fois par jour, 50 centigrammes d'iodure de potassium, et qui n'éprouva de soulagement que trois semaines après qu'on eut commencé l'emploi de ce médicament.

Des diverses applications thérapeutiques de la fève de Calabar. (*Physostigma venenosum*, Balf.)

Les très-nombreuses expériences physiologiques faites par MM. Fraser, Ugle, Harley, Nunneley, Argyll Robertson, ont provoqué de la part de divers praticiens des recherches thérapeutiques du plus haut intérêt.

Employées d'abord presque exclusivement dans les affections oculaires, les préparations de fève de Calabar ont été plus tard mises en usage dans un grand nombre de maladies.

M. Hart a le premier conseillé l'emploi de la fève dans le traitement de la mydriase : il eut l'occasion d'en constater les précieux effets dans deux cas : l'un de mydriase partielle provenant de paralysie de la troisième paire, tandis que dans l'autre la mydriase avait été la conséquence d'une asthénie consécutive à une longue fièvre. Quelque temps après, M. Soelbey Wells a publié dans le *Medical Times* l'observation d'une femme de 26 ans atteinte de mydriase résultant d'une paralysie du constricteur de la pupille et du muscle ciliaire de l'œil droit, et qui guérit parfaitement au bout de quelques jours. M. W. Hulke a rapporté trois observations de mydriase avec paralysie de la troisième paire, toutes trois suivies de guérison. Une observation due à M. Heill (*Med. Times and Gazette*, t. I, p. 491; 1863) et une communication toute récente de M. Liebreich (*Ann. d'oculistique*, t. LI, p. 248; 1864) rendait incontestable l'action toute-puissante de la fève de Calabar dans la mydriase.

Nunneley (*The Lancet*, t. II, p. 65; 1863) a proposé également l'emploi de cet agent dans les plaies de la cornée et du bord antérieur de la sclérotique, non pas tant dans le but de dégager l'iris lorsque le prolapsus a lieu, mais pour éviter ce prolapsus. En effet, si l'on peut faire en sorte que l'iris reste pendant quelques heures à distance de la solution de continuité, grâce à la contraction presque complète de la pupille, le prolapsus n'aura pas lieu et la plaie de la cornée pourra se réunir par première intention.

La fève de Calabar a été employée dans ce but, et toujours avec succès, deux fois par Nunneley (*Lancet*, t. II, p. 65; 1863) et une fois par M. Giraldès. (*Note lue au congrès médico-chirurgical de Rouen*, septembre 1863.)

La fève de Calabar a encore reçu dans la thérapeutique des maladies oculaires d'autres applications. C'est ainsi que MM. Douders et Van Craafe ont mis plusieurs fois à profit cette propriété de contraction afin de préparer l'œil à l'opération de l'iridectomie dans le glaucome, et que M. Giraldès a le premier, dans ses leçons cliniques, fait connaître les services que cette substance était appelée à rendre dans les cas d'adhérences de l'iris. Enfin, dans une très-bonne thèse récemment soutenue devant la Faculté de Paris, M. Carlos Lopez a montré combien la fève de Calabar pouvait être utile dans l'hypermétropie, en rapprochant le point de la vision distincte, et dans la myopie, parce qu'en rapprochant le point de vision distincte sans rapprocher le *punctum rémotum*, la fève de Calabar augmente toujours la latitude d'accommodation.

La fève de Calabar a reçu, dans d'autres maladies que les affections oculaires, de nombreuses applications : elles sont cependant moins importantes que les précédentes.

M. Fraser a employé le premier avec succès la teinture de *physostigma*, à la dose de 7 à 8 gouttes, dans un cas d'érysipèle. M. Harley (*Med. Times and Gazette*, t. I, p. 61; 1864) s'est servi de la poudre de *physostigma*, à la dose de 5 à 60 centigrammes par jour, dans un cas de chorée chez une jeune fille de 11 ans. Il prétend avoir obtenu en très-peu de temps une notable amélioration.

M. Fraser a rapporté de très-nombreuses observations de névralgies rebelles (gastralgie, hystéralgie) modifiées et même guéries par l'application seule et l'administration à l'intérieur de la teinture de *physostigma*. Dans un cas de bronchite aiguë très-intense, M. Fraser a obtenu une guérison rapide en donnant chaque jour de 6 à 10 gouttes de teinture. Le même observateur a consigné dans sa thèse deux observations de *delirium tremens*, où l'on s'est fort bien trouvé de l'emploi de la teinture de *physostigma*. Dans cette même thèse, M. Fraser avait prédit que la fève de Calabar, par suite de son action contro-stimulante toute spéciale sur la moelle épinière, pourrait rendre de véritables services dans le traitement du tétanos. Cette même année, M. Holmes Coot, à Londres; en France, MM. Bouvier et Giraldès, ont employé le *physostigma venenosum* contre cette maladie.

Dans l'observation de M. Holmes Coot (*The Lancet*, t. VI, p. 348; 1864), on a donné tant de médicaments à haute dose (calomel, croton, morphine); ils se sont succédé si rapidement, que l'on ne saurait attribuer entièrement à l'action de la fève de Calabar la guérison de la maladie.

L'observation de M. Bouvier est plus intéressante : nous allons l'analyser sommairement. Il s'agit d'un jeune enfant de 13 ans qui, à la suite d'une longue course et d'une émotion vive, rentrant chez lui en sueur et tout altéré, but un grand verre d'eau froide, et quelques instants après il se sentit les mâchoires roidies, on ne pouvait les lui desserrer; il avait en même temps une légère roideur avec ten-

---

séduit par la simplicité du procédé indien, ne fut pas suffisamment pénétré peut-être des avantages de la méthode dite française, mais ce qui n'échappa pas à son esprit clairvoyant. c'est que la réunion immédiate des lambeaux destinés à la réparation est la condition fondamentale de toutes les opérations d'autoplastie.

Le *Précis des maladies réputées chirurgicales* parut en 1816. Cet ouvrage, écrit en vue des études classiques et composé un peu à la hâte, ne répondit pas aux espérances de l'auteur; il eut peu de succès. Il en est d'un livre comme d'un homme, il doit venir à son heure et répondre à un besoin. L'auteur d'un ouvrage didactique, s'il veut réussir, doit se contenir et s'effacer souvent; jamais il ne doit oublier qu'il s'adresse à la masse des lecteurs, c'est-à-dire à ces esprits qui aiment les voies régulières et bien tracées. Delpech était peu fait pour ce genre de travail : le titre seul de son œuvre l'indique suffisamment. Il appartenait à cette génération créatrice, qui s'occupait moins que la nôtre de ce qu'on avait pensé dans les siècles précédents et qui découvrait davantage. Dans cet ouvrage, ainsi d'ailleurs que dans la plupart de ses productions, on peut dire que Delpech appartient à cette école qu'un éminent historien de la chirurgie a caractérisée sous le nom de personnelle.

Si l'on ne savait que Delpech excellait dans l'art de la parole. la forme négligée de ses ouvrages qui ressemblent trop souvent à une improvisation écrite, son style inégal et embarrassé, ne pourraient donner une idée de l'influence qu'il a exercée de son vivant. M. Serres, qui a longtemps servi de secrétaire à Delpech, et qui devait plus tard lui succéder dans la chaire de clinique chirurgicale, nous apprend qu'il composait avec une inconcevable rapidité. En moins de quinze jours il a dicté en entier le premier volume de son *Traité de chirurgie*, et ce volume ne renferme pas moins de 700 pages. Rarement il se donnait la peine de relire le manuscrit.

Au reste, messieurs, ne nous y trompons pas : le temps seul assigne aux œuvres des hommes leur véritable valeur. Ces ouvrages devenus rapidement classiques, ces encyclopédies complètes, ces tableaux méthodiquement composés, qui embrassent dans leur cadre la science tout entière, se succèdent tous les dix ou vingt ans dans la faveur publique, pour disparaître à leur tour et demeurer ensevelis dans l'oubli. Telle est la loi du progrès. D'autres livres ne trouvent dans le présent que de rares lecteurs; mais s'ils tiennent peu de compte de la tradition, du moins ils ne s'arrêtent pas toujours à la surface des choses. Parfois en arrière de l'expérience générale, souvent ils la devancent; à travers leur obscurité apparente, de lumineux aperçus éclatent; sous leurs pages imparfaites se cachent des germes précieux que féconde l'avenir et qui défient la main du temps.

Les publications de Delpech se succèdent rapidement. De 1823 à 1828, il donnait ses *Leçons de chirurgie clinique*, en 1829, son *Traité de l'orthomorphie*; de 1829 à 1831, il publiait le *Mémorial des hôpitaux du Midi*, journal mensuel écrit presque entièrement de sa main, et dans lequel il traite des sujets les plus variés de chirurgie, de méde-

sion douloureuse dans les muscles du cou. Pendant les quatre ou cinq premiers jours, on lui fit prendre chaque jour des opiacés, on lui mit quelques ventouses, et ce n'est que le cinquième jour qu'on lui fit prendre un paquet de 5 centigrammes de poudre de Calabar.

Il survint alors un paroxysme dans les accidents tétaniques : la roideur a tout envahi, la douleur est atroce, les muscles de la poitrine commencent à se prendre, la respiration est lente, l'enfant a le visage cyanosé.

Pendant trois jours on continue l'emploi de la poudre de fève de Calabar, et toujours à la dose de 5 centigrammes. Les jours suivants on élève la dose de 5 à 20, 75 centigrammes, et même 1 gramme. Un mois après l'apparition des premiers accidents, l'enfant sortit parfaitement guéri.

Une seule observation ne suffit pas pour affirmer que la fève de Calabar guérit le tétanos; mais un succès dans un cas aussi bien observé que celui que nous venons de rapporter doit engager les praticiens à expérimenter de nouveau la fève de Calabar dans une maladie où l'expérimentation est d'autant plus permise que le tétanos résiste presque toujours aux médicaments employés pour le combattre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

M. le général MORIN fait hommage à l'Académie d'un opuscule concernant ses expériences sur une cheminée en usage dans les casernes et dans les hôpitaux d'Angleterre.

ORIGINE DES DIFFÉRENCES QUI EXISTENT ENTRE LES RACES HUMAINES.

M. J. J. D'OMALIUS D'HALLOY communique quelques observations sur ce sujet à l'occasion des considérations antropologiques que M. Trémaux a présentées récemment à l'Académie et qui sont contraires aux opinions qu'il a lui-même émises dans diverses publications, notamment dans un ouvrage sur les races humaines. (Nous publierons prochainement ce travail en entier.)

— M. PAUL GERVAIS fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du mémoire relatif à la caverne de Bize (Aude) et aux espèces animales dont les débris y sont associés à ceux de l'homme, qu'il vient de publier avec la collaboration de M. Brinckmann, et présente quelques remarques au sujet des observations consignées dans ce travail.

— La commission chargée de constater les résultats obtenus par M. Turnbull de sa méthode de traitement de la surdi-mutité déclare, par l'organe de son doyen M. VELPEAU, qu'elle s'est mise en mesure de s'acquitter de la tâche qui lui était confiée, et a reconnu que cette tâche lui était rendue impossible. Voici en effet ce qui a eu lieu :

« M. Turnbull, au jour qui lui avait été indiqué, a présenté aux commissaires les sujets sur lesquels il devait appliquer son mode de traitemens; mais quand on lui a demandé en quoi ce traitement consiste, on a appris que le remède dont il se proposait de faire usage, et dont il a dit avoir consigné la formule dans une note cachetée déposée aux archives de l'Académie, ne devait être communiquée à la commission que lorsqu'elle en aurait constaté les résultats.

Dans ces conditions, et pour se conformer aux règles qu'a toujours observées l'Académie relativement aux remèdes secrets, la commission n'a pas dû passer outre.

— M. REMAK dépose le mémoire, dont il n'avait donné qu'un court résumé dans une précédente séance, sur les effets thérapeutiques et physiologiques du courant galvanique constant. (Renvoi à l'examen des commissaires déjà désignés : MM. Velpeau, Rayer, Bernard.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA CIRCULATION PULMONAIRE ET SUR LES DIFFÉRENCES D'ACTION QUI EXISTENT ENTRE LES CAVITÉS DROITES ET LES CAVITÉS GAUCHES DU CŒUR; par M. G. COLIN.

(Commissaires : MM. Serres, Cloquet.)

L'auteur, en terminant son travail, le résume dans les conclusions suivantes :

« Il ressort des expériences et des faits relatés dans mon mémoire que les deux cœurs, quoique fonctionnant ensemble, n'ont point un mode d'action identique, et que les phénomènes de la circulation pulmonaire diffèrent très-notablement, sous plusieurs aspects, de ceux de la circulation générale. Voici, parmi ces différences, celles qui paraissent avoir le plus de portée au point de vue de la physiologie et de la pathologie :

« I. La force impulsive développée par la systole du cœur, mesurée à l'aide des deux manomètres que j'ai décrits, est, terme moyen, quatre fois aussi grande pour le ventricule gauche que pour le droit. Pendant que sur le cheval de taille ordinaire, celle du premier ventricule s'élève de 115 à 120 kilogrammes, celle du second n'est que de 29 à 30. Cette force est en rapport, dans chacun des deux cœurs, avec l'épaisseur si différente de leurs parois et avec l'étendue du champ des deux circulations.

« II. La force systolique des ventricules varie d'intensité d'un instant à l'autre et sous l'influence de plusieurs causes. Ses variations les moins marquées sont liées aux mouvements d'inspiration et d'expiration : les plus étendues dépendent des divers efforts et des obstacles qui peuvent être apportés au cours du sang. Elle diminue dans les systoles qui coïncident avec la dilatation du thorax et augmente dans celles qui correspondent à son resserrement. Au moment des violents efforts musculaires, la force du ventricule gauche s'accroît d'un cinquième, d'un quart, d'un tiers et même d'une moitié de son intensité moyenne. Celle du ventricule droit s'élève alors au double et parfois au triple de son chiffre normal. Le manomètre montre clairement que les efforts, quels qu'ils soient, déterminent une gêne plus prononcée dans la petite circulation que dans la circulation générale. C'est pour cette raison qu'ils sont infiniment plus pénibles pour le cœur pulmonaire que pour le cœur aortique; aussi tendent-ils à y produire l'anévrisme et à occasionner l'oppression, les palpitations, dès que l'amincissement des parois est devenu un peu sensible.

« III. Les quantités de sang qui abordent à chaque moitié du cœur ou qui en sortent, dans le même temps, ne sont point égales pour les deux. L'oreillette droite, qui a une capacité bien supérieure à la gauche, se vide moins que cette dernière, lors de leur systole commune : une partie de son contenu n'est point lancée dans le ventricule correspondant et se divise en deux fractions : l'une qui demeure là, l'autre qui reflue dans les veines caves. L'oreillette gauche, au contraire, se débarrasse

---

cine, d'hygiène, de physiologie, de philosophie médicale. Les *Annales de médecine pratique de Montpellier*, la *Revue médicale de Paris*, les premiers volumes du *Dictionnaire des sciences médicales* renferment aussi un grand nombre d'articles dus à la fécondité de sa plume.

Donner une idée, même succincte, de ces divers travaux serait, messieurs, une tâche trop vaste pour être resserrée dans les bornes étroites d'un discours académique. Nous ne pouvons que jeter un rapide coup d'œil sur les points que Delpech a marqués d'un progrès.

L'inflammation dite adhésive, qui supprime en quelque sorte l'état morbide par la formation rapide et immédiate de la cicatrice, conduisit naturellement Delpech à l'étude des productions nouvelles qui accompagnent toute plaie suppurante. Il crut que cette couche molle, de nouvelle formation, qui se montre à la surface des plaies et qui n'est que la première phase du travail de la cicatrisation, précédait le pus. Il crut que ce liquide était lié à l'apparition de la membrane nouvelle comme l'effet l'est à la cause. Cette doctrine, il l'a défendue dans de nombreux écrits, et elle a fait du bruit en son temps. Mais si la membrane pyogénique, tel est son nom, ne sécrète pas le pus comme il le pensait, s'il est vrai que cette humeur se montre comme phénomène initial non-seulement dans les solutions de continuité dont la réunion n'est pas immédiate, mais encore sur toutes les surfaces libres et dans le sein même des organes, on ne peut refuser à Delpech d'avoir étudié avec une merveilleuse sagacité les transformations du tissu nouveau, qui peu à peu augmente d'épaisseur et se resserre dans tous les sens pour devenir la cicatrice. Ce tissu de cicatrice, tissu inodulaire, comme il l'appelait, il l'a particulièrement examiné en chirurgien. Peu extensible, mais doué d'une force de rétraction lente et continue plus énergique que celle des muscles, ce tissu détermine souvent des difformités plus ou moins étendues, des déviations, des occlusions, des renversements d'organes. Les effets du tissu inodulaire ne sont pas toujours nuisibles, parfois ils sont salutaires, et le chirurgien peut trouver, dans la puissance rétractile dont il est doué, un précieux auxiliaire.

Le *Traité de l'orthomorphie* est sans contredit l'ouvrage le plus important et le plus original de Delpech. On trouve dans ce livre une foule d'idées neuves que les travaux modernes n'ont fait que confirmer ou développer. En mettant en pleine lumière l'une des causes les plus puissantes des déviations du système osseux, la rétraction musculaire, Delpech a jeté les véritables bases de l'orthopédie scientifique. Dans sa *Chirurgie clinique*, Delpech paraît encore imbu des idées anciennes sur l'étiologie des déviations, mais dans le *Traité de l'orthomorphie*, sa pensée se révèle clairement dès les premières pages. « Les muscles, dit-il, sont des organes susceptibles de plus grandes variétés physiologiques que les os et les ligaments ; » et il ajoute : « Il me semble susceptible de démonstration que le plupart des difformités spontanées viennent de ce que les muscles ont une grande part à la solidité des connexions osseuses. »

Partant de cette donnée, il montre le rôle essentiel que jouent dans les rapports des pièces du squelette, les troubles fonctionnels des mus-

à peu près complétement de son sang à chaque contraction; elle n'est pas le point de départ d'un reflux sensible du côté des veines pulmonaires. Le mouvement d'expiration, qui est pour sa congénère la cause du reflux, en devient pour elle un puissant obstacle.

« IV. L'injection sanguine effectuée par les ventricules dans les systèmes artériels n'est point uniforme des deux côtés. Le ventricule droit a un débit très-inégal. Au moment de l'inspiration, il se remplit mieux et lance une plus grande quantité de sang dans le poumon dont les vaisseaux s'agrandissent. Lors de l'expiration, il se remplit moins et injecte moins de liquide dans l'organe pulmonaire. Toutefois si, à ce dernier moment, il contient trop de sang, sa systole est incomplète. L'observation attentive de ses mouvements montre que pendant l'expiration il ne se vide pas au même degré que l'autre. L'excédant de capacité qu'il a sur le gauche a évidemment pour but de lui permettre, d'une part, de recevoir et de lancer des ondées tour à tour fortes et faibles, et, d'autre part, de conserver ou de tenir en réserve les fractions d'ondées que le poumon, dans les périodes d'affaissement, n'est pas en état d'admettre. Mais, quelles que soient ces différences, il s'établit une compensation, un véritable balancement entre les deux cœurs. Si le droit reçoit et injecte plus de sang que l'autre dans l'inspiration, ce dernier prend sa revanche dans l'expiration. Les efforts seuls, dans les circonstances physiologiques, peuvent rompre cet équilibre.

« V. La pression du sang dans le système artériel pulmonaire est en moyenne à peu près égale au cinquième de celle du sang des artères aortiques. Elle est extrêmement influencée par les mouvements du thorax et par les causes diverses qui modifient le rhythme de la respiration. Ainsi, elle diminue au moment de l'inspiration et augmente lors de l'expiration d'une manière très-marquée. Par le fait des efforts, elle peut atteindre et même dépasser un chiffre double de celui qui représente son intensité normale : dans ces conditions, elle égale le tiers et jusqu'à la moitié de celle du sang aortique. Au delà de ces limites, elle ne serait plus compatible avec le degré de résistance des minces parois artérielles du poumon, surtout au niveau de leurs petites divisions, dans les lobules et les dernières ramifications bronchiques. C'est là qu'a lieu, en effet, la rupture des artérioles sous l'influence des efforts qui élèvent la pression du sang à son maximum.

« VI. Quant à la vitesse de la circulation pulmonaire, elle est moindre que celle de la circulation générale, le plus grand trajet d'un ondée sanguine étant dans le poumon de quatre à six fois plus court que dans le système vasculaire général. Le jeu du thorax la rend inégale; il l'accélère et la ralentit d'une manière alternative. Le caractère saccadé des courants pulmonaires s'exagère au plus haut degré par suite des efforts même les moins énergiques. »

— M. George présente le modèle et la description d'un nouveau *pulvérisateur à hydrure d'amyle* pour le refroidissement des téguments dans les opérations chirurgicales. (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert de Lamballe.)

— M. Mallez soumet au jugement de l'Académie un instrument désigné sous le nom de *dynamomètre vésical* et destiné à mesurer la puissance musculaire de la vessie. Cet instrument a été construit sous sa direction par M. Mathieu.

— M. Mathieu présente, sous le nom de *pneumo-dynamomètre*, le modèle d'un appareil dont l'idée lui a été suggérée par celui de M. Mallez, et qu'il croit pouvoir être utilisé pour mesurer la force musculaire de la poitrine.

Ces deux instruments sont renvoyés à l'examen de MM. Velpeau et Cloquet.

— M. Girault adresse d'Onzain (Loir-et-Cher) une note concernant un corps de provenance inconnue qui, après avoir séjourné quelque temps dans l'œsophage d'une vache, a été rendu par la bouche. Ce corps, qui a été conservé dans l'esprit-de-vin, est de forme allongée, irrégulière, cédant à la pression et de couleur blanchâtre.

MM. Serres et Rayer sont invités à prendre connaissance de la note et de l'objet auquel elle se rapporte.

— M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de l'auteur, M. Colin, deux opuscules concernant l'histoire des entozoaires : l'un « sur le pentastome ténioïde des cavités nasales du chien et les échanges de ce ver entre les carnassiers et les herbivores, » l'autre « sur le développement et les migrations des sclérostomes. »

M. le Secrétaire perpétuel signale encore, parmi les pièces imprimées de la séance, trois discours prononcés par M. Beau dans une discussion récente qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur la question des mouvements du cœur.

— M. Maurin, en adressant une brochure intitulée: *Marseille au point de vue de l'hygiène et de la statistique médicale*, prie l'Académie de vouloir bien comprendre cette pièce dans le nombre de celles qui seront admises à concourir pour le prix de statistique de 1865. (Réservé pour la future commission.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1864. PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

ORDRE DES LECTURES.

1° Rapport général sur les prix décernés en 1864, par M. Frédéric Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel.
2° Prix proposés pour 1865 et 1866.
3° Eloge de M. Delpech, par M. Jules Béclard, secrétaire annuel.

Rapport général sur les prix décernés en 1864; par M. Fréd. Dubois (d'Amiens).

Messieurs,

Lorsque l'Académie se propose de distribuer des récompenses, elle n'a pas seulement en vue de rémunérer des travaux utiles, et d'exciter les auteurs à en composer de nouveaux; elle a la juste prétention d'exercer une influence qui puisse tourner au profit de la science; tout en rendant hommage au talent, elle cherche à le diriger, à lui indiquer les routes qu'il doit suivre; la science est pour elle comme un vaste édifice en voie de construction; elle montre aux travailleurs quelles sont les parties qui appellent leurs efforts, celles qui, élevées à la hâte, ont besoin d'être reprises jusque dans leurs fondements; mais pour cela, messieurs, il faut que l'Académie ait la libre disposition de ses mouvements, que l'initiative lui soit réservée, qu'elle puisse enfin rédiger elle-même les programmes de ses prix.

Cette nécessité a été heureusement comprise par la plupart des fondateurs de prix; ils ont laissé à la compagnie le soin de déterminer quelles sont, dans la science, les lacunes qui doivent être remplies, et par conséquent les questions qui de préférence doivent être proposées; mais d'autres, bien qu'animés d'excellentes intentions, ont cru devoir

cles, l'abolition ou l'exagération de leur contractilité, leurs dégradations matérielles, surtout pendant la période de l'accroissement. Remontant plus haut, il recherche le point de départ de ces lésions dans le système nerveux.

Les idées de Delpech sur la genèse des difformités devaient naturellement le conduire aux applications pratiques. La suppression de la cause productrice par la section du muscle dans sa partie la plus accessible et la moins étendue, c'est-à-dire la section du tendon, telle était la conséquence, en quelque sorte forcée, de la doctrine. Pratiquée autrefois en Hollande, vers la fin du dix-septième siècle, étudiée en Angleterre sur les animaux par Hunter et par Brodie, longtemps oubliée en France, la ténotomie est aujourd'hui pratiquée par tous les chirurgiens. Si Delpech n'est pas le premier qui ait divisé les tendons, il a du moins contribué à constituer cette opération à l'état de méthode rationnelle.

Mais voici où apparaît le génie inventif de Delpech. C'est bien à lui qu'appartient l'idée première de la section sous-cutanée des tendons. Ce n'est point au hasard qu'il exécuta le premier la section du tendon d'Achille sous la peau et à l'aide d'une double incision. Son but avoué, et clairement exprimé, c'est d'opérer hors du contact de l'air, de prévenir ainsi la suppuration et d'obtenir une réunion par première intention.

Sans doute, tout n'était pas fait, mais l'idée était jetée, elle devait grandir, et donner enfin naissance à une méthode chirurgicale, l'une des grandes conquêtes de la chirurgie contemporaine.

On devait démontrer par l'expérience, que l'obliquité des plaies, autrefois regardée comme défavorable, n'avait pas les dangers qu'on lui attribuait; que les bouts d'un tendon, divisé dans la profondeur des parties, ne se soudaient pas nécessairement aux parties voisines, qu'ils pouvaient se réunir à distance; que le tendon glissait encore dans sa gaîne après la cicatrisation. Plus tard, on devait diminuer l'étendue des incisions, supprimer l'une d'elles; maintenir écartés, à une distance convenable et progressivement croissante, les deux bouts du tendon divisé; utiliser la contraction musculaire pour faciliter la section des tendons; reconnaître les tendons le plus convenablement disposés pour la réussite; trouver sur leur parcours les points qui offrent à l'opération le plus de facilité et les chances les plus favorables à la production de la substance intermédiaire nouvelle, diviser enfin à des hauteurs différentes les tendons contenus dans des gaînes communes, afin de fractionner le travail de régénération, et de conserver les mouvements partiels. Si je faisais de l'histoire, j'aurais, messieurs, à citer bien des noms qui sont sur toutes les lèvres.

La méthode sous-cutanée devait prendre une extension plus grande encore. Afin d'obtenir sans inflammation la formation de la substance intermédiaire, on arriverait à couper profondément et dans les régions les plus diverses, non-seulement les tendons, mais toute partie trop tendue ou trop courte.

Les appareils qui maintiennent la position obtenue par la section, l'exercice gradué et progressif, destiné à rétablir la fonction abolie, le

formuler eux-mêmes le programme de leurs prix, et l'expérience a prouvé qu'en cela ils n'ont pas toujours eu la main heureuse.

Il en résulte que l'Académie en est à exprimer chaque année le regret de ne pouvoir récompenser plus dignement les nombreux travaux que ses programmes ont inspirés, tandis qu'elle cherche en vain quelque travail utile parmi ceux qui lui ont été envoyés, pour répondre aux intentions des fondateurs; de sorte que d'un côté elle se plaint de sa pénurie, et que de l'autre elle ne sait que faire de stériles richesses; toutefois, messieurs, et malgré cet état de choses, l'Académie, cette année, a la satisfaction de pouvoir signaler bon nombre de travaux dignes de ses plus hautes récompenses; les commissions en ont fait connaître l'importance et le mérite. Je n'aurai donc ici qu'à rappeler sommairement les résultats de leurs délibérations; il y a plus: messieurs les rapporteurs ayant fait tenir à l'Académie un langage digne d'elle, je reproduirai presque toujours leurs propres paroles, et pour n'avoir pas à y revenir, je rappellerai que ces rapporteurs, consciencieux et toujours bienveillants, ont été: pour le prix de l'Académie, M. Briquet; pour le prix Civrieux, M. Barth; pour le prix Capuron, M. Blot; pour le prix Barbier, M. Bouvier; pour le prix Orfila, M. Gobley; pour le prix Itard, M. Gibert; et enfin pour le prix Ernest Godard, M. Jolly.

L'Académie, agissant en son propre nom, avait proposé, pour 1864, un sujet de prix qui offrait un grand intérêt: il s'agissait de faire l'histoire d'accidents jusque-là à peu près méconnus, très-graves dans la plupart des cas, objets de surprise, d'incertitude et d'effroi pour les praticiens les plus expérimentés: je veux parler des complications qui, dans le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux; nos devanciers, en effet, n'avaient guère considéré l'affection rhumatismale que dans les systèmes musculaire ou fibreux lorsqu'un de nos éminents collègues, M. Bouilland, est venu nous révéler cette remarquable loi en vertu de laquelle on voit si souvent coïncider des lésions de l'organe central de la circulation avec ceux qui caractérisent l'affection rhumatismale. Une fois l'attention appelée sur ce point, on put constater que les plèvres, comme l'endocarde, pouvaient offrir ces complications, et c'est alors que furent recueillies les observations tendant à prouver que le même principe rhumatismal peut aussi envahir les enveloppes des centres nerveux; mais ces faits, encore incertains et isolés, exigeaient de nouvelles recherches, il y avait à en relier les éléments épars, à en recueillir de nouveaux, bien authentiques et bien complets; c'est l'appel que l'Académie a fait aux observateurs, en posant la question de la manière suivante:

« Étudier d'après des faits cliniques les complications qui, dans le « cours du rhumatisme articulaire aigu, peuvent survenir du côté des « centres nerveux et de leurs enveloppes. »

Cette question, on le voit, avait le mérite de l'opportunité et de l'à-propos, aussi le concours a pleinement répondu à l'attente de l'Académie: quatre mémoires lui ont été envoyés, et sur les quatre elle en a trouvé deux qui lui ont paru dignes de toute son attention.

Celui que l'Académie a placé en première ligne fait honneur à la médecine militaire; il a pour auteur M. le docteur Victor Desquin, médecin de seconde classe au 5e régiment d'infanterie de ligne belge, demeurant à Anvers. Le travail de M. Desquin est aussi complet qu'on pouvait l'espérer; il contient 94 observations distribuées dans un cadre très-méthodique, en raison de leurs affinités; mais M. Desquin ne s'est pas borné à recueillir les faits, il en a déduit des considérations générales qui montrent un esprit sage, étendu et judicieux; l'Académie trouve qu'il a pleinement répondu à son attente, en traçant ainsi une histoire complète des accidents qui peuvent survenir du côté des centres nerveux dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, et elle lui décerne un prix de la valeur de 600 francs.

Nous devons dire maintenant que l'Académie n'a pas voulu laisser sans récompense le second mémoire. C'est celui qui est dû à MM. Auguste Ollivier et Louis Ranvier; l'Académie ne place pas ce travail au niveau du précédent; il n'a pas, comme le travail de M. Desquin, le cachet de la maturité et de l'expérience, qui groupe savamment les faits et en tire des conclusions rigoureuses, mais il est l'œuvre d'observateurs qui sont entrés dans une bonne voie et qui méritent d'être encouragés; aussi l'Académie leur accorde-t-elle, à titre d'encouragement, une somme de 400 francs.

Nous avons dit que, lorsque l'Académie est libre de formuler les questions de prix, elle s'attache presque toujours à appeler l'attention des observateurs sur des maladies encore peu connues et par conséquent mal définies: c'est ce qu'elle a fait cette fois, pour le concours du prix fondé par madame de Civrieux.

On sait que dans ces derniers temps, les médecins ont particulièrement étudié une affection à marche, tantôt lente et tantôt rapide, étrange dans ses manifestations, d'une terminaison presque toujours funeste, et que la plupart ont désignée sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive*.

L'Académie a voulu être édifiée sur ce point: trois mémoires d'un mérite réel lui ont été envoyés, et tous les trois, bien qu'à des titres différents, ont fixé son attention.

Celui qui a dû être placé au premier rang est dû à un praticien de Paris, M. le docteur Paul Topinard; son travail est une véritable monographie, l'histoire de l'ataxie locomotrice s'y trouve exposée d'une manière complète, et l'Académie se plaît à reconnaître que pour faire cette histoire, M. Paul Topinard a suivi une méthode essentiellement scientifique; il a pris pour base des observations, au nombre de 209, dont 41 inédites, ce qui lui a permis d'arriver à des conclusions rigoureuses; parmi ces conditions il en est une d'une haute importance pour les hommes de science, car elle définit parfaitement l'affection, et lui assigne sa véritable place dans l'ordre pathologique; suivant l'auteur, le symptôme ataxie est tellement prédominant dans la plupart des cas, qu'il constitue un état pathologique distinct, sans toutefois être une entité morbide; c'est une *espèce* qu'il classe dans le groupe des affections comprises sous le nom de myélites chroniques. Sans approuver de tout point les idées de M. Topinard, l'Académie trouve que cet observateur a fait preuve d'un excellent esprit d'analyse en soumettant toutes les parties de la question au creuset de l'observation, que son travail pour le fond comme pour la forme est une œuvre excellente aussi n'a-t-elle pas hésité à lui décerner un prix de la valeur de 600 francs.

Mais nous l'avons dit, M. Topinard devait trouver près de lui des concurrents d'une valeur incontestable, et d'abord M. le docteur Bach, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, déjà couronné par l'Académie. L'Académie a reconnu dans M. le docteur Bach un praticien expérimenté, son travail est bien fait, on y trouve une bonne définition de l'ataxie locomotrice progressive, la partie historique y est traitée avec soin, l'étiologie, et surtout le traitement, y forment des chapitres excellents; l'Académie regrette de ne pouvoir récompenser M. Bach plus dignement; elle ne l'admet pas au partage du prix, mais de même qu'il ne lui a pas été possible d'élever ce prix au delà d'une somme de 600 francs, elle se trouve forcée de limiter la récompense qu'elle lui accorde à la modeste somme de 400 francs.

Nous avons dit qu'un troisième mémoire avait été adressé à l'Académie sur cette question de l'ataxie locomotrice progressive. Ce travail très-estimable a pour auteur M. Marius Carre, médecin à Avignon; en admettant les faits déjà publiés, M. Carre y a joint quelques observations qui lui sont propres; il en résulte un travail assez complet, mais l'auteur

---

régime et les habitudes réglées, pour seconder l'action du temps; en un mot, ce qu'on appelle le traitement consécutif, devait recevoir aussi de nombreux perfectionnements.

Il est une autre cause de déviation de la colonne vertébrale que Delpech a étudiée avec un soin tout particulier. Déjà il avait touché ce sujet dans son *Traité des maladies réputées chirurgicales*; il y revient avec plus de développement dans son ouvrage sur l'orthomorphie. Les déviations de l'épine qui surviennent à la suite de la maladie connue sous le nom assez vague de mal de Pott peuvent être rattachées, suivant Delpech, à trois ordres de lésions: aux tubercules des os, à la carie ou à l'arthrite vertébrale, sorte de tumeur blanche des disques fibro-cartilagineux placés entre les corps des vertèbres.

Plus fréquents chez les enfants que chez les adultes, les tubercules des vertèbres débutent dans la profondeur de l'os; ils sont généralement multiples, s'étendent à plusieurs vertèbres, siégent généralement dans la région cervicale ou dorsale, diminuent promptement la solidité de la colonne osseuse, et déterminent les grandes gibbosités. La déviation est souvent le premier signe apparent du mal. Plus fréquente dans la région lombaire, plus commune chez les adultes que chez les enfants, la carie débute par la surface de l'os, elle s'annonce par la douleur, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que les vertèbres perdent leur résistance et s'affaissent sous le poids des parties supérieures. Quant à l'arthrite vertébrale dont l'existence est encore révoquée en doute, aujourd'hui, par plus d'un chirurgien, Delpech est moins explicite. La maladie débute-t-elle par les disques intervertébraux, ou n'est-elle qu'une extension et une conséquence de l'ostéite développée sur les surfaces contiguës des corps des vertèbres? Il est assez difficile de saisir sa pensée à cet égard.

Dans le cours de 1831, Delpech avait entrepris avec M. Coste une série d'études sur l'embryogénie. Avec l'instinct supérieur d'un homme qui sait déjà choisir les vrais problèmes, s'il ne sait pas toujours les résoudre, il avait entrevu tout ce qu'un pareil sujet renfermait de fondamental. Sa pensée était celle-ci: éclairer, par la connaissance du développement normal des tissus, la genèse des éléments morbides. M. Coste avait été installé, à cet effet, dans une petite maison isolée, située dans l'un des faubourgs de Montpellier. Par une singulière coïncidence, le général Lamoricière, alors lieutenant, occupait la même maison, et se livrait à des recherches pratiques sur l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire et sur son introduction dans le régime des troupes. Chaque jour Delpech examinait les préparations et dessinait lui-même les pièces, objet de leurs communes recherches. Ce travail terminé, M. Coste se rendit à Paris pour le représenter à l'Institut. Il faut voir dans la correspondance de Delpech avec quelle sollicitude il recommande M. Coste à la justice éclairée de ses juges, avec quelle délicatesse il s'efface pour laisser tout l'honneur de ce travail au jeune collaborateur qui, plus tard, devait parcourir seul, avec tant de succès, la voie qu'ils avaient ouverte ensemble.

L'art d'opérer, messieurs, n'est que l'une des parties de la chirurgie.

a négligé un point que l'Académie regarde comme essentiel, c'est-à-dire celui qui consiste à déterminer et à bien circonscrire l'ataxie locomotrice progressive comme *espèce morbide*; là était le côté scientifique de la question, et M. Carre l'a un peu négligé, l'Académie le regrette, et puisqu'elle en trouve ici l'occasion, elle se fait un devoir de le dire bien haut : les faits en pathologie sont la base sur laquelle on doit s'appuyer, mais il ne suffit pas de les avoir recueillis pour faire de la science, il faut les rapprocher, les comparer et en déduire, sinon des lois, du moins des conclusions ayant un caractère de généralité; ajoutons, toutefois, que l'Académie a reconnu dans le travail de M. Carre l'œuvre d'un praticien distingué, et qu'elle le trouve digne d'une mention honorable.

M. Capuron a laissé à l'Académie la plus grande latitude : « Je donne et lègue à l'Académie, a-t-il dit, la somme de 1,000 fr. de rente, sur ma succession, pour la fondation perpétuelle d'un prix, dont elle déterminera elle-même le programme et les conditions. » Tout en usant de cette désirable liberté, l'Académie se fait un devoir de proposer chaque année des questions qui toutes ont trait à l'art dans lequel a excellé M. Capuron, c'est-à-dire l'art des accouchements; ainsi cette année, elle avait proposé pour question : *Des vomissements incoercibles pendant la grossesse*; sujet intéressant, puisque onze concurrents ont envoyé des mémoires; quelques-uns, il est vrai, ont été éliminés, mais bon nombre offraient des qualités qui les recommandaient à l'attention de l'Académie. Le travail le plus complet est celui qui a pour auteur M. le docteur Poreau (d'Ancenis); il est évidemment supérieur à tous les autres, pour le fond comme pour la forme, les parties historique et bibliographique y sont parfaitement traitées; une sage critique a présidé au choix des faits, un style clair et précis les expose méthodiquement. M. Poreau n'a pas réuni moins de 200 observations qu'il a judicieusement classées.

Les chapitres réservés au diagnostic, au pronostic et au traitement ne sont pas moins dignes d'éloges; certes le problème de ce grave accident n'est pas résolu, mais on peut dire que M. le docteur Poreau a fait avancer la question, depuis qu'elle a été discutée dans cette enceinte; aussi, et à raison de ces circonstances, l'Académie accorde le prix à M. le docteur Poreau.

Il est toutefois deux autres mémoires qui méritent d'être mentionnés honorablement, l'un a pour auteur M. Leudurger Fortmorel (de Saint-Brieuc), l'autre M. Louis-Auguste Klée.

Le mémoire de M. Leudurger Fortmorel est surtout remarquable par un exposé bien fait de l'état actuel de la science en ce qui concerne les vomissements incoercibles; il brille par un style facile et agréable; l'anatomie pathologique a paru traitée un peu brièvement; les observations sont plutôt rappelées que données avec détail; mais en résumé, si l'Académie n'a trouvé dans ce travail, d'ailleurs estimable, aucun élément nouveau, elle se plaît à reconnaître dans l'auteur un esprit sage et dans le classement des faits une heureuse disposition; elle lui accorde donc une mention honorable. M. Klée n'a pu donner qu'un très-court historique de la question, mais il faut en accuser son éloignement de tout centre scientifique et les exigences d'une clientèle rurale. Son travail a paru cependant recommandable à plus d'un titre, M. Klée a judicieusement déduit de ses observations des données importantes, sur les causes, la marche et le traitement de cet accident. L'Académie trouve donc que l'auteur doit être encouragé, et elle lui accorde une seconde mention honorable.

Parmi les fondateurs de prix qui nous ont laissé toute liberté d'action, dans l'intérêt même de la science, il faut placer M. Itard; notre savant collègue n'était pas seulement un homme de beaucoup d'esprit, c'était un homme d'un grand sens; son programme en fait preuve; il y est dit que son prix devra être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée; M. Itard s'est donc effacé complétement; il n'a eu en vue que les intérêts de la science et ceux de l'humanité, aussi ce concours est-il fécond; chaque année l'Académie reçoit des ouvrages importants, et tout son travail consiste à faire un choix judicieux; cette fois, treize ouvrages lui avaient été adressés. Nous ne dirons rien de ceux que l'on a cru devoir éliminer, bien que, parmi eux, il s'en trouve bon nombre qui offrent un véritable intérêt: mais l'Académie en a particulièrement distingué quatre, en tête desquels elle place le *Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, ouvrage publié par M. le docteur Davaine. L'Académie n'hésite pas à déclarer que cet ouvrage forme le traité le plus complet et le plus savant qui ait été publié sur ce sujet; il est venu combler une grave lacune en histoire naturelle et en pathologie comparée. Jamais jusque-là on n'avait rapproché dans un même ouvrage les affections vermineuses de l'homme de celles des animaux domestiques; c'est ce qu'a fait M. Davaine avec science et avec talent. L'Académie a été surtout frappée du grand nombre de faits tout nouveaux qui s'y trouvent exposés, et elle ne craint pas d'aller trop loin en disant que cette œuvre doit être placée au rang des plus remarquables de notre époque; l'Académie n'hésite donc pas à décerner à son auteur un prix de la valeur de 2,000 fr.

Un traité tout spécial est venu cependant prélever une part dans cette récompense et nous obliger ainsi à une concession d'ailleurs fort juste, qui n'en laisse pas moins le livre de M. Davaine au premier rang. L'auteur du traité dont nous voulons parler est M. le docteur Bonnefont, l'un des correspondants de l'Académie. Ce praticien se livre, depuis près de vingt ans, à l'étude des maladies de l'appareil auditif; le traité didactique qu'il a publié en 1860 est en quelque sorte une continuation, un complément de celui dont le fondateur du prix avait enrichi la science, et l'Académie en fera un éloge mérité en disant qu'il est digne de figurer à côté de l'œuvre de M. Itard. Il rappelle donc et avec honneur le nom du fondateur du prix, et il a heureusement offert à l'Académie l'occasion de rendre hommage à sa mémoire, en accordant à M. Bonnefont une somme de 1,000 fr. à titre de récompense.

A une assez grande distance de ces deux ouvrages, mais en un lieu encore fort honorable se trouvent les travaux de M. Robert Latour et Bonjean; M. Robert Latour, partant de ce principe, que la chaleur animale est la source nécessaire de tout travail inflammatoire, et que le concours de l'air extérieur est indispensable pour le développement de ce travail, a pensé que pour l'arrêter, ou même pour le faire avorter, le moyen le plus sûr et le plus simple serait de soustraire les parties malades à l'action de l'air; sans partager de tout point les idées de l'auteur, l'Académie a jugé ses expériences et ses observations dignes d'être mentionnées honorablement.

Enfin et tout en faisant ses réserves, l'Académie accorde également une mention au *Traité théorique et pratique de l'ergot de seigle* de M. Bonjean (de Chambéry).

Le prix fondé par M. Orfila a été cette fois l'objet d'une compétition remarquable entre toutes; la question, il est vrai, était proposée pour la troisième fois, et les concurrents avaient eu plusieurs années pour en réunir et coordonner les matériaux; il s'agissait des champignons vénéneux, question formulée par M. Orfila lui-même, car cet illustre toxicologiste ne nous a laissé presque rien à faire; il a tout prévu, tout arrangé d'avance : les sections académiques où nous devons aller chercher des juges, les questions qui doivent être posées aux concurrents, comment le prix ne pourra jamais être partagé, comment les sommes à distribuer devront être reportées sur les années suivantes, pendant des périodes de six ans; et comment enfin l'Académie se trouverait dépos-

---

Savoir s'abstenir des opérations ou les rendre inutiles, voilà surtout ce qui importe. Mais ce but, que le chirurgien doit poursuivre sans relâche, il ne lui est pas toujours donné de l'atteindre, et l'opération est la dernière ressource. On peut dire que Delpech a excellé dans l'art de les pratiquer. Après l'enseignement de laparole venait l'enseignement de l'action. Son habileté, son adresse ont plus d'une fois arraché aux spectateurs d'unanimes applaudissements.

Il ne suffit pas au chirurgien d'être habile, il faut qu'il sache attendre le moment propice; il faut qu'il soit résolu, mais non pas téméraire; il doit épier les circonstances, saisir l'à-propos, et s'aider du temps sans le devancer. Avec sa vive imagination, ses allures prime-sautières, confiant dans la sûreté de son coup d'œil, Delpech ne fut peut-être pas en toutes circonstances suffisamment fidèle à ces principes, et il éprouva quelques revers qui ne furent pas sans retentissement. Ajoutons, pour tout dire, qu'il sut en faire l'aveu sans détours.

La réputation de Delpech s'était répandue au loin. Il faisait de fréquents voyages. Appelé en Espagne en temps de révolution, il fut arrêté un jour dans les défilés des Pyrénées par une bande de pillards. Déjà ses bagages étaient entre les mains des bandits, lorsque l'un d'eux, qu'il avait autrefois soigné gratuitement, le reconnut. Delpech fut aussitôt l'objet des attentions les plus délicates. Ses bagages lui furent rendus, et la bande tout à l'heure offensive devint une escorte de défense. Il fut accompagné jusqu'à destination et reconduit ensuite jusqu'à la frontière.

Pour suffire à son enseignement, à ses nombreuses publications, aux soins d'une vaste correspondance et aux devoirs d'une clientèle étendue, Delpech déployait une activité qui ne se ralentit pas un instant. Tous les jours levé à six heures du matin, il veillait ordinairement deux nuits par semaine. Cette constance dans l'effort n'appartient qu'aux natures élevées; le but vers lequel elles tendent recule sans cesse, et elles s'élèvent en le poursuivant.

Delpech n'avait ni cette sévérité dans les habitudes, ni cette réserve calculée, ni cette solennité dans la tenue, qui sont trop souvent le voile de la médiocrité. Il connaissait d'autres rues que celles qui conduisaient à la Faculté ou à l'hôpital; il assistait au spectacle, on le voyait à la promenade, il conduisait dans le monde sa jeune femme. Delpech était fort recherché. A peine était-il entré dans un salon qu'un faisait cercle autour de lui. Il mettait une certaine coquetterie à parler sur tous les sujets : de lettres, de science, d'art, d'industrie. Ses connaissances étendues, son débit, son esprit, sa malice même, tout concourait à captiver ses auditeurs.

Passionné pour la musique, Delpech ne manquait ni un concert ni une représentation théâtrale. Il jouait du violon et chantait avec goût. Habile dans l'art de dessiner, il s'était donné un maître de peinture; dans ses moments de loisirs, il s'essayait dans le portrait. Son habileté de main était extrême et s'étendait à tout. Un jour que madame Delpech devait aller au bal, le coiffeur tardant à venir, il s'offrit à le remplacer; jamais madame Delpech ne fut coiffée avec plus de grâce.

sédée, si, après ces périodes, elle ne décernait le prix à un seul concurrent; toutes conditions impérieuses et immuables à observer par l'Académie jusqu'en 1901. Hélas! messieurs, où serons-nous alors, tous tant que nous sommes! Disons cependant que l'Académie actuelle, en attendant ce vingtième siècle, qui doit lui rendre toute sa liberté, s'est scrupuleusement conformée aux prescriptions de M. Orfila; elle lui a emprunté le programme des champignons vénéneux: et comme après deux années, aucun mémoire n'avait paru digne de récompense, l'Académie avait remis la même question au concours pour 1862; et comme cette fois encore, aucun des mémoires envoyés n'avait paru mériter le prix qui était de 4,000 fr., force a été de remettre pour la troisième la même question au concours, en élevant la somme à 6,000 fr.; telle était cette fois la position qui nous était faite. Heureusement, d'excellents mémoires ont été enfin soumis au jugement de l'Académie: ils étaient au nombre de quatre; tous, je le répète, excellents, bien qu'à des degrés différents. Celui que l'Académie a dû placer en première ligne lui a été envoyé par M. Boudier (Emile-Jean-Louis), pharmacien à Montmorency. Ce travail a d'abord le mérite de se conformer de tous points aux vues de M. Orfila; divisé en cinq parties, il répond aux cinq questions posées par le fondateur. Il est rédigé avec le plus grand soin, et il était impossible de mieux saisir l'esprit et le but du problème qui était à résoudre.

L'Académie, toutefois, n'approuve pas les termes par lesquels M. Boudier désigne certaines substances non suffisamment caractérisées, mais elle se plaît à reconnaître que son mémoire renferme des faits nouveaux, et qu'il est arrivé à prouver l'existence de deux principes vénéneux dans l'agaric bulbeux et la fausse oronge. M. Boudier a démontré, en outre, la possibilité de reconnaître par l'examen microscopique la nature du champignon ingéré, et il explique l'action de l'eau vinaigrée sur les champignons vénéneux.

C'est là ce qu'on peut presque appeler des découvertes; ainsi l'Académie se félicite de pouvoir décerner à M. Boudier le prix tout de fois ajourné.

L'Académie cependant croirait commettre une injustice, si elle ne signalait ici deux autres mémoires très-importants, celui de M. Reveil, agrégé à la Faculté de médecine, et de M. le docteur Cordier (de Paris).

M. Reveil a donné une grande étendue à ses recherches, peut-être même a-t-il été au delà de ce qu'on lui demandait; il a embrassé en effet, dans ses études, non-seulement les champignons vénéneux, mais aussi les champignons comestibles; il s'est, du reste, appuyé sur des observations nombreuses et très-intéressantes: la partie chimique est bien traitée, et si M. Reveil avait pénétré plus avant dans la voie qui lui avait été ouverte par MM. Borntrager et Kussmaul, il serait peut-être arrivé à des résultats qui auraient placé son mémoire en première ligne.

M. Cordier suit de bien près M. Reveil, il s'est montré excellent botaniste et habile physiologiste, son mémoire est parfaitement écrit; des dessins, exécutés avec soin, illustrent son travail, ses descriptions sont d'une grande exactitude, et les expériences qui le terminent offrent un grand intérêt.

Somme toute, l'Académie n'éprouve qu'un regret, mais ce regret est très-vif, celui de ne pouvoir récompenser plus dignement MM. Reveil et Cordier. L'Académie, nous l'avons dit, est invinciblement liée par les termes du fondateur; des différences assez légères séparent les trois mémoires dont nous venons de parler, et cependant l'Académie doit, par le fait de ses récompenses, en établir de considérables entre les trois concurrents; puisqu'elle est tenue de décerner un prix de 6,000 fr. à M. Boudier, et de n'accorder que de simples mentions honorables à MM. Reveil et Cordier, elle y joint l'expression de ses regrets et le témoignage de ses plus vives sympathies.

Le prix fondé par M. le baron Barbier a, dans son historique, quelque chose de particulier: sept fois déjà, l'Académie s'est vue dans l'impossibilité de décerner ce prix, deux fois seulement elle a accordé de simples encouragements; ici encore nous devons le dire, il faut s'en prendre aux conditions imposées par le fondateur; M. Barbier, en effet, ne demandait rien moins que des moyens complets de guérison pour des maladies réputées incurables; l'Académie, placée dans cette situation, a fait tout ce qui dépendait d'elle pour élargir du moins le cercle tracé en quelque sorte autour d'elle. Après avoir obtenu l'autorisation de pouvoir donner des récompenses à ceux qui, sans avoir atteint le but proposé par le testateur, s'en seraient le plus rapprochés, elle a décidé qu'elle ne s'en tiendrait pas pour cela à l'examen des travaux qui lui seraient soumis; qu'elle irait au-devant de toute découverte dans le sens indiqué par M. Barbier; qu'elle sortirait même, s'il le fallait, de la France, pour récompenser le mérite partout où il se trouverait; et comme M. Barbier a dit des moyens de guérison, l'Académie a pensé que la chirurgie pourrait venir ici le disputer à la médecine; que tel procédé chirurgical, par exemple, employé pour arrêter les progrès d'une maladie incurable pourrait entrer en lice et emporter le prix; cette voie nouvelle ouverte par l'Académie aux praticiens paraît devoir être féconde, car déjà l'Académie a jeté les yeux sur des procédés ingénieux dus à des chirurgiens éminents, français et étrangers, procédés qui semblent tout à fait rentrer dans les moyens demandés par le testateur; et si elle n'a pu s'arrêter à aucun d'eux, ce n'est pas qu'elle les ait jugés indignes des palmes académiques; c'est qu'elle ne s'est pas trouvée suffisamment renseignée pour bien déterminer ce qui revient à chacun des inventeurs; si donc l'Académie a été encore obligée cette année de ne décerner ni prix ni récompenses pour le concours du prix Barbier, elle a le ferme espoir que l'année prochaine, munie de plus amples renseignements, elle possédera les éléments qui lui manquent pour asseoir son jugement.

Jusqu'à présent, messieurs, je ne vous ai parlé que de vieux praticiens comme Capuron, Itard et Barbier qui, arrivés au terme d'une longue et pénible carrière, ont prélevé sur leur succession une part plus ou moins considérable, dans le but de récompenser des travaux utiles. Maintenant j'ai à vous entretenir d'un jeune savant, en sa fleur trop tôt moissonné, d'Ernest Godard, qui est venu se placer parmi eux. Mais, messieurs, il est impossible de parler du prix fondé par Godard sans éprouver comme un serrement de cœur. Comment, en effet, ne pas se rappeler en quels lieux et dans quelles touchantes circonstances, ce prix a été institué? En février 1861, Ernest Godard s'embarque à Marseille et se rend à Alexandrie d'Egypte, puis au Caire, d'où il remonte le Nil jusqu'à la seconde cataracte; il atteint ensuite la capitale de la Nubie; mais au prix de quelles fatigues et de quelles souffrances! Loin d'en être découragé, Ernest Godard, après avoir visité le port Saïd, Damiette et tout le littoral de la Méditerranée, où il trouve de nombreux sujets d'observations, déjà mortellement atteint par l'insalubrité du climat, mais toujours poussé par l'amour de la science, il va de Smyrne à Damas, puis à Jérusalem; et c'est là que doit se passer le dernier acte de cette lutte héroïque. Sans secours aucun, a dit tout récemment un de ses jeunes amis (1), sans même un peu d'eau pour rafraîchir ses lèvres, Ernest Godard se préoccupe encore et avant tout de l'avenir de la science. Quand tout l'accable, il a encore le courage de consigner ses dernières dispositions, et d'écrire à sa mère pour lui

(1) M. Duchaussoy (élève de Godard).

Tout était pour Delpech occasion d'études. Ayant été appelé à Cette pour donner des soins à un marin blessé par un requin, il voulut voir l'animal qui avait été pris, l'ouvrit et en dessina l'anatomie. Un jour il fut accosté dans les rues de Montpellier par un petit mendiant. Le malheureux enfant n'avait pas de nez. « Je n'ai pas ma bourse, lui dit Delpech, je ne puis rien te donner, mais si tu veux venir avec moi je te ferai un nez. » Il l'opéra en effet avec un plein succès. Ce fut sa première opération de rhinoplastie.

Quelques-uns des contemporains de Delpech ont insinué qu'il n'avait pas toujours su résister à cette ardeur d'amasser qui n'est pas rare chez les chirurgiens. Il importe, messieurs, de rétablir ici la vérité et de mettre en lumière un des plus beaux côtés de son caractère. S'il s'est plaint quelquefois de l'ingratitude de ceux qui oubliaient le service rendu, et s'il n'a jamais dissimulé aux riches qu'ils devaient libéralement reconnaître ses soins, le plaisir d'être utile fut toujours la plus grande satisfaction de sa belle âme. Delpech avait la fortune en main; il s'est toujours montré insensible à ses faveurs. De tout ce que son art lui avait rapporté, Delpech n'a rien laissé, et il n'a légué à ses enfants d'autre fortune que son nom.

Quand Delpech devait faire à des indigents des opérations délicates qui exigeaient une surveillance de tous les instants, il les faisait transporter dans sa propre maison. Des malades qu'une amputation avait privés de leur état et réduits à la misère ont été soutenus par lui. Plus d'un secret de ce genre n'a été divulgué qu'après sa mort.

Lorsque Delpech était appelé dans les villes voisines de Montpellier, les gens du pays s'informaient de l'itinéraire qu'il devait suivre. A cette époque, les communications étaient moins faciles et moins rapides qu'aujourd'hui. A son retour il trouvait sur sa route des paysans qui l'entraînaient dans les localités voisines. Ces excursions rendaient ses voyages interminables, et il laissait souvent entre les mains des pauvres malades à peu près tout ce qu'il avait reçu.

Il y avait à Montpellier un jeune étudiant issu d'une riche famille grecque. La guerre de l'indépendance lui fit tout perdre, sa famille et sa fortune. Delpech le prit chez lui, le fit asseoir à sa table, pourvut à ses besoins, fit les frais de ses études et le plaça plus tard comme médecin dans une ville voisine de Montpellier.

Si j'avais, lui dit un jour un garçon jardinier qu'il regardait travailler, si j'avais mille écus, je pourrais m'établir et gagner ma vie. Delpech le quitte un instant et revient avec la somme. Les voilà, lui dit-il; tu me les rendras quand tu pourras. L'ouvrier est devenu un riche propriétaire.

Delpech avait organisé, à grands frais, une maison de santé pour le traitement des difformités. Ce qui conduit souvent à la richesse, n'a jamais été pour lui qu'une source de dépenses. Le côté industriel de l'art répugnait à sa nature d'artiste. Sans cesse il faisait construire de nouveaux appareils. Tous les perfectionnements que lui suggérait son esprit ingénieux étaient aussitôt exécutés que conçus. Lorsqu'il mourut,

voiler sa triste situation et lui épargner d'amères douleurs. Infortuné jeune homme! c'était là que devait se terminer sa carrière; mais que son ombre se console, son nom vivra parmi nous; chaque année il rentrera dans cette enceinte, nous le rappellerons avec bonheur et avec attendrissement! Ai-je besoin de dire que sa famille s'est généreusement associée à ses intentions, et qu'aujourd'hui l'Académie est en mesure de les réaliser.

L'Académie avait à récompenser le meilleur mémoire sur la pathologie interne; un seul mémoire lui a été envoyé, il est dû à M. Victor Legros (d'Aubusson). Ce travail est considérable; on regrette de ne pas y trouver des idées neuves et originales, mais, par contre, M. Legros y fait preuve d'une vaste érudition. Son mémoire a exigé d'immenses recherches; il sera certainement consulté avec fruit par tous ceux qui voudront faire une étude approfondie des adénites, d'une manière générale; l'auteur a insisté et avec raison sur le traitement de ces affections, et ici il a fait preuve d'un excellent esprit pratique; on voit que son travail est tout à la fois le fruit de judicieuses recherches et d'études cliniques fort sérieuses.

Nous devons ajouter que l'auteur a su exposer les faits dans un ordre parfait, sous des formes qui ne manquent pas d'élégance, dans un langage choisi et dans un style clair et précis.

Heureuse de voir les intentions de Godard si bien comprises, l'Académie s'est empressée d'accorder à M. Victor Legros le prix du concours, comme une juste récompense due au mérite de son travail, et aussi comme un premier hommage rendu à la mémoire de son fondateur.

Rapports généraux. — Maintenant, messieurs, et après vous avoir dit comment l'Académie a disposé cette année des prix qu'elle avait à décerner, je dois ajouter quelques mots sur les services publics dont l'Académie avait à rendre compte à l'autorité.

Quatre services publics sont en quelque sorte placés sous sa direction et soumis à son contrôle,

Celui de la vaccine, celui des épidémies, celui des eaux minérales, et en même temps elle doit donner son avis sur les remèdes proposés comme utiles et nouveaux.

Le gouvernement n'a pas seulement chargé l'Académie de lui rendre compte de ces différents services; il l'a aussi chargée de récompenser les plus méritants; mais l'Académie va plus loin, elle ne s'en tient pas toujours à cette partie tout administrative de ses rapports généraux; comme de nombreux documents lui sont ainsi transmis annuellement, elle les compare, elle les rapproche, et elle en tire des conclusions générales; de là une partie qu'on peut appeler scientifique.

Ainsi, pour ce qui concerne les vaccinations, l'Académie, l'année dernière, avait exposé l'état de la science sur une question pleine d'intérêt, l'origine première du virus-vaccin; cette année, une question bien plus grave, et qui intéresse essentiellement la santé publique, est venue un moment la préoccuper.

Serait-il possible que le fluide vaccin, qui ne doit être qu'un agent de préservation, devienne en certains cas le véhicule de principes étrangers, et par suite un agent de transmission d'autres maladies. L'Académie n'est pas en mesure de trancher cette question, mais elle a été émue, comme tout le corps médical, par la publication d'un certain nombre de faits qui tendraient à démontrer la possibilité de cette transmission; toutefois elle a pensé que, sur une question aussi grave, et qui intéresse si directement la santé publique et les destinées de la vaccine, il ne fallait rien précipiter; elle a donc mis cette question à l'étude, et elle se réserve d'examiner la valeur des faits qui lui ont été communiqués, elle les appréciera, et c'est alors seulement qu'elle pourra asseoir son jugement; l'habile directeur du service de la vaccine, M. Depaul, a pris l'initiative de cette enquête; mais elle seule saura faire la part du vrai et du faux.

Le service des épidémies a soulevé aussi de son côté divers points de doctrine. Le consciencieux rapporteur de la commission, M. de Kergaradec, a montré que les documents envoyés à l'Académie ne le cédaient ni pour le nombre ni pour l'importance à ceux des années précédentes; l'Académie a pu ainsi mettre sous les yeux de M. le ministre le tableau exact de toutes les épidémies qui se sont montrées dans chacun de nos départements, et, lorsqu'il y avait lieu, dans chaque arrondissement; et elle a pu, en même temps, appeler des récompenses sur les médecins qui avaient montré le plus de zèle dans l'accomplissement de leurs fonctions.

Quant au service des eaux minérales, il a été très-judicieusement apprécié par le savant rapporteur de la commission, M. Bouchardat. Il a été reconnu que jamais cette séparation de la partie médicale et de la partie administrative, recommandée à messieurs les médecins inspecteurs, n'a aussi bien permis que cette année de substituer des recherches originales d'une grande valeur à des résultats insignifiants ou prévus d'avance, et cela au grand profit de la science hydraulogique.

C'est en quelque sorte une ère nouvelle qui s'ouvre pour cette intéressante enquête annuelle; espérons que l'administration elle-même comprendra cette nécessité, et que l'inspection générale des eaux, loin d'être amoindrie, sera fortifiée.

Ainsi, messieurs, l'Académie a répondu tout à la fois aux besoins de la science et à ceux de l'administration; M. le ministre de l'instruction publique se plaisait à le proclamer, l'année dernière, dans cette enceinte: l'Académie de médecine, disait-il, est un grand conseil placé près du gouvernement, et dont la mission consiste à l'éclairer sur tout ce qui concerne la santé publique; le gouvernement, en effet, n'avait d'abord près de lui que de simples commissions ministérielles, mais bientôt il s'aperçut que, pour donner plus d'autorité et de retentissement à ses mesures, il convenait d'en appeler aux délibérations d'un grand corps; il s'est dit, et avec raison, qu'ici tout se fait pour ainsi dire en pleine lumière, sous le contrôle de l'opinion publique et après de mûres délibérations. Il sait que le titre de lauréat de l'Académie est devenu l'objet d'une juste et louable ambition.

L'Académie, de son côté, s'est efforcée de répondre dignement à cette confiance du gouvernement; et pour donner une idée de ses travaux, en ce qui concerne ses services publics, il me suffira de dire qu'elle en est à son quarantième rapport général sur les vaccinations qui se pratiquent en France; que sur sa proposition il a été décerné aux principaux vaccinateurs des prix dont la valeur totale s'élève à plus de 60,000 fr. Les épidémies et les eaux minérales ont été également l'objet de rapports nombreux; quant aux remèdes prétendus nouveaux et utiles sur lesquels l'Académie a été consultée, ils ont donné lieu à des rapports si nombreux, que le chiffre en est à peine croyable: 1,930 rapports ont été lus en séance, et si l'on y joint ceux que le rapporteur M. Rayer doit prochainement soumettre à l'Académie, il faut en porter le nombre à plus de deux mille! On a dit que l'Académie n'y a guère procédé que par fournées, par hécatombes. Je pourrais montrer qu'elle a accordé à toutes les demandes autant d'attention qu'elles le méritaient; je pourrais, par quelques exemples, donner un aperçu de cette étrange polypharmacie; mais c'est un excès d'honneur que nous ne voulons pas lui faire; je sens d'ailleurs qu'il est temps de m'arrêter, et qu'enfin je dois laisser la parole au jeune orateur qui va, messieurs, vous donner une nouvelle preuve de l'étendue de ses connaissances et de l'éclat de son talent.

---

sa veuve dut vendre ses diamants et réduire sa maison pour payer les dettes de son mari.

L'année même de sa mort, en janvier 1832, Delpech s'embarquait en compagnie de M. Coste et du jeune comte Des Fourneaux pour aller en Angleterre et en Écosse étudier le fléau qui menaçait la France. N'est-ce pas un beau spectacle que de voir un homme arrivé à la célébrité, presque à l'âge du repos, céder à l'impulsion de sa généreuse nature, s'arracher à ses affaires, à sa famille, et courir au-devant d'une épidémie meurtrière! Ce voyage ne fut pour Delpech qu'une source d'amertumes. De retour à Paris, il publia la relation de ses études sur le choléra, et fut nommé membre d'une commission présidée par le préfet de police, et dont faisait aussi partie Dupuytren. Convaincu de la nature contagieuse du mal, Delpech exposa ce qu'il regardait comme la vérité avec cette énergie courageuse qu'il apportait en toutes choses. On le blâma de sa franchise, on s'éleva avec une grande vivacité contre les mesures préservatrices qu'il proposait; peu s'en fallut qu'il ne fût taxé de mauvais citoyen.

Dans le cours de l'année 1815, Delpech avait été nommé membre correspondant de l'Académie des sciences. Il entra à l'Académie de médecine, l'année même de la fondation, en qualité d'associé ordinaire non résident. Sa nomination fut confirmée par ordonnance royale en date du 27 décembre 1820. Deux ans plus tard, les associés non résidents prirent le nom de correspondants. C'est à ce titre que Delpech a appartenu à l'Académie jusqu'à sa mort.

En 1820, Delpech avait épousé mademoiselle de Berre, jeune personne pleine de grâces et de qualités aimables, issue d'une ancienne famille de Narbonne. Quatre enfants sont nés de ce mariage. Celui d'entre eux que ses goûts, ses aptitudes remarquables, et déjà de premiers succès semblaient appeler à continuer dans la science l'illustration paternelle, succombait en 1857, à peine âgé de trente ans. Engagés dans des carrières diverses, les trois autres fils de Delpech soutiennent dignement l'honneur de leur nom.

Delpech était de taille moyenne et d'apparence délicate; mais ce corps débile résistait à tout. Sa figure n'avait rien de remarquable, si ce n'est l'éclat des yeux et le jeu de la bouche, ce qui donnait à sa physionomie une grande mobilité et quelque chose de fin. Delpech était adoré dans sa famille. Il suivait avec la plus grande sollicitude l'éducation de ses enfants. Le soir, il faisait la lecture à haute voix, choisissant tantôt des morceaux de poésie, tantôt des fragments tirés de nos meilleurs moralistes. Comme par une sorte de retour aux impressions de ses premières années, Delpech aimait surtout à les conduire dans les grands établissements industriels de Montpellier. Ce n'était pas seulement pour les distraire par la variété du spectacle; il sentait que la démonstration des objets qui se voient et se touchent est celle qui convient le mieux à l'enfance.

Delpech avait cinquante-cinq ans. Il avait déjà beaucoup donné. Mûri par l'expérience, il promettait plus encore, lorsqu'il fut arrêté par un de ces coups du sort qui défient toutes les prévisions.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1865.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose la question suivante : « Des paralysies traumatiques. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — L'Académie met au concours cette question : « Existe-t-il des caractères anatomiques spécifiques du cancer, et quels sont ces caractères? »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Civrieux. — La question proposée par l'Académie est celle-ci : « Des rapports de la paralysie générale et de la folie. »

Les concurrents auront surtout à décider si la paralysie générale est une maladie primitive débutant d'emblée chez des sujets jusque-là sains d'esprit, ou bien, au contraire, si elle survient souvent comme complication dans le cours de la folie simple.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Capuron. — L'Académie propose la question suivante : « Du pouls dans l'état puerpéral. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Barbier. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus approchés.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 fr.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE.
par M. le docteur Dumontpallier, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie expérimentale.

1° De l'alcaloïde de la fève du Calabar et expériences physiologiques avec ce même alcaloïde; par MM. Amédée Vée et Manuel Leven.

Depuis plusieurs mois, l'attention des physiologistes et des médecins a été vivement attirée par les propriétés spéciales de la *fève du Calabar*. Cette semence, connue de quelques naturalistes seulement pendant plusieurs années, occupe aujourd'hui une place importante dans la matière médicale; plusieurs accidents, dont le dernier a causé la mort d'un enfant et mis en danger l'existence d'un grand nombre d'autres, sont venus montrer l'intérêt qui s'attache à l'exacte détermination de ses propriétés physiologiques.

Mais un élément important a manqué jusqu'ici pour cette étude: on n'a pas réussi à isoler la matière qui donne à la fève du Calabar son action toxique. La tentative la plus sérieuse qui ait été faite dans ce but est due à MM. Jobst et Hesse. Ces chimistes ont obtenu, par un procédé compliqué, une matière d'un jaune brun, amorphe, se séparant de ses dissolvants sous la forme de gouttes huileuses à réaction alcaline, vénéneuse à dose très-faible, qu'ils ont considérée comme un alcaloïde lui imposant le nom de *physostigmine*. Le nom d'*ésérine*, plus euphonique, et préférable à notre avis, a été également proposé pour le principe actif encore inconnu de la fève du Calabar.

La physostigmine de MM. Jobst et Hesse ne possède certainement pas les caractères d'un principe immédiat; c'est, comme l'expérience nous l'a montré, un mélange de plusieurs corps dont un alcaloïde cristallisable forme une notable partie. L'un de nous a pensé qu'on obtiendrait dans l'analyse de la fève du Calabar un résultat plus satisfaisant en adoptant un procédé d'extraction plus simple pour éviter les chances d'altération qui résultent de l'évaporation répétée de dissolutions aqueuses et de l'action des réactifs employés. La marche suivie ne diffère pas sensiblement de celle qui a été conseillée par M. Stries pour la recherche des alcaloïdes dans les organes d'un animal empoisonné.

La fève du Calabar, réduite en poudre fine, est épuisée par l'alcool à 95° (centésimaux) employé froid. Les liqueurs alcooliques, distillées avec précaution, en commençant par les plus étendues, laissent un extrait qu'on mélange intimement avec de l'acide tartrique en dissolution concentrée: après un contact suffisamment prolongé, on étend d'eau, on filtre, puis on sursature la liqueur filtrée avec du bicarbonate de potasse en poudre; on filtre de nouveau, et l'on agite à plusieurs reprises avec de l'éther qui laisse par l'évaporation l'alcaloïde mélangé de substances étrangères. On le dessèche en l'exposant sous une cloche au-dessus de l'acide sulfurique, et on le reprend par l'éther anhydre qui le laisse déposer à peu près pur. Par des cristallisations reposées, soit dans l'éther, soit dans l'alcool, on parviendrait sans doute à le débarrasser entièrement de la matière colorante rouge qui l'accompagne; mais elle y adhère avec tant d'opiniâtreté qu'il est très-difficile d'en séparer les dernières traces si l'on opère sur des quantités un peu grandes.

L'ésérine est solide, cristallisable, douée d'une saveur très-faiblement amère qui ne se développe que lentement. Elle est soluble dans l'éther, l'alcool, le chloroforme, fort peu dans l'eau, à laquelle elle communique cependant une réaction franchement alcaline. Les cristaux sont des lamelles très-minces, de forme rhombique parfaitement régulière, ou altérée par des modifications sur les angles obtus, se colorant dans la lumière polarisée. Les acides dissolvent facilement l'*ésérine*, et les dissolutions ainsi obtenues précipitent par les réactifs généraux des alcaloïdes. Chauffée sur une lame de platine elle fond, répand d'abondantes vapeurs blanches et brûle sans résidu. Ses sels, presque tous solubles, seront l'objet d'une étude ultérieure. L'ésérine en dissolution agit promptement sur la pupille humaine. Une seule goutte d'une dissolution *au millième* introduite dans l'œil suffit pour prévenir une contraction excessive et persistante.

2° Expériences comparatives avec l'extrait de la fève de Calabar et l'alcaloïde ésérine.

Exp. I. — *Extrait de la fève de Calabar*. Nous injectons 20 milligrammes d'extrait sous la peau d'un cochon d'Inde.

Dans l'après-midi du 29 octobre 1832, assis dans une voiture ouverte, ayant près de lui son domestique, il se rendait, suivant sa coutume, à l'établissement orthopédique qu'il avait fondé. Derrière la fenêtre d'une maison devant laquelle Delpech doit passer, attentif au mouvement de la rue, un homme était caché. Il voit venir la voiture, saisit un fusil, descend rapidement l'escalier et se place sur la porte de la maison. Delpech l'aperçoit, le reconnaît et fait signe d'arrêter. Aussitôt part un coup de feu. Delpech s'affaisse sans pousser un cri. Le meurtrier craint d'avoir manqué sa victime, un second coup retentit. L'infortuné domestique qui avait reçu Delpech dans ses bras tombe à son tour mortellement frappé. Le cheval épouvanté entraîne la voiture, et lorsqu'il s'arrête à la porte de la maison de santé, le maître et le serviteur avaient cessé de vivre.

La nouvelle de ce funeste événement se répand aussitôt dans toute la ville, et c'est au milieu d'une foule immense et consternée que l'on rapporte à la famille éperdue le corps inanimé de celui qu'elle vient de quitter plein de vie, il y a quelques instants à peine.

Cependant l'indignation succède à la surprise, on pénètre dans la maison où s'est réfugié l'assassin. Déjà il était trop tard. Lorqu'on arriva près de lui, on le trouva baigné dans son sang. Emportant avec lui son secret, le malheureux ne donnait plus signe de vie.

Cette horrible catastrophe est restée enveloppée de mystère. On apprit seulement que Demptos, tel est le nom du meurtrier, recherchait en mariage une jeune personne dont la main venait de lui être refusée. On sut aussi que Delpech lui avait donné des soins. Les esprits impatients qui veulent tout expliquer, s'arrêtèrent à la pensée que Delpech, consulté sur la convenance de l'union projetée, aurait donné un avis défavorable. Le caractère bien connu de l'éminente victime proteste contre une pareille indiscrétion. Violent et irascible, comme l'était Demptos, il suffisait, d'ailleurs, qu'il le crût. Déjà, pour la cause la plus futile, il avait, peu d'années auparavant, attenté à la vie d'un notaire de Bordeaux, et subi quatre années d'emprisonnement au fort du Hâ.

Ainsi mourut l'un des hommes qui, dans la première partie du siècle, ont contribué avec le plus d'éclat à engager la chirurgie dans les voies nouvelles qu'elle parcourt aujourd'hui.

Delpech appartient à cette élite qui, laissant pour un instant les brillantes conquêtes de la médecine opératoire, s'est engagée, à la suite de Hunter, à la poursuite de problèmes nouveaux, et qui prenant en main des instruments que la chirurgie avait moins maniés, a surtout cherché par l'étude des causes générales antérieures à la manifestation des lésions externes, et par la connaissance des phénomènes qui président à leurs terminaisons, à constituer l'unité de la pathologie.

Fière du grand citoyen auquel elle a donné le jour, la ville de Toulouse, par délibération du conseil municipal en date du 9 juin 1842, a conféré le nom de Delpech à l'une de ses rues (1). La rue que Delpech habitait à Monpellier porte également son nom.

(1) Voici l'extrait de la délibération du Conseil municipal de la ville

Après dix minntes, affaiblissement dn train postérieur.

Après une demi-heure, faiblesse dn train antérienr; yeux larmoyants, ancune *contraction pupillaire*; mais convulsions des globes oculaires en haut.

Après une heure, mort.

Exp. II. — On injecte 1gr,5 de l'alcaloïde sons la peau d'un cochon d'Inde.

Après cinq minntes, paralysie dn train postérienr.

Après quinze minutes, paralysie des membres antérieurs; ancune *contraction pupillaire;* respiration lente et saccadée; pupilles dilatées.

Mort après nne demi-heure.

Exp. III. — Nons injectons 5 milligrammes de l'alcaloïde *ésérine* sous la pean d'un cochon d'Inde.

Après dix minutes, paralysie du train postérieur (mouvement et sensibilité); la pupille n'est pas modifiée.

Après un quart d'henre, paralysie généralisée au train antérienr et postérieur; pupilles dilatées.

Respiration irrégulière et mort.

Exp. IV. — Nons injectons sous la peau d'un lapin 1 centigramme d'ésérine en dissolution dans l'acide chlorrbydrique.

Après dix minutes, monvements convulsifs du train postérieur; la pnpille n'a pas varié; faiblesse du train postérieur et antérieur.

Après un quart d'beure, paralysée généralisée, et l'animal rend une quantité abondante de salive.

Après vingt minntes, *contraction énorme* de la pupille; la respiration devient irrégulière et mort.

Après la mort, les pupilles se dilatent lentement.

Anatomie pathologique. Les monvements du cœur suspendns, on ne peut les exciter; le cœur contient pen de sang.

Poumons pâles et exsangues; le sang se coagule au contact de l'air.

Les mouvements vermiculaires de l'intestin sont abolis; les mouvements fibrillaires dn système musculaire de la vie de relation subsistent.

Le cerveau et la moelle paraissent sains; aucune injection; pas d'byperémie; point d'*épanchement ventriculaire*.

Observations. Nous signalons dans nos expériences : 1° la puissance de cet alcaloïde, qui frappe successivement le système mnsculaire depuis les membres inférieurs jusqu'à la tête;

2° La dilatation de la pupille aussi fréquente que la contraction;

3° La mort paraît provoqnée par l'arrêt des battements du cœur.

II. — Pathologie.

De la variole et de la syphilis chez un enfant nouveau-né. Communication de M. le docteur G. Bargioni.

Dans la *Gazette médicale* du 24 septembre est consignée l'observation de syphilis congénitale commnniquée par M. Ranvier à la Société de biologie. Je rapporte ici une observation analogue que j'ai recueillie en 1862 à l'hôpital de Santa-Maria Nuova de Florence, et que j'ai publiée au mois de juillet 1864 dans *lo Sperimentale* (1). M. Ranvier ayant dit que cette observation n'avait pas d'analogues dans la science, je crois être utile en donnant connaissance de l'observation ci-jointe.

Cette ohservation présente nn double intérêt scientifique, car on y voit réunis sur le même sujet les deux principes de la variole et de la sypbilis, dont l'enfant avait été atteint dans le sein même de la mère.

L'enfant Thamar F..., reçn avec sa mère dans la clinique ohstétricale le 5 décemhre 1861, était né le 19 novembre de la même année. Au moment de la naissance, le médecin constata sur les fesses quatre pnstnles qu'il diagnostiqua *pustules varioliques*, et ce diagnostic fut confirmé par MM. les professeurs de l'Ecole de Florence. Qnelques jours après apparut sur tout le corps de l'enfant, et principalement aux extrémités et à la partie externe des fesses, une éruption en grande partie pnstuleuse, en partie constitnée par une forme mi-vésiculeuse. mi-bulleuse, on pourrait dire une éruption *pemphigoïde.* On découvrit, en effet, à la plante des pieds des débris de petites croûtes minces. indices certains d'une éruption antérieure de pemphigus. L'existence d'autres symptômes syphilitiqnes corroborait cette manière de voir (coryza, plaques muqueuses aux lèvres, onyxis au pouce de la main droite, physionomie sénile). L'enfant étant mort le vingt-deuxième jour de sa naissance, l'autopsie offrit les altérations suivantes : 1° un amas de matière jaunâtre, grumense, semhlable à celle qui constitue d'ordinaire les gommes syphilitiqnes, entre la dure-mère et l'os frontal : le microscope démontre dans cette matière des granulations graisseuses, des globules purulents en voie de formation, et dans le voisinage de la dure-mère des corpuscules dn tissu conjonctif; 2° dans le parencbyme pnlmonaire des petits dépôts d'une matière jaune grisâtre endurcie, et d'autres qui étaient ramollis. et dans lesqnels la matière diffluente était composée de glohules purnlents ; 3° nne collection de pns dans l'articulation huméro-cuhitale droite, avec érosion des cartilages; 4° dans les points de connexion des épiphyses aux diaphyses de la plus grande partie des os longs, des dépôts d'une matière grumeuse de couleur jaunâtre (par la présence de cette matière on ponvait facilement détacher une portion de l'os de l'autre). Cette matiere se trouvait aussi infiltrée dans la substance ossense elle-même, et mêlée dans quelques articulations à des petits débris d'os nécrosé snrtout au niveau de l'extrémité inférieure du fémur gauche, où l'on trouva en outre un séquestre du volume d'un *petit pois.* Au microscope on reconnut que cette matière était principalement composée de globules purulents en voie de formation, de granulations graisseuses, et de quelques globules fusiformes à noyau. Le foie, un peu plus volumineux que d'ordinaire, n'offrait rien d'anormal; le thymus était sain.

Ce qui précède démontre, ce me semble, l'analogie de ce fait avec celui de M. Ranvier. Notons toutefois que M. Fœrster (de Wurzbourg) vient de publier un mémoire sur la syphilis congénitale : dans les 36 cas ohservés par lui, il n'est jamais question, parmi les altérations anatomo-patbologiques, de déposition gommeuse dans le système osseux.

(1) Voy. *lo Sperimentale*, Luglio, 1864.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de pathologie interne; par M. le professeur Monneret, t. I, livr. II, III et IV. — Paris, Béchet jeune, 1864.

Deuxième article (1).

Commeuçons par féliciter l'auteur de la régularité avec laquelle se

(1) Voir la *Gaz. Méd.* du 12 mars dernier.

Messieurs, les hommes qui dévouent leur vie à la culture des sciences ou aux arts utiles, n'obtiennent que rarement dnrant lenr vie la gloire de ce monde et les applaudissements de la foule. Mais ce n'est pas à l'éclat qui entoure les hommes de leur vivant qu'il faut mesurer la grandeur des services qn'ils ont rendus. Ceux-là seuls méritent les hommages de la postérité, ceux-là seuls conquerront une gloire durable, qui auront légué aux générations futures de helles actions ou des vérités utiles. L'antiquité païenne l'avait bien compris. Apollon, le dieu de la lumière, est aussi le dieu des arts et de la médecine. Y a-t-il rien de plus grand en effet, messieurs, que de pouvoir être utile aux hommes? Écoutez ce que dit Massillon, l'orateur chrétien; écoutez ce langage simple et noble, qui semble ne lui avoir rien coûté et où l'éloquence coule de sonrce : « Ce n'est pas dans l'élévation de la naissance, dans l'éclat des titres, dans l'étendue de la puissance ou de l'autorité qu'il faut chercher les caractères de la véritable grandeur. Ce ne sont ni les statues ni les inscriptions qui immortalisent les hommes; elles deviennent tôt ou tard le triste jouet des temps et de la vicissitude des choses humaines. Les hommes ne seront véritablement grands qu'autant qu'ils seront utiles. »

de Toulouse : « Considérant que Delpech est né à Toulouse, que son profond savoir et que ses grandes découvertes l'ont placé au premier rang dans la chirurgie française; qu'il est digne de la ville d'honorer la mémoire d'un citoyen illustre dont elle peut à bon droit s'enorgueillir, donne le nom de Delpech à l'une de ses rues. »

— Par décret en date du 27 novembre 1864, M. Bourgarel, chirurgien de première classe, a été promu au grade de chirurgien principal.

— Par décision ministérielle en date du 2 novembre 1864, M. le docteur Jossic, second médecin en chef de la marine, est chargé du cours de clinique médicale près l'Ecole de médecine navale de Brest.

— Par décision ministérielle en date du 5 novembre 1864, des témoignages de satisfaction ont été adressés :

A M. J. Roux, directeur du service de santé à Toulon, pour les éminents services qu'il a rendns à l'Ecole de médecine navale de Toulon pendant le semestre d'été.

A M. Barallier, second médecin en chef qui, indépendamment du cours de patbologie médicale qu'il professe à cette Ecole, s'est chargé, en l'absence du premier médecin en chef, du cours de clinique médicale et s'est acquitté avec distinction de ces doubles fonctions.

— M. le docteur Lalourcey, chirurgien du premier Empire, officier de la Légion d'honneur, médecin bonoraire des bureaux de bienfaisance. a succombé le 13 décembre, à l'âge de 72 ans, après une pratique professionnelle de quarante-sept années.

— M. le docteur Dupont (de Haine-Saint-Pierre), membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique, vient de mourir à l'âge de 40 ans, à la suite d'une longue maladie.

succèdent les livraisons de son ouvrage, et entrons sans plus tarder dans l'analyse des trois livraisons qui terminent le premier volume. Les livraisons II et III sont consacrées à l'étude de la pathologie des organes de la circulation et de la respiration. La fin de la III[e] et la IV[e] contiennent les maladies du tube digestif et de ses annexes.

Nous n'avons pas à revenir ici sur l'ensemble de l'œuvre et l'esprit qui a présidé à sa conception; nous nous sommes suffisamment expliqué à cet égard dans un précédent article. Or la lecture de ces dernières livraisons a de plus en plus confirmé notre appréciation. L'originalité que nous signalions comme propre au nouvel ouvrage de M. Monneret se retrouve, par exemple, au plus haut point dans la description des maladies du cœur.

On pouvait s'attendre à voir le professeur de la Faculté, esprit froid et positif par excellence, le médecin dont les diagnostics ont une précision rigoureuse, s'efforcer de préciser la valeur des différents signes fournis par l'auscultation et s'aider de sa grande expérience pour assigner à chaque bruit une signification inattaquable. Loin de là, dans son livre comme dans son cours, l'auteur, après avoir signalé la tendance que l'on a depuis Corvisart et Laënnec à « faire consister les maladies du cœur en un nombre considérable de lésions locales auxquelles on a assigné un ou plusieurs symptômes pathognomoniques, » prophétise une révolution qui ne tardera pas à se faire, et qui est dans tous les bons esprits, c'est celle qui tend à placer l'étude des troubles fonctionnels dynamiques ou physiques de la circulation capillaire bien au-dessus d'une localisation étroite dont on a évidemment, dans ces derniers temps, exagéré la valeur et l'importance.

Cette proposition est mise en évidence par la description des affections du cœur, et en particulier celles de l'endocarde et des valvules. L'auteur signale l'abus du rôle qu'on a fait jouer à la phlegmasie dans la production de ces maladies, principalement en ce qui a trait à l'action de la diathèse rhumatismale. « Les valvules sygmoïdes et auriculo-ventriculaires sont des appareils très-complexes, fournis de muscles et de tissu cellulaire et fibreux, de tendons qui s'hypertrophient, s'indurent, s'atrophient, subissent la dégénérescence graisseuse, et créent enfin des rétrécissements et des obstacles au passage du sang. Il est probable que dès le début du rhumatisme articulaire, les valvules sygmoïdes affectées par le spasme et convulsées comme tous les muscles atteints de rhumatisme, perdent leur flaccidité, par conséquent cessent de produire le claquement normal. » Les seules lésions que l'on soit en droit de rapporter à la phlogose sont les rougeurs vasculaires, les exsudats fibrineux qui se déposent sur les faces et sur le bord libre des valvules, particulièrement les sygmoïdes gauches. On peut encore assigner cette origine aux adhérences des valvules entre elles ou avec la paroi vasculaire à un caillot sanguin de petite dimension contenant ou non du pus fixé sur l'endocarde; à plus forte raison lorsqu'il existe du pus sous la membrane séreuse et qu'il n'y a pas été déposé par l'effet de la pyémie. »

L'auteur va même jusqu'à admettre des lésions produites uniquement par le trouble de l'action nerveuse, par la névrose des muscles valvulaires: « Les valvules aortiques ne sont pas, comme on le suppose, des membranes inertes qui se lèvent et s'abaissent, poussées mécaniquement par le flot sanguin. Elles ont dans leur épaisseur des muscles transversaux et perpendiculaires très-prononcés, déjà parfaitement connus du temps de Senac, et dont on paraît avoir presque fini par méconnaître l'existence de nos jours, parce qu'on les a crus inutiles à la circulation cardiaque; cependant lorsqu'ils se contractent par l'effet de la douleur, du rhumatisme ou de l'inflammation, ils produisent des rétrécissements, des bruits systoliques ou diastoliques, suivant qu'ils forment obstacle ou bouchent mal l'orifice artériel. On aurait tort de croire que l'état pathologique ne peut pas les atteindre, en altérer le jeu et le mouvement, en dehors de toute maladie de l'endocarde; seulement quand celui-ci est affecté d'une lésion quelconque, ce trouble fonctionnel arrive plus sûrement. »

Nous recommandons vivement à l'attention du lecteur la manière simple et claire dont M. Monneret envisage l'étude des signes physiques des maladies valvulaires, après avoir établi, en s'appuyant sur l'autorité de Savart, que l'intensité du son rendu par le bruit hydraulique est proportionnelle à la vitesse du liquide et en raison inverse du diamètre de l'orifice; l'auteur admet que les diverses altérations des valvules ont pour résultat de produire un rétrécissement des orifices: or l'effet constant de celui-ci est d'accélérer la vitesse du sang à son passage sur le point rétréci et de lui faire rendre un son hydraulique que l'auteur appelle depuis longtemps *bruit de courant sanguin intermittent*, et la loi précitée de Savart trouve son application. « D'où il suit, ajoute le professeur de la Faculté, que les bruits de courant appelés, contrairement à toutes les lois de la physique, bruits de souffle, de râpe, de lime, de scie, sans doute parce qu'ils ne sont produits ni par la vibration de l'air ni par celle d'un solide, et ne rappellent pas davantage, par leur ton et leur timbre, les noms auxquels on les compare, ces bruits, disons-nous, seront aigus, intenses, à ton élevé, quand le son passera vite à travers un orifice étroit, tandis qu'ils seront graves, bas, sourds, quand le sang sera poussé faiblement à travers une ouverture large. Il n'existe qu'un seul bruit hydraulique comme il n'existe qu'un seul bruit normal solidien; seulement il varie de ton et de timbre autant que les bruits aériens et solidiens; il possède une gamme de tons aussi riche que ces derniers. »

Ce point une fois bien établi, il est facile de se former une juste idée des bruits anormaux causés par les lésions d'orifices ou de valvules, selon que ces bruits seront systoliques ou diastoliques, ou tous deux à la fois. Dans tous les cas, redisons-le bien, dit M. Monneret, la lésion que produit le bruit de courant est toujours un rétrécissement. Il peut arriver qu'un rétrécissement existe sans qu'il y ait pour cela production d'aucun bruit anormal. C'est ce qui aura lieu si le rétrécissement est extrême ou la contraction du cœur languissante. « Ainsi nous rencontrons toujours à côté de la lésion matérielle qui fait vibrer et parler le sang la force tantôt grande, tantôt faible et toujours inconstante du cœur qui met ce liquide en mouvement; allez donc ensuite avec deux éléments dont l'un est aussi variable que la vie elle-même, subordonner le diagnostic à une loi d'hydraulique! »

Après avoir réduit à leur juste degré d'importance la valeur des signes physiques, l'auteur insiste avec le plus grand soin sur les troubles dynamiques qu'il étudie successivement dans le cœur, les artères et le pouls, les veines, la circulation capillaire. Il se résume en ces termes :

« Tous les actes morbides que nous venons de passer en revue, l'hypérémie, l'hémorrhagie, l'hydropisie, les flux, les hétérocrinies, sont sous l'influence d'une seule et unique cause, l'obstacle mécanique au libre cours du sang. Seulement il faut savoir qu'ils sont contre-balancés ou vaincus par l'action dynamique du cœur hypertrophié, par l'action également dynamique qui réside dans les capillaires et que tout le monde admet aujourd'hui. Il en résulte un fait considérable dont il faut tenir grand compte dans la marche des symptômes et le pronostic. Tous les jours nous trouvons, pour une lésion minime, des accidents formidables de gêne circulatoire et une mort rapide, tandis que pour un désordre grave des orifices cardiaques, nous observons des phénomènes légers. Dans ce dernier cas, la vie se soutient grâce précisément à l'action dynamique et conservatrice des propriétés vitales. »

On nous excusera, nous l'espérons, d'avoir jusqu'ici laissé presque constamment la parole à l'auteur. Nous avons déjà assez insisté dans notre précédent article sur la précision presque aphoristique du style de M. Monneret, pour comprendre que son enseignement est presque impossible à résumer. Le *ne quid nimis* est poussé à l'extrême dans le *Traité de pathologie* interne; cette excessive sobriété peut avoir ses inconvénients, ainsi que nous l'allons voir à propos du chapitre consacré à l'hypertrophie.

On prévoit facilement d'avance que M. Monneret n'admet pas l'hypertrophie du cœur comme une maladie primitive, protopathique. Pour lui, l'hypertrophie est essentiellement subordonnée à une lésion qui porte le trouble dans la circulation et oblige le cœur à s'hypertrophier, pour que l'accroissement d'énergie de ses contractions puisse remédier à cette lésion, laquelle consiste, dans la presque totalité des cas, en une maladie des valvules et des orifices du cœur gauche, ou du système artériel. Si l'on constate une hypertrophie, on peut admettre à coup sûr un obstacle à la circulation et réciproquement. Aussi, dans l'étude des symptômes, l'auteur distingue-t-il soigneusement ceux de l'hypertrophie de ceux qui tiennent à l'obstacle, à la circulation, aux symptômes hydrauliques. Ces derniers sont renvoyés au chapitre des maladies de l'endocarde qui malheureusement, par suite du plan adopté, sont décrits après l'hypertrophie cardiaque. Il nous eût semblé préférable que la description de la cause passât avant celle de l'effet produit. Dans son *Programme*, le professeur de la Faculté n'avait pas éloigné l'une de l'autre ces deux descriptions, et nous trouvions indiqué au chapitre de l'hypertrophie une partie des développements que dans son livre il a cru devoir reporter au chapitre des maladies de l'endocarde. Nous persistons à croire que surtout avec sa manière d'envisager l'hypertrophie, mieux eût été de s'écarter de la vieille habitude des traités de pathologie et de décrire les premières les affections valvulaires. Arrivé à l'étude de l'hypertrophie, il sera alors tout simple de ne décrire que les signes qui lui ap-

partiennent en propre, c'est-à-dire l'augmentation du volume et de l'énergie des contractions du cœur. Ces signes se divisent tout naturellement en physiques et dynamiques; les premiers sont décrits par M. Monneret avec sa concision habituelle, mais d'une manière bien complète; c'est dans l'étude des signes dynamiques que le laconisme dont nous nous plaignions tont à l'heure ne nous satisfait pas complétement. Que notre maître veuille bien nous pardonner cette légère critique, hélas! *ultra crepidam*, et que le lecteur y voie une preuve de la sincérité de nos appréciations et de notre indépendance même vis-à-vis des maîtres que nous aimons, estimons et admirons le plus. Mais arrivons. L'étude des signes dynamiques cardiaques comprend deux alinéa, l'un consacré aux lésions de sensibilité cardiaque, et spécialement aux douleurs pectorales, signe en effet d'une haute importance; l'autre d'à peu près quinze lignes où cependant se trouvent mentionnés tous les autres signes dynamiques; nous disons tous, parce qu'en effet nous n'en connaissons pas d'autre à y ajouter, mais nous doutons que de la manière rapide dont ils sont signalés ils frappent l'attention du lecteur. Il est, par exemple, un signe dont nous faisons sur nous-même l'expérience quotidienne, et que nous avons pu vérifier sur nos malades; c'est la dyspnée, quelquefois énorme, qui succède au repas. A quoi tient cette oppression? La compression que l'estomac, distendu par les aliments, exerce sur un cœur augmenté de volume, ne nous paraît pas suffisante pour l'expliquer. Sans doute il y a bien l'excitation produite par le repas, excitation qui, même chez un sujet dont le cœur a son volume normal, fait monter presque constamment le pouls à 90 et 100 pulsations. D'où vient alors, et nous avons fait maintes fois cette expérience, qu'à côté de gens qui supportent sans être gênés leurs 100 pulsations, nous étouffions, nous, avec 15 pulsations de moins? d'où vient que la congestion pulmonaire momentanée qui se produit chez un sujet à cœur hypertrophié n'ait pas lieu chez un sujet à cœur sain? Prenons au contraire des maladies telles que la chlorose et l'anémie, qui par leurs signes dynamiques offrent une grande ressemblance avec l'hypertrophie du cœur; eh bien! chez les sujets à sang appauvri, jamais nous n'avons observé d'oppression aussi prononcée après le repas; des anémiques qui ne peuvent courir ou monter des étages sans une violente dyspnée causée par l'accélération du pouls, supportent presque sans gêne les 100 pulsations que produit chez eux la digestion d'un repas copieux. Nous signalons ce fait à l'attention de notre honoré maître, persuadé que s'il en reconnait l'exactitude il y trouvera des considérations intéressantes pour le diagnostic de l'anémie.

Puisque nous sommes sur ce chapitre, mentionnons encore un fait dont nous avons également fait sur nous-même l'observation réitérée. Certaines hypertrophies cardiaques existent sans causer la moindre gêne au malade, qui en ignore complétement l'existence. Vienne la débilitation produite par un appauvrissement du sang, immédiatement les signes dynamiques de l'hypertrophie du cœur prennent une grande intensité. Nous disons de l'hypertrophie, car ce ne sont pas seulement les troubles dus à l'anémie, par exemple cette dyspnée après le repas, que l'on ne rencontre que dans l'hypertrophie. A mesure que la santé se rétablit tous ces troubles finissent par disparaître exactement comme s'il n'avait existé qu'un état anémique du sang. Il a fallu, pour donner lieu à des symptômes dynamiques appréciables, la coexistence de deux maladies qui, chacune séparément, eût été incapable de les produire. Rien de plus facile d'ailleurs à comprendre que cette solidarité qui existe entre le liquide sanguin et l'organe qui le distribue; tant que le premier est en état de suppléer par sa force nutritive à la façon défectueuse dont le second fonctionne, l'économie n'en ressent pas de gêne notable; elle n'éprouve de malaise que du moment où un cœur malade distribue mal un sang insuffisant à la nutrition.

Tout ce que nous venons de dire, et plus encore, se trouve bien certainement dans l'ouvrage de M. Monneret; il y est dit, par exemple, à propos de l'ataxie des mouvements cardiaques que « les causes « morales et physiques, la digestion, le sommeil, la marche surtout « font paraître ces signes et leur donnent une plus grande intensité. » Mais cette phrase, qui contient tant de faits en si peu de mots est-elle suffisante pour donner à l'élève qui ne connaît pas encore les maladies du cœur une idée complète des troubles qu'elles apportent dans la circulation? Ainsi, ce n'est pas seulement la marche, mais surtout l'action de monter, que l'auteur ne mentionne pas, qui cause au plus haut point la dyspnée et les douleurs cardiaques. Ensuite pour ce qui est du sommeil, son influence aurait pu être expliquée en deux lignes: le plus souvent il calme les divers troubles de la circulation; quelquefois, sous l'influence du cauchemar, il cause des palpitations, une angoisse pénibles. Cher maître, nous vous en prions, ne soyez pas si sobre de développements utiles, dût votre ouvrage avoir une livraison de plus. C'est déjà assez, et là nous vous approuvons sans réserve, d'avoir ramené l'anatomie pathologique, à la stricte étendue qu'elle doit tenir dans un traité de pathologie, et réduit l'énoncé des indications thérapeutiques à une louable précision. Rien de plus acceptable, par exemple, que de vous borner à dire à propos du traitement de l'hypertrophie: « Les indications découlent de la connaissance exacte du siége, de la nature des obstacles circulatoires, et surtout de l'intensité et de la nature des troubles survenus dans presque tous les organes. Ce n'est donc pas à l'hypertrophie qu'il faut s'en prendre; elle ne remplit au contraire qu'une fonction utile et réparatrice, » d'autant plus que cette pensée se trouve clairement développée à propos de la thérapeutique des affections valvulaires. L'indication principale est effectivement d'imiter le dynamisme qui se développe naturellement et qui se traduit par l'accroissement du tissu musculaire, de son énergie contractile et de celle des vaisseaux capillaires. Faut-il donc s'y opposer en soumettant le sujet à une diète sévère, à des saignées plus ou moins rapprochées, au repos (traitement d'Albertini et de Valsalva), lui enlever tous les stimulants, et au cœur sa contractilité avec la digitale et ses préparations? Cette médication déplorable, qui a fait tant de victimes en affaiblissant la circulation outre mesure, est en opposition flagrante avec ce que nous apprend l'observation. Elle nous montre le cœur cherchant par l'hypertrophie et par l'accroissement de la contractilité à vaincre l'obstacle à la circulation du sang. Or excepté dans quelques cas rares et passagers où il faut éviter les stimulants et conseiller une grande modération en toutes choses, le ralentissement du sang doit être combattu: 1° par une alimentation substantielle, l'usage du vin, du café même et un exercice modéré. 2° On restituera au sang profondément altéré ses globules et ses propriétés vivifiantes au moyen des amers, du quinquina, des ferrugineux et d'un régime alimentaire fortifiant, car la meilleure manière de régulariser et d'exciter convenablement la circulation, c'est de chercher à donner au sang ses propriétés physiologiques. 3° Une époque peu avancée de la maladie quand il n'existe encore que des signes de congestion cérébrale pulmonaire ou hépatique, un bon régime, l'air vif de la campagne, l'hydrothérapie bien dirigée, appliquée à propos et aidée des corroborants et des ferrugineux peuvent dissiper les states momentanées du sang et guérir passagerement les malades. »

Disons ici que les idées que nous venons de transcrire ne sont pas spéciales à M. Monneret, qui ne se pique certes pas d'exclusivisme et serait, nous le croyons, fort désolé d'être le seul de son avis. On retrouve notamment une manière de voir à peu près semblable dans l'ouvrage anglais de W. Stokes, professeur à l'Université de Dublin, ouvrage dont M. le docteur Sénac (de Vichy), héritier d'un nom célèbre dans la pathologie du cœur, vient de publier une traduction française. Dans le *Traité des maladies du cœur et de l'aorte* de M. Stokes, l'étude des affections valvulaires est faite entièrement au point de vue pratique. L'auteur insiste peu sur le diagnostic précis de chaque lésion en particulier; il s'attache avant tout à la détermination. De même que M. Monneret, il veut que pour le traitement on prenne surtout pour guide l'état des cavités du cœur et sa plus ou moins grande force contractile. Nous regretterions de ne pas voir le nom de ce professeur irlandais cité dans le *Traité de pathologie interne*, si la publication de la traduction de M. Sénac eût été antérieure au travail de l'auteur français.

Mais revenons à M. Monneret, et terminons notre critique par deux observations portant uniquement sur la forme. L'une a trait à l'abus des sommaires marginaux, disposition que nous trouvons on ne peut plus commode pour servir de guide dans une lecture rapide, mais qui, pour être vraiment utiles, demandent à ne pas être trop multipliés. Peut-être dans l'ouvrage que nous analysons gagneraient-ils à être un peu réduits. Nous ne voyons point, par exemple, la nécessité de répéter à la marge en petits caractères un titre écrit en majuscules ou en italiques dans le courant du texte.

Autre exemple de l'inutilité d'un trop grand nombre de subdivisions: on lit à la page 201 que les causes de l'hypertrophie peuvent se trouver: 1° dans le cœur; 2° les artères; 3° les veines; 4° les vaisseaux capillaires; 5° le sang. Or aux §§ III et IV on lit que les maladies du système veineux ne deviennent jamais la cause d'une hypertrophie cardiaque, et que les maladies des capillaires ne sont pas la cause, mais l'effet des maladies du cœur. A quoi bon alors mentionner les maladies des veines et des capillaires comme cause possible d'hypertrophie?

Les développements que nous avons donnés à la critique de la pathologie du cœur nous laissent peu de place pour analyser la partie de l'ouvrage consacrée aux affections pulmonaires. Il est vrai que

l'on peut dire d'une manière générale que là surtout on retrouve au plus haut point la précision qui caractérise le nouvel ouvrage de M. Monneret, et cette précision est ici d'un heureux effet quand il s'agit de maladies dont les observations et les descriptions surabondent. Naturellement on devait y retrouver la partie originale propre à l'auteur. Il était tout simple de le voir insister sur les faits qu'il a constamment défendus tant dans ses cours que dans ses diverses publications. Ainsi, par exemple (p. 427), les différentes variations de la vibration thoracique sur lesquelles il a appelé l'attention dès 1845, et dont il a fait ressortir toute l'importance; ainsi la fréquence des bruits d'expiration et de souffle dans la pleurésie (*Gazette médicale*, p. 849; 1842). Relativement au traitement, l'auteur se montre partisan sérieux de la thoracentèse, tout en la réservant pour un certain nombre de cas où les indications en sont formelles. Il faut, selon lui, y recourir « toutes les fois qu'il y a menace de suffocation et qu'on voit paraître les signes encore éloignés et faibles d'une asphyxie commençante. »

A l'article du traitement de la pneumonie, le professeur de la Faculté plante vigoureusement son drapeau en face de la tente voisine. Il s'élève fortement contre la prétention d'arrêter cette maladie par la saignée. Il n'y voit « qu'une création funeste, déplorable, de l'esprit de système qu'il faut laisser à ceux qui ont cru faire une découverte. »

Le praticien éclairé doit se rappeler sans cesse cet axiome incontestable de la pathologie générale; qu'on ne fait pas avorter une phlegmasie ni toute autre affection aiguë. Les nombreux travaux publiés en Allemagne sur la durée de la pneumonie livrée à elle-même prouvent qu'elle n'est pas sensiblement abrégée par le traitement, cependant M. Monneret ne se range point parmi les partisans de l'expectation, il est au contraire un des fervents adeptes de la méthode rasorienne, à laquelle il joint la vésication du thorax.

A propos de la laryngite chronique, l'auteur semble avoir peu de confiance dans les applications de la pulvérisation aux diverses eaux thermales; leur emploi même ne serait pas sans danger dans les cas où les voies respiratoires se congestionnent facilement. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette importante question dans un article d'hydrologie que nous publierons prochainement. Il y a là un problème complexe qu'il est difficile de résoudre parce qu'il est rare que l'inhalation soit employée d'une manière exclusive; dans tous les cas il faudrait d'abord bien constater que le liquide pénètre effectivement jusqu'aux surfaces malades, et M. Monneret se montre à cet égard incrédule; mais encore une fois nous aurons l'occasion d'y revenir. Abordons maintenant la description des maladies du tube digestif et de ses annexes.

E. Salva.

VARIÉTÉS.

SOUSCRIPTION POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A LAENNEC.

Par décret de l'Empereur, en date du 27 novembre dernier, l'érection d'une statue à Laënnec est autorisée.

On sait que deux commissions ont été instituées, dans la dernière Assemblée générale de l'Association, dans le but de provoquer une souscription pour accomplir ce pieux devoir envers l'immortel auteur de l'auscultation.

La commission générale est composée des présidents des Sociétés locales agrégées ou non à l'Association générale.

La commission centrale des voies et moyens est composée ainsi que suit :

MM. Rayer, président de l'Association générale des médecins de France.
Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris.
Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.
Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.
Grisolle, président de l'Académie impériale de médecine.
Lévy, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce.
Reynaud, inspecteur général du service de santé au ministère de la marine et des colonies.
Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie.
Andral, professeur à l'Ecole de médecine, membre de l'Institut, membre de l'Académie impériale de médecine.
Bouillaud, professeur à l'Ecole de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine.
Louis, membre de l'Académie impériale de médecine.
De Kergaradec, membre de l'Académie impériale de médecine.
Barth, membre de l'Académie impériale de médecine.
MM. Latour (Amédée), secrétaire général de l'Association.
Lediberder, auteur de la proposition relative à la statue de Laënnec.
Sanderet, rapporteur.
Halléguen, président de la Société locale du Finistère.
Roger (Henri), membre de l'Académie impériale de médecine, secrétaire de la commission.
Monseigneur l'évêque du diocèse.
le préfet du Finistère.
le maire de Quimper.

Les autorités civiles et religieuses de la Bretagne, et en particulier celles du département du Finistère, sont invitées à prendre une part active à cette patriotique manifestation.

Cette commission s'est réunie mardi dernier, et, après avoir entendu la lecture du décret impérial, a déclaré la souscription ouverte.

Les offrandes peuvent être adressées à MM. les présidents des Sociétés locales et aux bureaux de tous les journaux de médecine.

— Par décret du 4 décembre 1864 :

M. Sédillot, médecin inspecteur, est nommé directeur de l'Ecole de santé militaire de Strasbourg;

M. Ronis, médecin principal de deuxième classe, est nommé sous-directeur à ladite Ecole.

— M. le docteur Arnozan est nommé directeur médecin de l'asile des aliénés de Bruty, près Angoulême.

M. le docteur Laffitte est nommé directeur médecin de l'asile de Lafond, près la Rochelle.

M. le docteur Combes est nommé directeur médecin de l'asile de La-roche-Gandon, près Mayenne.

M. le docteur Barrey est nommé directeur médecin de l'asile de Rodez.

M. le docteur Piroux est nommé directeur médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère).

M. le docteur Charrière est nommé médecin préposé responsable du quartier des aliénés de Pontorson (Manche).

M. le docteur Faure est nommé médecin adjoint de l'asile de Saint-Gemmes, près Angers.

— Par décret en date du 4 décembre, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. Evrard, médecin des prisons de Beauvais : vingt-sept ans de services publics, s'est distingué par son dévouement dans plusieurs épidémies, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté en date du 16 novembre 1864 :

M. le docteur Minder est nommé chef des travaux anatomiques près l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble (emploi vacant);

M. le docteur Eugène Bertin, professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine à ladite Ecole (emploi vacant);

M. le docteur Ed. Lallement est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Bertin, appelé à d'autres fonctions;

M. Lallement est nommé en outre chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, en remplacement de M. le docteur Schacken.

— Par arrêté en date du 24 novembre 1864, M. le docteur Gérard est nommé médecin du collége de Draguignan.

— Par arrêté en date du 25 novembre 1864, sont institués en qualité d'aides d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris, pour entrer en fonctions le 1er avril 1865, MM. Polaillon, Ledentu et Gilette.

— Par arrêté en date du 25 novembre 1864, M. Brulet, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est chargé provisoirement du cours de clinique externe pendant la durée d'un congé accordé à M. Vallée.

— M. le professeur Claude Bernard ouvrira son cours de médecine expérimentale au Collége de France, le vendredi 23 décembre, et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à une heure et demie.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant aux eaux de Cauterets, a commencé un cours public d'anatomie médico-chirurgicale le jeudi 15 décembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours, à la même heure.

Ce cours comprendra l'étude des principales régions du corps humain.

— Errata. Dans notre n° 50, article *Ovariotomie*, colonne première, au lieu de : *Kiwisu*, lisez : *Kiwisch*; colonne première et deuxième, au lieu de : *Clery*, lisez partout : *Clay*.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

QUELQUES APERÇUS GÉNÉRAUX SUR LA COXALGIE, EXPOSÉS DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, DANS SA SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1864; par le docteur JULES GUÉRIN, membre honoraire (1).

Messieurs,

Je profiterai quelques instants de la bienveillance de l'Académie, pour intervenir dans une discussion qui m'intéresse au plus haut degré.

Il n'y a pas huit jours que la même question est revenue incidemment à l'Académie de médecine de Paris, à l'occasion d'une intéressante communication de M. Gaillard (de Poitiers), et elle y avait été traitée, pendant trois mois, dans tous ses développements, il y a plusieurs années. C'est donc une des questions les plus graves qui puissent se présenter, et je vois, par les débats que je viens de parcourir, combien vous y avez donné d'attention.

Je demanderai à l'Académie la permission de lui exposer quelques-unes des idées qui résultent pour moi d'une expérience de trente années.

Ce que j'ai pu apercevoir en parcourant à la hâte le compte rendu de vos dernières séances, c'est que, comme toujours, il y a ici, comme à Paris, une grande divergence d'opinions quant au traitement à employer. En effet, chacun de vous, pour ainsi dire, a réussi avec certains moyens et a échoué avec d'autres; de cette façon chacun se fait un système pour préconiser tel ordre de ressources à l'exclusion de tel autre. Cela prouve d'une part que l'expérience a parfaitement justifié les opinions de chacun, mais que d'autre part il y a des raisons qui expliquent cette différence de résultats.

Ces raisons me paraissent être d'un ordre très-général, et pourtant très-pratiques. Dans la classe des maladies dont il s'agit, il y a une foule d'altérations; il y a de nombreuses périodes; il y a des circonstances étiologiques très-différentes, en un mot c'est un ensemble de lésions, d'états, d'affections, offrant des caractères extrêmement divers, qui fait que l'on est presque toujours en présence de faits différents, de circonstances différentes, d'éléments étiologiques différents, qu'il importerait avant tout d'analyser, afin de pouvoir les grouper, les classer, pour s'entendre sur ce qu'il y a à faire dans telle condition, dans telle circonstance.

Je demande à l'Académie la permission de lui dire ce qu'une longue expérience et de nombreuses observations m'ont appris à cet égard; car j'ai professé pendant plus d'une année sur la question des artropathies ou des arthralgies, et je me rappelle qu'il y a dix ans déjà, à une séance de cette Académie, j'avais demandé la permission de lui exposer mes vues sur cette affection.

(1) Ayant eu l'honneur d'assister à la dernière séance de l'Académie de médecine de Belgique, nous y avons trouvé en discussion la question si difficile et si intéressante du traitement des coxalgies. Nous communiquons à nos lecteurs les quelques remarques que l'Académie nous a permis de lui soumettre.

Eh bien! dans cette classe d'affections, que j'appelle *arthralgies*, pour leur donner une dénomination qui représente un de leurs caractères purement objectifs, il y a diverses périodes à considérer, et des périodes qui ne sauraient être confondues, puisqu'elles entraînent avec elles des ordres de lésions toutes différentes.

Ainsi, dans l'arthralgie conçue d'une manière générale, j'envisage, dans la première période, une affection purement *dynamique*, non pas une affection organique, comme on l'a professé depuis trente ans, non pas une inflammation, non pas une altération matérielle quelconque des extrémités articulaires, mais une lésion purement dynamique du système nerveux, et du système nerveux de la vie organique présidant à la nutrition des parties malades. Cette lésion, de nature paralytique, je l'ai désignée sous le nom de paralysie *organique*. Pour moi donc la coxalgie, à la première période, est une paralysie organique.

Il serait trop long de développer les motifs qui peuvent servir de preuve à cette doctrine; je l'énonce comme un fait que l'on pourrait au besoin démontrer. Ainsi, je considère que la première période des arthralgies, quelle que soit leur nature, consiste dans une affection nerveuse de nature paralytique que je désigne sous le nom de paralysie organique.

Cette première période, qui comprend tout le premier temps de la maladie, sans altération matérielle des parties jusqu'à la seconde, que j'appelle la période de formation organique, consiste dans une série de symptômes purement nerveux qui peuvent disparaître en quelques jours ou se prolonger si l'on n'a pas soin de les traiter convenablement.

La seconde période est la période de *formation organique*; c'est celle dans laquelle la lésion fonctionnelle du système nerveux change les caractères de la nutrition et entraîne des modifications matérielles organiques qui constituent les lésions organiques de la maladie.

Dans cette période, il y a deux sous-périodes non moins importantes à distinguer : il y a la période aiguë ou des altérations aiguës, et la période chronique ou des altérations chroniques.

Vous le voyez déjà dans cette appréciation des faits, dans leur filiation, voilà trois choses très-importantes : une période dynamique, une période matérielle, se distinguant en période aiguë et en période chronique, qui circonscrivent chacune leurs faits à part, et doivent devenir plus tard des indications pratiques des plus utiles.

Mais il y a un autre ordre de circonstances qu'il faut faire intervenir, c'est la considération étiologique. C'est alors qu'on peut dire que les deux périodes d'altération aiguë et d'altération chronique se diversifient sous l'influence des causes spécifiques qui les déterminent. C'est ce que j'appelle la spécification de l'altération arthralgique.

Je prétends qu'il faut en arriver à ceci : à distinguer les altérations aiguës et les altérations chroniques des arthralgies eu égard à l'influence de la spécificité étiologique.

Avec cette formule générale qui comprend tous les faits, on va immédiatement s'expliquer la grande divergence que l'on rencontre dans les appréciations thérapeutiques.

Ainsi, je dois déclarer qu'il ne m'arrive jamais qu'une période dynamique ne s'arrête par un traitement convenable. Et c'est précisément pour cela que j'insiste sur la distinction des diverses périodes;

FEUILLETON.

RECHERCHES HISTORIQUES ET CRITIQUES SUR LES ENCYCLOPÉDIES SCIENTIFIQUES

Paul-Louis Courrier s'amusait très-fort des bâbleries de Plutarque, ce véridique historien que Montaigne, je ne sais pourquoi, à moins que ce ne fût pour rire, a déclaré le plus judicieux auteur du monde. Le spirituel helléniste avait raison. Les anecdotes et historiettes de Plutarque sont très-variées et très-divertissantes. C'est un plaisir de s'entretenir avec cet agréable moraliste, qui avait une vocation bien décidée pour le roman. Je ne m'étonne pas qu'un historien contemporain, qui tient, lui aussi, du poëte et du romancier, l'ait comparé à Walter Scott. Quoi qu'il en soit de ce jugement de M. Michelet, il y a un ancien qui l'emporte sur Plutarque lui-même, en tant qu'amuseur : c'est Pline le Naturaliste, qui serait mieux surnommé le Compilateur, s'il n'avait beaucoup mis de son propre fonds dans ses compilations.

On s'accorde assez à reconnaître que cet auteur, dont la curiosité fut la plus forte passion, ne se souciait guère de briller par le jugement; ce qui n'empêche pas qu'il n'eût une excellente judiciaire. Il remplissait, sous l'empereur Vespasien, des fonctions qui demandaient une tête solide; son application aux affaires était grande, et il faisait honneur aux charges élevées que lui avaient valu ses talents d'administrateur et de chef militaire. Au milieu de ses graves occupations, Pline trouvait un agréable passe-temps dans l'étude. Après avoir travaillé toute la journée, il passait la nuit à lire et à composer pour son plaisir. C'est ainsi qu'il se délassait de ses fatigues en dormant le moins possible. Un de ses commentateurs, le jésuite Hardouin, faisait un peu comme lui : il se levait avant l'aurore et se mettait au travail trois ou quatre heures avant les autres membres de la communauté. Aussi avait-il coutume de dire que ce n'était pas pour répéter ce que tout le monde savait déjà qu'il se privait ainsi de sommeil. Il paraît qu'un de ses adversaires, un oratorien, je crois, lui fit remarquer, à ce propos, que quand on dort si peu on risque beaucoup de rêver tout éveillé. C'était peut-être le même qui lui consacra après sa mort cette épitaphe si connue : « Ci-gît le P. Hardouin, d'heureuse mémoire, en attendant le jugement. » Il est évident que le savant jésuite prenait aussi grand plaisir à déraisonner savamment et peut-être sciemment. Mais il a eu beau faire; ses commentaires, d'une originalité désespérante, ne sont pas, il s'en faut, aussi récréatifs que le texte de son auteur. Certes, Pline a trouvé dans le P. Hardouin un commentateur digne de lui; mais le secret d'amuser et de plaire, il l'a gardé.

Nous le connaissons, ce secret. Laissons-lui un moment la parole, et il nous le confiera : « Nec dubitamus, dit-il à Titus, héritier présomptif

c'est qu'immédiatement il en découlera une conséquence pratique du premier ordre.

Vous savez tous que Bonnet (de Lyon) a exercé une certaine influence, qu'il a causé une certaine émotion en introduisant sa méthode de redressement extemporané. Vous savez en quoi cela consiste. Cette méthode brutale est à mes yeux le renversement de l'art. On fait ces choses quand on ne peut pas faire mieux, et l'on ne le fait pas quand il y a dans un état pathologique de nombreux éléments à considérer, qui sont à respecter, qui sont à modifier et à traiter par les différents moyens que chacun de ces derniers comporte.

Cette méthode de redressement brusque, qui a paru être un événement dans la science, est un expédient venu au secours d'une méprise, et je dirai d'une grande méprise. En effet, il n'existe pas d'arthralgie à la période aiguë, dans laquelle on ne puisse prévenir les déformations, les difformités, les directions vicieuses qui résultent de l'inadvertance du chirurgien.

Ainsi, j'ai montré par de nombreuses observations que dans la première période des arthralgies, il y a une affection nerveuse qui est caractérisée par un assez grand nombre de symptômes, mais surtout par la contracture musculaire.

La contracture musculaire et articulaire sont deux phénomènes inséparables des arthralgies. Eh bien ! tous les praticiens savent depuis longtemps qu'au début des arthralgies il y a des directions vicieuses des membres que j'ai dit et démontré être produites par la contraction musculaire. Ce sont ces directions vicieuses qui, abandonnées à elles-mêmes pendant la période aiguë, arrivent à constituer les difformités arthralgiques, celles que l'on attaque notamment par le redressement brusque, celles qu'on a laissées se former, se consolider, se constituer dans tous leurs éléments de résistance. Or, je le répète, dans la première période, il est toujours possible, en traitant la maladie, de surveiller la direction des parties déviées sous l'influence de la contracture, de les replacer et de les maintenir dans leur direction normale, et par conséquent de n'avoir pas à éprouver plus tard les inconvénients d'une difformité considérable, et de ne devoir pas recourir à un traitement aussi empirique que brutal.

Ainsi, vous voyez que déjà la distinction des périodes amène cette idée scientifique, qu'il y a là un ordre de lésions qui ne sont nullement matérielles, qui sont purement dynamiques, et une indication pratique à l'aide de laquelle on peut toujours, par un traitement convenable, sous l'inspiration d'une notion scientifique meilleure, prévenir des difformités presque toujours incurables dans la période ultime de la maladie.

J'en viens à la seconde période, à la période aiguë de formation ou de lésion organique. Il y a dans cette période un commencement d'altérations matériellles qui sont d'un tout autre ordre que celles de la première période et qui, cependant, diffèrent aussi des altérations de la période suivante; les indications pratiques changent en proportion. C'est le moment d'agir en même temps sur la fonction altérée et sur l'organe qui s'altère. C'est alors que commence l'application des méthodes directes qui doivent varier suivant qu'on considère la maladie à sa période aiguë ou à sa période chronique.

La discussion a porté principalement sur deux ordres de moyens, les cautéres et les révulsifs. Eh bien ! pendant deux ou trois mois, l'Académie de Paris a oscillé entre les deux opinions. Faut-il, dans les affections arthralgiques, des cautères ou des révulsifs? Les deux ordres de moyens ont eu leurs partisans et leurs adversaires, et après trois mois de discussion, la divergence des opinions était la même.

Or, ici, il y a une distinction très-grande à établir, non-seulement au point de vue des périodes de la maladie, mais surtout au point de vue de leur caractère spécifique. Ainsi, j'insiste pour faire intervenir l'élément spécifique, l'élément-cause spécifique, qui diversifie la nature des lésions. Il est évident que les arthralgies traumatiques, les arthralgies rhumatismales, les arthralgies scrofuleuses, etc., ont des lésions tout à fait différentes et réclament des traitements différents. Les arthralgies traumatiques qui se présentent chez des sujets sains, n'aboutissent jamais à des érosions tuberculeuses, à des abcès froids, tandis que les arthralgies scrofuleuses se terminent presque toujours par la tuberculisation des extrémités articulaires.

Vous avez là des lumières qui vous guident sur le choix de telle ou telle médication, de tel ou tel révulsif ou de tel ou tel caustique.

La discussion à laquelle j'ai assisté avait surtout porté sur la différence qu'il y a entre les révulsifs et les cautères ; ces deux ordres de moyens produisent évidemment des effets physiologiques différents. Les uns s'appliquent à la surface de la peau et provoquent une action sur le système nerveux ; les autres, au contraire, ouvrent sur le siége de la maladie des fontanelles et donnent lieu à des évacuations continues. Je n'ai pas l'intention de vous exposer mes idées personnelles sur chacun de ces points ; je me borne à les signaler ; vous avez ensuite l'action des différents caustiques.

Je saisirai cette occasion pour appeler votre attention sur une forme de cautérisation qui, je crois, n'a pas été mentionnée encore dans cette discussion, et qui est vraiment favorable aux malades, et d'un emploi facile pour les médecins : C'est la ***cautérisation ponctuée*** que j'emploie depuis vingt ans, et que j'ai eu le plaisir de voir se vulgariser en France. Elle se produit à l'aide d'une verge de fer, d'une petite tringle, recourbée à angle droit à l'une de ses extrémités, de 2 millimètres au plus de diamètre, rougie à blanc, et qui s'applique instantanément en répétant successivement les applications quarante ou cinquante fois sur une surface. Ces cautérisations peuvent se répéter tous les quatre ou cinq jours.

Cette forme de cautérisation a un caractère physiologique tout différent des autres. Il consiste dans des surprises, dans des actions révulsives instantanées, et qui ne ***sont jamais suivies de suppuration.*** Ce sont des brûlures sans suppuration. Au bout de vingt-quatre à trente-six heures, les petites pellicules épidermiques brûlées se détachent, et il ne reste qu'une surface parfaitement lisse sur laquelle on peut de nouveau appliquer la cautérisation.

Cette forme de cautérisation, qui n'a pas été mentionnée dans la discussion, est celle qui a le plus d'action, mais elle ne doit être employée que dans la période chronique. Elle dépasse l'action des badigeonnages d'iode et de nitrate d'argent. C'est un mode d'action du même genre, mais plus énergique. J'ai employé les différentes cautérisations et je déclare que je n'en ai pas trouvé qui valût celle dont je parle.

Permettez-moi de vous expliquer brièvement son mode d'action.

J'ai dit que l'arthralgie était au point de départ une paralysie orga-

---

de l'empire romain, multa esse quæ et nos prætererint. Homines enim sumus, et occupati officiis, subsecivisque temporibus ista curamus, id est, nocturnis, ne quid vestris putetis cessatum horis. Dies vobis impendimus : cum somno valetudinem computamus, vel hoc solo contenti, quod, dum ista, ut ait M. Varro, musinamur, pluribus horis vivimus. Profecto enim vita vigilia est. » Il n'attachait pas autrement d'importance à ce grand répertoire universel de l'*Histoire naturelle*. *Ista*, dit-il, en parlant à deux reprises de cette immense compilation, *ista*, non pas, comme on pourrait le croire, avec dédain, mais avec l'indifférence, ou plutôt avec la satisfaction d'un homme qui semble dire : « Si mon travail ne vous intéresse pas, je m'en soucie peu, car je ne l'ai fait que pour mon plaisir et pour passer mon temps agréablement. Il me plaît de vivre ainsi, faisant, au lieu de rêves, des lectures et des extraits. Voilà le fruit de mes veilles; mais j'ai déjà reçu ma récompense. Je me suis bien amusé, comme dit Varron, à cette besogne, *dum ista musinamur*. Le mot est des plus jolis et il n'a pas besoin d'une traduction. Muser, c'est consacrer son temps à des bagatelles, à des riens, c'est s'occuper pour prévenir l'ennui qui naît de l'oisiveté, sans avoir l'air de travailler. C'est exactement ce que la Fontaine appelait « ne rien faire. » On sait que le bonhomme ne faisait rien quand il ne dormait pas. Oui, ces deux mots, *ista musinamur*, nous donnent la clef, pour ainsi dire, de cette Histoire naturelle, la première des encyclopédies, et si recommandable à ce titre. Pline le déclare en termes exprès et qui doivent être rappelés ici : « Prætereа iter est non trita auctoribus via... Nemo apud nos, qui idem tentaverit; nemo apud Græcos, qui unus omnia tractaverit. »

Cela est clair. Cet amateur eut donc l'honneur d'ouvrir la voie aux futurs encyclopédistes. Il embrassa le premier en un vaste recueil l'universalité des choses qui intéressent la civilisation, *vita*, pour emprunter son magnifique langage. Les Grecs avaient bien le mot pour désigner ce travail d'ensemble, mais non pas la chose même. Beaucoup d'essais d'encyclopédie, ou du moins des encyclopédies partielles, mais pas une encyclopédie générale. La masse des connaissances qui étaient la matière de l'instruction supérieure, telle était la signification du terme composé. Encyclopédie. « Jam omnia attingenda, quæ Græci τὰς ἐγκυκλοπαιδείας vocant, » ajoute le compilateur romain. « De plus, traduit M. Littré, il me faut toucher à tout ce que les Grecs renferment dans le mot d'*encyclopédie*. » Je crois que Pline a voulu dire qu'il traite de tout ce qui se trouvait dans les encyclopédies des Grecs, et que la sienne, universelle et générale, résume et reproduit en un tout les encyclopédies particulières; car il faut bien expliquer cet accusatif pluriel. Nous savons d'ailleurs que ces encyclopédies spéciales existaient en grand nombre dans l'antiquité grecque.

Dès les premiers temps de la culture scientifique, il y eut des recueils de lois, de sentences et de recettes médicinales. Les tables votives des temples d'Esculape formaient un ensemble de notes qui ne furent peut-être pas tout à fait inutiles aux médecins qui interrogèrent les premiers

nique, une paralysie du système nerveux qui préside aux fonctions de nutrition et de calorification. Eh bien! ce moyen d'excitation a quelque chose d'analogue, pour le système nerveux organique, à l'électricité, de façon à rendre la vie à des parties tout à fait inertes. Et c'est là un des caractères qu'on reconnaîtra, lorsqu'on examinera le malade à la lumière des principes que j'ai énoncés. On verra d'abord une surface presque insensible à l'action du feu. Au bout de quelque temps, la sensibilité renaît. C'est donc un remède qui va droit à l'élément dynamique, lequel, bien qu'il n'exerce plus son influence du début, l'exerce encore à l'état chronique. Le remède dont je parle est donc un moyen qui s'adresse à la fois à l'élément nerveux dont il réveille l'activité et est un excellent résolutif, ou, si vous le voulez, au point de vue des doctrines anciennes, un révulsif. Ce moyen, je le signale comme remplissant toutes les indications qu'on désire remplir à la période chronique de l'arthralgie, et répondant à l'idée théorique que je me fais de la maladie.

Je ne veux pas terminer sans dire deux mots qui ne laissent pas dans votre esprit le simple caractère d'une hypothèse, à la théorie des arthralgies considérées comme des paralysies organiques.

Voici un fait que chacun de vous pourra vérifier. Dans la période aiguë, lorsqu'on fait des frictions avec la pommade stibiée sur tout le siége de l'arthralgie, pendant huit jours, quinze jours, trois semaines, un mois quelquefois, il ne survient aucune pustule. Et puis, autour de la zone malade, on voit poindre les pustules. Pendant ce temps, la période dynamique guérit, et alors on voit sortir les pustules qui, pendant cette période n'avaient pu se développer.

A la période ultime, vous rencontrez encore des arthralgies dans lesquelles vous essayerez de faire des onctions stibiées, et vous n'aurez pas de pustule même au bout de deux ou trois mois. Au contraire, quand vous avez employé le feu, vous avez d'abord de l'insensibilité; mais au bout de quelque temps que vous aurez réveillé la vie par la cautérisation ponctuée, vous ferez des frictions et vous verrez des pustules se développer.

Je termine en disant que si l'on veut se rendre compte d'une façon rationnelle et se mettre d'accord dans cette discussion si complexe des arthralgies, si l'on veut comprendre la valeur de chaque moyen et comment on a réussi par tel moyen et échoué par tel autre, il faut se donner une formule de la maladie. Eh bien! cette formule je la résume en quelques mots.

PREMIÈRE PÉRIODE. — Période dynamique nerveuse sans lésion organique, pendant laquelle seulement des phénomènes de contracture, d'épanchement articulaire traduisent la lésion fonctionnelle, et sont des indications pour prévenir les difformités consécutives.

SECONDE PÉRIODE. — Période de formation organique dans laquelle il faut considérer les altérations aiguës des parties : tuméfaction des parties celluleuses, fibreuses et osseuses péri-articulaires.

PÉRIODE CHRONIQUE. — Organisation des tuméfactions de la période aiguë. A cette période faire intervenir l'élément étiologique et dire que, dans chaque cas, il y a des éléments spécifiques d'un caractère étiologique différent; et lorsqu'on aura appliqué le remède qui convient, 1° à la période aiguë ou chronique, 2° aux différences spécifiques, choisir dans l'arsenal thérapeutique les moyens qui conviennent à ces indications; et alors on aura une maladie déterminée scientifiquement et traitée rationnellement (1).

(1) Dans cette improvisation rapide et tout à fait à l'improviste, nous n'avons eu d'autre vue que de tracer un cadre à remplir, d'indiquer un programme à suivre. Nous aurons prochainement à remplir ce cadre et à donner ainsi toutes les preuves que réclament les différentes propositions énoncées dans cette allocution.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

OBSERVATION D'UN POLYPE DE L'OREILLETTE DROITE ET CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE CETTE PRODUCTION MORBIDE; par M. PROUST, chef de clinique de la Faculté. (Mémoire lu à la Société de biologie.)

J'ai observé cette année, dans le service de clinique médicale de l'hôpital de la Charité, un malade qui a succombé avec un polype de l'oreillette droite.

Les cas de production polypeuse développés dans les cavités cardiaques sont très-rares; j'ai pu seulement en trouver dans les divers recueils cinq exemples, et encore l'interprétation de l'un d'eux est fort contestable. En outre, les accidents que provoquent ces polypes sont d'une détermination difficile, et la nature même de ces tumeurs donne lieu à des considérations d'anatomie pathologique qui ne sont pas dénuées d'intérêt. Ces diverses raisons m'ont engagé à publier l'observation qui suit :

OBS. — Le 16 juillet 1864, entre au n° 10 de la salle Saint-Charles (hôpital de la Charité) le nommé Perrault (Jean-Victor) âgé de 58 ans, exerçant la profession d'ébéniste, né à Niort (Deux-Sèvres) et demeurant à Paris, cloître Saint-Honoré, n° 4.

Cet homme était d'une assez bonne constitution, il présentait assez d'embonpoint et n'offrait nullement l'état cachectique. Les symptômes qu'il accusait (dyspnée, essoufflement, battements de cœur, oppression), dirigeaient immédiatement l'attention vers l'appareil circulatoire, et surtout du côté de la région cardiaque.

La pointe du cœur battait dans le septième espace intercostal, mais ne se détachait pas nettement; le cœur était donc augmenté de volume; la percussion confirmait l'existence de cette hypertrophie déjà révélée par le déplacement de la pointe et montrait que cet organe avait transversalement de 12 à 13 centimètres. La palpation indiquait l'existence d'un frémissement vibratoire et d'irrégularités dans les battements du cœur. Ces irrégularités étaient rendues plus manifestes par l'auscultation; les bruits étaient intermittents et inégaux; en outre, le premier bruit était recouvert d'un bruit de souffle assez doux dont le maximum paraissait être à la pointe. Les caractères du pouls répondaient à ceux qu'accusaient les contractions cardiaques; il était petit, inégal, irrégulier, intermittent. Les veines jugulaires, notablement gonflées, étaient le siége du pouls veineux. Le malade, d'ailleurs, n'avait pas de fièvre (pouls, 88 à 92).

A ces troubles dans les contractions cardiaque, artérielle et veineuse,

---

la tradition écrite de l'empirisme sacerdotal. Nous trouvons dans la collection hippocratique des indications incomplètes et très-insuffisantes sans doute, mais qui étaient peut-être les matériaux informes d'une véritable clinique ou d'un traité de médecine pratique. La collection hippocratique elle-même était une véritable encyclopédie, non pas méthodique, mais embrassant dans son ensemble toutes les connaissances acquises, avec des doctrines et des théories contradictoires. Nous n'avons pas à parler ici du mode de formation de l'encyclopédie hippocratique; la question n'est pas neuve, mais elle est loin d'être épuisée. Il y a là matière à un beau roman pour l'érudition ingénieuse et conjecturale. Un fait à noter, c'est qu'après Hippocrate on se mit à faire des collections médicales, en autres termes, à extraire les écrits de médecine qui étaient en grand nombre, d'après le double témoignage de Xénophon et d'Hippocrate lui-même. Ce dernier discute et réfute parfois les idées médicales de ses contemporains et les théories de ses prédécesseurs, notamment des philosophes naturalistes, tels, par exemple, qu'Empédocle et Mélissus.

Galien nous apprend que Ménon, disciple d'Aristote, avait résumé dans un recueil intitulé *Collection médicale*, que le Clerc traduit à tort *l'assemblée des médecins*, les opinions des anciens médecins τὰς τῶν παλαιῶν ἰατρῶν δόξας. Ce recueil, faussement attribué à Aristote, était bien de Ménon, et comme il était en plusieurs livres, on le désignait aussi sous la dénomination de livres ménoniens. C'est ainsi qu'il est cité par Plutarque, car il n'est pas douteux que la correction de Reinesius ne soit très-bonne. Seulement, ce recueil de livres ménoniens devait renfermer bien des historiettes, puisque dans le passage cité ou allégué par Plutarque, il était question d'une affection hépatique qui portait les malades à chasser aux souris et à les épier, comme font les chats. Malgré la bienveillante interprétation de Daniel le Clerc, nous estimons qu'un pareil conte ne mérite aucune créance. Quoi qu'il en soit, il est certain, d'après Galien, que ce Ménon avait curieusement recherché tous les écrits des anciens médecins, et que de tous ceux qu'il avait pu réunir, il fit des extraits pour son recueil. Il est probable que le disciple d'Aristote n'était qu'un curieux : Galien toutefois en faisait quelque cas, puisqu'il invoque son témoignage pour affirmer qu'aucun des anciens médecins, cités par lui, ne comptait la bile, l'atrabile et la pituite comme des éléments de l'organisme humain.

Ce qui mérite d'être noté, c'est qu'au même endroit Galien parle d'un abrégé des opinions des anciens naturalistes ou physiciens, par un autre disciple d'Aristote, le philosophe et botaniste Théophraste τὴν ἐπιτομὴν ἐποιήσατο τῶν φυσικῶν δοξῶν (1). Il est probable que les fragments qui sont venus jusqu'à nous sous le nom d'Aristote, sur les opinions philosophi-

(1) Cl. Galen. Comment. in Hipp. *De nat. hom.*, I, p. 25, 26, tom. XV de l'édit. de Kühn. — Plutarch, *Sympos.*, lib. VIII, quæst. IX. p. 387, tom. XI de l'édit. de Hutten. — Dan. le Clerc. *Hist. de la méd.*, 2e part., liv. I, c. 8, p. 332-33.

s'ajoutait aussi une gêne de la circulation capillaire; les lèvres étaient violacées; les pommettes, dans certains points, ecchymotiques; on constatait un léger œdème des membres inférieurs, œdème que la station debout et la marche augmentaient; il n'y avait pas d'ascite; le foie n'était pas notablement augmenté de volume, mais on constatait du côté du cerveau des phénomènes importants; de temps à autre, disait le malade, il était pris de vertige, il avait la tête lourde et était sur le point de perdre connaissance.

Les poumons, examinés à leur partie antérieure, n'étaient le siége d'aucun phénomène anormal; il en était de même en arrière et à gauche, mais à droite, une matité assez accusée à la base s'accompagnait d'une absence complète du murmure respiratoire; pas d'égophonie; un peu de diminution du frémissement vocal. Les crachats ne présentaient rien de particulier, et jamais il n'y avait eu d'hémoptysie: les autres appareils n'offraient rien de particulier; l'appétit était bon et les urines normales.

La maladie s'était développée dans les circonstances suivantes : Cet homme avait toujours eu une excellente santé jusqu'à il y a quatre mois: à cette époque il avait reçu sur le côté droit un coup assez violent, puis il y a deux mois, il avait remarqué qu'il s'essoufflait en marchant, que le soir les chevilles étaient un peu grosses; graduellement les phénomènes avaient marché; la dyspnée était plus intense, les étourdissements s'étaient montrés et l'état était arrivé progressivement ce qu'il est aujourd'hui. Interrogé sur l'existence antérieure des rhumatismes, le malade les niait, il n'avait jamais souffert des jointures. Le diagnostic que je portai fut celui-ci : affection organique du cœur; insuffisance de la valvule mitrale. Quant aux phénomènes que je constatai à la base de la poitrine du côté droit, je les attribuai à l'existence de fausses membranes, débris d'une ancienne pleurésie. La contusion éprouvée il y a quatre mois expliquait assez bien la production de ces fausses membranes, et la lésion pleurale ne me parut pas devoir être mise sur le compte de l'affection cardiaque. Quant au diagnostic de la maladie du cœur et de l'insuffisance mitrale, il donna lieu de ma part à plusieurs observations. Je remarquai : 1° l'absence de rhumatisme antérieur. 2° L'intégrité de la circulation pulmonaire contrastant avec la présence du pouls veineux; il n'y avait en effet pas de traces de congestion et d'œdème pulmonaires; on ne pouvait donc pas accuser le cœur droit d'être dilaté secondairement et par stase du sang dans le poumon. Cependant la rareté des affections du cœur droit et le degré peu avancé du pouls veineux me firent admettre une insuffisance mitrale. 3° Enfin, je notai le développement brusque, la marche rapide et continue de la maladie (l'œdème et la dyspnée avaient commencé seulement il y a deux mois).

Prescription : Macération de quinquina; vin de quinquina; lavement purgatif pour combattre la constipation.

Mardi 19 juillet. Aucun changement; la dyspnée a plutôt augmenté.

Mercredi 20. Les phénomènes d'oppression s'aggravent de plus en plus; le malade ne peut pas rester couché; on entend des râles assez abondants dans la poitrine; ipéca, 1,50.

Jeudi 21. Sueurs, refroidissements, plus de pouls, asphyxie. Mort à deux heures de l'après-midi.

L'opposition mise à l'autopsie n'a pu permettre que l'examen du cœur.

Cet organe est augmenté de volume; il a 14 centimètres transversalement dans son plus grand diamètre, 13 de haut en bas; il est mou, peu consistant. Les parois du ventricule gauche sont légèrement hypertrophiées (17 millimètres). Le cœur gauche n'offre à ses orifices d'autre altération qu'un peu d'épaississement fibreux de la valvule mitrale, mais épaississement très-peu prononcé. Il n'en est pas de même du cœur droit; l'oreillette de ce côté est remplie par une tumeur, par des caillots actifs et du sang; on trouve dans le ventricule quelque caillots passifs.

La tumeur est pédiculée, son point d'insertion est sur la cloison; le poids de cette tumeur la fait tomber sur l'orifice auriculo-ventriculaire. Les rapports qu'elle affecte permettent une pression sur les orifices aortique et auriculo-ventriculaire gauche.

Sa forme est irrégulièrement ovoïde; l'extrémité libre est plus volumineuse que la partie pédiculée. La surface est irrégulièrement et inégalement bosselée; dans certaines parties, on constate comme de petits épanchements sanguins; dans d'autres, des duretés comme fibro-cartilagineuses à aspect ramifié; dans d'autres encore, de petites masses calcaires. Cette tumeur paraît être recouverte dans toute son étendue d'une membrane lisse, mince, se continuant avec l'endocarde; au niveau du pédicule on observe sur cette membrane des plis et un aspect froncé qui montre bien cette continuité; le pédicule qui s'insère sur la cloison de l'oreillette a pour diamètre 2 centimètres et demi; le plus grand diamètre de la tumeur du pédicule à l'extrémité libre est de 7 centimètres et demi.

Lorsque l'oreillette a été ouverte, cette tumeur était entourée de caillots fibrineux qui n'offraient avec elle aucune adhérence. On observait aussi à la face interne de l'oreillette quelques fibres musculaires qui paraissaient hypertrophiées.

L'examen micrographique de la tumeur auquel a bien voulu se livrer mon collègue et ami Ball, a donné les résultats suivants :

En grattant avec la pointe d'un scalpel la surface d'une coupe, on trouve :

1° Des globules rouges très-abondants non déformés;

2° Un très-petit nombre de globules blancs;

3° Des gouttelettes graisseuses en très-grande quantité;

4° Quelques granulations moléculaires;

5° Un petit nombre d'éléments fusiformes allongés, offrant presque tous au centre un noyau contenant un nucléole brillant; ces noyaux d'une forme sphéroïdale, à contours nettement limités, sont rendus plus transparents par l'acide acétique qui ne les dissout pas, mais qui pâlit les cellules fusiformes et finit par les dissoudre complétement. Ces noyaux ont de $0^{mm},005$ à $0^{mm},008$, il existe en outre quelques noyaux libres plus volumineux ($0^{mm},008$ à $0^{mm},010$) finement granulés et contenant un ou deux nucléoles à leur intérieur. En examinant une coupe mince de la tumeur, elle paraît formée d'une très-grande quantité de fibres entrelacées de tissu lamineux, dans les mailles duquel sont épanchés les globules sanguins et les gouttelettes graisseuses. L'analyse d'une des concrétions calcaires que contenait cette tumeur a prouvé que sa composition était presque entièrement minérale (carbonate et phosphate calcaire), avec un peu de matière organique, assez pour empêcher cette petite masse de faire effervescence avec l'acide acétique avant d'avoir été incinérée.

Cette observation me semble devoir donner lieu à deux ordres de considérations; il s'agit d'abord d'expliquer les troubles fonctionnels observés pendant la vie par les lésions trouvées à l'autopsie; il faut enfin déterminer la nature de la tumeur.

Les productions solides qui naissent dans les cavités cardiaques ne peuvent jamais donner lieu à un diagnostic précis, lorsque le médecin n'est pas éclairé par la connaissance d'un état général diathésique; on le conçoit sans peine, et *à priori*, cette conclusion devrait être admise quand même les quelques observations que possède la

---

ques de Xénophane, de Zénon et de Gorgias, faisaient partie de ce recueil de Théophraste. Il est vrai qu'Aristote avait résumé avec soin les doctrines des philosophes ses prédécesseurs, comme on le voit non-seulement dans ses principaux ouvrages, si riches en aperçus critiques sur les théories antérieures, mais d'après le catalogue de ses écrits, tel que l'a dressé Diogène Laerce. Je ne crois pas, à la vérité, que tous les ouvrages que Diogène Laerce attribue à Aristote fussent de ce philosophe. Il est probable que le biographe aura énuméré pêle-mêle les écrits d'Aristote et les livres qui composaient sa bibliothèque; car il en est dans le nombre qui ne pouvaient être que des extraits ou des recueils compilés à grands frais, ou du moins avec beaucoup de peine, par un homme qui s'était entouré de toutes les ressources indispensables pour ses grands travaux d'exégèse et de critique. On remarque dans les articles de ce catalogue un grand nombre d'extraits des anciens auteurs et plus particulièrement des philosophes et même des contemporains. Aristote avait fait, par exemple, des extraits des deux ouvrages les plus considérables de Platon : la République et les Lois. Mais à côté de ces compilations ou recueils de notes, il y avait des traités originaux ou des collections qui étaient de véritables encyclopédies : tels, par exemple, la *Collection des arts*, en deux livres, les *Questions naturelles*, rangées suivant l'ordre alphabétique, κατὰ στοιχεῖον, en trente-huit livres; les *Constitutions* de 158 villes, avec un quadruple appendice sur les états démocratique, oligarchique, aristocratique et monarchique; ouvrage distinct du traité de la politique ou du gouvernement, mais ayant probablement servi pour composer ce traité qui nous est parvenu. En somme, le catalogue des livres et écrits d'Aristote, tel que l'a dressé Diogène Laerce, représente, pour le temps, une très-belle collection bibliographique.

Strabon remarque qu'Aristote fut le premier qui fit une collection de livres, et que ce fut à l'imitation d'Aristote que les rois d'Egypte (successeurs d'Alexandre) formèrent des bibliothèques. On sait que les rois de Pergame eurent la même ambition, et qu'une noble rivalité s'établit entre cette antique ville et Alexandrie. Aristote avait légué sa collection de livres à son disciple Théophraste, et celui-ci, qui avait pour les livres la même passion que son maître, légua sa collection, augmentée, à des héritiers ignorants, à ce point que pour soustraire leur trésor aux recherches des rois de Pergame, ils l'ensevelirent sous terre, dans un trou. Les vers et l'humidité endommagèrent très-fort la précieuse collection. Dans la suite, cette collection fut vendue très-cher à un amateur de livres, nommé Apellicon, qui gâta les écrits des deux maîtres par des corrections de sa façon. Cet Apellicon, suivant la remarque de Strabon, était plus bibliophile que philosophe. N'importe, son édition des écrits d'Aristote et de Théophraste fut d'une grande utilité aux philosophes péripatéticiens, qui avaient jusque-là été privés des traités dogmatiques ou ésotériques. Finalement, la bibliothèque péripatéticienne d'Apellicon de Téos devint la propriété de Sylla et fut transportée à Rome, où elle reçut une grande publicité, grâce aux soins

science sur ce point ne viendraient pas à l'appui de cette manière de voir. Mais ici l'expérience, comme nous le verrons tout à l'heure, confirme encore la théorie. Quelques développements sont presque superflus.

Qu'un malade présente sur certaines parties extérieures des masses cancéreuses, et que progressivement la circulation cardiaque, la circulation générale s'embarrassent, qu'on observe des bruits de souffle, des intermittences et des inégalités dans les contractions du cœur, que le pouls offre les mêmes irrégularités, on pourra *soupçonner* une tumeur cancéreuse du côté du cœur, et encore il faudra que la marche des phénomènes permette d'éliminer l'idée de ces caillots ultimes que l'on trouve si fréquemment dans les cavités cardiaques, chez les pneumoniques, les rhumatisants, les phthisiques. Mais dans ces cas déjà si difficiles, le médecin a un fil conducteur, et la constatation de manifestations cancéreuses externes lui permet de songer à la possibilité d'une tumeur cardiaque d'origine cancéreuse. Combien la difficulté augmente quand on arrive aux cas auxquels je fais allusion en ce moment; on n'est guidé alors que par les troubles fonctionnels, et l'examen physique n'autorise d'autre conclusion que l'existence d'une affection cardiaque, en localisant à tel ou tel orifice la lésion valvulaire. C'est ce qui s'est passé dans le fait que je viens d'observer. J'avais noté tous les symptômes d'une maladie du cœur, et comme j'avais entendu un bruit de souffle dont le maximum était à la pointe, j'avais diagnostiqué une insuffisance mitrale. L'examen cadavérique a dû modifier ce diagnostic. La présence d'une tumeur à l'intérieur du cœur offrant les caractères déjà décrits, explique parfaitement d'ailleurs les phénomènes observés. Son volume était assez considérable pour apporter les troubles les plus sérieux à la circulation du sang; son siége dans l'oreillette droite permet de comprendre l'existence du pouls veineux contrastant avec l'absence de gêne dans la circulation pulmonaire. Ces deux faits paraissaient en effet contradictoires dans l'hypothèse d'une maladie du cœur gauche. Quand au bruit de souffle, il peut s'expliquer de différentes façons; l'orifice auriculo-ventriculaire était rendu évidemment insuffisant par cette tumeur qui reposait sur la valvule tricuspide; enfin, grâce aux rapports qu'elle affectait, elle pouvait également comprimer l'orifice de l'artère pulmonaire, l'orifice aortique et l'orifice mitral. Quoi qu'il en soit, je trouve plus naturel d'attribuer ce bruit de souffle à l'insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, et je crois qu'il faut tout à fait rejeter comme cause de ce bruit le léger épaississement que présentait la valvule mitrale.

Cette tumeur, considérée comme cause de tous ces phénomènes nous permet encore de comprendre l'absence de rhumatisme antérieur dans les antécédents du malade, absence anormale s'il se fût agi d'une affection organique du cœur. Mais l'impossibilité du diagnostic ne se déduit pas seulement du fait que j'ai observé; c'est aussi la conclusion légitime à laquelle conduit l'étude de quelques observations que possède la science sur ce point, et que je crois devoir relater. La comparaison de ces divers cas aidera d'ailleurs à mieux en caractériser la nature.

Ces observations sont au nombre de 5; mais l'une d'elles (celle de Rigacci), peut donner lieu à quelques doutes.

I. Choisy a observé un polype de l'oreillette gauche : cette tumeur donna lieu à tous les symptômes généraux des maladies du cœur et à un bruit de souffle au premier temps à la pointe. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1833, p. 65.)

II. Deppysaie a trouvé dans l'oreillette gauche d'un jeune homme phthisique mort à 19 ans, avec tous les symptômes d'une maladie du cœur, une masse polypeuse à plusieurs branches adhérente à la membrane interne. Bruit de souffle au premier temps à la pointe. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1842, p. 173.)

III. Caron a trouvé développée dans l'oreillette gauche une tumeur polypiforme. C'était un corps mou ayant la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité était tournée en haut, adhérait à la valvule qui obture le trou de Botal par un pédicule solide résistant de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de longueur. Son extrémité inférieure plongeait dans l'orifice auriculo-ventriculaire qu'il rétrécissait notablement. Au point d'adhérence on observait quelques légers froncements. Cette tumeur donna lieu aux troubles suivants : souffle rude au premier temps, maximum à la pointe, frémissement cataire; la pointe bat dans le sixième espace intercostal. Pouls filiforme; œdème, teint violacé. Les artères soulèvent les veines du cou et pourraient faire croire à un pouls veineux. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1854, p. 77.)

IV. Evangelista Zorrati trouve dans l'oreillette droite d'un malade qui mourut avec tous les symptômes d'une maladie organique du cœur une masse blanche qui remplissait toute cette oreillette. Cette tumeur était inodore, molle, élastique, de forme irrégulièrement allongée, adhérente dans une petite étendue aux parois de l'oreillette, et se prolongeant dans le ventricule droit dont elle remplissait la cavité sans y adhérer. Cette production morbide pesait 4 onces environ; quelques caillots fibrineux étaient collés à sa surface. Dilatation énorme du cœur. (*Annali universali di med.*, février 1838, emprunté aux *Archives gén. de méd.*, première série, t. XXX, p. 401.)

V. Rigacci découvrit dans le ventricule gauche un corps d'apparence charnue et semblable à ce qu'on nomme un polype charnu. De la cloison qui sépare les ventricules naissait un prolongement, une sorte de pédoncule qu'on pouvait considérer comme une racine de la production morbide. Une autre racine formée de deux pédoncules naissait de l'appareil valvulaire auriculo-ventriculaire. Après un court trajet, ces deux racines principales se réunissaient pour former un corps arrondi long de 14 lignes, se terminant par une extrémité frangée et dont la surface n'était revêtue d'aucune membrane. Enfin une dissection attentive fit voir que ce corps était réellement composé de quatre ou cinq couches fibreuses superposées et étroitement unies l'une à l'autre. (*Antologia*, n° 86, février 1828, emprunté à *Archives*, première série, t. XVII, p. 276.)

Ces cinq observations (je fais des réserves toutefois pour la dernière) ont avec la mienne les analogies les plus frappantes. Mêmes caractères extérieurs de la tumeur, même mode d'implantation. Dans tous ces cas, les malades sont morts en offrant tous les signes d'une affection organique du cœur, et dans tous le diagnostic a été impossible. Les différences ne commencent qu'au point de vue du siége de la tumeur, et de quelques symptômes qui ne sont que la traduction de cette différence de siége. Dans les trois premiers faits, la tumeur polypeuse siégeait dans l'oreillette gauche; et dans les deux autres c'étaient l'oreillette droite et le ventricule gauche qui étaient affectés.

---

du grammairien Tyrannion et d'Andronicus de Rhodes. L'histoire singulière de cette bibliothèque célèbre, et la première en date, a été racontée en grand détail par Strabon, dont le récit a été abrégé et complété par Plutarque (1).

La fondation des bibliothèques publiques, en facilitant la transcription des manuscrits, permit aussi de multiplier le nombre de ces recueils encyclopédiques qui, bien faits, tenaient aux particuliers lieu d'une bibliothèque. Il y eut même des savants qui publièrent des recueils de cette nature sous le titre de bibliothèque, par exemple Apollodore d'Athènes, grammairien et mythographe, et Diodore de Sicile, l'historien compilateur. Sous le titre de *Bibliothèque historique*, Diodore avait compilé une histoire générale, dont quelques livres seulement sont venus jusqu'à nous. « Apud Græcos desiit nugari Diodorus, et βιβλιοθήκης historiam suam inscripsit, » observe Pline à l'endroit où il se moque, non sans grâce, des titres d'ouvrages que le charlatanisme grec avait mis à la mode, et dont il cite quelques échantillons. Mais lui-même, qui raille si agréablement, il s'entendait à merveille à lancer un prospectus, et à vrai dire je n'en connais pas de plus ingénieux que celui qu'il a mis au devant de son *Histoire naturelle*. Tout en plaisantant avec Titus, tout en se permettant de ces familiarités de bon goût et infiniment délicates, que les princes goûtent très-fort parce qu'elles enveloppent la flatterie la plus raffinée, Pline se compare doucement aux plus grands hommes de l'ancienne république, et poussant la modestie jusqu'à l'humilité, il s'excuse de présenter un ouvrage peu relevé, *levioris operæ hos tibi dedicavi libellos*, dont la matière, appropriée aux petites forces de son esprit, « n'admet ni digressions, ni développements, ni événements merveilleux, ni aventures variées, ni autres détails agréables à conter ou à lire. »

Voilà bien les auteurs. Ils font les modestes, et l'orgueil les étouffe. Quiconque a lu Pline sait combien il a usé et abusé de cette grande rhétorique, de ces digressions et amplifications dont l'emploi ne devait pas, à l'entendre, trouver place dans sa vaste compilation. C'est le comble de l'habileté de tenir beaucoup plus qu'on n'a promis, et il faut convenir que nos faiseurs de prospectus ne sont, il s'en faut, ni aussi adroits ni aussi forts, sans en excepter même l'auteur de l'introduction au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, dont les prétentions ne sont pourtant pas médiocres, et dont le savoir est peut-être en raison inverse des prétentions, du moins en ce qui concerne les origines et l'histoire des collections et recueils encyclopédiques. Mais nous retrouverons notre docte introducteur et lui rendrons pleine justice après avoir terminé cette esquisse des anciennes encyclopédies.

Revenons à Pline, dont l'épître dédicatoire à Titus est, encore une fois, un modèle à proposer à la méditation des faiseurs d'introductions ou de prospectus, c'est tout un, quand il s'agit d'un dictionnaire offert à

(1) Strab., *Geograph.*, lib. XIII, § 54, t. II, p. 478-479 de l'édition Coray. — Plutarch., *Sylla*, cap. XXVI, p. 219, t. III de l'édit. de Hutten.

L'existence du pouls veineux n'est notée dans aucune de ces observations, et cependant, dans le fait de Zorrati (tumeur de l'oreillette droite), il est probable que ce signe a dû exister. Le bruit de souffle n'est indiqué que dans les trois premières observations; il couvrait le premier temps et avait son maximum à la pointe : il me paraît être dû à l'insuffisance mitrale symptomatique, malgré l'interprétation différente que lui donne Caron.

J'aborde maintenant la question de nature de cette tumeur et de son mode de développement. Il me semble tout à fait inutile d'en discuter l'origine cancéreuse. Les caractères extérieurs, la structure, la disposition pédiculée sur la cloison de l'oreillette, l'absence de toute généralisation diathésique, me semblent des raisons suffisantes pour éliminer cette idée. D'ailleurs la lecture des quelques faits de cancer du cœur que possède la science suffira pour que je n'aie pas besoin d'insister (1).

Je ne crois pas davantage qu'il faille discuter plus longuement la possibilité de ces concrétions cardiaques fibrineuses, accidents ultimes et fréquents de maladies diverses (2).

(1) Voir à ce sujet :

Ségalas, Cancer chez un enfant de tout le ventricule droit et d'une partie du ventricule gauche. (*Archiv. gén. de méd.*, première série, t. IX, p. 132.)

Benauldin, Cancer du cœur et des reins. (*Archiv. génér. de méd.*, deuxième série, t. II, p. 588.)

Bokitansky, Cancer de l'endocarde. (*Path. anat.*, Bd. II, p. 469.)

Cruveilhier, *Anat. path.*. t. I, p. 40, pl. II.

Sims, *Med.-chirug. trans.*, t. I, 18, p. 296, première série.

Latham Ormerod, *Lond. med. chirurg. transactions*, t. XIII, 1847. (Ormerod cite un fait Hewett, sans autre indication.)

Francis, Diathèse cancéreuse; tumeur grosse comme une noix dans l'intérieur du ventricule gauche. Cette tumeur naissait du tissu musculaire au-dessous de l'endocarde. (*London med. Gaz.*, janvier 1847.)

Bauchet, Cancer généralisé à l'aine, au poumon, au cœur : une des végétations fait saillie dans l'oreillette droite. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 65, 1851.)

Campana, Diathèse cancéreuse ayant envahi le cœur droit et les plèvres; quelques petits noyaux dans l'oreillette droite; gros noyau de cancer encéphaloïde dans la paroi antérieure du ventricule droit. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 118; 1859.)

Vidal, Cancer du cœur, face supérieure et partie de la face antérieure de l oreillette gauche transformées en tissu squirrheux; intégrité de l'endocarde; diathèse cancéreuse. (*Bull. de la Soc. de biologie*, t. III, p. 42.)

Bouillaud, Cancer du cœur. (*Traité des mal. du cœur*, 1841, 2e éd., p. 435.)

(2) Voir à ce sujet :

Legroux, Recherches sur les concrétions sanguines dites polypiformes. (*Dissertation inaugurale*, 1827.)

Bouillaud, *Traité des mal. du cœur*, deuxième édition, 1841, p. 712.)

Bouillaud, Concrétions polypiformes. (*Journal l'Expérience*, 1839, p. 275.)

Sonnié Moret, Concrétions polypiformes. (*Arch. gén. de médecine*, deuxième série, t. XII, p. 349.)

Mais ici la question est plus complexe. Sans doute cette tumeur n'est pas une de ces concrétions fibrineuses dont je viens de parler; mais n'est-il pas possible d'admettre qu'au début elle a été une concrétion fibrineuse qui, par les progrès de son évolution, s'est organisée, a adhéré aux parois de l'oreillette et s'est pédiculée? C'est aux faits de ce genre que M. le professeur Bouillaud faisait allusion dans un article du journal *l'Expérience* (1839, p. 275).

« Lorsque les concrétions sont dans un état plus avancé d'organisation, elles adhèrent par du véritable tissu cellulaire aux parties sur lesquelles elles se sont développées; greffées ainsi sur des parties vivantes, elles se pénètrent de vaisseaux, se durcissent, et c'est alors qu'elles ressemblent réellement à certains polypes fibreux, à des tumeurs ou à des végétations fongueuses. » C'est aussi cette interprétation que Caron donnait de la tumeur qu'il a observée dans l'oreillette gauche.

Cependant, sans rejeter d'une façon absolue cette explication qui ne me paraît pas appuyée d'une démonstration complète, je n'essayerai pas de substituer une hypothèse à une autre hypothèse, et je préfère m'en tenir à la constatation pure et simple des faits.

Par ses caractères extérieurs et sa texture, cette tumeur mérite le nom de polype; la disposition de son pédicule, la continuité qui existait entre l'endocarde et la membrane d'enveloppe de la tumeur, les plis qui existaient au point d'insertion, lui donnaient une similitude très-grande avec les polypes fibreux qui se portent vers une artre cavité, la cavité utérine. De plus, ce polype trouve une caractéristique plus complète par l'examen des éléments anatomiques qui le constituaient (globules rouges, globules blancs, gouttelettes graisseuses, éléments fusiformes et concrétions calcaires).

Quant au travail pathologique qui a donné naissance à cette production polypeuse, je n'aborde pas cette question, n'ayant pour la résoudre aucun élément de jugement positif.

Fredault, Des polypes du cœur. (*Arch. gén. de méd.*, quatrième série, t. XVI, p. 499.)

Bricheteau, Tumeur polypiforme de l'oreillette droite qui semblait adhérer par un pédicule aux parois de la cavité. (*Arch. gén. de méd.*, deuxième série, t. VI, p. 131.)

Labbé, Concrétion fibrineuse polypiforme développée sur une des valves de la valvule mitrale. (*Bull. de la Soc. anatom.*, p. 354, année 1857.)

Charcot, Concrétions fibrineuses du cœur. (*Bull. de la Soc. de biologie*, première série, t. III. p. 189.)

Charcot, Concrétions fibrineuses du cœur. (*Bull. de la Soc. de biologie*, deuxième série, t. I, p. 301.)

Stannius, *Ueber krankhafte Verschliessungen grosserer Venenstamme*. Berlin, 1839.

Zwicky, *Die metaphormose de Thrombus*, 1845.

Vogel, *Virchow's Handbuch*, I. Erlangen, 1854.

Virchow, *Gesammelte Abhandlungen; die marantischen Thrombosen*. Berlin, 1862.

---

la consommation comme un produit de fabrique. Pline, sans en avoir l'air, continue de se louer, non-seulement de ses travaux, mais, qui plus est, de ses intentions. Il se fâche même un peu contre Tite-Live, et reprend ce grand historien d'avoir dit au début d'un des livres de son histoire que bien qu'ayant acquis déjà assez de renommée pour se permettre le repos, il ne pouvait s'y résigner à cause que son esprit toujours actif cherchait un aliment dans le travail. Ce Tite-Live n'était qu'un égoïste, et Pline soutient, contre les partisans de l'art pour l'art, qu'il faut aimer le travail pour le profit qu'en retirent les autres. Il raisonnait comme un utilitaire, et il pensait exactement comme Phèdre, que la gloire n'est que vanité et fumée, si l'utilité n'est au bout de nos entreprises :

Nisi utile est quod facimus, stulta est gloria.

Il y a bien quelque chose de vrai dans cette réflexion, laquelle doit plaire particulièrement à ces travailleurs qui, suivant le texte de Pline, *difficultatibus victis, utilitatem juvandi prætulerunt gratiæ placendi*. Il ne faudrait pas néanmoins le prendre au mot; car s'il a recherché l'utilité avec un zèle qui fait honneur à son humanité, d'un autre côté, il s'est préoccupé très-fort de l'agrément, et c'est apparemment pour charmer le lecteur en l'instruisant qu'il a mis dans son immense recueil tout ce qu'il prétendait ne pouvoir s'y trouver. En effet, cet homme grave et sérieux qui traite, dit-il, une matière stérile, n'a pas négligé les séductions du style, ni les artifices du langage, ni l'attrait de ces narrations amusantes, merveilleuses, extraordinaires, qui s'adressent à l'imagination bien plus qu'à la raison. Mais ces contradictions ne prouvent en somme que l'adresse de Pline et les prodigieuses ressources de son esprit. Tout en faisant le modeste, il n'oublie pas de noter qu'il a recueilli vingt mille faits dignes de mémoire après avoir lu deux mille volumes. Ainsi ce savant, cet érudit, ne voudrait paraître qu'un amateur et un curieux aux lecteurs frivoles pour lesquels il a pris tant de peine et si laborieusement étudié. Mais sa modestie ne l'empêche pas d'énumérer ses précédents travaux, dont le succès d'ailleurs était certain, puisque quantité de philosophes et de grammairiens menaçaient d'en faire la critique. Pline se moque très-finement de ces menaces des pédants, et il parle de ses adversaires à venir avec l'assurance d'un auteur à la mode et en faveur à la cour; car il compte beaucoup sur la protection des princes pour l'avancement de son dernier-né, et il s'applaudit d'avoir obtenu la permission de le mettre sous un si haut patronage : *Hæc fiducia operis est, hæc indicatura*. Il termine, en adroit courtisan, par un dernier trait qui couronne dignement sa dédicace : « Le bien public exigeant que j'épargne votre temps, j'ai ajouté à cette lettre la table de chacun des livres, et tout mon soin a été de la faire tellement exacte que vous n'eussiez pas à les lire. Par là le reste des lecteurs vous devra d'être exemptés de parcourir tout l'ouvrage, et chacun ne cherchera que ce qu'il désire et saura où le trouver (1). »

(1) Traduction de M. Littré.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES; par le docteur GALLAVARDIN (de Lyon).

(Suite. — Voir les n° 1, 2, 3, 5, 7, 17, 21, 23, 27, 42, 45 et 48.)

§ II. — Paralysies du nerf optique produites par le phosphore.

DOUBLE CÉCITÉ DANS UN EMPOISONNEMENT AIGU.

Obs. I. — (Voy. chap. I, § II, obs. 32.)

GRANDE PROSTRATION; VOMISSEMENTS INCOERCIBLES; DILATATION DES PUPILLES; DOUBLE CÉCITÉ: SURDITÉ COMPLÈTE.

Obs. I *bis*. — A. H..., soldat âgé de 21 ans, avait, le 19 mai, avalé beaucoup de petits fragments d'allumettes phosphorées. Le 20 mai, il présente les symptômes suivants: prostration extrême, pouls accéléré, céphalalgie, face congestionnée, yeux luisants et animés, vomissements incoercibles.

Le 22 mai, l'urine renfermait des cylindres d'exsudation.

Le 24, douleurs lancinantes dans le globe de l'œil, pupilles dilatées, double cécité complète; surdité complète. Le même jour, à sept heures du soir, mort en pleine connaissance.

AUTOPSIE. Poumons hépatisés; ecchymoses sous-pleurales; stéatose du foie; les reins présentent le second degré de la maladie de Bright. (Docteur Auguste Ollivier, *Essai sur les albuminuries produites par l'élimination des substances toxiques*, in-8 de 24 pages, 1863, p. 20.)

CÉCITÉ DE L'ŒIL GAUCHE.

Obs. II. — (Voy. chap. IV, § I, obs. 10.)

GRANDE PHOTOPHOBIE: PUPILLES TRÈS-DILATÉES, A PEINE SENSIBLES A LA LUMIÈRE; MOTILITÉ TRÈS-AFFAIBLIE; CONSISTANCE MOLLE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Obs. III. — Le docteur Zeidler a observé ces divers symptômes chez une jeune femme de 25 ans qui, le 28 octobre 1858, s'empoisonna avec la pâte phosphorée de 1,000 allumettes délayée dans de l'eau chaude. (*Annalen der Berliner Charity*, 1860, t. X, p. 1.)

HALLUCINATIONS DE LA VUE.

Obs. IV. — En expérimentant le phosphore, une jeune femme de 32 ans éprouva une telle aggravation dans son hyperémie des parties internes de l'œil que, ce qui n'était jamais arrivé auparavant, elle vit pendant deux jours voltiger devant ses yeux des points noirs qui changeaient incessamment de place. (*Der phosphor*, von Sorge, p. 147.)

HALLUCINATIONS DE LA VUE.

Obs. V. — De même, le docteur Sorge éprouva une telle aggravation dans son hyperémie de la choroïde avec accompagnement de mouches volantes qu'il dut cesser l'expérimentation du phosphore. (*Id*., p. 155.)

Obs. — Hahnemann et ses disciples, qui ont expérimenté le phosphore, en ont, les uns ou les autres, éprouvé les symptômes suivants:
Grand resserrement des pupilles.
La vue se perd en lisant.
Myopie.
Il voit mieux le soir au crépuscule que pendant la journée.
Des corps noirs voltigent devant les yeux.
Étincelles devant les yeux dans l'obscurité.
Cercle vert autour de la lumière artificielle.
Le soir photophobie.
Il voit tout comme à travers une gaze.
Une sorte de gaze noire devant l'œil droit.
Sa vue est très-faible.
Fréquents accès de cécité: il a comme un voile gris tendu devant les yeux.

Ces divers phénomènes pourraient être symptomatiques des congestions oculaires que le phosphore produit d'une façon très-caractérisée. (*Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques*, par Hahnemann, 1846, t. III, p. 227.)

CHAPITRE V. — PARALYSIES DU NERF AUDITIF.

§ I. — Paralysies du nerf auditif guéries par le phosphore.

SURDITÉ DATANT DE DIX-HUIT ANS A LA SUITE D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Obs. I. — Un homme de 31 ans, brun, de bonne constitution, souffrait beaucoup de l'ouïe depuis une fièvre typhoïde qu'il eut il y a dix-huit ans, et jusqu'à ce jour aucun remède n'avait pu le soulager.

Symptomatologie: il entend très-difficilement; on doit se tenir près de lui et lui parler très-haut quand on veut se faire comprendre, et pendant ce temps-là il tient constamment la bouche ouverte.

Il entend dans les oreilles un murmure continuel qui l'inquiète fréquemment; par un temps sec il entend mieux que par les temps humides. Ses oreilles sont sèches, et il n'y a pas de sécrétion de cérumen.

« Prescription: Tous les quatorze jours, une dose de phosphore. Après quatre doses, il y eut une telle amélioration qu'on pouvait converser avec le malade sans élever la voix. Le bruit de murmure avait diminué. » (Docteur Schwarze, *Rueckert's Klinische Erfahrungen inder Homœopathie*, t. I, p. 372.)

Le lecteur vient de voir guérir par le phosphore une surdité datant de dix-huit ans consécutive à une fièvre typhoïde. Il sera donc probablement disposé à croire que le même remède peut aussi guérir la surdité, alors qu'elle se présente dans le cours d'une fièvre typhoïde ou d'une autre maladie aiguë, comme le témoignent les deux observations suivantes.

Je me contente de rappeler ces deux observations, les ayant déjà relatées plus haut et avec détails.

SURDITÉ AVEC PAROLE DIFFICILE ET SELLES INVOLONTAIRES DANS UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Obs. II. — (Voy. chap. I, § I, obs. 38.)

PERTE DE L'OUÏE, DE LA PAROLE, DE LA VUE ET DE LA SENSIBILITÉ TACTILE, AVEC CONVULSIONS ET SOUBRESAUTS DES TENDONS DANS UNE MALADIE AIGUE (?).

Obs. III. — (Voy. chap. I, § I, obs. 44.)

SURDITÉ CHRONIQUE ET BOURDONNEMENT D'OREILLE.

Obs. IV. — « Une dame de 56 ans souffrait, depuis son enfance, de contractures autant dans les membres supérieurs que dans les membres

---

Est-ce assez bien tourné? Si nos faiseurs d'introductions étaient de cette force et savaient ainsi *empoigner* le lecteur (qu'on nous passe ce terme plus que familier), on achèterait leurs dictionnaires encyclopédiques ou pratiques, rien que pour le plaisir de savourer leurs prospectus. Malheureusement, et nous ne l'avions que trop prévu, la prose un peu bien solennelle de ces introducteurs est loin de valoir la rhétorique fleurie de Pariset, ce virtuose dont la plume élégante se prêtait à tout, comme celle de Diderot.

Pline nous apprend, à la fin de sa dédicace à Titus, que l'usage de mettre une table des chapitres et des matières à la tête d'un ouvrage considérable avait été introduit dans la littérature latine par Valerius Soranus dans ses *Epoptides* ou tableaux, titre qui semble indiquer lui-même un ouvrage ou recueil encyclopédique. Ce qui m'étonne un peu, c'est qui Pline, si ennemi des plagiaires, si jaloux de rendre justice aux auteurs qu'il avait mis à profit (*est enim benignum, ut arbitror, et plenum ingenui pudoris, fateri per quos profeceris*), n'ait pas rendu plus ouvertement justice à deux Romains qu'il n'a fait que suivre et imiter, bien qu'il se vante d'être entré le premier dans une voie peu familière aux auteurs, ou du moins un des premiers; car il est très-probable que ce fut à l'imitation d'Aristote qu'il aborda l'universalité des connaissances et la nature des choses. En admettant d'ailleurs que les Grecs ne lui eussent pas offert le modèle d'une encyclopédie générale, il est avéré que deux Romains avaient donné l'exemple avant lui: Varron et Celse. Varron était un polygraphe: son érudition s'étendait à toutes les connaissances, et nous savons qu'il avait écrit *de omni scibili*. Il ne reste que de rares fragments de sa grande compilation en neuf livres, laquelle embrassait, paraît-il, toutes les choses divines et humaines. C'était une véritable encyclopédie, un grand répertoire de faits et de notices, où le jugement faisait peut-être défaut; car Varron avait plus de savoir que de discernement, et Cicéron estimait médiocrement sa philosophie, si tant est qu'il eût une philosophie. Quand on compile beaucoup, on n'a guère le temps de penser.

Celse était mieux qu'un polygraphe. Ses vingt livres *De artibus* traitaient de toutes les connaissances libérales: la philosophie, la jurisprudence, l'art militaire, l'agriculture et la médecine. Il avait à peu près tout embrassé dans ce cercle immense; mais de toutes ces encyclopédies spéciales qui formaient ensemble une encyclopédie universelle ou générale, il ne reste que l'encyclopédie médicale, un des meilleurs livres de l'antiquité, un vrai trésor de connaissances théoriques et pratiques, un résumé substantiel et complet de toute la médecine ancienne. Celse n'était point un rhéteur; il ne compilait pas avec la curiosité d'un amateur; il faisait un choix, coordonnait et digérait ses innombrables matériaux, et avec une haute raison et un style lumineux il exposait les travaux de ses prédécesseurs et de ses contemporains. C'est de lui que l'on peut dire, avec bien plus de fondement que de Plutarque, qu'il est le plus judicieux auteur du monde.

Les écrits de Galien, si nombreux et si variés, forment aussi une vaste

inférieurs, et, depuis vingt-huit ans, la fièvre intermittente l'avait rarement quittée, et n'avait pas été amoindrie par l'usage du quinquina.

« Depuis nombre d'années, ses souffrances étaient accompagnées de surdité et de bourdonnement dans les oreilles.

« Symptômes : le tictac d'une montre est entendu de l'oreille droite, quand la montre est appuyée sur la conque de cette oreille, et de l'oreille gauche à 1 pouce et demi. Le diapason résonne dans la tête, et il est perçu par l'oreille gauche comme un léger tintement métallique ; il est entendu plus distinctement par l'oreille, sur la conque de laquelle il est appliqué. Le canal auriculaire est sec, le tympan de l'oreille droite est plus blanchâtre que celui de la gauche; la sensibilité des oreilles et de leurs conduits est normale. Après avoir fait disparaître les accès de fièvre avec l'alcoolature de quinquina et de *rhus toxicodendron*, et modifié avantageusement l'état des membres, il ne restait plus à traiter que l'affection des oreilles.

« La première dose de phosphore fit disparaître la surdité et le bourdonnement d'oreille; un peu de cérumen se détacha des conduits auditifs; la montre fut entendue de chaque côté à une plus grande distance qu'auparavant; il n'y eut aucun changement dans le tympan de l'oreille droite; la malade pouvait prendre part à toutes les conversations. » (Docteur Rentsch, *Rueckert's Klinische Erfahrungen*, t. III, p. 228.)

LÉGÈRE SURDITÉ ; ABERRATIONS DE L'OUÏE.

OBS. V. — H. M..., aubergiste, âgé de 40 ans, d'un tempérament nerveux, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, était atteint d'une surdité dont on ne pouvait reconnaître la cause mécanique. Le malade avait observé un affaiblissement rapide de son ouïe autrefois bonne et qui s'accompagnait des symptômes suivants : il éprouvait une sensation comme s'il plaçait de temps en temps quelque chose devant les deux oreilles, particulièrement devant la droite. Une pression sur l'oreille améliorait l'ouïe pour un instant. Il lui semblait parfois qu'on tirait un voile devant les oreilles. Ses propres paroles et celles des autres retentissaient fortement.

Après avoir pris une goutte d'alcoolature de phosphore matin et soir, le malade vit disparaître la plupart des symptômes mentionnés plus haut. Trois jours après, le phosphore, administré à une dose plus forte, lui ramena l'ouïe à sa sensibilité d'autrefois. (Docteur Altschul, *Prager medic. Monatschrift*, 1855, p. 1.)

§ II. — Paralysies du nerf auditif produites par le phosphore.

PERTE DE L'OUÏE LE QUATRIÈME JOUR D'UN EMPOISONNEMENT AIGU.

OBS. I. — Un jeune homme de 21 ans, très-robuste et jusqu'alors bien portant, ingéra, pour s'empoisonner, la pâte phosphorée d'un grand nombre d'allumettes. Le quatrième jour, qui fut celui de sa mort, survint la perte de l'ouïe, quoiqu'il eût toute sa connaissance. A l'autopsie, le cerveau était pâle, exsangue et d'une constitution un peu molle. (Docteur Th. Nitsche, *Der Phosphor*, von Dr Sorge, p. 96.)

SURDITÉ COMPLÈTE A LA SUITE D'UN EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

OBS. I *bis*. — (Voy. chap. IV, § II, obs. 1 *bis*.)

TINTEMENTS D'OREILLE FRÉQUENTS ; CONGESTION DE LA TÊTE ; BATTEMENTS DE CŒUR.

OBS. II. — Tels sont, entre autres, les symptômes qu'éprouva mademoiselle A. T... en expérimentant le phosphore. (*Der Phosphor*, von Dr Sorge, p. 147.)

OBS. III. — Hahnemann et ses disciples, en expérimentant le phosphore, ont, les uns ou les autres, éprouvé les symptômes suivants :

La parole retentit, comme un écho, dans les oreilles.
Bruissement dans les oreilles.
Forts bourdonnements d'oreille.
Bruit clair et tintement dans les oreilles.
Chant continuel dans les oreilles, plus fort en se tenant couché.
Dureté de l'ouïe; il semble qu'un corps étranger soit engagé dans l'oreille. (*Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques*, par Hahnemann, 1846, t. III, p. 228.)

(La fin à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. THE LANCET.

(Suite.)

DE LA SECTION DU MUSCLE CILIAIRE; par le docteur HENRI HANCOCK.

En réponse à un article publié au mois de février dans le *Dublin quarterly journal*, M. Hancock revendique hautement la priorité de cette opération qui, d'après l'auteur de l'article du *Dublin journal*, ne serait qu'une réinvention de l'opération anciennement connue sous le nom de paracentèse du globe de l'œil. Cette section des muscles ciliaires, ajoute le critique, dans les cas de glaucome et d'iridochoroïdite où j'ai eu occasion de l'employer, a été suivie d'un plein succès. Mais ce n'est autre chose que l'ancienne opération de la paracentèse de l'œil, et les résultats que les anciens ophthalmologistes ont obtenus avec cette méthode tiendraient surtout à ce qu'en la pratiquant, ils faisaient la section du muscle et du ligament ciliaire. En effet, si l'on s'en rapporte à ce que dit Mackensie sur le manuel opératoire de cette paracentèse, on voit qu'il conseille de faire la ponction avec un large couteau à iridectomie, au point où l'on fait d'ordinaire pénétrer l'aiguille dans l'opération de l'abaissement. L'instrument doit être poussé vers le centre de l'humeur vitrée : on doit avoir soin de le tourner un peu sur son axe et de le tenir un instant on deux dans la même position, de manière à permettre au liquide de s'échapper. Cette opération doit donc, de toute nécessité, diviser les tissus ciliaires.

En réponse aux assertions du *Dublin quarterly journal*, M. Hancock croit pouvoir maintenir ses droits à la priorité de l'opération de section du muscle ciliaire Suivant lui, en effet, on aurait dénaturé, ou tout au moins mal compris le traité de Mackensie. En effet, dans cette opération de la paracentèse, Mackensie (4e éd., p. 655) dit qu'il faut entrer l'aiguille à environ un sixième de pouce du bord temporal de la cornée; car, dit-il, si l'on néglige cette règle et qu'en porte l'instrument soit en deçà, soit au delà, on risque, dans le premier cas, de blesser la rétine, dans le second. les procès ciliaires.

Il est donc bien évident que dans l'opération de la paracentèse, telle qu'il la décrit, Mackensie ne pouvait avoir en vue la division des

encyclopédie des connaissances médicales de son temps : c'est un ensemble complet. Galien, qui fut possédé toute sa vie de l'ambition de dominer dogmatiquement, savait si bien ce qu'il avait fait qu'il nous a laissé, non-seulement la liste on mieux le catalogue de ses ouvrages, mais encere un traité spécial pour montrer dans quel ordre il faut les lire. C'est un vrai programme scolastique. Abréger les écrits de Galien, c'était faire un *compendium* de toute la médecine. Ce fut la tâche que s'imposa Oribase dans une première collection qu'il refondit plus tard, toujours pour complaire au César Julien, depuis empereur, en empruntant aux autres médecins de quelque réputation, c'est-à-dire en les copiant; c'est ce qu'on entendait par συναγαγεῖν, recueillir, mettre ensemble, compiler. Oribase déclare expressément, non sans s'attacher de préférence à Galien pour sa seconde collection, que son premier *Compendium* avait été composé d'après Galien uniquement ἅστινας (ἐπιτομὰς) ἐκ μόνων τῶν ὑπὸ Γαληνοῦ γραφέντων ἐποιησάμην.

Ce fut le signal de la décadence. On n'ent plus dès lors que des collections de ce genre, des compilations, où l'on entassait des faits et des prescriptions sans tenir aucun compte des doctrines. Et les compilateurs descendirent si bas, si bas, qu'ils finirent par extraire et abréger les compilations antérieures. Ainsi fut ruiné le dogmatisme : à la place surgit un syncrétisme grossier et cet empirisme brut qui fut le lot de la période byzantine et de tout le moyen âge. On avait toujours des encyclopédies médicales, mais des encyclopédies réduites en manuels, qui ne pouvaient servir que pour la pratique vulgaire, qui ne pouvaient former que des empiriques, des médicastres ; tel est, par exemple, l'abrégé synoptique de Theophanes Nonnus, adressé à Constantin Porphyrogénète (1). Ce plat compilateur, abréviateur servile d Oribase, va jusqu'à copier mot à mot une partie de sa préface ou avant-propos. Il commence textuellement comme Oribase : Τὰς π. συσταχθείσας ἐπιτομὰς, κ. τ. λ.; et assure qu'il n'a rien négligé pour être à la fois complet et clair dans sa brièveté, ἔσπευσα κατὰ τὸ δυνατὸν διὰ συντομίας ὁμοῦ καὶ σαφηνείας πάσης τὴν ἰατρικὴν ἐπελθεῖν. Constantin Porphyrogénète n'en demandait pas davantage ; il aimait par-dessus tout les abrégés, et il avait fait faire d'énormes collections, qui n'étaient que des extraits mal connus des anciens auteurs, classés sous un ordre encyclopédique. Ainsi furent abrégés et comme désossés Diodore, Strabon, Étienne de Byzance, dont nous n'avons que l'abrégé. Ainsi le fut aussi le polygraphe Athénée, dont le *Banquet des savants* forme une véritable encyclopédie. Athénée fut pillé, copié de bonne heure par le rhéteur Ælien, ce sophiste romain qui écrivait en grec des choses invraisemblables, inférieur et de beaucoup à Valère Maxime, cet autre conteur de fables. Ces abréviateurs nous ont, il est vrai, conservé bien des curiosités; mais ils ont aussi contribué à la perte des originaux qu'ils avaient copiés en les abrégeant.

Cette manie des abrégés fut proprement une épidémie dans la période

(1) Theophanis Nonni, *Epitome de curatione morborum*, gr.-lat., édit. J. Steph. Bernard; Gotha et Amsterdam, 1794, 2 vol. in-8.

procès ciliaires, puisqu'il la regarde comme un accident de l'opération, et prescrit de l'éviter.

La non-identité des opérations se démontre encore par leur résultat. Mackensie, en effet, après avoir décrit l'opération de la paracentèse, ajoute : Une amélioration passagère de la vision, un soulagement presque immédiat de la douleur, est quelquefois le résultat de cette opération, tandis que la section des muscles ciliaires amène souvent le rétablissement de la vue et une parfaite guérison.

Comme exemple des heureux succès de l'opération qu'il préconise, M. Hancock cite plusieurs cas : dans quelques-uns entre autres où l'iridectomie ayant échoué, on eut avantage à pratiquer la division du muscle ciliaire. Il rapporte en outre un fait, plus remarquable encore et dans lequel nous voyons que la division du muscle ciliaire a pleinement réussi dans un cas où l'on se proposait l'extirpation de l'œil, et enfin une observation des plus intéressantes dans laquelle la section du muscle ciliaire faite à un œil a eu pour effet de rendre la vue à l'œil opposé. Nous allons résumer et condenser quelques-unes de ces observations.

STAPHYLOME POSTÉRIEUR DES DEUX YEUX : IRIDECTOMIE PRATIQUÉE SANS SUCCÈS SUR L'ŒIL DROIT ; PLUS TARD SECTION DES MUSCLES CILIAIRES ; GUÉRISON.

Obs. I. — Le sujet de l'observation est une jeune fille de 22 ans, atteinte d'un double staphylome. Un an auparavant on lui fit l'opération de l'iridectomie ; l'œil opéré ne s'améliora pas ; elle ne pouvait distinguer que le jour et la nuit, sans percevoir même la forme confuse des objets ; avec l'œil gauche, elle pouvait même lire des caractères d'imprimerie assez gros.

M. Hancock fit l'opération le 26 septembre 1862 ; il fit la section du muscle ciliaire aux deux yeux. Deux jours après elle voyait plus clair de l'œil gauche ; elle apercevait les objets avec plus de facilité ; le cinquième jour, elle pouvait avec son œil droit distinguer confusément la forme des objets. Environ six semaines après, elle voyait assez pour écrire une lettre, lire, etc.

IRIDECTOMIE DOUBLE DANS UN CAS DE GLAUCOME SUBAIGU ; SECTION DU MUSCLE CILIAIRE.

Obs II. — Le sujet de cette observation est un homme de 55 ans ; sa maladie date de deux ans ; sa vue baisse graduellement, et peu à peu le champ de vision distincte se restreint. Il souffre de vives douleurs circumorbitaires, le globe de l'œil est tendu et dur comme la pierre. La vue est baissée au point que la malade voit confusément une personne et ne la reconnaît pas. A la suite de l'iridectomie pratiquée par M. Hancock la vue s'était rapidement améliorée ; le malade pouvait, une semaine après, lire de gros imprimés. Mais de retour chez lui, sa vue commença de nouveau à baisser, à tel point qu'il ne pouvait reconnaître la nuit du jour.

D'ailleurs l'état général était excellent, M. Hogg fit la section du muscle ciliaire des deux côtés, le 12 décembre ; l'opération fut suivie d'assez vives douleurs, mais il a suffi d'un peu d'opium pour les calmer. Au bout de quinze à vingt jours, la vue s'était presque entièrement rétablie.

IRIDO-CHOROÏDITE ; IRIDECTOMIE PRATIQUÉE SUR L'ŒIL DROIT ; SECTION DU MUSCLE CILIAIRE A GAUCHE.

Obs. III. — Homme de 47 ans, entré à l'hôpital le 13 novembre 1862. L'altération de la vue remonte à près de trois mois ; elle avait commencé par l'œil gauche, mais au moment de son entrée, l'œil droit était le plus malade et le plus enflammé. On pratiqua l'iridectomie à l'œil droit, après quoi la vue de cet œil baissa davantage. L'œil gauche, qui jusqu'alors avait été sain, devint le siége de douleur avec tension, et la vue s'affaiblit. A l'examen, l'iris droit paraît épaissi par place, l'iris gauche également ; mais de ce côté, la pupille est contractée et à bords irréguliers.

Le 14 novembre, M. Hancock divisa le muscle ciliaire du côté gauche ; quelques jours après la vue s'était améliorée, les adhérences avaient disparu, et deux mois après le malade avait presque entièrement recouvré la vue.

M. Hunter, oculiste de Bombay, dans une lettre écrite à M. Hogg, rapporte le fait suivant. Il y a cinq semaines, il a vu un Européen atteint d'une cécité presque absolue de l'œil gauche, résultant de kératite ulcéreuse avec dépôts interstitiels. D'après la pratique de M. Hancock, il fit la section des muscles ciliaires ; la kératite et l'opacité diminuèrent bientôt. Au bout d'une semaine, le malade avait presque entièrement recouvré la vue.

II. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Les numéros de janvier à juillet contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation de goître exophthalmique, suivi de réflexions*, par M. Handfield Jones. 2° *Cas de lenteur insolite du pouls*, par M. Thomas Peacock. 3° *Glaucome aigu des deux yeux ; traitement par l'iridectomie*, par M. Hildige. 4° *Tumeur multiloculaire de l'ovaire ; ovariotomie ; adhérences avec l'épiploon et l'utérus ; resection d'une partie de l'épiploon ; guérison*, par M. John Clay. 5° *Fracture de la rotule traitée par l'instrument à griffes de M. Malgaigne*, par M. G. E. Pyle. 6° *Cas de paralysie et d'anesthésie unilatérales du voile du palais à la suite de la diphthérie*, par M. S. J. Gee. 7° *Cas de thrombose spontanée des veines crurale et saphène du côté gauche*, par M. Tuckwell. (Le décubitus prolongé pendant trois jours sur le côté gauche favorisa le développement de cette thrombose.) 8° *Rupture du ligament rotulien survenue quelque temps après une fracture de la rotule*, par M. F. A. Bulley. (Observation qui démontre la grande résistance du tissu fibreux développé entre les deux fragments. L'auteur rappelle en outre un fait analogue emprunté à la pratique de M. Fergusson ; un individu, à la suite d'une fracture transversale de la rotule, conserva un écartement de 1 pouce entre les deux fragments. Cinq années plus tard, ce même individu se fractura transversalement le fragment inférieur sans que le col fibreux eût été en rien intéressé.) 9° *De la digitale dans les affections cardiaques*, par M. David H. Stirling. 10° *Cas de tétanos traumatique traité par la nicotine*, par M. John Ogle. (Ce fut sans succès.) 11° *Cas d'emprosthotonos guéri par des applications de glace sur la colonne vertébrale*, par M. James Edmunds. 12° *Quelques observations sur les glandes de la langue*, par M. Deville. 13° *Des trichines, de leur prophylaxie et de leur traitement*, par M. Julius Althaus. 14° *Cas d'obstruction intestinale*, par le professeur Laycock. 15° *De l'usage externe du biiodure de mercure dans le traitement des tumeurs glandulaires ou autres*, par M. Michael-Thomas Sudler. (La dose était de 4 grammes de biodure pour 32 grammes d'axonge.) 16° *De la fièvre typhoïde*

---

byzantine. On ne voyait que recueils de ce genre, résumés et anthologies. Il y avait des abréviateurs poëtes, historiens, moralistes. Parmi ces derniers il faut citer Jean de Stobi ou Stobée, qui avait résumé en quatre livres les extraits de ses lectures à l'usage de son fils Septimius. Nous avons ce traité d'éducation auquel ont concouru tant d'auteurs et qui nous a conservé de précieuses reliques. Il est probable que les recueils que nous possédons des poëtes gnomiques, ont été faits dans des circonstances analogues ; de même que les sentences extraites des poëtes comiques, et ces pensées morales contenues en un seul vers, qui sont arrivées jusqu'à nous classées en bon ordre ; car le pédantisme byzantin était très-minutieux et formaliste. Parmi les compilateurs du temps de la décadence grecque, il en est deux qui méritent une mention spéciale : Photius et Suidas. Ce dernier, dont l'existence même a été contestée, a laissé une compilation qui peut être considérée comme une encyclopédie par ordre alphabétique. Dans la courte indication qui précède cette encyclopédie, on trouve à côté du nom des auteurs mis à contribution, ou refondus dans ce lexique, la formule κατὰ στοιχεῖον qui signifie que chacun de ces compilateurs avait traité ou disposé sa matière par ordre alphabétique. Or nous avons vu que la formule était connue dès le temps d'Aristote. Ce grand naturaliste avait, on peut le conjecturer d'après le catalogue de ses écrits dans Diogène Laërce, disposé par ordre alphabétique les matières, les faits et les questions qu'il reprit ensuite dans ses traités dogmatiques d'histoire naturelle et d'anatomie comparée. D'ailleurs, les Grecs devaient user de ce classement, d'autant plus volontiers que les lettres de l'alphabet leur tenaient lieu de chiffres.

Cet ordre parut commode, surtout pour l'explication des termes, et il fut adopté par les grammairiens. Erotien n'avait pas précisément suivi cet ordre d'après une conjecture de Franz ; mais il est probable que la plupart de ceux qui avaient abordé avant lui l'explication des termes employés par les auteurs célèbres, et notamment par Hippocrate, s'étaient conformés à cet ordre. Il est inutile d'énumérer ces grammairiens et lexicographes dont la liste se trouve dans la préface même d'Erotien et dans celle du lexique hippocratique de Galien qui la complète. En adressant son vocabulaire à Teuthras, Galien dit expressément : « Je suivrai, suivant ton désir, l'ordre des lettres de l'alphabet : Ἔσται δὲ, ὡς αὐτὸς ἐκέλευσας, ἡ τάξις τῷ λόγῳ κατὰ τὴν τῶν γραμμάτων τάξιν (1).

L'histoire des dictionnaires est d'une importance secondaire en comparaison de celle des encyclopédies. Celles-ci avaient beaucoup perdu, elles n'existaient que de nom, depuis que les abréviateurs étaient intervenus, réduisant les principaux auteurs à l'état de squelette. Photius fut peut-être le dernier des compilateurs intelligents. Il est assez connu par le bruit qu'il a fait dans l'histoire ecclésiastique, et l'on regrette qu'il n'ait pas donné aux lettres tout le temps qu'il consacra à la poli-

(1) Dans la collection de Franz, p. 400.

dans ses rapports avec la grossesse, par M. E. Day. 17° *De la cure radicale des hernies*, par M. John Wood. 18° *Ovariotomie pratiquée avec succès chez une femme de* 67 *ans*, par M. Edwards Dewers. (Ce n'est pas le seul exemple d'ovariotomie pratiquée à un âge aussi avancé. Le docteur Atler a fait la même opération dans des conditions et aussi avec un succès complet.) 19° *De l'action de l'eau sur le plomb; découverte de l'acide chlorhydrique dans de l'eau de source*, par M. Henry Oshorn. (Fait extrêmement important au point de vue de l'hygiène publique. L'existence dans une eau de source d'une substance capable de dissondre le plomb doit rendre très-prudent dans le choix des métaux avec lesquels on construit les tuyaux qui contiennent et conduisent les eaux.) 20° *Cas de paralysie guérie par la glace*, par M. Broughton. 21° *De l'administration du chloroforme dans les cas d'épilepsie et de chorée*, par M. W. Murary. 22° *Deux cas de fracture du crâne*, par James Donnet. 23° *Guérison de la hernie inguinale chez les enfants*, par M. Redfern Davies.

Observation de paralysie et d'anesthésie unilatérales du voile du palais consécutives a la diphthérie; par M. J. Gee.

Obs. — Une dame fut prise le 4 juin 1863 d'un mal de gorge accompagné de frissons.

Le 8 juin (le quatrième jour), la peau est chaude et sèche, le pouls fréquent et mou. A l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche, on sent un ganglion lymphatique engorgé. L'isthme du gosier est rouge et la luette tuméfiée et demi-transparente. Sur l'amygdale gauche se trouve une fausse membrane épaisse et blanchâtre, tandis que l'amygdale droite n'offre rien de particulier, si ce n'est une légère augmentation de volume et un peu de rougeur. La fausse membrane semble exactement limitée à l'amygdale gauche. On la circonscrit avec un mélange à parties égales d'acide chlorhydrique concentré et de sirop.

Le 11 (cinquante ou soixante heures après la cautérisation), il n'y a plus trace de fausses membranes, et il ne s'en forme pas de nouvelles; la maladie suit alors la marche d'une angine ordinaire.

Le 28, aspect normal de la gorge. La malade est un peu faible, mais cependant elle fait une promenade chaque jour.

Le 1er juillet (vingt-septième jour de la maladie), la voix commence à être nasonnée.

Le 3, la voix est extrêmement nasonnée, et les liquides ingérés refluent dans les fosses nasales.

Le 7, à l'examen de la gorge, on reconnaît que la moitié gauche du voile du palais est pendante et presque droite, tandis que l'autre moitié est saillante et concave comme à l'état normal. On peut titiller et même piquer la partie paralysée sans que la malade le sente ou fasse aucun effort de vomissement. La moitié droite, au contraire, est très-sensible, et la moindre irritation provoque immédiatement des mouvements réflexes. Il n'existe pas d'autres paralysies. La voix est bien moins nasonnée le matin ou après un repos prolongé qu'après une conversation; dysphagie.

Le 28, la perte du mouvement et l'anesthésie de la moitié gauche du voile du palais est encore complète.

Le 3 août (trente-trois jours après l'apparition de la paralysie), le timbre nasillard de la voix et les autres symptômes diminuent rapidement, et au bout d'un jour ou deux il n'y en avait plus trace. L'urine ne fut pas examinée.

M. Maingault, dans un excellent mémoire (p. 65), rapporte un exemple de chute de la paupière gauche seule dans un cas de diphthérie.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

M. Remak présente la deuxième partie de son mémoire sur les effets thérapeutiques et physiologiques du courant-galvanique constant. (Renvoi à l'examen des commissaires déjà nommés : MM. Velpean, Rayer, Bernard.)

— V. M. Poulet envoie une rectification pour un travail « sur le goître à Plancher-les-Mines, » précédemment adressé comme pièce de concours pour le prix de statistique.

A cette rectification l'auteur a joint des considérations sur une des causes qu'il considère comme favorisant l'apparition du goître, l'humidité de l'air habituelle aux vallées resserrées. (Renvoi à la commission du prix de statistique.)

Observations sur la structure du tissu nerveux par une nouvelle méthode; par P. Roudanovsky. (Extrait par l'auteur.)

La méthode que je propose est la suivante :

1. Préparer, avec un couteau à double tranchant, les coupes de tissu nerveux gelé par une température de — 10 à — 15 degrés Réaumur.

2. Les colorer au moyen de la décoction aqueuse de cochenille.

3. Couvrir les pièces avec le baume de Canada ou bien avec un mélange spécial composé d'une solution assez concentrée de colle d'esturgeon (*ichthyocolla*), 6 ou 7 parties, réunie à de la glycérine, 8 parties.

I. — Sur la structure des nerfs spinaux.

1. En examinant une section transversale des nerfs, on voit que les éléments primitifs des nerfs sont des tubes avec une configuration pentagone ou hexagone.

2. Les parois des tubes nerveux, formées par le tissu conjonctif, représentent dans tout le faisceau des tubes, par leur continuité, un véritable réticulum.

3. Le même tissu, formant les parois des tubes, laisse en quelques endroits, entre les tubes eux-mêmes et entre les faisceaux des tubes, des cavités très-closes étoilées (réservoirs) par lesquelles s'opère la nutrition des éléments nerveux.

4. La représentation isolée des tubes nerveux est un phénomène artificiel.

5. Les cylindres des axes sont colorés par la cochenille ainsi que les parois des tubes; les cylindres des axes se voient dans le centre des tubes sous la forme de fibres noueuses.

6. Dans un faisceau de tubes nerveux, les cylindres des axes donnent sur leur longueur des fibres transversales qui traversent les parois des tubes et communiquent avec les fibres transversales des autres cylindres.

7. Dans toute la longueur d'un cylindre de l'axe, les groupes de fibres transversales qui partent d'une section de cylindre de l'axe ne se

tique. Si son ambition n'était pas médiocre, son érudition était immense; il nous en a laissé entre autres témoignages un bien précieux dans cette *Bibliothèque* où il a consigné en abrégé le résultat de ses lectures, καὶ εἰς ἕτοιμον εὕρεσιν... καὶ εἰς εὐχερεστέραν ἀνάληψιν, pour la commodité des recherches et la facilité de l'étude (1). Cette *Bibliothèque* est un vaste répertoire qui abonde en extraits bien faits et en analyses judicieuses.

Il est inutile d'aller au delà pour le moment. Cette esquisse, bien que très-imparfaite, met en évidence deux faits qui ont bien leur signification, à savoir que les anciens possédaient des encyclopédies générales et spéciales, dont l'importance et la valeur étaient en raison du progrès des connaissances, c'est-à-dire de la prospérité des lettres, des sciences et des arts. Les compilateurs serviles et les abréviateurs se multiplièrent dès que la décadence commença, et ils l'avancèrent de tout leur pouvoir. Mais il ne faut pas oublier qu'aux belles époques et avant la décadence, les recueils et compilations des anciens, dans tous les genres, avaient un caractère encyclopédique : telles étaient les encyclopédies de l'école péripatéticienne, celles de Varron, de Celse et de Pline (n'oublions pas que Pline, avant d'être pillé par les plagiaires, fut abrégé et réduit par Julius Solin). Les écrits galéniques formaient aussi une encyclopédie des connaissances médicales. Parmi les encyclopédies spéciales, nous citerons encore les Questions naturelles de Senèque, si utiles pour l'interprétation de bien des passages du poëme de Lucrèce, poëme qui est lui-même une encyclopédie philosophique d'après le système d'Epicure.

Est-il besoin de rappeler les grandes collections des lois de l'empire romain et les travaux encyclopédiques de Tribonien, de Théophile et de Dorothée, qui travaillèrent sous les yeux de ce pédant de Justinien? On sait que les Institutes, qui portent le nom de cet empereur et qui sont enrichies d'une emphatique préface de ce glorieux personnage, n'étaient qu'une sorte de manuel à l'usage des étudiants, pour les préparer à l'étude plus ardue du Digeste ou des Pandectes, qui renfermaient en cinquante livres toute l'ancienne législation : *In quibus omne jus antiquum collatum est*. Les Institutes n'étaient que les premiers éléments de la science du droit, *ut sint totius legitimæ scientiæ prima elementa*. Le corps entier du droit romain, ce *Corpus juris civilis* qui a sauvé l'Europe de la barbarie, n'était-ce pas la grande encyclopédie des lois?

Les recherches auxquelles nous nous sommes livrés sur l'origine des dictionnaires nous permettront de mieux apprécier celles qu'on a placées en tête d'une publication dont nous aurons à rendre prochainement compte.

J. M. Guardia.

(1) Phot., *Biblioth.*, dans l'avant-propos à son frère Tarasius.

trouvent pas placés au même niveau, mais à des distances à peu près égales les uns des autres.

8. Les fibres transversales de l'axe se trouvent dans les racines antérieures et postérieures des nerfs spinaux, mais il est possible qu'elles manquent dans quelques nerfs.

9. On sait que les cylindres des axes sont entourés dans les tubes nerveux par la myéline (substance blanche). qui ne se colore presque jamais avec la cochenille, et, dans les pièces préparées avec le baume de Canada, elle a toujours l'aspect d'une masse amorphe grenue.

10. Dans la composition du faisceau des tubes entrent des tubes gros, ténus et très-ténus.

Le nombre des tubes ténus et des tubes très-ténus varie dans les différents nerfs et dans leurs différents faisceaux. Les tubes ténus et très-ténus se rencontrent dans les racines antérieures et postérieures des nerfs spinaux, surtout dans les racines postérieures, et ont la même structure que les gros tubes avec leurs cylindres des axes.

11. Il est très-probable que les tubes ténus et très-ténus appartiennent au cerveau, où ils se trouvent comme éléments prédominants, si ce n'est exclusifs, de toute la substance blanche.

12. Chaque nerf contient à la fois un *substratum* anatomique du cerveau, de la moelle épinière et probablement des ganglions.

II. — Caractères généraux de la structure des organes centraux du système.

Dans les coupes minces, la substance grise paraît toujours diaphane et d'une couleur gris jaunâtre, ce qui dépend surtout de l'absence de la myéline, donnant à la substance blanche un aspect mat, qui la rend opaque. Dans les pièces microscopiques préparées avec la gélatine, la myéline a l'aspect de gouttes de graisse ou quelquefois de gouttes grenues.

La quantité de la myéline augmente jusqu'à l'âge adulte ; chez les jeunes animaux, elle est en quantité moindre. On peut supposer que le développement de quelques fonctions nerveuses dans les différents âges de la vie est correspondant à l'augmentation de la quantité de myéline.

1. La substance grise des organes centraux est composée de cellules et fibres nerveuses comme leurs prolongements ou embranchements ; la substance blanche se compose de tubes avec les caractères que nous avons décrits dans les nerfs.

2. Les éléments les plus importants du tissu nerveux qui doivent être considérés, sans conteste, comme l'origine des nerfs, sont ce que l'on appelle les cellules nerveuses (*cellula nervea*).

La différence entre les cellules nerveuses est due à leur volume et à leur configuration, à la présence ou à l'absence des prolongements et au nombre de ces derniers, suivant les différents lieux.

3. Dans certaines parties des organes centraux, les cellules nerveuses, par quelques-uns de leurs prolongements, se réunissent mutuellement en formant ainsi des mailles, aux angles desquelles se trouvent les cellules nerveuses elles-mêmes : de là résulte le réseau de cellules nerveuses.

4. En beaucoup d'endroits des organes centraux, le tissu de la substance grise présente des mailles formées exclusivement de fibres nerveuses : c'est ce qui forme un réseau des fibres.

5. Sur la surface des *thalami nervorum opticorum*, ces faisceaux des fibres s'infléchissent dans une direction opposée, en formant une disposition spéciale des mailles, réseau des nœuds.

6. Comme caractère essentiel de la texture des parties centrales, on voit des mailles ou des réseaux formés par la substance grise, ainsi qu'une direction opposée entre les faisceaux des fibres de la substance grise et entre les faisceaux de tubes nerveux de la substance blanche.

Il en résulte qu'une partie des fibres nerveuses de substance grise se recourbent ou s'infléchissent dans la substance blanche où elles apparaissent comme les cylindres des axes dans les tubes de cette substance.

7. C'est la substance grise qui est la substance nerveuse fondamentale ; elle remplit le principal rôle dans la fonction des nerfs.

8. En divisant le cerveau en lames verticales antéro-postérieures, on constate que la partie périphérique du cerveau a l'aspect d'un ruban ou d'un cylindre qui, par sa marche sinueuse, forme ce que l'on appelle les circonvolutions cérébrales (*gyri cerebri*). Ce cylindre contient à l'intérieur une substance blanche et à l'extérieur une substance grise ; il se réunit dans chaque hémisphère avec les parties centrales du cerveau à leur base.

9. Presque dans toute la moelle épinière on observe la loi générale de la structure des organes centraux, la disposition opposée des fibres de substance grise aux tubes de substance blanche.

10. Les cornes antérieures communiquent entre elles en formant ainsi la commissure antérieure. Cette commissure représente trois ou quatre faisceaux de fibres passant d'une corne antérieure à l'autre, en se trouvant toujours à quelque distance l'une de l'autre et toujours dans la direction perpendiculaire à l'axe de la moelle épinière. Quelques-unes des fibres des faisceaux de commissure antérieure s'entre-croisent au fond de la fissure antérieure. Il n'existe point de commissure postérieure dans le sens d'une communication des cornes postérieures entre elles, mais cette commissure est formée de tissu conjonctif qui appartient à la substance blanche du cerveau.

11. Les cellules nerveuses communiquent entre elles par quelques-uns de leurs prolongements dans le même groupe où elles se trouvent, soit dans les cornes postérieures, soit dans les cornes antérieures.

12. Quelques-unes des branches des cellules nerveuses, passant transversalement à l'axe de la moelle épinière, s'infléchissent et deviennent parallèles à cet axe, et prennent place dans les tubes de substance blanche pour former les cylindres de l'axe.

13. Il existe des nerfs qui sortent des parties centrales, du cerveau et de la moelle épinière déjà complétement formés comme les tubes, et d'un autre côté il y a des nerfs qui se transforment de fibres en tubes seulement hors des parties centrales.

14. L'un des caractères les plus frappants dans les cornes postérieures, c'est la formation des mailles par les fibres de cellules nerveuses : ces mailles manquent dans les cornes antérieures, où l'on ne voit qu'une simple irradiation des nerfs.

III. — Observations pathologiques sur l'action de quelques poisons.

1. Après avoir empoisonné des chats, des chiens et des lapins par la strychnine, la nicotine, l'opium et le chloroforme, nous avons remarqué que toutes ces substances altèrent toujours le tissu nerveux.

2. Quelques-uns de ces poisons, les plus énergiques, comme la strychnine et la nicotine, altèrent les cellules nerveuses et leurs embranchements. Les autres poisons, comme le chloroforme, l'opium, et peut-être l'alcool, modifient la myéline.

3. Les altérations après la nicotine s'étaient indiquées par la forte pigmentation et destruction des cellules nerveuses avec leurs prolongements seulement dans la moelle épinière où commencent les nerfs vagues et hypoglosses. Dans ce cas les cellules nerveuses et leurs prolongements sont devenus brun foncé, et ont pris un aspect de désorganisation.

4. Sous l'influence de ces poisons, j'ai remarqué qu'avec la congestion dans les vaisseaux sanguins des racines des nerfs de la moelle épinière, les réservoirs augmentent aussi en volume.

5. De tout ce que nous venons de dire, on peut conclure qu'il suffit d'une goutte d'un énergique poison, comme la nicotine, pour tuer un grand animal, non parce qu'il altère chimiquement la métamorphose de tout l'organisme, mais parce que ce poison détruit les petits organes comme les cellules nerveuses qui sont l'origine des nerfs des principaux organes de la vie.

6. L'influence de l'opium et du chloroforme agit sur la myéline qui, au lieu de prendre la forme amorphe grenue, prend ici l'aspect de petits corps brillants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Dagaud (d'Albi), sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Cuzy (commission des épidémies) ;

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Fonsanges (Gard), par M. le docteur Zaleski, et de Cauvalat (Gard), par M. le docteur Verdier (commission des épidémies).

— M. le surintendant des beaux-arts informe l'Académie qu'il a chargé M. Robinet, sculpteur, d'exécuter, aux frais de l'État, la statue en marbre du baron Desgenettes, destinée à l'Académie de médecine.

La correspondance non-officielle comprend :

1° Un mémoire sur l'emploi de l'arsenic en médecine, par M. le docteur Wahu (commissaires, MM. Jolly et Gibert) ;

2° Une lettre relative à la syphilis vaccinale, par M. le docteur Albert (de Parthenay) ;

3° Trois observations de transmission de la syphilis par la vaccine, par M. le docteur Sébastian (de Béziers) ;

4° Un mémoire de M. le docteur Philipeaux (de Lyon), sur les résultats de la vaccination animale, dite napolitaine, avec un travail imprimé sur le même sujet, de M. le docteur Palasciano (de Naples) (commission de vaccine) ;

5° Une lettre de M. Pons de Bez (Hérault), sur les mariages consanguins et sur la syphilis vaccinale ;

6° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Chabannes, de Vals (Ardèche) ; le dépôt du paquet cacheté est accepté ;

7° M. Mathieu présente un nouveau releveur des paupières en écaille, muni d'un cordon en tissu élastique qui permet de maintenir la paupière supérieure ouverte sans le secours d'un aide et sans exercer de

compression sur le globe oculaire. Il suffit, lorsqu'on a passé la partie recourbée de l'abaisseur sous le couvercle de l'œil, de fixer le cordon élastique au bonnet de coton du malade ou bien à une bande quelconque placée à l'avance. C'est sur les indications de M. le docteur Foucher, que M. Mathieu a d'abord construit ce petit appareil, qui peut servir à la fois à écarter les paupières et à fixer le globe oculaire. Il a également appliqué ce même principe au fixateur de l'œil de M. Nélaton, en prenant le point d'attache sur l'oreille du côté de l'œil à opérer.

3° M. le docteur Gaillard (de Poitiers) adresse une lettre relative à la question de l'hygiène des hôpitaux.

— M. Tardieu présente, au nom de M. Jaccoud, agrégé à la Faculté, un volume intitulé : *les Paraplégies et l'ataxie du mouvement*; et au nom de M. Naquet, un ouvrage ayant pour titre : *Principes de chimie fondés sur les théories modernes.*

— M. Mélier présente, de la part de M. le docteur Robert Latour, un travail sur l'inflammation des conduits imperméables contre les affections inflammatoires.

— M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Merchie, médecin en chef de l'armée belge, deux brochures, l'une sur les maladies des organes respiratoires, et l'autre sur les secours à porter aux blessés.

— M. Grisolle fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la nouvelle édition de son *Traité de pathologie interne.*

— M. le Président annonce qu'il y aura comité secret dans la prochaine séance, pour entendre le rapport de M. Bouley sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle les élections pour la constitution du nouveau bureau de 1865.

M. Malgaigne, vice-président en 1864, passant de droit président pour l'année 1865, aux termes du nouveau règlement, il y a lieu à élire seulement un vice-président et un secrétaire annuel.

Pour le vice-président, le scrutin donne 64 voix sur 66 à M. Bouchardat.

En conséquence, M. Bouchardat est proclamé vice-président pour l'année prochaine.

Pour le secrétaire annuel, M. Béclard est réélu à l'unanimité moins une voix et un billet blanc.

L'Académie procède ensuite à l'élection de deux membres du conseil. Sont élus MM. Barth et Gosselin.

RAPPORT. — PROPHYLAXIE DES TEIGNES.

M. Devergie lit un rapport sur un mémoire de M. Bergeron, ayant pour titre : *Note sur la prophylaxie des teignes.*

Dans ce mémoire, dit M. le rapporteur, il ne s'agit que de la teigne faveuse, de la teigne décalvante et de la teigne tondante ou herpès tonsurant. Après avoir établi géographiquement la fréquence des teignes dans les différents départements, l'auteur appelle l'attention sur une circonstance importante à noter, à savoir : que le *favus* ou la teigne s'observerait principalement dans les campagnes, tandis que l'herpès tonsurant serait surtout d'origine urbaine. D'un autre côté, une statistique de neuf années (de 1854 à 1862), dressée par M. le directeur de l'hôpital Sainte-Eugénie, tend à démontrer que le chiffre des teigneux augmente à Paris, malgré l'extension donnée par l'administration de l'Assistance publique aux moyens de traitement de cette maladie. Quant à l'herpès tonsurant, il s'est assez fréquemment montré sous forme épidémique. M. Bergeron a cherché à établir le chiffre de la population teigneuse en France. il le porte à 12,000.

En résumé, M. Bergeron demande :

1° Qu'il soit pris des mesures sérieuses et efficaces pour l'exécution des règlements inhérents à la loi de 1850 sur l'instruction primaire ;

2° Qu'il soit fait partout ce qui a été fait par l'administration de l'Assistance publique à Paris, c'est-à-dire établissement de services de teigneux dans les grands hôpitaux pour les enfants les plus nécessiteux ; établissements multipliés de traitements externes aux hôpitaux, avec soins non-seulement gratuits, mais, au besoin, avec rétributions ou primes d'encouragement pour les mères des enfants teigneux ; isolement, autant que possible, des enfants atteints de teigne d'avec les enfants sains.

Il fait, à cet égard, appel à la sollicitude des conseils généraux, des grandes et des petites administrations de charité publique, et à l'aide de ces mesures prévoyantes, il espère qu'on arrivera un jour à l'extinction complète de la teigne en France.

M. Devergie demande à l'Académie la permission de remettre à mardi prochain la lecture de la suite de ce rapport, consacrée à la discussion des opinions de l'auteur du mémoire.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

I. Trattato teorico-pratico sulle malattie veneree (Traité théorique et pratique des maladies vénériennes); del dottore Galligo, direttore del giornale medico l'*Imparziale*, vice-presidente del comitate fiorentino dell' associazione medica italiana, etc., etc. Opera che ottene già un favorevole rapporto e la relativa approvazione dalla reale Accademia di medicina di Torino. — Terza edizione, completamente rifusa ed aumentata. — Firenze, 1864.

II. Studi clinici sul virus sifilitico (Études cliniques sur le virus syphilitique); per C. Sperino. — Torino, tip. V. Vercellino, 1863.

III. Significato patologico della sifilide (De la signification pathologique de la syphilis); per il dottore Giacomo Albertetti. — Torino, 1864 ; tipografia nazionale di R. Jona.

IV. Unicisme et dualisme chancreux. Nouvelle théorie physiologique et rationnelle des divers modes d'action du virus syphilitique; par le docteur E. Langlebert. — Paris, A. Delahaye, libraire-éditeur, 1864.

I. Le nombre prodigieux d'ouvrages qui se publient depuis quelque temps sur les maladies syphilitiques, témoigne plus que jamais de la divergence des opinions qui se sont successivement produites au grand jour.

A vrai dire, l'opposition ne saurait être plus variée, non-seulement entre les unicistes et les dualistes, mais encore parmi les divers partisans de chaque doctrine rivale. Chacun a des idées théoriques, dont quelques restrictions ou modifications constituent autant de sectes diverses; les appellations et dénominations des ulcérations chancreuses varient presque avec chaque auteur, et la pratique elle-même subit fatalement le contre-coup des divergences doctrinales, ainsi que nous l'avons constaté à plusieurs reprises dans nos articles bibliographiques.

Que conclure de cette multiplicité d'ouvrages syphiliographiques et de ce conflit incessant d'opinions plus ou moins antagonistes? Pour nous, loin d'y voir un signe de progrès, nous sommes porté à croire que le plus souvent l'observation patiente et minutieuse des faits cède le pas à cette *folle du logis* qui, au risque de se contredire tôt ou tard, entasse rapidement théories sur théories, au grand détriment de la science et des malades.

Nous ne reviendrons point aujourd'hui sur les diverses questions que nous avons discutées à l'occasion des ouvrages de M. Langlebert et de MM. Belhomme et Martin (1). Il nous suffira de signaler les traits caractéristiques des diverses publications qui viennent de paraître en Italie sur les maladies syphilitiques.

La nouvelle édition du *Traité des maladies vénériennes* de M. Galligo embrasse l'étude complète de la syphiliographie dans dix chapitres distincts, subdivisés eux-mêmes selon les exigences des nombreux sujets à traiter.

Le chapitre Ier comprend l'historique des maladies vénériennes et syphilitiques, ainsi que des considérations générales sur leur nature, leur synonymie, leur diagnostic, leur contagiosité et leurs divers modes de contagion. Après avoir discuté avec une profonde connaissance du sujet les diverses théories successivement on simultanément admises, l'auteur avoue ses préférences doctrinales, à la page 60, dans les termes suivants : « Je suis parfaitement *identiste* et *uniciste*... (sono perfettamente *identista* ed *unicista*); » et pour mieux démontrer qu'il ne peut accepter la doctrine du dualisme syphilique qui admet l'existence de deux virus, dont l'un ne déterminerait qu'une action exclusivement locale, notre distingué confrère de Florence ajoute à la page suivante : « Je le répète pour la centième fois, je ne connais pas de virus qui soit doué d'une action purement locale (Io ripeto per la centesima volta, io non conosco virus che sia dotato di azione meramente locale). »

Nous tenions d'autant plus à reproduire les paroles textuelles de M. Galligo, que ses opinions doctrinales ont été parfois dénaturées en France. Et telles sont ses convictions à ce sujet qu'après avoir rapporté, à la page 345, cinq observations de chancres simples suivis d'accidents incontestablement syphiliques, notre honorable confrère en déduit les conclusions suivantes : la première et la principale, c'est que l'induration de la base de l'ulcère infectant, si elle se véri-

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1864, p. 296 et 432.

ée dans l'immense majorité des cas, n'est cependant pas nécessaire au point de ne pas présenter d'exceptions; la deuxième, qui est contraire à l'opinion professée par son illustre ami Soresina, c'est que l'induration polyganglionnaire ne constitue pas non plus un caractère absolument immanquable des ulcères infectants, puisqu'elle n'existait pas dans quelques-unes de ses observations.

Mais, ajoute M. Galligo, ne serait-il pas possible que les ulcères mous, observés par moi et par d'autres, dussent leur origine à des ulcérations indurées, et en conservassent la propriété infectante sans être eux-mêmes accompagnés d'indurations? Ne serait-il pas possible qu'avant le développement de l'ulcère mou ou après la cicatrisation, les malades aient été atteints d'ulcères indurés? Certes, je ne nie pas que des doutes pareils ne puissent surgir: mais, cependant, après avoir pris connaissance de tous les faits, je considérerai comme trop hasardée l'assertion que les ulcères mous constituent *toujours* une maladie locale, et ne puissent *jamais* être le point de départ de l'infection syphilitique (io stimerei azzardata un po'troppo l'asserzione che le ulceri molli costituiscano *sempre* une malattia *locale* e non possano *mai* essere il punto di partenza della infezione sifilitica). En dehors des faits cités, il faut, de plus, attacher une grande valeur à l'opinion de l'éminent professeur Cullerier, qui ne manque pas de noter comme chose possible que *la syphilis puisse dériver d'un chancre mou avec ses caractères ordinaires de simplicité*; et ailleurs il dit que l'ulcère mou produit rarement la syphilis, quoique ce soit possible. Or quelle que soit la cause qui, dans ces cas très-rares, fait que l'ulcère mou est suivi d'infection, ces cas sont parfaitement avérés, et leur extrême rareté ne donne pas le droit de les nier. Il résulte de là que la seule conclusion légitime permise est *qu'il faut bien étudier cette question avec impartialité et sans idées préconçues*, éclaircissant autant que possible l'origine et l'évolution des ulcères pour en déduire alors seulement la doctrine la plus rationnelle pour un pareil sujet.

Nous nous associons complétement à cette conclusion finale, dont la réalisation peut seule tirer la syphiliographie du chaos doctrinal dans lequel elle est tombée depuis quelques années.

Tandis que le chapitre II est consacré à l'étude de la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme, ainsi qu'à ses nombreuses complications, le chapitre III s'occupe de l'ulcération chancreuse en général, de ses variétés (ulcère mou, ulcère infectant, ulcère mixte, chancre céphalique, chancre larvé et intra-urétral), et de ses diverses complications (gangrène, diphthérie, phagédénisme, phimosis et paraphimosis).

Pour M. Galligo, le chancre mixte ne constitue point une espèce morbide distincte, mais seulement le résultat tout à fait éventuel de la coexistence, sur le même point de l'économie, du virus syphilitique et du contagium spécial au chancre simple. Comme on le voit, il y a bien loin de cette opinion à l'entité pathologique créée par l'école syphiliographique de Lyon.

Relativement au diagnostic différentiel des deux ulcérations chancreuses, voici comment s'exprime à ce sujet notre savant confrère de Florence, à la page 365 : « Il me suffira de rappeler que tous les symptômes des deux variétés d'ulcère peuvent ne pas se montrer au commencement, pour faire comprendre, comme je le crois, *qu'un diagnostic d'une certitude absolue ne peut être établi dès le début.* Qu'on ne croie pas cependant que d'après cela je veuille amoindrir l'importance très-grande, du reste, que l'on doit attribuer à certains signes, et spécialement à l'induration et à la présence des pléiades ganglionnaires pour établir si un ulcère est simple ou syphilitique. Je rappellerai toutefois qu'il existe des cas dans lesquels l'induration soit à cause du siége de l'ulcère, soit par suite de sa destruction par le phagédénisme, ou enfin par le fait de conditions spéciales qui nous sont pour le moment inconnues, peut être passagère, au point qu'on n'est pas averti de son existence; ou bien encore elle peut, très-rarement du moins, manquer d'une manière très-appréciable, et cependant l'ulcère doit être regardé comme syphilitique à cause de l'apparition des pléiades et des phénomènes secondaires. Je rappellerai en outre que les pléiades ganglionnaires aussi peuvent faire défaut, comme dans certains cas que j'ai précédemment cités. D'autre part, je dirai qu'un ulcère simple peut quelquefois présenter une base indurée, soit par le fait de l'inflammation ou d'une suffusion plastique, ou bien par suite de l'application de certains moyens curatifs et spécialement les caustiques, sans que pour cela l'ulcère soit suivi d'infection. Il est vrai que M. Ricord dit que les sensations données au toucher par ces deux espèces d'induration sont différentes; mais quelquefois dans la pratique il n'est pas si facile d'établir de telles différences; c'est pourquoi il faut bien être pénétré de la connaissance de ces faits pour ne pas se hâter d'établir un diagnostic précoce (« per cui bisogna essere premuniti da queste cognizioni, onde non correr troppo nello stabilire il proprio concetto diagnostico. »)

Longtemps on avait admis avec M. Ricord que le virus syphilitique stationnait un point même d'inoculation jusqu'à production de l'accident local, lequel devenait en dernier lieu la source de l'infection générale de l'organisme. Nous avons déjà dit que d'après Vidal de Cassis et MM. Baumès, Cazenave, Clerc, Rollet, Belhomme et Martin, l'absorption du virus syphilitique était immédiate, l'infection générale primitive, tandis que la production du chancre ne se montrait que consécutivement. Nous sommes heureux d'ajouter que dès 1849 M. Galligo avait adopté cette manière de voir, et qu'un des premiers il avait considéré la période d'incubation comme le laps de temps nécessaire au virus syphilitique pour infecter l'organisme tout entier et pour se reproduire

Le chapitre IV comprend l'étude de la diathèse syphilitique en général et des divers accidents secondaires et de transition en particulier; le chapitre V s'occupe de la syphilis tertiaire en général et en particulier; le chapitre VI, des maladies vénériennes et syphilitiques chez le nouveau-né, de la syphilis chez les nourrices, et de sa transmission par l'intermédiaire du sang et du vaccin.

Dans le chapitre VII, l'auteur examine les diverses maladies qui peuvent simuler la syphilis ainsi que les affections exotiques d'origine syphilitique, telles que le pian d'Amérique, le yaws d'Afrique, le frambœsia, le sibbens d'Écosse, la radezyge, la maladie du Canada ou le mal de la baie de Saint-Paul, la maladie de Fiume ou de Scherlievo, la Facaldina, la maladie de Brunn, les boutons d'Amboine et la maladie de Chavanne-Lure : toutes affections que notre honorable confrère de Lyon, M. Rollet, avait savamment étudiées dans ses intéressantes *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis.*

Le chapitre VIII est consacré à la prophylaxie des maladies vénériennes et syphilitiques et au traitement de la syphilis constitutionnelle en général et en particulier; le chapitre IX esquisse rapidement les diverses affections produites par le mercure, l'iode, l'arsenic et l'antimoine, tandis que dans le chapitre X la syphiliographie est examinée dans ses rapports avec la médecine légale. Enfin, l'ouvrage se termine par un formulaire antisyphilitique qui ne renferme pas moins de 157 formules.

Si nous n'avons fait qu'indiquer le titre des divers sujets traités dans les derniers chapitres, toutefois nous ne saurions oublier d'en mentionner les points capitaux. C'est ainsi que M. Galligo admet d'autant mieux la contagiosité des accidents secondaires que, dans son noble amour pour la science, il s'est volontairement inoculé en 1860, sur la région dorsale de la main, du pus provenant d'une plaque muqueuse; et l'ulcère consécutif à cette inoculation fut rapidement suivi des manifestations de la syphilis secondaire (l'ulcera infettante non tardo a manifestasi e fu seguita da mite sifilide costituzionale). Ajoutons qu'avec M. Langlebert, notre honorable confrère de Florence admet que le chancre provenant de l'inoculation d'un accident secondaire sur un sujet sain est toujours un chancre induré.

Témoin des expériences de M. Pelizzari sur la contagiosité du sang d'un syphilitique, M. Galligo admet également la transmissibilité de la syphilis secondaire par cet intermédiaire, de même qu'il accepte la possibilité de la transmission de la vérole par la vaccination.

Mentionnons d'une manière spéciale l'intéressant chapitre qui a trait à la prophylaxie des maladies vénériennes et syphilitiques, au sujet de laquelle l'auteur a publié d'intéressants travaux en 1849 et en 1860. Cette question offre d'autant plus d'importance en Italie, que dans la plupart des villes la prostitution ne subit presque nulles entraves, ou pourrait même dire nulle réglementation.

Relativement à la syphilis constitutionnelle, M. Galligo a eu plusieurs fois l'occasion de vérifier ainsi que l'avaient également constaté Vidal de Cassis et Melchior Robert, que l'évolution des accidents secondaires et tertiaires est loin de se faire constamment avec cette régularité qu'on avait prétendue infaillible. Si nous ajoutons que l'auteur a également observé que l'iodure de potassium est d'autant plus efficace que les malades ont été préalablement soumis à un traitement mercuriel, nous aurons fait connaître une des mille particularités qui révèlent dans cet ouvrage un observateur aussi consciencieux qu'éclairé.

Bornons-nous à dire, en terminant, que cette œuvre, qui a obtenu l'approbation de l'Académie royale de médecine de Turin, constitue un excellent *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes* renfermant d'une manière succincte et complète l'exposé des travaux syphiliographiques les plus modernes.

II, III et IV. Nous ne pouvons que mentionner les trois intéressants

opuscules que viennent de publier, en faveur de l'unicité, M. Spérino et M. Albertetti (de Turin), ainsi que M. E. Langlebert (de Paris). Tandis que M. Spérino prend à tâche d'expliquer comment se produit l'infection générale dans certains cas et comment dans d'autres circonstances l'accident primitif est la seule manifestation du virus syphilitique, M. Albertetti, dans sa brochure de 88 pages, embrasse les diverses questions doctrinales qui se rattachent à l'étude de l'unicisme chancreux.

De son côté, notre ingénieux syphiliographe M. Langlebert vient d'apporter son contingent de recherches et de méditations à l'élucidation de cet important problème, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire les conclusions finales formulées par l'auteur :

1° Il n'existe qu'un seul virus vénérien, chancreux ou syphilitique, dont les vésicules ordinaires sont le pus et la sérosité.

2° Le chancre simple est le résultat de l'action isolée des globules du pus syphilitique sur un individu sain ou diathésé.

3° Le chancre infectant est le produit, soit de l'action isolée de la sérosité syphilitique, soit de l'action combinée des globules purulents et de la sérosité sur un individu non diathésé.

4° Quand le chancre infectant résulte de l'action isolée de la sérosité, il ne se développe que d'une manière lente et sous la forme d'une érosion papuleuse plus ou moins indurée (*érosion chancreuse* ou *chancriforme* de MM. Bassereau et Diday; *pseudo-chancre induré* de M. Auzias Turenne; *érosion superficielle* ou *chancre papuleux* de l'auteur).

5° Quand le chancre infectant est la conséquence de l'action combinée du pus et de la sérosité syphilitiques, il se produit rapidement, prend d'abord tous les caractères d'un chancre simple, qui plus tard s'indure sous l'influence de la diathèse, et constitue alors le chancre buntérien (*vrai chancre induré* de MM. Diday et Auzias-Turenne; *chancre mulet* dit *chancre mixte* de M. Rollet).

6° La sécrétion séro-purulente d'un chancre infectant ou du chancre mon des sujets syphilitiques (chancroïde) peut n'engendrer sur un individu sain qu'un chancre simple, soit que la sérosité n'existe dans le mélange qu'en trop petite proportion pour infecter l'économie, soit que son absorption trouve un obstacle dans la réaction inflammatoire qu'excite localement le pus en excès.

Si les travaux de MM. Spérino et Albertetti se caractérisent principalement par la préférence presque exclusive accordée aux idées théoriques, l'œuvre de M. Langlebert repose au contraire sur des faits expérimentaux empruntés à divers observateurs. Mais la diversité même de leur origine exige un nouveau contrôle pour l'édification de cette théorie, et malgré toutes nos sympathies pour l'ingénieuse conception de notre savant confrère, nous attendrons pour lui donner notre adhésion que de nouvelles expériences viennent confirmer de tous points les données capitales du travail de M. Langlebert.

SISTACH.

VARIÉTÉS.

— Par décret en date du 18 décembre 1864, ont été nommés :

M. le docteur Tessereau, adjoint au maire du premier arrondissement;

M. le docteur Brierre de Boismont, adjoint au maire du onzième arrondissement.

M. Boncher, pharmacien, adjoint au maire du quinzième arrondissement;

— Par décret impérial, en date du 27 novembre 1864, la Société chimique de Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique.

— Par arrêté du 30 novembre 1864, M. Flaubert, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur de ladite chaire, en remplacement de M. Leudet père, en congé d'inactivité.

M. Duménil, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite École. en remplacement de M. Flaubert, appelé à d'autres fonctions.

M. Merry-Delabost, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, en remplacement de M. Duménil, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté du 3 décembre 1864, M. Eudes-Deslongchamps, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Caen, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année classique 1864-1865, par M. Eudes-Deslongchamps (Eugène), docteur ès sciences, préparateur du cours de géologie à la Faculté des sciences de Paris.

— Le concours de l'internat a été terminé dimanche. Voici la liste des élèves internes :

MM. 1 Henocque, 2 Penlevé, 3 Folet, 4 Causit, 5 Burlaud, 6 Gadaud, 7 Panthin, 8 Obédenare, 9 Louvet, 10 Petit.

MM. 11 Pilate, 12 Mahot, 13 Lolliot, 14 Farabeuf, 15 Choyau, 16 L. de Lignerolles, 17 Roques, 18 Jolivet, 19 Blache, 20 Sanné.

MM. 21 Boncher, 22 Molinier, 23 Betbeze, 24 Carbonell, 25 Fredet, 26 Bozonet, 27 Lafaurie, 28 Planchon, 29 Rist, 30 Pichereau.

MM. 31 Serres, 32 Lefeuvre, 33 Zaepffel, 34 Inbin, 35 Pentray, 36 Labbée, 37 Millet, 38 Bourdillat, 39 Penières, 40 Colas.

INTERNES PROVISOIRES. — MM. 1 Machenand, 2 Cabadé, 3 Marie, 4 Lebœuf, 5 Wiart, 6 Puel, 7 Dantagnan, 8 Laburthe, 9 Seuten.

MM. 10 Menière, 11 Sbweich, 12 Thévenin, 13 Levêque, 14 Olivier, 15 Roulet, 16 Liouville, 17 Labory, 18 Voyet, 19 Rengade.

MM. 20 Herbert, 21 Challier de Grandchamps, 22 Attimon, 23 Carré, 24 de Font-Réaulx, 25 Vieille, 26 Navarro y Villar, 27 Castro y Parra, 28 Renault, 29 Boussard.

— Le concours pour les prix des internes a été terminé de la manière suivante :

INTERNES DE TROISIÈME ET QUATRIÈME ANNÉE. — Médaille d'or, M. Fernet; médaille d'argent, M. X. Gouraud; première mention, *ex æquo*, MM. Damaschino, Anger et Cornil; deuxième mention, *ex æquo*, MM. Coctau, Lemoine et Rigal.

INTERNES DE PREMIÈRE ET DE DEUXIÈME ANNÉE. — Médaille d'argent; M. Henrot; accessit, M. Terrier; première mention, M. Ledentu; deuxième mention, M. Larcher.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris a été terminé lundi soir par la nomination de :

MM. Lelong, Labadie-Lagrave, Lépine, Carville, Hybord (Albert), Vallet, Raynaud (Marie-Léon), Jolly (Jacques), Jaubert, Langier.

MM. Bassereau, Hybord (Paul), Lafond, Fontaine, Bourgeois (Maurice), Prompt, Delprat, Lediberder, Hallopeau, Margerin.

MM. Meplain, Galvani. Reverdin, Dissandes-Lavilatta, Depelchin, Habran, Vairrailhon, Joly (Charles), Bourgeois (Ernest), Larmande.

MM. Sautereau, Lescardé, Huret, Marchal, Fortin, Bourneville, Villiers-Herluison, Froment, Gillot, Cade.

MM. Petrucci, Raymond, Meusnier, Lamy, Pouliot, Bessay, Holmes, Lordereau. Castiaux (Jules), Bezard.

MM. Saison, Breton, Lombard, Lenglet, Stonlz, Nottin, Choussy, Curtis, Fleury, Jacquemet.

MM. Tardieu, Vaille, Courtois, Guignard, Quinquaud, Molé, Chaulet, Armengaud, Martin (André), Lemaire.

MM. Crauck, Raynaud (Gustave), Comoz, Guihal, Chevillion, Maréchal, Vigier, Markheim, Andral, Senac-Lagrange.

MM. Morand, Bazin, Isambard, Bourguet, Mansier, Blancquinque, Denizet, Felizet, Grousset, Martin (Prosper).

MM. Humbert, Blum, Laisné, Piton, Cornillon, Couvreur, Fontagnères, Hardy, Carles, Aubry.

MM. Darvaris, Giraud, Champagnat, Devignevieille, Douillet, Dubois, Huchard, Pomier, Noir, Mashrenier.

MM. Micault, Courteau, Masson, Lescure, Candellé, Macquarie, Martin (Gustave), François, Misset, Malberbes.

MM. Joly (Louis), Piron, Thibant, Bourgeois (Achille), Bergeron, Dumée, Boustan, Michel (Adolphe), Bax, Pillot.

MM. Ségogne, Hubert, Cornevin, Prieur, Merlateau, Vérité, Maillard (Paul), Fourcher, Serée, Latour.

MM. Delafaye, Martineau, Brousse, Villard, Piettre, Cuttoli, de Lolme-Lalanhie, Baille, Chaume, *ex æquo*: Peytard, Pelissard, Legendre.

— La Société de médecine de Louvain, en séance du 7 décembre dernier, a arrêté comme suit le programme du concours de 1865 :

1° Quelles sont les causes de la fréquence des épidémies de fièvre typhoïde dans les communes rurales? Quelles sont les mesures à prendre et quels sont les moyens à employer pour prévenir et pour combattre ces épidémies?

2° Quel est l'état actuel de nos connaissances sur les désinfectants?

3° De l'emploi thérapeutique des préparations zinciques.

4° Rédiger un mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements.

Les manuscrits, lisiblement écrits en français, devront être adressés *franco*, avant le 1[er] octobre 1865, au secrétaire de la Société, le docteur Guibert, rue de la Station, 37.

Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté, contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Les membres actifs et les membres honoraires de la Société ne peuvent prendre part au concours.

Des médailles en or, en vermeil et en argent, aux armes de la ville, ainsi que le titre de *membre correspondant*, seront décernés aux auteurs des meilleurs mémoires adressés à la Société.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : DISCUSSION SUR LA RECONSTRUCTION DE L'HÔTEL-DIEU. — CONCLUSIONS.

La Société de chirurgie vient de voter les conclusions de la longue et lumineuse discussion, à laquelle elle s'est livrée sur le projet de reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Tout ce que cette savante et compétente Société, — composée de l'élite des chirurgiens de notre époque, — a résolu est marqué au coin de la prudence, de l'expérience, de la modération et d'une entente parfaite de tous les besoins. Elle s'est préoccupée aussi bien de la question économique que de la question hygiénique, et si l'on ne devait avoir égard qu'aux données immédiates qui ont été mises en discussion par l'administration, nul doute qu'il n'y aurait rien à retrancher, rien à ajouter à ce qu'a voté la Société de chirurgie. Elle a examiné successivement les conditions du terrain, son étendue, son orientation, ses pentes, sa situation par rapport aux constructions environnantes, l'aération des salles, les lois suivant lesquelles l'air s'altère et se purifie, la distribution et l'espacement des bâtiments, le nombre des lits, l'espace nécessaire à chacun, les moyens d'assainissement, le mobilier, les règles hygiéniques pour la purification générale par l'évacuation temporaire des lieux, enfin la création d'un conseil permanent ou comité consultatif d'hygiène et de salubrité, composé de médecins, d'architectes, etc., de tous ceux qui peuvent concourir par leurs lumières et leur expérience spéciale à l'amélioration nécessaire du système nosocomial.

Ajoutons que, durant plusieurs mois, la Société a tenu cette discussion à l'ordre du jour; que la controverse, la contradiction dont chaque proposition a été l'objet assure à chacune d'elles le caractère de certitude, de maturité, de vérité, et nous ajouterons d'impartialité, qui doivent en assurer le succès. On ne saurait donc trop recommander à l'administration de s'inspirer des résolutions de la Société de chirurgie, dont elle ne se départirait qu'au grand regret des hommes qui veulent avant tout le bien de la science et de l'humanité.

Voici du reste les conclusions votées par la Société :

CONCLUSIONS. — L'ensemble des conclusions, mis aux voix et adopté, est ainsi conçu :

« La Société de chirurgie de Paris voulant contribuer, dans la mesure de ses efforts, à soustraire la pratique de l'art à la funeste influence des complications nosocomiales et à dégager pour l'avenir la responsabilité de la science, a jugé opportun, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, de rappeler ou d'établir les principes suivants :

« I. Un hôpital doit être situé dans un lieu découvert, sur un sol sec et sur un terrain déclive. Ce terrain doit être vaste. Un espace superficiel de 50 mètres carrés par malade représente un minimum qui devra, autant que possible, être dépassé, et qui, d'ailleurs, doit croître *progressivement* avec le nombre des malades.

« II. L'atmosphère d'un hôpital sera d'autant plus pure qu'il sera plus éloigné des agglomérations populeuses. On ne devra conserver au centre des villes que des hôpitaux d'urgence nécessairement restreints et des hôpitaux d'enseignement. Cette mesure de salubrité serait en même temps une mesure d'économie, et permettrait aux grandes villes comme Paris d'installer leurs hôpitaux sur de vastes terrains peu coûteux.

« III. De bonnes dispositions hygiéniques sont faciles à obtenir dans des hôpitaux de 200 à 250 malades. Elles deviennent à peu près impossibles à réaliser dans les grandes villes, si l'on dépasse le double de ce chiffre. Dans ces limites de nombre, les dépenses de toute nature ne sont pas plus élevées que pour des hôpitaux plus populeux.

« IV. Les éléments de l'atmosphère se mélangeant surtout dans le sens horizontal, il faut combattre par l'espacement les effets de contact et de proximité qui constituent l'encombrement et qui se produisent de malade à malade, de salle à salle, de bâtiment à bâtiment.

« V. Ce n'est pas seulement en augmentant l'espace cubique alloué à chaque malade, mais encore et surtout en augmentant l'espace superficiel, aujourd'hui insuffisant dans nos hôpitaux civils, qu'on luttera efficacement contre les influences contagieuses. Pour des motifs de même ordre, il est indiqué de ne pas multiplier les étages, chacun de ceux-ci engendrant une couche atmosphérique plus ou moins viciée. Au point de vue rigoureux de l'hygiène, on ne devrait jamais superposer plus de deux rangées de malades.

« VI. Ce serait une illusion de croire qu'un large cube d'air à l'intérieur des salles remplace le manque d'espace et d'aération extérieure, de croire qu'une abondante ventilation artificielle supplée à l'une ou à l'autre des conditions précédentes. Rien ne supplée à l'insuffisance ou au défaut de l'aération naturelle.

« VII. Les bâtiments complétement isolés, ayant tous la même orientation, exposés sans aucun obstacle aux rayons du soleil, à l'action de la pluie et des vents, seront disposés sur une seule ligne ou en lignes parallèles, à larges intervalles de 80 à 100 mètres, de manière à obtenir une séparation efficace et une libre et facile aération extérieure.

« VIII. De petites salles de 15 à 20 lits sont faciles à surveiller au point de vue des soins; la gêne réciproque des malades y est moins grande; les chances de contagion directe moindres aussi; l'enlèvement de toutes les impuretés plus rapide. Elles doivent être préférées pour les services ordinaires, sans préjudice de dispositions spéciales à adopter pour certaines catégories de malades qui réclament un plus large espacement et l'*isolement* dans des chambres séparées.

« IX. Le mobilier des salles ne doit apporter aucun obstacle à la circulation de l'air. Il est nécessaire que les chefs de service aient le droit de faire supprimer les rideaux des lits lorsqu'ils le jugent convenable.

« X. Les salles seront séparées par les paliers et les pièces de service commun. Il serait avantageux que l'une d'elles pût recevoir, pendant le jour et pour les repas, tous les malades qui se lèvent; ce serait une évacuation incomplète, mais quotidienne de la salle.

« XI. L'évacuation périodique et régulière des salles et leur repos pendant un temps de plusieurs mois, donnent, dans les hôpitaux militaires français et dans les hôpitaux étrangers, des résultats qui

FEUILLETON.

CONFIDENCES D'UN MÉDECIN MALADE.

Un orateur d'Académie disait naguère, à la fin d'un panégyrique, que l'utilité des services rendus est la meilleure des recommandations auprès de la postérité. Peut-être n'était-il pas indispensable d'invoquer le témoignage de Massillon pour donner de l'autorité à ce lieu commun. Mais il paraît que les citations des bons auteurs sont maintenant à la mode dans la littérature médicale. Voici le docteur Dumont (de Monteux) qui n'écrit, paraît-il, que pour être utile, et qui, lui aussi, cite je ne sais combien d'auteurs de toute espèce dans ce gros et singulier volume qu'il intitule, on ne sait trop pourquoi, son *Testament médical philosophique et littéraire* (1).

L'ouvrage est en dix livres. Chaque livre se subdivise en chapitres qui sont tous ornés d'une épigraphe. On voit bien que la mémoire de papier dont parle Montaigne a fait son office; mais on se demande pourquoi toutes ces réminiscences et souvenirs de lectures se mêlent sans cesse aux confidences intimes. N'y a-t-il pas là un peu d'apparat? et ne faudrait-il pas qu'un homme qui fait son testament et qui l'ouvre lui-même avant sa mort, avec le dessein d'être immédiatement utile à ses semblables, se dépouillât de toute vanité littéraire?

Tout ce qu'on peut désirer de quelqu'un qui raconte sa vie à qui veut l'entendre, c'est la candeur et la simplicité. On lui fait grâce de tous ces artifices de composition et de style qui sont toujours de trop dans une œuvre essentiellement personnelle. Un ton naïf et naturel persuade bien mieux que cet attirail de la rhétorique qui fait le plus souvent valoir l'auteur au préjudice de l'homme.

Une confession, si intéressante qu'elle soit, m'inspire peu de confiance, si celui qui se confesse s'évertue à trouver des phrases pour mieux nous toucher et nous émouvoir. Hé! confessez-vous bonnement, simplement,

(1) *Testament médical, philosophique et littéraire* du docteur Dumont (de Monteux), ancien médecin de la maison centrale du mont Saint-Michel, aujourd'hui médecin de celle de Rennes, membre de la Société médico-psychologique de Paris, membre honoraire de la Société protectrice des animaux; ouvrage destiné non-seulement aux médecins et aux hommes de lettres, mais encore à toutes les personnes éclairées qui souffrent d'une manière occulte. Paris, Adrien Delahaye, 1865, 1 vol. gr. in-8° de xxx-604 p.

« indiquent l'adoption générale de cette mesure particulièrement im- « périeuse en temps d'épidémie.

« XII. Tout sera disposé pour que les matières odorantes et infec- « tantes, déjections, objets de pansement, eaux de lavage, etc., puis- « sent être rapidement détruites ou enlevées, qu'elles ne séjournent « jamais à l'intérieur ou à proximité des pièces occupées par les ma- « lades, et ne donnent lieu à aucune émanation appréciable.

« XIII. L'installation, près l'Administration centrale des hôpitaux, « d'un comité consultatif d'hygiène et de salubrité permanent et ayant « des séances périodiques, comité composé de médecins, de chirur- « giens, d'administrateurs, d'ingénieurs et d'architectes, et pouvant « éventuellement appeler dans son sein, avec voix délibérative, tous « les chefs de service ne faisant pas partie de ce comité; l'institution « d'assemblées périodiques des médecins, chirurgiens et administra- « teurs de chaque hôpital, fourniraient à l'Administration des lumiè- « res et un contrôle qui lui permettraient de marcher plus sûrement « dans la voie des progrès qu'elle poursuit.

« Cette dernière mesure, conforme aux vœux exprimés à l'Acadé- « mie de médecine, ne serait d'ailleurs qu'un retour à d'anciennes « prescriptions et à d'utiles usages... »

Les déclarations dont nous avons fait précéder ces conclusions nous mettent à l'aise pour dire ce qui a pu manquer à la discussion de la Société de chirurgie pour la rendre aussi complète, aussi élevée et aussi progressiste que possible.

Et d'abord la Société, composée uniquement de chirurgiens, s'est préoccupée trop exclusivement de ce qui a trait aux services chirurgicaux. Elle n'a pas vu que, bon gré mal gré, l'Hôtel-Dieu qu'il s'agit de reconstruire sera tout à la fois un hôpital de malades médicaux et un hôpital de blessés ou d'opérés, c'est-à-dire de malades chirurgicaux. Or on croira avoir tout combiné, tout arrangé pour assurer la meilleure condition hygiénique du blessé ou de l'opéré; et on ne pense pas qu'ils auront toujours dans leur voisinage le malade atteint de fièvre, de fièvre typhoïde, de toutes les maladies aujourd'hui admises dans les hôpitaux médico-chirurgicaux. Il fallait donc poser la question de savoir s'il est utile, s'il est prudent de placer dans la même enceinte, presque sous le même toit, des malades pouvant exercer une influence considérable les uns sur les autres. La Société n'a pas songé à cette question. Pourquoi? Parce qu'elle ne s'est pas très-bien rendu compte, à l'origine de la discussion, des principes qui devaient la guider. Or ces principes eussent été les mêmes, qu'elle eût envisagé la question nosocomiale dans sa généralité, ou qu'elle n'en eût envisagé, comme elle l'a fait, qu'une division, la division chirurgicale. Ces principes, nous les avons rappelés à plusieurs reprises, mais toujours sans succès (1), car dans la Société de chirurgie pas un de ses membres ne les a pris en considération. Cependant ce sont ces principes qui l'ont guidée à son insu, c'est par eux que les bonnes résolutions doivent d'être bonnes, ce sont eux qui ont mis le plan, les dispositions, l'ordonnement, toutes les particularités, en un mot, de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu sur la voie du progrès. Quelques mots suffiront pour le démontrer.

Depuis la discussion de l'Académie de médecine sur la mortalité comparative des hôpitaux de Paris et de Londres, nous n'avons cessé de montrer que la grande question de salubrité des hôpitaux est dominée par la question non moins grande de l'*infection nosocomiale*. C'est en effet à ce fait capital et permanent qu'il faut rapporter toutes les lois et toutes les mesures de l'hygiène hospitalière. Avoir un principe général, d'où l'on part et auquel on aboutit, c'est une boussole pour se conduire, pour éviter les écueils, pour assurer le succès de l'institution; c'est, en un mot, le point de départ et le point d'arrivée d'une grande révolution. Or est-il contestable que l'infection nosocomiale soit le pivot sur lequel tout doive reposer dans l'étude et les applications du système hospitalier? Les hommes qui se chargent à bon droit de conseiller l'administration auraient donc dû commencer par lui montrer le danger à éviter et le but à atteindre: détruire toutes les sources de l'infection, la prévenir, la combattre dans toutes ses origines. Au lieu de cela, la Société de chirurgie a pris la voie statistique, toujours contestable, parce qu'elle est toujours exposée aux variations des circonstances, des temps, des lieux, et encore du groupement des chiffres. En montrant, en matérialisant le fait si incontestable, si puissant, si constant de l'infection nosocomiale, elle eût dominé les résolutions de personnes, qui sont d'autant plus prêtes à nous contredire que nous leur donnons des arguments plus à leur portée, plus de leur compétence. Une administration municipale peut discuter avec nous sur des données statistiques, mais elle est obligée de rester muette en présence de faits qui ressortent de l'observation médicale, mais de faits assez incontestables pour que personne ne puisse les méconnaître et s'y soustraire. Or les faits d'infection nosocomiale ne sauraient, dans leur généralité, être un instant méconnus. Ce qu'on peut encore contester, ou plutôt maintenir à l'étude, ce sont les origines diverses, les modes, les degrés, les sources de l'infection, mais non l'infection elle-même.

En procédant de la sorte, la Société de chirurgie eût été conduite à demander une séparation complète, absolue des services médicaux et des services chirurgicaux; mais c'eût été le premier pas dans une voie de progrès autrement avancée, c'eût été mettre en discussion une autre question, le départ entre les maladies susceptibles d'admission dans les hôpitaux, et finalement on eut été conduit à l'examen de la question bien plus capitale et plus radicale encore de la suppression des hôpitaux médicaux.

Mais en se renfermant dans sa spécialité même, la Société de chirurgie eût pu, à la lumière du grand principe de l'infection nosocomiale, être conduite à des indications plus nettes et plus précises que celles qu'elle a formulées.

Dans la catégorie des affections chirurgicales il y a trois grands groupes à considérer à ce point de vue: les maladies *réputées* chirurgicales, c'est-à-dire celles dans lesquelles il y a une maladie générale, une maladie médicale si l'on veut, et une lésion chirurgicale: telles sont toutes les maladies diathésiques, les maladies scrofuleuses, les maladies cancéreuses, les maladies syphilitiques. Est-il possible de méconnaître que ces maladies puissent devenir des agents très-actifs de l'infection nosocomiale? S'il en est ainsi,

(1) Voir les différents articles publiés par la *Gazette médicale* à l'occasion de la discussion de l'Académie de médecine sur la mortalité comparée des hôpitaux de Paris et de Londres, et aussi les articles déjà publiés cette année sur le même sujet: *Gazette médicale*, 1864, p. 617.

---

comme un humble pécheur qui a besoin de sympathies et d'indulgence, et si l'on a la patience de vous entendre jusqu'au bout, on aura peut-être pour vous les sentiments que vous souhaitez. Surtout soyez bref, et n'oubliez pas en vous attendrissant sur vos infortunes et en cherchant à nous attendrir, n'oubliez pas qu'un homme n'est qu'un atome dans l'humanité, et que l'histoire d'une nation, que dis-je?, de l'univers, pourrait à la rigueur s'écrire en un volume.

Un auteur qui était profondément malade, jusqu'à être illuminé et à moitié fou, Pascal, qui pensait beaucoup à ses souffrances en écrivant, a dit du *moi*, qu'il est haïssable. Oui, quand il n'est pas ridicule; car on finit par prendre en pitié un homme qui veut à toute force fixer l'attention sur sa personne et qui vous assomme sous prétexte de se rendre intéressant.

Quand vous nous aurez raconté en grand détail et sans nous faire grâce d'aucune minutie, le récit de vos luttes, de vos peines, de vos travaux, de vos misères, votre satisfaction sera peut-être grande; mais il est possible que l'auditeur ou le lecteur ennuyé reste indifférent à vos récits, et s'il s'en amuse en passant, il est plus que probable qu'il ne vous regardera ni comme un héros ni comme un martyr. Peut-être verra-t-il en vous un original, un être bizarre, un homme en proie à la manie ou à l'hypocondrie; et vous n'aurez droit qu'à cette parcelle de commisération qu'on accorde volontiers à tant de gens singuliers, à tous ces maniaques et hypocondriaques qui s'imaginent que tout l'univers doit compatir à leurs misères.

L'égoïsme est la plus affreuse des maladies et celle qui inspire le moins d'intérêt, parce qu'elle s'alimente de deux passions jumelles qui sont très-répandues, mais peu en faveur: l'orgueil et la vanité. Quand elles se combinent dans une certaine mesure, la sottise les accompagne inévitablement, j'entends cette sottise supérieure qui fait au besoin bon ménage, pour dire vulgairement la chose, avec l'esprit et les connaissances.

Ces trois passions concourent le plus souvent chez les personnes qui n'ont pas de plus vif désir que de se recommander au public, qui n'aspirent qu'à se mettre en évidence et qui résistent si peu à cet entraînement, qu'elles consentent sans peine à tout sacrifier, et même la dignité personnelle, à l'impérieuse satisfaction de l'amour-propre.

Défiez-vous, en règle générale, de tous les faiseurs de mémoires, de confessions, de confidences, bref, de tous les gens qui se livrent ou s'étalent pour que le public les contemple. Les plus humbles, les plus modestes en apparence, n'obéissent qu'aux impulsions d'un égoïsme formidable; ils ne voient qu'eux-mêmes dans le monde, ils s'admirent, se contemplent, et ils vous méprisent souverainement, ô vous âmes naïves et bonnes, qui vous laissez toucher à leurs lamentations. Diogène, qui reprochait ridiculement à Platon de vivre dans le faste, laissait percer à chaque instant son indomptable orgueil de cynique.

Le Sage a dit avec raison: « cache ta vie; » pensée profonde autant que juste qu'il faut répéter, non pour encourager les hypocrites qui n'ont-

n'eût-il pas été utile de formuler leur exclusion des salles communes, et de demander pour elles des chambres isolées? Ce n'est pas le lieu on le comprend, de discuter la part que peuvent avoir ces maladies à l'infection nosocomiale; il suffit d'établir qu'elles peuvent, dans certains cas, devenir des sources d'émanations infectantes, vicier à un degré quelconque l'atmosphère des salles.

Ce n'est pas tout : il y a des personnes qui vont jusqu'à attribuer à l'érysipèle nosocomial le caractère infectant, si ce n'est contagieux. La discussion théorique de cette question peut être réservée, mais elle signale un fait possible, probable même, c'est que l'infection nosocomiale peut s'alimenter des sources les plus bénignes en apparence et les plus variées. On ne saurait méconnaître, en effet, que lorsque l'on entre dans la considération des faits étiologiques tels qu'ils se produisent, s'étendent, se propagent dans l'organisme, on arrive bientôt à ceci, c'est qu'il n'y a pas de maladies chirurgicales proprement dites, il n'y a plus que des lésions; et du moment que celles-ci s'introduisent dans l'économie, qu'elles s'y manifestent, s'y généralisent, elles deviennent des maladies aux mêmes titres et suivent les mêmes lois que les maladies médicales proprement dites. Quelle circonspection ne commande donc pas cette manière d'envisager les choses par rapport aux établissements nosocomiaux! Plus on approfondit la question à la lumière du fait de l'iofection nosocomiale, plus on devient prudent, circonspect, et ajoutons économe dans l'administration des secours collectifs à offrir aux malades de la classe ouvrière.

Ces considérations sont trop avancées, elles sont trop subversives des idées, et surtout des institutions existantes, pour avoir chance d'être appliquées de longtemps. Mais il faut néanmoins reconnaître que dans ses résolutions la Société de chirurgie, inspirée par un sentiment vague des vérités que nous venons de rappeler, a montré à l'administration le chemin qu'elle aurait à suivre pour améliorer le plus possible les projets de reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Les grands hôpitaux ont fait leur temps; les petits hôpitaux ont commencé leur règne : la troisième étape de cette révolution sera l'abolition ou au moins la spécification de plus en plus délimitée des hôpitaux, pour entrer dans la voie du système véritablement philanthropique des soins à domicile.

JULES GUERIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

RUPTURE DU PÉRICARDE; BRUIT DE ROUE HYDRAULIQUE OU BRUIT DE MOULIN; par MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

(Suite et fin.— Voir les n°s 46 48, et 51.)

Pourrait-il y avoir des ruptures du péricarde sans bruit de roue hydraulique? La production de ce bruit exige la rupture simultanée du péricarde et du poumon, coïncidence qui n'a jamais manqué jusqu'ici; mais serait-il permis d'affirmer qu'elle est constante?

Comment les vésicules pulmonaires résisteraient-elles toutes à la violence d'une secousse ou d'une pression capable de rompre le péricarde? N'y en aura-t-il pas toujours au moins quelques-unes qui céderont? Mais un fragment de côte ou du sternum ne pourrait-il déchirer le péricarde sans intéresser le poumon? Une plaie pénétrante du péricarde ne pourrait-elle quelquefois permettre à l'air extérieur d'arriver dans cette enveloppe et s'accompagner *du bruit de roue hydraulique, du bruit de moulin*?

L'air, — nous faisons une excursion sur le domaine de la médecine — ce fluide élastique, a encore d'autres voies pour s'introduire dans le péricarde : *a.* l'œsophage, d'où il est versé par une ulcération cancéreuse commune aux deux organes (1); *b.* l'estomac dont un abcès prend cette direction à travers le diaphragme (2); *c.* le poumon; un abcès (3) a ouvert les vésicules, ainsi que le péricarde accolé; *d.* enfin le péricarde lui-même qui sécrète à la fois et le liquide séreux ou purulent et le gaz qui n'est plus qu'un fluide aériforme; on ne l'a ni analysé ni recueilli. Sur quatre cas de cette catégorie, les seuls que je connaisse, trois se sont montrés dans le cours d'une péricardite aiguë. Le premier en date appartient à Bricheteau; le malade succomba; à l'autopsie, des gaz infects sortirent en sifflant par une ponction du péricarde qui, en outre, contenait du pus (4); des deux derniers faits, l'un a été observé par Stokes (5) et l'autre par Sorauer; tous deux ont guéri (6).

Enfin le quatrième cas a été vu par M. Andral, c'était un hydropneumo-péricarde (7).

Dans la moitié de ces cas, quatre sur sept, on a entendu le bruit de moulin (8). On a plus d'une fois noté dans ce bruit, le timbre métallique qui n'y a jamais été sensible pour moi, peut-être à cause de la quantité insuffisante d'air retenu par le péricarde perforé. J'ai entendu chez un blessé (voy. obs. II), l'éclatement d'une grosse bulle à timbre métallique; mais c'était en dehors du bruit de moulin, elle en était indépendante.

Dans l'autre moitié des sept faits médicaux, au lieu du bruit de moulin, ce n'était qu'un tintement, qu'un simple tintement métallique. Je ferai d'abord une remarque : ce tintement n'est pas toujours assez nettement déterminé. Si j'étais bien fixé sur son existence, je me l'expliquerais par l'éclatement, à la surface du liquide, d'une bulle que les mouvements du cœur y auraient immergée, et qui remonterait et crèverait sur la limite des deux épanchements. Une goutte pourrait-elle se détacher de la voûte du péricarde, traverser la couche gazeuse et produire en tombant sur l'épanchement basique le tintement métallique? C'est la théorie de Laënnec pour le tintement métallique de la plèvre; mais c'est une légère erreur échappée au génie d'un grand homme. Sur une surface unie et humide, et mouillée comme celle de la plèvre, il ne se forme point de goutte; dès que de la sérosité la touche, aussitôt, par l'effet de l'attraction des solides pour les liquides, la sérosité s'étale sur la séreuse et glisse le long de la paroi

(1) Tütel, *Fall von pneumoperikardium* (*Deutsche, klinick* 1860)..
(2) Graves, *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 33, trad. M. Jaccoud.
(3) M. Dowel, *in* W. Stokes, *Diseases of the head and the aorta;* Dublin 1864.
(4) Bricheteau, *Archives*.
(5) Stokes, *loc. cit.*
(6) Sorauer, *De hydropneumo-pericardio;* Berolini, 1858.
(7) Andral, *in* Laënnec, édit. de 1837, t. III p. 394.
(8) M. Bricheteau est le seul des observateurs qui ait fait, comme moi, spontanément la comparaison de ce clapotement rhythmique avec celui d'une roue de moulin, malgré leur frappante analogie.

---

aucun besoin d'encouragement, mais pour contenir le zèle intempérant de tous ces vaniteux qui se mettent toujours en scène, et prétendent jouer le premier personnage dans la comédie humaine.

Ce n'est point le réalisme qui domine dans notre littérature contemporaine; c'est l'égoïsme dans toute sa force, dans tout son éclat, l'égoïsme dont le réalisme n'est qu'une expression, une forme. Il y a là, pour un médecin philosophe, un beau sujet d'études qui n'a pas été encore, je ne dirai point effleuré, mais même découvert par cette critique soi-disant savante, et qui se qualifie, on ne sait pourquoi, la critique naturelle.

La physiologie et la médecine ont fait irruption dans le monde des lettres, en attendant que la littérature pénètre, elle aussi, dans le monde médical. C'est une raison de plus pour que les médecins se surveillent dans leurs écrits; car il n'est si mauvais livre de médecine qui ne puisse exercer une influence, pour peu qu'il agite des questions générales, sociales, en dehors du domaine purement scientifique.

S'il suffisait d'être malade pour se recommander au public, la critique qui s'appelle naturelle n'aurait pas peu de besogne; car il est grand le nombre des gens qui souffrent de cette maladie que les drogues ne guérissent point, et qui est peut-être la cause prochaine de ce travers que le poëte a très-bien reconnu et désigné, *scribendi cacoethes*.

M. le docteur Dumont n'est pas certainement exempt de ce travers, et il est indubitablement malade. Sa maladie a servi de prétexte, ou si l'on veut, de sujet à son livre; mais le livre lui-même a été entrepris et composé moins en vue de l'utilité, quoi qu'en puisse dire l'auteur, que pour la satisfaction d'un amour-propre qui ne pouvait plus se contenir.

Les confidences médicales de M. Dumont, en ce qui concerne son état nerveux, sans être dépourvues d'intérêt, n'offrent à l'observateur qu'un exemple de plus de ces bizarreries qui n'ont pas de nom dans le vocabulaire nosologique. Après avoir lu ce *Testament* qui n'est pas court, on ne peut faire qu'une réflexion : c'est qu'en supposant que l'ouvrage nous représente l'image fidèle de l'auteur, ce qui pourrait bien être, nous n'y trouvons par le fait aucune lumière pour nous diriger sûrement dans la thérapeutique d'une affection analogue, nous ne disons pas semblable; car ces affections singulières, bien plus encore que toutes les autres maladies, diffèrent prodigieusement, sinon essentiellement, suivant les sujets malades, quant à la marche et aux manifestations.

M. Dumont a toute une théorie sur sa névropathie; mais lui seul peut-être voudra se contenter des explications qu'il donne, et qui ne sont apparemment que des illusions. Il a décrit cent fois son affection innominée, il en a cent fois analysé les symptômes, et nous avouons humblement n'avoir pas vu bien clair dans sa description, non plus que dans son analyse.

Écartons les épisodes, les circonlocutions, les réflexions intempes-

en une lame d'une minceur extrême; elle ne tombe pas autrement. Pour qu'une goutte pût se former au sommet de la plèvre, il y faudrait une pointe dirigée en bas, en stalactites.

Si l'on a réellement entendu le tintement métallique en certains cas, c'était encore un bruit hydroaérique et conséquemment démonstratif de l'hydro-pneumo-péricarde. Le bruit de moulin et le tintement métallique ont la même origine et la même signification; le mécanisme seul est un peu différent, comme l'effet produit; le clapotement résulte de la collision réciproque des bulles gazeuses et du liquide qu'elles traversent ainsi que des parois qu'elles touchent; c'est le gargouillement d'une hernie intestinale qui rentre, d'un abcès gazeux qu'on percute, etc.; le tintement métallique, c'est l'éclatement d'une bulle à la surface d'un liquide surmonté d'un épanchement gazeux.

Mais laissons, rendons ces questions délicates à nos maîtres de la médecine, et retournons à la chirurgie. Retenons cependant, avant d'aller plus loin, que comme le bruit de moulin, un tintement métallique isochrone aux battements du cœur est le signe d'un hydropneumo-péricarde.

Le bruit de roue hydraulique ne peut-il se passer que dans le péricarde? Si le cœur battait à travers le péricarde un épanchement hydroaérique contigu, l'agitation des deux fluides ne pourrait-elle pas donner lieu à un véritable clapotement rhythmique? Non. Pour que le gargouillement se produise, il faut que les bulles soient brassées dans des canaux anfractueux où elles se heurtent et se brisent bruyamment. Le cœur en battant à travers le péricarde un épanchement contigu de liquide et d'air, ne lui imprimerait que des mouvements muets si les parois du foyer étaient planes et unies; il faut que pour se faire entendre, air et liquide soient serrés, froissés ensemble, brassés enfin, car c'est le mot, comme entre le cœur et le péricarde.

Voici une observation bien propre à mettre en relief ce double point théorique : un épanchement retro-sternal, composé de pus et d'air, appuyait sa base sur le péricarde; le cœur l'agitait, mais sans bruit; un appendice de cet épanchement passait à travers une fracture du sternum, et se développait sous la peau en un foyer anfractueux; gargouillement isochrone aux mouvements du cœur comme à ceux de la respiration

Voici ce fait, d'ailleurs plein d'intérêt :

HYDROPNEUMOTHORAX EN SABLIER A TRAVERS UNE FRACTURE DU STERNUM; SOULÈVEMENT ET AFFAISSEMENT ALTERNATIFS DE L'APPENDICE EXTÉRIEUR AVEC CRÉPITATION HUMIDE SOUS LA DOUBLE INFLUENCE DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES ET DES BATTEMENTS DU CŒUR.

Obs. III. — Le 2 août 1851, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean, 16, Eugène Vauquelin, âgé de 45 ans, charretier, rue Saint-Nicolas-du-Chardonnet, 3; constitution ordinaire.

Le matin même, un cheval qu'il voulait retenir par la bride l'avait renversé et lui avait posé un de ses pieds de devant sur la poitrine, « sans appuyer trop fort, » dit le blessé. La douleur avait été modérée, et il n'y avait pas eu d'hémoptysie. A cinq heures du soir, on notait au-devant de la partie supérieure du sternum une ecchymose de la grandeur de la main; ni fièvre ni oppression.

Le 3, même état. M. Gerdy, ne trouvant aucun signe de fracture, croit à une simple contusion. Percussion et auscultation normales; appétit très-prononcé; 30 sangsues, cataplasme; une portion.

Le 4, même examen par M. Gerdy, avec le même résultat. Un œdème sensible se montre sous l'ecchymose; compresses d'eau blanche; deux portions.

Le 5, 12 ventouses scarifiées.

Le 6, le malade accuse une douleur vers le milieu du sternum. M. Gerdy répète l'exploration de l'os, et, en pressant d'une main sur sa partie supérieure et de l'autre sur sa partie moyenne, il constate la crépitation. Le malade fait alors remarquer qu'il la perçoit lui-même dans certains efforts, ce que l'on vérifie immédiatement par l'application de la main pendant un mouvement de toux énergique. Mais ni déformation, ni inégalité qui permette de déterminer le siége de la fracture. Une attelle est appliquée le long de la face antérieure du sternum, recouverte préalablement de compresses; le tout est maintenu par un bandage de corps très-serré.

Ni fièvre ni oppression; trois portions.

Rien à noter jusqu'au 9; ce jour-là le malade se plaint de douleurs assez vives des deux côtés du sternum. On enlève l'appareil; l'œdème persiste. M. Gerdy fait avec un bistouri étroit deux ponctions sur les points les plus tuméfiés, et il ne sort que du sang; cataplasmes.

Le 11, l'œdème semble un peu diminué; on replace l'appareil, et on le laisse à demeure jusqu'au 19. Le mieux s'était décidé, et depuis le 14, le régime était de quatre portions.

Mais dans la nuit du 18 au 19, il survint un frisson violent de près d'une heure, suivi d'un stade de chaleur, puis d'un stade de sueur d'une heure chacun.

Après cela, tout sembla tellement rentré dans l'ordre que le 19, à la visite, rien n'eût fait soupçonner l'accès de fièvre de la nuit. La figure est calme; le pouls de 60 ou 70, et de douleur nulle part; aucun viscère ne paraît engagé.

Dans la journée du 19, vers deux heures et demie, nouvel accès de fièvre semblable au premier. Pouls à 90; un peu de toux.

Le 20, troisième accès à six heures du matin. Toux augmentée, oppression légère; pas de douleur au niveau de la fracture ni de point de côté. Rien de notable dans la poitrine, si ce n'est un peu de diminution du murmure vésiculaire à la base du poumon droit en arrière. Saignée de 3 palettes.

Accès de fièvre vers trois heures de l'après-midi. Dans l'intervalle des accès, le malade va parfaitement, et le pouls retombe à 70. On réduit néanmoins le régime aux bouillons et aux potages.

Le 21, le matin, même accès que la veille, même état d'ailleurs. Julep avec 30 centigrammes de kermès minéral.

Le 22, deux accès, même état du reste. Mêmes prescriptions.

Le 23, accès le matin (30 centigrammes de sulfate de quinine). L'accès du soir est supprimé; celui du 24, au matin, commence par le stade de chaleur. Julep kermétisé, sulfate de quinine.

La fièvre ne cesse pas à partir de ce moment; elle s'accompagne d'agitation, d'insomnie.

Le 27, une douleur s'étant fait sentir à la fracture, on enleva l'appareil, et l'on trouva au devant de la partie supérieure du sternum une tumeur dont le diagnostic parut embarrassant. M. Jarjavay, qui était venu prendre temporairement le service de M. Gerdy, eut d'abord l'idée d'un pneumocele; puis il l'abandonna bientôt pour celle d'un abcès du médiastin, abcès qui serait arrivé sous la peau à travers la fracture. Mais une ponction pratiquée avec un bistouri étroit ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang et à des bulles gazeuses, et les crachats, qui

---

tives, et allons au fait. M. Dumont s'est confessé plus qu'il n'était nécessaire et peut-être plus qu'il n'aurait voulu, bien qu'il me semble parfaitement maître de ses actes et doué d'une volonté énergique. En résumé, de quoi se plaint-il?

Du malheur et de l'infortune, de la rigueur du sort qui a renversé sans miséricorde ses plus beaux projets, détruit ses plus chères espérances, mis à néant ses plus ingénieuses combinaisons. C'est pour nous en donner la preuve qu'il nous raconte sa vie, depuis le moment de sa naissance jusqu'à son installation au mont Saint-Michel. Histoires, historiettes, épisodes variés, anecdotes de tout genre, rien n'y manque. L'auteur ne nous tait rien de ce qu'il aurait pu négliger sans inconvénient, s'il s'était uniquement proposé d'être utile.

Mais il n'a pu consentir à réduire son missel à un petit volume, et sa mémoire lui a fourni assez de matière pour qu'on ait cru devoir retrancher bien des inutilités à l'impression.

Le philosophe a dit que le sage aux prises avec le destin était un spectacle digne des dieux. Mais les dieux sont éternels, ils ont du loisir, et si longue que soit la lutte du héros contre le sort qui le menace, elle ne dure pour eux qu'un moment. Ici il n'y a ni sage ni héros.

Nous sommes en présence d'un homme qui n'a rien d'extraordinaire, si ce n'est son affection nerveuse. Il est vrai que dans son état maladif, l'auteur du *Testament médical, philosophique et littéraire* se persuade aisément que ses facultés s'étendent à proportion que la sensibilité s'exalte, et si vous savez lire, vous ne tarderez pas à deviner que sa vraie maladie est une conviction profondément enracinée, que les circonstances ont manqué à l'homme pour montrer au grand jour sa prodigieuse et universelle capacité, son grand talent, tranchons le mot, son génie.

C'est un inventeur qui a manqué toutes les inventions ou qui a inventé trop tard. Dans sa tête ont germé des idées qu'il ne lui a pas été donné de produire, et qui écloses en temps convenable, ont depuis fait fortune. Il a une merveilleuse universalité d'aptitudes : savant, artiste, écrivain, il est encore poète à ses heures.

En virtualité, c'est un grand homme; mais il n'a pas été compris, il n'a pu l'être; la puissance d'invention et de conception est aussitôt comprimée par je ne sais quoi qui brouille les idées, gêne l'expression, arrête la parole ou la plume. C'est le *mentisme* qui produit inévitablement la *dysgraphie*, pour emprunter le langage de l'auteur, riche en images et en néologismes. Il a comme une pléthore nerveuse qui comprime les facultés cérébrales des qu'elles sont excitées, et pour cette pléthore il n'y a ni saignée, ni révulsifs, ni dérivatifs qui vaillent. Il ne faut point songer à la méthode altérante, encore moins à la méthode substitutive.

Je crois que cette maladie, qui est peut-être de celles qu'il serait dangereux de guérir, n'a point de remède. Le malade est ainsi fait, et il ne saurait être autrement. Qu'il ait pleine conscience de son état, cela n'est pas douteux; mais on peut douter qu'il se connaisse à fond.

n'avaient pas présenté de sang jusque-là, prirent ce caractère dans la soirée.

Le 31, un maître illustre qui fait le service pendant une courte absence de M. Jarjavay, ne se prononce pas catégoriquement sur la nature de la tumeur ; mais il prescrit un bandage compressif.

Voici ce que je constatai ;

La dépression médiane de la région sternale, dépression naturellement très-exagérée chez le sujet, est comblée au niveau de la première pièce par une tumeur d'une hauteur verticale de deux travers de doigt et d'une étendue transversale double. Cette tumeur, par sa disposition symétrique, par son renflement médian logé dans la concavité du sternum et par ses parties latérales qui se prolongent de chaque côté en s'amincissant, rappelle un peu l'aspect d'une chauve-souris aux ailes déployées.

Elle est sans changement de couleur aux téguments, indolente par elle-même et à peine sensible à la pression. En en déprimant le centre avec le doigt, on trouve à 6 ou 7 centimètres environ de la fourchette une fente transversale, à bords irréguliers, qui est évidemment le trait de la fracture, fracture si étroite qu'elle pourrait en imposer pour un simple sillon à la surface de l'os.

La tumeur est agitée d'un double mouvement ou plutôt de deux mouvements doubles. L'un correspond aux deux temps de la respiration, l'autre à la contraction et au relâchement des ventricules du cœur.

Dans la RESPIRATION ordinaire, la tumeur s'*affaisse* pendant l'*inspiration* et se *relève* pendant l'*expiration*. Ces changements, qui sont alors peu marqués, augmentent très-notablement pendant l'expiration de la phonation et surtout pendant celle de la toux. Dans ce dernier cas, la tumeur se soulève d'environ 1 centimètre, comme un couvercle, en conservant sa figure aplatie.

L'agitation produite par les battements du cœur est principalement marquée dans le côté gauche de la tumeur. Cette agitation, appréciable d'ailleurs à la vue et au toucher, n'existe que pendant l'expiration, par suite sans doute du resserrement de la poitrine qui rapproche le cœur de la tumeur et la met à sa portée.

La tumeur se soulève au moment de la contraction des ventricules et retombe aussitôt après; pour être tout à fait exact, je devrais dire qu'elle subit ainsi un mouvement alternatif de dilatation et de retrait.

A l'auscultation de la tumeur, si la respiration est calme, on n'entend rien dans la tumeur elle-même, mais assez profondément comme dans un point qui correspondrait à l'intervalle des fragments, l'oreille perçoit, au commencement de l'expiration, un petit bruit unique de soupape humide, ou bien le bruit d'éclatement ou de collision d'une bulle assez grosse. Parfois aussi pendant l'inspiration quelques grosses bulles semblent crever au même niveau.

Pendant l'expiration de la toux, au moment où la tumeur se remplit, il s'y produit une crépitation humide, nombreuse, généralement à bulles fines mêlées seulement de quelques autres plus volumineuses. Ce gargouillement, ce bruit hydroaérique se passe dans toute la tumeur, mais sans qu'une seule bulle en dépasse les limites. Le bruit de soupape qui commence avec l'expiration s'entend à une distance de quatre ou cinq travers de doigt du thorax.

Pendant la phonation, à laquelle la douleur enlève son énergie, les bruits sont à peine plus accentués que dans la respiration ordinaire.

Les mouvements du cœur, surtout la systole ventriculaire, déterminent de temps en temps le bruit hydroaérique; alors il est ordinairement à bulles assez grosses.

On retrouve à la pression du doigt des phénomènes analogues ; une crépitation humide, nombreuse, à bulles fines, mêlées de quelques autres plus larges, résonnant comme un gaz en mouvement avec un liquide, c'est-à-dire faisant entendre un bruit hydroaérique : voilà ce qui se passe pendant la respiration calme; pendant la toux, c'est la même chose, à l'intensité près qui est beaucoup plus grande.

La percussion de la tumeur fournit des résultats identiques. En dehors de la circonférence de la tumeur, rien.

La tumeur est sensiblement réductible, et la réduction donne lieu aux phénomènes hydroaériques que nous avons signalés.

La percussion de la partie antérieure de la poitrine en dehors des limites de la tumeur n'offre rien de significatif. Seulement, une fois à une percussion un peu forte, j'ai entendu un son hydroaérique paraissant révéler un épanchement hydroaérique à l'intérieur de thorax.

A l'auscultation de la poitrine, on entend en avant des deux côtés le murmure vésiculaire, auquel s'ajoutent du côté droit des râles bronchiques.

En arrière, la percussion et l'auscultation sont normales du côté gauche. Du côté droit, il y a de la matité en bas, du râle crépitant, de la respiration tubaire, diminution considérable du murmure vésiculaire et retentissement de la voix qui a un peu le caractère de la voix de jeton, ce qui, avec les crachats rouillés et adhérents, indique une pneumonie assez étendue avec épanchement pleurétique.

Les jours suivants, la position s'aggrave, le côté droit est mat depuis le bas presque jusqu'en haut.

Le 3, bien que la tumeur n'ait pas notablement augmenté, le bruit hydroaérique s'entend à 1 *mètre* de distance pendant la toux.

Le 6, la tumeur est beaucoup plus saillante. Ses mouvements d'expansion et de retrait, à peine sensibles sous l'influence de la respiration, sont au contraire très-marqués sous l'impulsion du cœur, ce qui tient sans doute, en partie du moins, à l'énergie que lui donne une fièvre intense. Langue sèche, fuligineuse, diarrhée.

Le 7, l'état du malade a encore empiré; l'oppression est très-forte, la parole entrecoupée, la diarrhée abondante. La peau de la région sacrée commence à s'entamer. On note deux abcès froids, l'un à la région épitrochléenne droite, l'autre à la fesse gauche.

Le 8, matité complète du côté droit en avant comme en arrière; sonorité normale à gauche.

L'accroissement de la tumeur a continué; en travers elle mesure 11 centimètres et 8 de haut en bas. Elle est encore divisée en trois lobes, un médian et deux latéraux. Elle n'est plus agitée ni par les mouvements de la presiration ni par ceux de la circulation, quoique, sous cette double influence, on entende encore les bruits hydroaériques, ainsi qu'à la pression, phénomènes qui du reste persistaient dans la même condition la veille de la mort. L'oppression est très-considérable.

Le 12, mort à dix heures et demie dans le marasme.

AUTOPSIE. N'ayant pu y assister, je l'ai rédigée sur des notes que voulut bien me communiquer M. Vulpian, alors interne de M. Gerdy.

Cet examen fut fait vingt-quatre après la mort. Les deux abcès que nous avons signalés contenaient du pus bien lié.

La percussion de la tumeur donne un son clair et les mêmes phénomènes hydroaériques que pendant la vie, de même qu'ils se reproduisent perceptibles à la main et à l'oreille appliquées sur la tumeur, quand on fait l'insufflation à l'aide d'une sonde fixée dans la trachée. La compression de la tumeur expulse ensuite par la sonde de l'air et un liquide puriforme. Une ponction y est pratiquée par où s'échappent une très-grande quantité d'air et quelques gouttes de pus. Largement ouverte par une incision cruciale, on voit que son enveloppe est consti-

Autrement il se rendrait justice et ne viendrait pas nous la demander son gros livre à la main.

Nous l'avons lu, ce livre, depuis la première ligne jusqu'à la dernière, sans oublier les deux rapports qui le recommandent. La variété des épisodes et la multiplicité des personnages nous a aidé à mener la lecture à terme sans excès de fatigue ; mais, s'il faut le dire franchement, nous n'avons été ni touché ni converti.

Il ne nous appartient pas de juger l'homme ; mais nous estimons que l'auteur de ces confidences, qui a trouvé enfin une position honorable après avoir lutté si longtemps, non sans avoir auprès de lui des auxiliaires et des amis dévoués ; nous estimons que le docteur Dumont a fait un livre très-singulier, très-bizarre, très-inégal, qui sans être précisément d'un bon exemple, ne peut intéresser que les curieux, les gens de loisir et les romanciers qui voudraient faire plus ample connaissance avec la haute et la basse Bohême médicale.

L'auteur aura eu la satisfaction qu'il cherchait, et nous ne voudrions pas troubler son contentement. Il a été malheureux, et nous le plaignons ; malade, et nous compatissons à ses souffrances ; il a trouvé des souscripteurs, et nous nous en réjouissons pour lui ; nous lui souhaitons même des lecteurs aussi patients que nous, et il nous semble qu'il n'a pas mal fait de conjurer les sévérités de la critique en s'humiliant orgueilleusement en maints passages.

L'auteur est ici hors de cause, puisqu'il reconnaît lui-même qu'il ne ressemble à qui que ce soit. Son livre est fait, il est lancé, comme on dit en argot de librairie. Nous doutons seulement que ce livre soit d'un bon exemple, et qu'il contribue beaucoup à élever le niveau de la moralité professionnelle et à honorer la littérature médicale. Et puis, disons-le carrément, nous n'aimons pas qu'un testament soit ouvert avant la mort du testateur.

J. M. GUARDIA.

OBSERVATIONS SUR L'ORIGINE DES DIFFÉRENCES QUI EXISTENT ENTRE LES RACES HUMAINES (1).

M. Trémaux ayant communiqué à l'Académie des sciences (2) des considérations anthropologiques contraires aux opinions que j'ai émises dans diverses publications (3), je crois devoir publier quelques observations en faveur de mes idées.

(1) Note lue à l'Académie des sciences, dans sa séance du 5 décembre, par M. J. J. D'OMALIUS D'HALLOY.

(2) Séances des 21 mars, 4 avril, 13 juin 1864.

(3) Notamment dans un volume intitulé : *Des races humaines*, édité par Lacroix, 15, quai Malaquais, à Paris.

tnée par la peau doublée d'une membrane pyogénique. Sa paroi profonde, recouverte d'une mince couche de pus, s'engage manifestement entre les fragments du sternum qu'elle tapisse. Il s'agit du lobe moyen, du corps de la chauve-souris, dont la cavité est libre de toute espèce de brides. Les ailes ou les deux branches du foyer sont traversées par des brides celluleuses qui forment des étranglements et des loges d'un diamètre inégal. L'aile droite est située entre le grand pectoral et la troisième côte; l'aile gauche est sous-cutanée. Le corps ou la partie moyenne de ce foyer extérieur communique largement entre les fragments avec un foyer intérieur. Ce foyer, revêtu comme le précédent par une membrane pyogénique, a pour paroi antérieure les fragments du sternum, le supérieur sur une hauteur de 1 centimètre, l'inférieur sur une hauteur de 4 centimètres; pour paroi postérieure, le poumon droit infiltré de pus; pour paroi inférieure, le péricarde, grâce au refoulement de la plèvre médiastine droite à gauche.

Ces deux foyers, partout séparés de la cavité de la plèvre droite par des adhérences et par le poumon, n'en est pas moins contenu dans cette cavité pleurale. L'orifice de la fistule pulmonaire est d'environ 2 millimètres.

Ces deux foyers, communiquant entre les fragments, figurent assez bien encore un sablier coudé à ampoule pro-sternale anfractueuse, à ampoule rétro-sternale plus large, qui a pour paroi inférieure le péricarde et pour centre le poumon droit déchiré. Cette disposition anatomique rend parfaitement compte des phénomènes observés pendant la vie.

Outre le foyer interne qu'elle renferme, et qui en est d'ailleurs indépendant, la plèvre droite contient un énorme épanchement séro-purulent.

Le fragment supérieur a 7 centimètres de long, l'inférieur, moins l'appendice xiphoïde, en a 8. Le supérieur est en même temps légèrement antérieur. Ils sont noirâtres, et leurs aréoles sont remplies de pus.

Cinq abcès dans le foie, dont la substance, du reste, parfaitement saine, n'est que repoussée par le pus.

La rate, les reins, le cœur, le cerveau sains.

Les veines mammaires, les seules qui soient examinées, sont à l'état normal.

Ce qui rendait ici le diagnostic si malaisé, c'était le manque d'un cas analogue, c'était en un mot la nouveauté du fait. La difficulté en elle-même venait du siége de l'abcès gazeux. Ailleurs un gargouillement à bulles nombreuses et inégales dans un foyer sous-cutané, n'eût pas tardé à révéler la nature de la lésion, et jusqu'aux conditions anatomiques des phénomènes hydroaériques. C'est ainsi que j'ai pu reconnaître d'emblée sous la peau de la région lombaire une collection de pus et de gaz dans une poche anfractueuse, et en assigner avec quelque probabilité le point de départ dans un foyer intra-abdominal. Ce foyer, ce compartiment intérieur d'un abcès gazeux en sablier était isolé du reste du péritoine par des adhérences, comme dans le cas précédent, le compartiment rétro-sternal l'était dans la plèvre (1). J'ai vu depuis sur différents points du corps d'autres abcès gazeux d'un diagnostic bien plus facile encore. A la poitrine, au contraire, il y a le voisinage du poumon qui jette dans le doute par la chance que l'on court d'avoir sous le doigt une de ses hernies. Dans l'abcès gazeux, le gargouillement fin rappelle la crépitation d'un lobule pulmonaire sous la pression, et le gargouillement à grosses bulles ressemble assez à des râles bronchiques; mais dans le pneumocèle je n'ai jamais trouvé qu'une crépitation fine, égale, sèche, et rien qui ressemble à du gargouillement, etc. (1). On ne saurait plus, à cet égard, tomber dans aucune confusion.

(1) Voy. mon *Emphysème traumatique*, *Gazette médicale*, 1863.

Le bruit de roue hydraulique, le bruit de moulin est un signe aussi décisif qu'élégant de l'épanchement traumatique d'air et de liquide dans le péricarde et dans l'une des plèvres, c'est-à-dire de la rupture simultanée du péricarde et de l'un des poumons. Quant aux autres signes physiques de cette lésion complexe, pour les comprendre, il importe de se rappeler qu'il y a forcément peu de liquide et d'air dans le péricarde par la raison que les mouvements du cœur les chassent en partie de cette poche par sa rupture même; aussi les données de la percussion sont-elles ici peu appréciables. J'ai vainement cherché la sonorité tympanique quand le bruit de moulin rendait la présence de l'air aussi évidente que si on l'eût recueilli et pesé. Je ne l'ai trouvée que dans un cas où il y avait à la fois de l'air dans les deux plèvres et dans le péricarde (obs. I); elle était très-prononcée.

Nous avons vu comment il pouvait y avoir peu d'air dans la plèvre, et par conséquent peu d'augmentation de sonorité, augmentation d'autant moins sensible qu'elle est en quelque sorte compensée par la matité de l'épanchement liquide, que j'ai trouvé minime dans un cas, moyen dans les deux autres. On a noté dans les cas médicaux un affaiblissement des bruits du cœur. C'est ce qui ne m'avait pas frappé, soit que je n'eusse pas donné à la recherche de ce point toute l'attention nécessaire, soit plutôt que l'épanchement du péricarde fût trop faible pour amener cette modification. Et puis cet affaiblissement au milieu d'un grand traumatisme, d'une violente commotion ou d'un écrasement d'un tronc, n'eût-il pas perdu ici beaucoup de sa signification?

La percussion éclaire sur le degré du double épanchement; le bruit de moulin en avait déjà révélé l'existence ainsi que la rupture du péricarde. Il n'y a pas de diagnostic plus facile, plus net, *plus joli*, comme aurait dit Blainville.

Enfin, il peut y avoir les signes ultérieurs qui sont ceux de la péricardite. (V. obs. I.)

PRONOSTIC.

Suivant Morgagni (2), l'hydropneumopéricarde de cause interne était inévitablement mortel; c'était une grosse erreur : sur sept cas, trois se sont terminés par la guérison; sur les quatre autres, la lésion qui avait donné naissance à l'épanchement mixte du péricarde, a joué certainement le principal rôle dans l'événement.

Sur nos trois malades atteints de rupture du péricarde et du poumon, deux ont succombé, tous deux d'une part à la stupeur traumatique, et d'autre part à une pleuropéricardite aiguë.

Voici l'observation du troisième blessé, qui a guéri.

(1) Voy. mes *Hernies du poumon*, *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I, p. 75.
(2) Epist. 16.

M. Trémaux a posé comme base de ses communications le principe suivant : « L'homme blanc devient nègre (et *vice versâ*) selon le milieu « qu'il habite et sans le concours de causes primordiales ou antédilu- « viennes. »

Il appuie principalement cette opinion sur ce que, en s'avançant de l'Egypte vers la Nigritie, il a vu les populations, notamment les Barabras, prendre successivement un teint plus noir, ainsi que les autres caractères des nègres. Il reconnaît cependant qu'il a trouvé au sud des Barabras des Arabes moins noirs que les Barabras; mais cette circonstance ne lui paraît pas contrarier le principe énoncé ci-dessus, parce qu'il y a, dit-il, peu de siècles que ces Arabes sont établis dans cette contrée, et que d'ailleurs ils sont plus noirs que les Arabes du Nord.

M. Trémaux ajoute que cette progression de la couleur noire ne peut être attribuée aux croisements, parce qu'il y a dans le Soudan une grande antipathie entre les deux races, et que d'ailleurs les Soudaniens ne conservent pas d'esclaves nègres.

Je suis loin de contester que la coloration en noir augmente à mesure que l'on s'avance en Afrique vers l'équateur, mais je persiste à croire que l'existence d'anciennes populations noires et les croisements rendent beaucoup mieux raison de ce fait que les influences du climat actuel. Je ferai d'abord remarquer que tous les peuples à teint foncé de l'Afrique, qui ne sont pas nègres, présentent de grandes variations individuelles sous le rapport de la couleur et des autres caractères, ce qui est précisément le propre des produits des croisements; tandis que si les caractères de ces populations étaient le résultat des milieux, il y aurait an contraire uniformité dans les habitants d'une même contrée.

D'un autre côté, je doute de la réalité de l'assertion qu'il y a très-peu d'unions entre les deux races dans le Soudan, car, outre qu'un semblable résultat me paraît contraire à ce que nous savons des mœurs des peuples musulmans, je lisais dernièrement, dans les voyages de M. Barth, que parmi les reproches que l'on faisait à des princes soudaniens qui avaient été dépossédés, figurait celui d'être fils d'une négresse.

M. Trémaux invoque aussi un phénomène qui serait très-important s'il était réel, c'est que les croisements font passer l'homme noir au blanc dans le Nord et l'homme blanc au noir dans le Midi; mais je me permets d'élever des doutes à ce sujet : d'abord parce que l'on ne cite point de faits particuliers constatés, et ensuite parce que l'on s'appuie seulement sur ce que les croisements ne font pas perdre la couleur blanche aux peuples du Nord et la couleur noire aux peuples d'entre les tropiques. Mais ce résultat doit se produire sans que l'influence des climats actuels y soit pour quelque chose, attendu que partout où les étrangers venus dans un pays sont moins nombreux que les habitants antérieurs, l'influence que peut exercer leur union avec ces derniers doit tendre à s'effacer par suite de l'union des hybrides de premier ordre avec des individus non croisés.

On pourrait aussi ajouter que si les noirs qui viennent en Europe n'y laissent point de traces de leur existence, cela tient à ce que les hybrides provenant des individus du type blond avec des noirs ne sont

OBS. IV. — Le 4 mars 1863, est entré dans mon service à l'hôpital Beaujon, 2e pavillon, n° 22, Engène Lablanche, âgé de 37 ans, charretier à Neuilly, rue Sablonville, 8. C'était un homme d'une constitution robuste, et qui n'avait eu jusque-là o'autre affection qu'une fracture de cuisse suivie de raccourcissement et de claudication.

Le jour de son entrée il avait été renversé par une voiture de maître. Une des roues lui était passée en écharpe sur le côté gauche de la poitrine de la base au sommet, en froissant violemment sur la fin de son trajet la joue correspondante. Un coup de pied de cheval avait atteint l'autre joue. Le blessé ne perdit pas connaissance; il ne perçut aucun craquement; il ressentit une vive douleur qui l'empêcha de se relever. Il cracha immédiatement la moitié d'une tasse de sang environ.

Le lendemain, je trouvai le blessé couché sur le dos, immobile, respirant péniblement, les traits empreints d'un certain degré de stupeur, en un mot, dans un état de souffrance qui ne permettait d'examen que dans l'intérêt du traitement. Je dus me borner à constater des fractures multiples des côtes, un emphysème de moyenne étendne, et la nature, heureusement peu sérieuse, des lésions de la face. (Bandage de corps élastique; tisane d'arnica, potion de morphine, bouillons.)

Le 6, il y avait un mieux sensible dans l'état général, et je pus étudier les choses de plus près.

Une bande ecchymotique de 3 centimètres et demi de large remonte un peu obliquement de gauche à droite, de l'extrémité antérieure de la huitième côte gauche sur le mamelon et jusqu'au niveau de la fourchette sternale; là elle s'interrompt pour se continuer, en quelque sorte, et se terminer au côté correspondant de la face; elle dit mieux que tout renseignement le passage de la roue qui a pris ce côté de la poitrine un peu en écharpe de la base au sommet.

Sous l'empreinte qu'elle avait laissée, les quatrième, cinquième, sixième et septième côtes étaient fracturées. La crépitation et la mobilité anormale des fragments se manifestent dans toutes les inspirations; elles se remontrent aussi à la moindre pression des doigts. Les fragments de la sixième et de la septième s'abaissent en crépitant au plus léger contact, et se relèvent sous les battements du cœur en produisant également la crépitation; la mobilité de ces fragments est telle qu'il est impossible qu'ils ne soient pas multiples sur chacune de ces deux côtes. Je n'ai pas essayé de confirmer cette donnée par une exploration qui eût occasionné une douleur sans compensation.

Sous la bande qu'avait dessinée la roue, la paroi offrait une dépression notable. due peut-être à l'écrasement du grand pectoral, à un certain enfoncement des fragments costaux, ou peut-être plutôt à ce qu'un emphysème coexistant avait trouvé le tissu cellulaire contus moins dilatable et l'avait moins soulevé que sur les limites de la bande. Toujours est-il que dans cette région le côté paraissait déprimé, du moins comparativement au côté sain.

L'emphysème crépite sous la bande ecchymotique, qu'il ne dépasse ni en baut ni en bas, et qu'il déborde à peine de 1 centimètre et demi en dedans, mais en dehors il s'étend jusqu'au bord antérieur du grand dorsal.

En avant, le murmure vésiculaire manque en bas et ne commence à s'entendre qu'à environ quatre travers de doigt de la clavicule, et la sonorité, loin d'être tympanique, est plutôt diminuée, obscure. *En arrière*, la matité est très-prononcée depuis la base du poumon jusqu'à l'épine du scapulum; il y a dans cette région de la respiration bronchique et de l'égophonie. Le murmure vésiculaire existe, mais il est éloigné. On trouve des râles muqueux des deux côtés, et surtout du côté blessé. Pas de tintement métallique ni de respiration amphorique.

La matité en arrière, la submatité en avant avec absence ou éloignement du murmure vésiculaire dans ces deux points, indiquaient un épanchement liquide, et rien de plus.

Et cependant il y avait aussi de l'air. Je le savais, car au lieu de procéder à l'examen de la poitrine dans l'ordre où j'ai dû en exposer les résultats, j'étais allé d'emblée chercher mon bruit de moulin, et je l'avais trouvé.

Ce bruit hydroaérique se répétait à chaque contraction des ventricules, et durait un peu plus longtemps qu'elle.

Il s'entendait non-seulement sous l'oreille à la région précordiale, mais encore sous la clavicule et avec une grande intensité, malgré les bruits respiratoires.

Il s'entendait même à distance, tout autour du lit, de la tête et du pied, pourvu qu'il se fît un peu de silence dans la salle.

Il était également entendu du malade quand les mille bruits du jour venaient à cesser quelque peu; et la nuit, il l'incommodait au point de l'empêcher de dormir.

La main appliquée sur le siége de ce bruit ne recevait aucune impression particulière.

Chaque fois que je l'entendais, ce bruit hydroaérique me rappelait, par sa répétition régulière comme par sa nature même, celui de la roue hydraulique dont les aubes battent à intervalles égaux, l'air avec l'eau. C'était, à l'intensité près, le même clapotement rhythmique, c'était le bruit de moulin.

Chez notre blessé, ce bruit se répétait 92 fois par minute; le pouls était à 92.

A l'épanchement du sang j'étais donc en droit d'ajouter l'épanchement d'air, et je le fis hautement, en présence d'une situation qui pouvait permettre une trop prompte vérification du diagnostic. (Même prescription.)

7. Le malade a mieux passé la nuit; il a été moins incommodé par le clapotement. Et en effet, ce bruit a diminué en intensité et en durée; hier il semblait naître de la collision d'une série de bulles inégales avec le liquide, et aujourd'hui il n'y a plus qu'un seul bruit isolé, comme s'il n'était formé que par une seule bulle. Il ne reste plus que cette portion du bruit qui s'entendait après la contraction des ventricules, le commencement et le milieu du bruit qui coïncidaient avec cette contraction ont disparu. Voilà pour la durée; l'intensité a subi une décroissance proportionnelle, le bruit est moins fort. On l'entendait cependant encore très-bien à travers l'épais bandage de corps et la chemise.

8. Le bruit de moulin, qui décroît, a moins troublé le sommeil de la nuit. Ce clapotement, qui semble désormais à une seule bulle, ne s'entend plus que dans un rayon de 5 à 6 centimètres du mamelon.

Jusque-là je ne l'avais point recherché en arrière; il est vrai que dans des explorations faites et répétées dans un autre but, je ne l'avais point entendu, mais ce n'était pas lui que j'écoutais. Ce jour-là je fis asseoir le malade et j'appliquai l'oreille en avant et en arrière de la poitrine, sans saisir aucune trace du clapotement qui était cependant très-distinct dans le décubitus dorsal.

Je ne dis rien des autres signes physiques, qui n'ont pas offert de notables variations. Le symptôme maintenant le plus fatigant, c'est la toux; il s'est montré aussi une douleur assez vive sous le mamelon. 76 pulsations, 32 inspirations. La matité remonte toujours jusqu'à l'épine de l'omoplate; en avant, la submatité est la même.

9. Le bruit de moulin n'existe plus.

Depuis hier, il s'est fait dans la sonorité un changement frappant; en avant, elle est redevenue presque normale, quoique le murmure vésiculaire n'ait pas reparu, comme si l'épanchement liquide avait diminué

---

pas doués d'une grande force reproductrice, car la seule vue des bataillons algériens qui étaient dernièrement à Paris suffit pour montrer l'influence qu'exerce le croisement des noirs avec les blancs dans des contrées qui, depuis les temps historiques les plus reculés, sont le patrimoine de la race blanche.

M. Trémaux cite encore en faveur de ses opinions les Founs, Fouts ou Fellans qui, dit-il, ont été chassés de l'Egypte aux temps des Pharaons et qui seraient devenus d'un teint plus foncé que les Egyptiens par suite de leur séjour dans le Soudan; mais je trouve qu'il n'aurait pu prendre un exemple plus défavorable à la thèse qu'il soutient, car les anciennes peintures que l'on a trouvées en Egypte prouvent que, dès le temps de Sésostris, il existait déjà en Afrique des peuples qui avaient la couleur et les autres caractères extérieurs qui distinguent les Fellans d'aujourd'hui. Du reste, si les Fellans doivent leur nom à des Egyptiens, je dirai qu'il est arrivé à ces Egyptiens ce qui arrive aux Francs, aux Bourguignons, aux Lombards, qui ont donné leurs noms aux peuples qu'ils ont conquis, mais qui se sont fondus dans ces derniers, car on ne peut considérer les Français, les Bourguignons et les Lombards d'aujourd'hui comme étant des Germains.

Je reconnais toutefois qu'il y a des faits qui peuvent avoir influé sur l'opinion de M. Trémaux : c'est que les croisements qui ont eu lieu dans une grande partie de l'Afrique ont donné naissance à des populations dont le teint est très-foncé et quelquefois tout à fait noir; mais je crois que ce résultat peut s'expliquer autrement que par l'influence du climat actuel. J'ai déjà eu l'occasion de faire remarquer qu'il se passait dans les mélanges physiologiques du noir avec des teintes moins foncées, soit qu'il s'agisse de la peau, des cheveux ou des yeux, un phénomène analogue à ce qui a lieu dans les mélanges physiques des couleurs, où l'association d'une quantité égale de noir et de blanc produit ordinairement une teinte beaucoup plus foncée que la moyenne entre les deux couleurs qui sont entrées dans le mélange. Or, c'est à cette circonstance que j'attribue l'existence en Afrique et en Asie de nombreuses populations qui ont conservé on pris la couleur noire par suite de croisements, tout en prenant ou en conservant plus ou moins des autres caractères de la race blanche.

Il y a peut-être encore un autre moyen d'expliquer la couleur des populations noires qui ont des formes extérieures plus ou moins analogues à celles de la race blanche, et dans cette explication je me rencontrerais, jusqu'à un certain point, avec une opinion de M. Trémaux : c'est que le Créateur aurait doué la nature organique d'une tendance au perfectionnement et que cette tendance existerait encore, quoiqu'elle soit moins intense qu'elle ne l'était pendant les anciennes périodes géologiques. Or, comme les formes de la race blanche sont plus perfectionnées que celles des nègres et qu'elles donnent lieu à des facultés intellectuelles supérieures, on concevrait, dans l'hypothèse dont il s'agit, que la tendance au perfectionnement amènerait dans les cas de croisements la prédominance des formes de la race blanche, tandis que la coloration, devant être plus indifférente au développement des facultés

et l'épanchement gazeux augmenté en proportion. Et en effet, le niveau de la matité est descendu en arrière à quatre doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate.

En avant, on n'entend rien que des râles bronchiques éloignés sous la clavicule; en arrière, ce sont encore ces mêmes râles, mais plus abondants avec du murmure vésiculaire encore éloigné et partiel. Pouls à 70. L'état général s'améliore.

10. Un point de côté s'est montré à droite vers la base du poumon avec une dyspnée et une fièvre marquées, mais sans matité et sans râle crépitant. Je prescris néanmoins une potion avec 20 centigrammes d'émétique.

Le lendemain, ce point de côté n'existait plus.

12. L'état général présente une notable amélioration, le sommeil et l'appétit reviennent.

14. Le malade se lève pour faire son lit, et réclame des aliments.

Le niveau de la matité ne remonte plus qu'à la pointe du scapulum; le murmure vésiculaire s'entend large et abondant sous la clavicule. Le bruit d'expiration est cependant encore très-prononcé.

Le murmure vésiculaire reparait peu à peu en arrière à mesure que la matité diminue, et le 23 on le trouve dans presque toute son étendue; état général excellent.

4 avril. En avant, la sonorité et le murmure vésiculaire sont revenus entièrement; en arrière, il reste encore à la base une matité de quatre travers de doigt, et le murmure vésiculaire n'a pas encore repris tout son développement. Le malade, qui est depuis plusieurs jours à quatre portions, sort d'ailleurs parfaitement guéri.

Remarquons que dans ce cas il n'y a pas eu de commotion générale de l'organisme, et qu'il y avait, non une rupture, mais une simple perforation du péricarde par un fragment de côte.

COMPLICATIONS.

Il y a ici deux ordres de complications, les unes primitives, les autres consécutives.

Parmi les premières, il y en a une, en quelque sorte essentielle, qui jusqu'à ce jour n'a jamais manqué: c'est la rupture superficielle, imperceptible d'un ou des deux poumons. D'autres encore, liées de très-près à la solution de continuité du péricarde et du poumon, blessure dont elles peuvent même être les agents: vous avez nommé les fractures de côtes. Enfin, il peut se rencontrer des lésions éloignées, des contusions, des fractures du rachis avec compression ou commotion de la moelle, et par-dessus tout la stupeur traumatique.

Les complications consécutives, ce sont l'inflammation aiguë du péricarde et celle de la plèvre, on devrait dire c'est la pleuro-péricardite. Cette double phlegmasie, qui parait presque inévitable, peut rester purement adhésive (obs. I et IV); mais elle peut devenir purulente et d'une extrême gravité. Il y a encore l'épanchement d'air et de sérosité dû, au moins au début, à une simple irritation; mais je n'en parle pas, c'est une partie de la maladie même.

TRAITEMENT.

La rupture du péricarde, de la plèvre et du poumon, la présence du sang et de l'air dans les deux séreuses rendent inévitable et imminente l'inflammation de ces membranes. Il faut s'attacher, sinon à la prévenir, du moins à la modérer. On peut y réussir; notre dernière observation le montre. On en trouve également la preuve jusque dans cette nécropsie où l'inflammation, restée simplement adhésive, avait maintenu l'épanchement dans des limites salutaires et promettait une guérison que des complications éloignées purent seules empêcher. On devra donc, sans perdre de temps, recourir à des saignées locales et générales, à des purgatifs doux et répétés, aux diurétiques. Il faut surtout ne pas perdre de vue un seul instant la péricardite et la pleurésie, afin de les combattre avec une énergie proportionnée à leur intensité et au danger qu'elles entraînent.

OBSTÉTRIQUE.

De l'hydrocéphalie du foetus considérée comme obstacle a l'accouchement; par le docteur R. Chassinat, médecin à Hyères (Var), lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Montyon) et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

(Suite et fin. — Voir les n[os] 29, 30, 37, 39, 44 et 49.)

Moyens a employer pour terminer l'accouchement. — Conviendra-t-il de tenter d'abord d'activer le travail par les différents agents thérapeutiques auxquels on reconnait cette propriété, tels que certains médicaments excitants, le seigle ergoté? Naumann (*diss. cit.*) avait blâmé l'emploi de ces moyens, comme étant plus nuisibles qu'utiles; car, par leur action sur les parties molles de la mère, ils les rendent plus aptes à éprouver les funestes effets d'un accouchement laborieux, les inflammations, les hémorrhagies, etc. Quant au seigle ergoté, on pourra en dire autant; et au reste Villeneuve a établi en principe qu'il ne fallait recourir à ce médicament que quand « le fœtus se présente de manière à être expulsé naturellement sans « que l'on soit obligé de changer sa position, et que son volume n'est « pas trop considérable... »; et ailleurs : « Il faut qu'il ne manque « que des contractions utérines suffisantes; position et volume du « fœtus étant normaux » (1).

C'est donc aux moyens chirurgicaux seuls qu'il faudra recourir. Ces moyens seront différents selon que l'enfant présentera la tête ou le siége.

S'il y a présentation du sommet de la tête, et étant admis que la maladie du fœtus est connue de l'accoucheur, et qu'il sait ce qui met obstacle à la terminaison de l'accouchement, deux circonstances peuvent se présenter : ou la tête est encore au détroit supérieur, ou elle est engagée dans l'excavation pelvienne. Si la tête est encore assez élevée au-dessus du détroit supérieur, si le travail ne dure pas depuis très-longtemps, si la femme est jeune, forte et dans un parfait état de santé, s'il n'y a aucune complication existante ou à craindre, on pourra attendre, surtout si l'hydrocéphalie est peu volumineuse. Il pourra se faire que la tête s'engage et qu'elle franchisse spontané-

(1) *Mém. hist. sur le seigle ergoté*, p. 40.

intellectuelles, suivrait les règles de l'influence physique du noir dans toute sa plénitude.

M. Trémaux invoque aussi en faveur de ses opinions l'uniformité que présentent les Egyptiens actuels et leur ressemblance avec ceux du temps des Pharaons; mais cet état de choses, que je dois supposer exact, quoiqu'il ne soit pas d'accord avec les récits d'autres observateurs, ne pourrait-il pas s'expliquer par la circonstance que les étrangers ne se reproduisent pas régulièrement en Egypte, ainsi qu'on l'a souvent dit à l'occasion des Mamelouks?

M. Trémaux reproduit, sur l'influence que l'âge et la nature du sol exercent sur les hommes, des opinions que l'amour de la géologie m'avait fait adopter, il y a plus d'un demi-siècle, mais que j'ai dû fortement modifier depuis que je me suis occupé d'ethnographie. Il pense que les hommes qui habitent sur les terrains anciens sont moins favorisés au point de vue des formes et de l'intelligence que ceux qui habitent des terrains nouveaux. Il s'appuie notamment sur ce que dans le Soudan les nègres habitent les montagnes primitives, tandis que les plaines formées de terrains moins anciens sont occupées par des populations qui ont des formes plus rapprochées de celles des blancs, de sorte qu'en faisant une carte ethnographique il avait fait une carte géognostique. Or, sans m'occuper de la question de savoir si M. Trémaux a pu recueillir des renseignements suffisants pour connaître si toutes les montagnes de la Nigritie sont formées de terrains anciens, je ferai remarquer que l'état de choses qu'il signale est un résultat nécessaire de l'état social actuel du Soudan, attendu que les peuples non nègres qui ont conquis le nord de cette région font continuellement chez les nègres des irruptions dont le résultat est l'enlèvement comme esclaves de la jeunesse et l'extermination des personnes âgées que l'on peut atteindre, de sorte que les populations nègres ne peuvent se maintenir qu'autant qu'elles sont protégées par leurs montagnes. On peut à ce sujet consulter ce que M. Barth rapporte d'une expédition des Bornonens chez les Musgos.

M. Trémaux s'appuie également sur ce que la race qu'il appelle *indo-européenne* n'offre un même type qu'autant qu'elle demeure sur un même sol, et notamment sur ce que dans l'Hindoustan les montagnes primitives sont occupées par une race noire à formes très-dégradées, tandis qu'il y a de belles populations dans les lieux où le sol est plus favorable. Cette explication pouvait être admise lorsque l'on considérait les habitants de l'Hindoustan comme homogènes et indigènes, mais je crois qu'il n'en est pas de même aujourd'hui qu'il est reconnu que les langues et la civilisation ariennes ont été importées dans l'Hindostan par des conquérants venus du nord-ouest, et que les populations noires des montagnes représentent les descendants des anciens habitants qui, à la faveur de ces montagnes, ont plus ou moins conservé leur indépendance, ainsi que leur langue, et évité les effets des croisements qui ont donné naissance aux diverses variations que présentent les habitants de l'Hindoustan.

Je crois inutile de suivre M. Trémaux dans les autres exemples qu'il

ment : ou bien, si elle restait arrêtée dans l'excavation du bassin, il serait plus facile alors d'agir sur elle, et le cas rentrerait dans celui que j'examinerai tout à l'heure. Si au contraire, la tête ne s'engageant pas, le travail durait depuis longtemps, si la femme s'affaiblissait, si elle était de constitution peu forte ou atteinte de quelque infirmité indépendante de la grossesse, s'il existait quelque complication, ou si l'on avait lieu d'en redouter, alors il faudrait agir et terminer l'accouchement.

Dans les cas ordinaires, pour terminer un accouchement quand la tête est encore au détroit supérieur, on conseille la version ou l'application du forceps, mais plus rarement, à cause des difficultés qu'elle présente le plus souvent dans ces cas.

En règle générale, je pense que la version ne doit jamais être employée dans les cas d'hydrocéphalie du fœtus. En effet, qu'arrivera-t-il? Les pieds seront facilement atteints et extraits, ainsi que le siége et même le tronc tout entier ; mais la tête restera au-dessus de l'orifice et ne pourra être extraite ; cela se conçoit facilement. Son volume s'opposait à son engagement, ce volume n'ayant pas diminué, les choses se trouveront au même point où elles étaient avant la version. Bien plus, on s'est créé de nouveaux embarras ; car la présence du tronc dans les parties gênera les manœuvres ultérieures. Il est vrai que l'on pourra tirer sur le tronc pour chercher à ramener la tête ; mais qu'en résultera-t-il? C'est que ces tractions, si elles sont faibles, seront inutiles ; si elles sont fortes, elles pourront exciter une contraction spasmodique du col utérin, d'où résultera un nouvel obstacle qui pourra avoir pour conséquence la rupture de l'utérus en ce point. En outre, les tractions sur le tronc pourront opérer la décollation et le séjour de la tête dans l'utérus, comme cela est arrivé quelquefois (obs. 18). De là de nouvelles et souvent de très-grandes difficultés pour en opérer l'extraction (1). Que l'on n'espère pas une rupture spontanée du crâne et sa déplétion par suite d'une infiltration générale, comme j'en ai cité deux faits. Cette rupture n'est qu'une éventualité fort incertaine, car elle est fort rare. Et d'ailleurs, pourquoi l'attendre si longtemps et la payer si cher, quand, comme je le dirai bientôt, on peut l'obtenir si facilement? Toutes ces considérations que la théorie n'appuie pas seule, mais qui sont encore étayées par les faits, empêcheront de recourir à la version.

Appliquera-t-on le forceps? On sait combien est difficile l'application du forceps au détroit supérieur sur une tête saine et bien conformée : que sera-ce donc quand il s'agira d'une tête affectée d'hydrocéphalie? D'abord, souvent la tête est trop élevée pour qu'il soit facile de l'atteindre et d'appliquer solidement sur elle les cuillers de l'instrument ; en second lieu, son volume empêche que l'on saisisse autre chose que sa partie supérieure ; or cette partie, qui est spécialement le siége de la collection séreuse, est d'une telle mollesse que le forceps glisse sur elle et ne peut nullement s'y fixer ; il faut alors appliquer l'instrument plusieurs fois et toujours sans résultat (obs. 23). L'application du forceps, au détroit supérieur sur une tête hydrocéphalique, est donc impraticable. Que faudra-t-il faire? Une opération bien simple. C'est le trop gros volume de la tête qui s'oppose à la terminaison de l'accouchement : il n'y a qu'à imiter l'exemple de Smellie (obs. 11, 12, 15), de Dufraigne (obs. 13), de Georget (obs. 14), etc. ; suivre le conseil donné par Peu, Deleurye, Baudelocque, Richerand, Gardien, Capuron, Maygrier, Desormaux, etc. ; il faut perforer le crâne et évacuer le liquide qui remplit sa cavité, sans se laisser arrêter par les déclamations de Crantz, Boehmer, Chapmann, Deventer, qui considèrent cette opération, pratiquée dans ces circonstances, comme *cruelle, horrible, exécrable*. Alors la tête étant diminuée de volume, l'accouchement sera ramené aux conditions d'un accouchement ordinaire, que l'on pourra abandonner aux seuls efforts de la nature, si rien ne presse et si l'on prévoit qu'ils seront suffisants pour le terminer. Dans le cas contraire, on ferait la version qui, faible alors, n'aurait que des avantages. Cela se comprend aisément ; car la tête étant réduite à une espèce de sac en partie membraneux et par conséquent flasque et sans résistance, le forceps serait encore moins proposable qu'avant l'évacuation du liquide.

Naumann avait osé proposer la gastro-hystérotomie, « pour sauver, « dit-il, la mère et l'enfant ; » mais Baudelocque, Gardien, Capuron, etc. se sont élevés avec juste raison contre une pareille proposition. Pour moi, je suis tellement convaincu que leur opinion sera adoptée par

(1) Le séjour de la tête dans l'utérus après séparation du tronc, par suite de tractions opérées sans ménagement, est un fait assez commun à la campagne et dans les petites localités où, en général, les accoucheurs, appelés souvent à une assez grande distance de leur domicile, semblent animés du désir de terminer les accouchements au plus vite, pour ne pas prolonger plus qu'il ne faut une absence préjudiciable à d'autres devoirs ou à d'autres intérêts. Il arrive alors que cet accident effraye l'accoucheur, comme cela a lieu dans l'observation 18, et lui fait abandonner la malade avec la tête de son enfant dans l'utérus. J'ai été témoin d'un fait de ce genre. La femme avait une quarantaine d'années, elle était forte et bien conformée ; elle avait eu déjà plusieurs enfants, tous nés naturellement et heureusement. Il y avait eu présentation de la face. La sage-femme avait appelé un médecin ; celui-ci s'adjoignit un confrère. On décida de faire la version. Le tronc ayant été extrait assez facilement, il fut impossible de dégager la tête. On tira sur le tronc jusqu'à ce que la décollation eût lieu. Puis on se retira en abandonnant la patiente aux conséquences de ce qui venait d'avoir lieu. C'était un lundi. Le vendredi suivant, vers le soir, je fus appelé auprès de la malade pour donner mon avis sur son état. Je la trouvai dans une situation très-alarmante. La tête, restée dans les parties, était en putréfaction ; elle donnait lieu à un écoulement des plus fétides ; la malade présentait des symptômes d'infection putride ; je portai un pronostic grave. Je réclamai la présence de la sage-femme et des médecins qui avaient précédemment assisté la malade. La réunion eut lieu le lendemain. Les confrères furent d'avis qu'il n'y avait rien à faire, que cette femme était vouée à une mort certaine, qu'il fallait la laisser mourir tranquille avec la tête de son enfant dans le ventre, car, eu égard au long temps qui s'était écoulé depuis les premières tentatives (cinq jours entiers), la matrice était revenue sur elle-même ; l'extraction de la tête serait impossible et au-dessus des forces de la mère. J'osai être d'un avis contraire : j'insistai pour que l'extraction fût au moins tentée. On finit par se rendre à mon avis. La tête fut extraite assez facilement et en peu de temps avec le crochet appliqué à la base du crâne par le médecin qui avait opéré la première fois. Elle était en pleine putréfaction, elle avait un volume ordinaire. La femme vécut encore huit jours, puis elle succomba aux suites de l'infection putride ; mais l'honneur de l'art était sauf.

---

cite à l'appui de ses opinions, et je terminerai ces observations en faisant remarquer que si l'auteur avait comparé les cartes géognostiques avec ce que Saussure dit sur le crétinisme, il n'aurait pas attribué cette déplorable maladie aux influences du terrain primitif, car il aurait vu qu'il n'existe pas de crétins sur les plateaux primitifs, tandis que la localité la plus infectée que le grand naturaliste a rencontrée dans ses nombreux voyages est Villeneuve-d'Aoste, village situé au milieu d'un massif secondaire.

Du reste, si je soutiens ici la thèse que l'influence des causes extérieures actuelles n'a pu produire les différences qui existent entre les races humaines, je crois devoir rappeler ce que j'ai dit ailleurs, c'est-à-dire que cette manière de voir est tout à fait en dehors des questions relatives au monogénisme et au polygénisme, attendu que je crois que l'influence des conditions extérieures a pu, pendant les périodes géologiques antérieures, produire des différences beaucoup plus considérables. J'ajouterai également que, dans l'état actuel de nos connaissances, la science n'a pas encore, selon moi, les moyens de remonter à l'état originaire de l'homme, et que si nous possédons quelques notions sur les populations qui, dans certains lieux, ont précédé les populations actuelles, rien ne nous autorise à dire que ces notions s'appliquent aux premiers hommes.

INFLUENCE DES CROISEMENTS SUR LE PERFECTIONNEMENT DES FORMES DES RACES HUMAINES.

M. N. de Khanikof adresse la lettre suivante, à l'occasion de la note qui précède :

« Je prends la liberté de vous signaler quelques faits ethnographiques venant à l'appui des intéressantes observations de M. d'Omalius d'Halloy. Ces faits sont relatifs à l'influence des croisements sur le perfectionnement des formes des races humaines.

« Plusieurs voyageurs ont été frappés de la différence que présente le type tatare à l'occident et à l'orient de l'habitation des peuples de cette race. A l'est, ils ont la face large et ronde, le nez épaté, les yeux petits et bridés, les pommettes saillantes, et peu de poils au menton. A l'ouest, l'ovale de leur visage est allongé, leurs yeux sont larges et fendus en amande ; le nez proéminent et souvent aquilin ; les pommettes ne dépassent pas les dimensions moyennes communes aux races caucasiennes, et leur barbe enfin est épaisse et bien fournie.

« Ces différences paraissaient d'autant plus inexplicables qu'elles se manifestent déjà parmi des populations voisines et soumises aux influences du même milieu. Prichard a cru pouvoir trancher cette difficulté en cherchant l'origine de cette dissemblance dans la nourriture spéciale et le genre de vie différent des Tatares orientaux et occidentaux, dont les premiers sont nomades et les seconds agriculteurs. Der-

tous les accoucheurs, que je crois inutile de chercher à démontrer ce qu'il y aurait d'irrationnel et de barbare dans la pratique conseillée par Naumann.

Si la tête est engagée dans l'excavation pelvienne, si elle y reste enclavée sans faire aucun progrès, et que l'on ne prévoie pas que l'utérus puisse l'expulser par ses seules forces, ou qu'il semble urgent, pour une cause quelconque, d'aider la nature, il faudra tout de suite se décider à agir. Il n'y aura pas lieu d'appliquer le forceps, comme cela est indiqué dans la majorité des cas, quand la tête enclavée est saine et bien conformée; car ce que j'ai dit précédemment est tout à fait applicable ici. La portion de la tête qui s'est avancée dans l'excavation est le plus souvent le sinciput, grâce à la mollesse et à la facilité qu'il a ene de se mouler dans l'espèce de filière que lui offrait le bassin. Appliquer le forceps sur cette partie, c'est comme si on l'appliquait sur une vessie pleine d'eau, c'est-à-dire sans résultat. Pour que l'application du forceps fût utile, il faudrait qu'il pût être appliqué sur une partie résistante, sur la base du crâne. Or la tête, par suite de l'allongement qu'elle a subi, a acquis le plus souvent une trop grande longueur pour que l'espace compris entre le bord libre des cuillers du forceps et leur partie inférieure puisse la contenir. De plus, quand même la tête serait assez avancée ou assez peu volumineuse pour pouvoir être saisie par sa base, il pourrait se faire encore que les tractions exercées sur elle, si son volume n'a pas été préalablement diminué, devinssent, pour la femme, la cause de douleurs si vives que l'on fût forcé de cesser la manœuvre (obs. 8).

Le forceps, même au détroit inférieur, est donc un moyen presque toujours insuffisant. Néanmoins, comme dans ce cas son application est généralement facile, qu'elle peut avoir quelquefois un résultat avantageux, on pourra la tenter; mais si elle était sans résultat après une première application faite méthodiquement et suivant les règles de l'art, il faudrait y renoncer et recourir à quelque chose de plus efficace.

Alors, comme je l'ai conseillé au détroit supérieur, il faudrait encore ici diminuer le volume du corps qui doit traverser le canal pelvien; il faudra perforer le crâne et évacuer le liquide. Cela fait, la nature pourra peut-être à elle seule terminer l'accouchement. S'il fallait lui venir en aide, il pourrait suffire de placer un doigt ployé en forme de crochet dans l'ouverture faite au crâne, et d'opérer des tractions sur la tête. Cette manœuvre simple a souvent réussi. Si elle était insuffisante, on pourrait remplacer le doigt par un crochet mousse ou même par un crochet aigu qui alors serait appliqué sur une autre partie plus résistante et plus osseuse, soit le front, soit l'occiput, soit un point quelconque de la base du crâne. Peut-être et préférablement même pourrait-on recourir au forceps que l'on pourrait alors appliquer sur la base du crâne, et dont l'action aurait moins d'inconvénient pour la mère que les crochets, surtout que le crochet aigu.

Enfin si, malgré la perforation du crâne et l'évacuation du liquide, la tête, eu égard à l'étendue qu'ont ordinairement acquise les os, surtout si l'ossification était aussi avancée que dans un des faits observés par Smellie (obs. 16), était encore trop volumineuse pour franchir le détroit supérieur, il faudrait la diminuer encore, et pour cela il serait urgent de recourir au forceps céphalotribe qui servirait tout à la fois de moyen de diminution et d'extraction de la tête.

Si le siége s'étant présenté et ayant facilement franchi, comme cela arrive toujours, le tronc se trouve en partie au dehors et en partie dans l'excavation, ou bien si la tête s'étant présentée, et le diagnostic n'ayant pas été établi, la version a été faite; il arrive que la tête résiste et ne peut franchir, alors l'attention étant éveillée, on examinera avec plus de soin, le diagnostic deviendra certain; on reconnaîtra que l'on a affaire à une hydrocéphalie; que faudra-t-il faire? Deux cas peuvent se présenter : ou la tête est encore au détroit supérieur, l'orifice étant ou n'étant pas contracté spasmodiquement sur le cou de l'enfant, ou elle est engagée dans l'excavation pelvienne et en partie hors de l'utérus.

Dans le premier cas, et s'il existe un état de contraction spasmodique de l'orifice, il faudra d'abord chercher à diminuer cet état par les moyens appropriés : les narcotiques à l'intérieur ou appliqués topiquement, tels que l'extrait de belladone, un bain, etc. Ensuite il faudra s'efforcer de hâter le travail en agissant sur le fœtus. Des tractions sur le tronc seront le plus souvent inutiles, et peuvent même être nuisibles; il sera donc bon d'y renoncer promptement si l'on s'apercevait qu'elles sont sans résultat. La présence, à l'orifice de l'utérus, de la base du crâne, c'est-à-dire de la partie la plus résistante, serait peut-être une circonstance plus favorable à l'application du forceps que la présentation du sommet; mais la tête est encore au détroit supérieur, et de plus la présence du tronc dans les parties ajoute encore aux difficultés de cette application (obs. 28); il faut donc agir directement sur la tête pour diminuer son volume. Alors, ici comme dans la présentation du sommet, il faudra perforer le crâne et évacuer le liquide. Après cette opération, les contractions utérines aidées de quelques tractions sur le tronc pourront suffire pour terminer l'accouchement. S'il n'en était rien, si, malgré la diminution de volume qu'elle a subie, la tête était encore trop grosse pour pouvoir franchir l'orifice utérin, surtout si celui-ci était le siége d'une contraction spasmodique, on devrait recourir encore ici au forceps céphalotribe appliqué sur la base du crâne. On pourrait même préalablement séparer le tronc, comme l'a fait M. P. Dubois (obs. 27), si sa présence s'opposait à l'application de l'instrument, et exposait la mère à quelque danger. Mais on comprend qu'une pareille opération ne doit être pratiquée qu'à la dernière extrémité, comme dans le cas cité, car de pareilles mutilations excitent toujours chez les assistants la plus grande répugnance qui les porte à déverser sur l'opération un blâme injuste et non mérité.

La conduite serait la même si la tête se trouvait arrêtée dans l'excavation du bassin. Seulement le forceps pourrait peut-être être employé d'abord, car son application serait plus facile que dans le premier cas; mais il sera toujours préférable de diminuer préalablement le volume de la tête par la perforation du crâne et l'évacuation du liquide.

Si l'on avait à extraire une tête hydrocéphalique restée dans l'utérus, après une détroncation par suite de contractions inconsidérées et trop violentes opérées sur le tronc, il faudrait pratiquer d'abord la perforation du crâne, comme dans les autres cas, puis procéder à l'extraction avec un crochet passé dans l'ouverture, ou mieux, avec

---

nièrement encore, M. de Baer a soutenu cette explication de tout le poids de son autorité scientifique. Néanmoins il est facile de faire voir que cette solution n'est pas exacte, car partout où cette transformation commence à se manifester, elle s'exerce indifféremment tant sur les populations nomades que sur celles des agriculteurs. Ainsi les Bachkires nomades et fixes ressemblent beaucoup aux Hongrois, et n'ont presque rien de monghol dans leur extérieur. Les tribus turques nomades de la Transcaucasie et de l'Aderbeidjan ne diffèrent en rien de leurs compatriotes établis dans les villes et les villages, tout en se nourrissant principalement de laitage et de viandes. Il est donc impossible de chercher la cause de cette transformation dans les différents modes d'alimentation des races qui la subissent. Néanmoins je crois que cette cause n'a rien de problématique, et qu'on la trouvera en ayant égard aux faits ethnographiques qui l'accompagnent toujours.

« Nous rencontrons ces variations du type primitif des peuples de race turque : au nord de la steppe des Kirghuises, dans la vallée du Volga, sur la côte occidentale de la mer Caspienne, en Asie Mineure, au nord de la Perse et dans les plaines de Boukhara et de Samarcande. C'est uniquement dans l'intérieur de cette vaste région, limitée par les localités que je viens de nommer, que les peuplades d'origine touranienne conservent le type primitif de leur race; encore devons-nous en exclure les Chiviens modernes, les Kharesmiens des anciens et des géographes arabes. J'ai constaté par une longue série d'observations personnelles la constance immuable de ce fait ethnographique dans tous les endroits mentionnés ci-dessus. Mais s'il en est ainsi, il doit exister une différence essentielle entre l'influence exercée par les confins et par les parties centrales de cette portion du continent asiatique sur les peuples qui l'habitent. Cette différence existe en effet, mais elle ne dépend ni de la conformation du sol ni des variations du climat; elle est purement ethnographique. Au nord de leur habitation, les peuples de race turque se mélangèrent avec des Finois; au nord-ouest, avec des Slaves; à l'ouest, avec des Géorgiens, des Arméniens et des Persans; en Asie Mineure, avec des Grecs et des Sémites; en Perse et dans la Transoxiane, avec des Iraniens, plus ou moins modifiés eux-mêmes par leur contact avec des nations étrangères. Quant aux Khiviens, l'influence persane sur eux est évidente et s'explique par l'immense quantité d'esclaves de cette nation amenés chaque année par les brigands turcomans. Nous voyons ainsi que les Turcs n'ont gardé les qualités caractéristiques de leur race que dans les pays où ils étaient isolés de toute influence étrangère, et nous sommes forcés d'admettre que le croisement explique mieux que toute autre cause les variations de leurs formes extérieures.

« Les populations de la Perse nous fournissent un fait analogue...

« Il ne faut pas croire que l'influence du milieu et du croisement ait besoin, pour se manifester, d'une longue période d'années. Il y a des races où cette action se dessine nettement après deux ou trois générations. Ainsi, en 1816, quelques centaines de familles du Wurtemberg vinrent s'établir au Caucase, en Géorgie. Les premiers colons étaient

le forceps ordinaire. Dans le cas où le volume trop considérable de la tête s'opposerait à la sortie, malgré l'évacuation du liquide, ou s'il y avait contraction spasmodique de l'orifice utérin, on emploierait le forceps céphalotribe.

On a vu, dans les observations citées. que deux fois (obs. 5 et 27) le cordon ombilical était plus court qu'à l'ordinaire. Comme cette disposition pourrait avoir quelque inconvénient en donnant lieu au décollement du placenta et à une hémorrhagie, ou si les connexions avec l'utérus étaient trop intimes au renversement de cet organe, il sera sage, si l'on s'aperçoit que le cordon est fortement tiraillé, et si l'on sent qu'il est impossible de le relâcher. de le couper, à l'exemple de Delamotte et de M. P. Dubois. De cette manière, on s'opposera à tous les inconvénients véritables ou imaginaires que sa briéveté pourrait faire redouter.

Il me reste à dire quelques mots des différents instruments qui ont été employés pour perforer le crâne; des procédés qui ont été mis en usage, ou mieux des précautions avec lesquelles la perforation a été pratiquée, afin de soustraire la mère aux dangers qu'elle aurait pu courir, par suite de la présence d'un instrument trachéal et aigu dans les parties.

D'après les faits cités, la perforation du crâne a été pratiquée avec divers instruments : un trocart ordinaire (Georget), celui de Fleurant (Nœgelé), des ciseaux communs, les ciseaux de Smellie, un scalpel, un couteau à amputation (Petit), un crochet aigu. Tous ces instruments ont produit assez bien et assez vite le résultat qu'on en attendait. D'ailleurs il arrive souvent que le choix ne soit pas permis, et que l'on soit forcé d'agir avec l'instrument qu'on a sous la main. Mais si l'on peut choisir, en un mot s'il s'agit de donner un précepte sur le meilleur instrument à employer, voici ce que l'on peut dire à cet égard :

Le but à atteindre, c'est de vider le crâne le plus complétement possible, et en même temps de la manière la moins dangereuse pour la mère et aussi la plus facile pour l'accoucheur. Le choix reste à faire entre le trocart et les ciseaux de Smellie; car le crochet aigu offre beaucoup moins d'avantages et doit être rejeté. Il en sera de même du couteau à amputation, des ciseaux ordinaires, etc., qui n'ont été employés que faute de mieux. Le trocart à ponction, ou même un trocart plus volumineux, produira une ouverture suffisante souvent, mais il pourra se faire qu'elle soit trop petite pour évacuer le liquide, surtout si elle a été faite obliquement; car alors, par suite de la pression que la tête éprouve, ou même par suite de la pression du liquide lui-même, il pourra se faire que le parallélisme des parties internes et des parties externes soit détruit, et alors l'écoulement cessera. Avec les ciseaux de Smellie, au contraire, on a tous les avantages du trocart, et de plus on peut agrandir l'ouverture à volonté, et par conséquent livrer au liquide une large voie d'évacuation. Il est vrai que la longueur des parties tranchantes rendra l'introduction de l'instrument plus dangereuse; mais en prenant les précautions indiquées par les auteurs, et dont il sera parlé plus bas, cet inconvénient disparaît facilement. Il est encore un autre avantage que présentera une large ouverture, ce sera la possibilité d'y introduire le doigt ou un crochet mousse, et de s'en servir pour opérer des tractions souvent suffisantes pour terminer le travail. Disons toutefois que s'il s'agissait d'une hydrocéphalie externe, d'une de ces tumeurs aqueuses formées par la peau, ou d'une collection de liquide existant dans la grande cavité de l'arachnoïde, comme dans ces cas la perforation du crâne et l'évacuation du liquide ne paraissent pas incompatibles avec la conservation de la vie du fœtus, surtout si la collection aqueuse était peu considérable : dans ces cas, et en supposant que le diagnostic ait été posé avec précision, il y aurait peut-être quelque avantage à ne pratiquer qu'une petite ouverture, et alors on devrait préférer le trocart. Quoi qu'il en soit, et pour les cas ordinaires comme ceux qui ont donné lieu aux observations précédemment citées, je pense qu'il faudra donner la préférence aux ciseaux de Smellie. C'est au reste l'opinion de Smellie, Stein, Naumann, P. Dubois, etc.

Sera-t-il nécessaire de porter l'instrument sur une suture ou une fontanelle, ou dans le grand trou occipital dans le cas de sortie préalable du tronc, comme le recommandent Smellie et, après lui, les auteurs qui ont parlé de l'emploi de son instrument? J'ai entendu souvent M. P. Dubois professer que cela était inutile; il voyait même à la pratique contraire, dans tous les cas où l'on emploie les ciseaux de Smellie, un avantage que voici : D'abord il n'est pas toujours facile de rencontrer un espace membraneux (surtout si l'on agit sur une tête restée dans l'utérus, le tronc étant au dehors des parties); en second lieu, comme on n'agit qu'en tâtonnant et en aveugle, le tact seul dirigeant l'action de l'instrument, la sensation qui est produite par l'instrument pénétrant à travers une suture ou une fontanelle, ressemble à s'y méprendre à celle produite par la perforation simple de la peau et par la reptation de l'instrument entre elle et les os du crâne revêtus du périoste; il en résulte que l'on ne sait véritablement pas d'une manière certaine si l'on a perforé toute la boîte cranienne ou seulement la peau. Cette incertitude peut avoir de graves inconvénients, car si l'instrument, s'étant fourvoyé entre la peau et le crâne sans que l'opérateur en soit averti, continue à être poussé, il pourra se faire que sa pointe soit portée jusque sur l'utérus lui-même. Si, au contraire, la pointe de l'instrument porte de prime abord sur une surface osseuse, la résistance que l'on éprouve avertit de ce qui est arrivé, et comme l'épaisseur des os du crâne, chez le fœtus, ne s'oppose pas à leur perforation, surtout si l'on l'opère par un mouvement de rotation ou de taraudage, cette perforation est assez vite et assez facilement pratiquée, et les inconvénients cités plus haut disparaissent sans que l'opération ait été plus difficile. De plus, à ces avantages s'en joindra encore un autre : c'est que si la perforation du crâne est opérée sur une portion osseuse, le contour de l'ouverture offrira plus de résistance et supportera mieux les tractions opérées, soit avec le doigt, soit avec le crochet mousse, et alors ces tractions seront plus fructueuses.

Quant aux précautions à employer pour soustraire la femme aux dangers que pourrait lui faire subir l'introduction de l'instrument dans les parties, il y a peu de chose à-dire. Il faudra recouvrir la pointe d'une boulette de cire, puis appliquant l'instrument à plat sur l'index ou sur ce doigt et le médius de la main gauche préalablement introduite dans les parties, on le portera, ainsi protégé, jusque sur la tête du fœtus, avec la main droite. On pourrait même ne se servir que d'une main : le doigt indicateur seul ou accolé au médius servi-

---

des hommes d'une laideur peu commune. Lourdement charpentés, ils avaient des faces larges et carrées, des cheveux blonds ou roux, et des yeux d'un bleu très-pâle. Ces défauts commencèrent à disparaître déjà chez les individus de la seconde génération; quant à la troisième, presque tous les jeunes gens ont des yeux et des cheveux noirs, des tailles sveltes et une stature qui, n'ayant rien perdu de sa hauteur, ne rappelle nullement les formes massives et disgracieuses de leurs grands-pères. Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes ces transformations des peuples de races turque, iranienne et germanique sont parfaitement indépendantes de l'âge géologique des terrains sur lesquels elles se sont accomplies. »

— L'administration de l'Assistance publique a terminé à peine la maison de retraite d'Issy qu'elle fait construire à Ivry, dans une propriété de 176,000 mètres, un nouvel hospice pour les incurables.

Cet établissement est destiné à remplacer celui de l'ancienne caserne Popincourt. Il sera affecté aux hommes; plus tard il sera complété par une antre construction destinée aux femmes, laquelle remplacera l'hospice des Incurables de la rue de Sèvres.

Les deux bâtiments, quoique séparés, pourront profiter en commun des services généraux placés au centre.

L'administration de l'Assistance publique n'a rien négligé pour que toutes les conditions de bien-être compatibles avec un asile hospitalier se trouvassent réunies dans l'intérieur du nouvel établissement.

— C'est avec douleur que nous annonçons aujourd'hui la mort de M. Jules d'Udekem, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Bruxelles, membre titulaire de l'Académie des sciences de Belgique et de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, chevalier de l'ordre de Léopold et de l'ordre d'Isabelle la Catholique.

M. d'Udekem a succombé à la suite d'une longue et pénible maladie, à l'âge de 40 ans. Notre regretté confrère avait su conquérir par son travail et son talent un rang fort remarquable dans la science. Il est l'auteur de plusieurs mémoires fort importants relatifs aux sciences naturelles, dont la plupart ont été publiés dans le *Bulletin de l'Académie*, dont il était membre. Par l'aménité de son caractère, il avait su conquérir la sympathie de ses collègues et de ses confrères. Il y a deux ans, il accompagna S. A. R. le duc de Brabant dans un voyage qu'il fit en Espagne. (*La Presse médicale belge.*)

— Le docteur C. R. Morhery, ancien représentant du peuple, ancien préfet des Côtes-du-Nord et du Finistère, vient d'être enlevé presque subitement à l'affection de ses nombreux amis. M. Morhery était à peine âgé de 59 ans.

fait à protéger la lame pendant que les autres doigts presseraient l'instrument dans la paume de la main. De cette manière, on procédant avec lenteur et en empêchant tout mouvement de la part de la femme, on évitera toute chance d'accident.

La perforation faite, on retire l'instrument comme on l'a introduit, en le protégeant avec les doigts.

Quant aux crochets mousses ou aigus, leur application ne diffère en rien de ce qu'elle est dans tous les cas autres que l'hydrocéphalie.

Le forceps-céphalotribe est un instrument plus nouveau et moins répandu; mais son application ne diffère pas de celle du forceps ordinaire, si ce n'est que le poids de ses branches et leur volume le rendent plus difficile à introduire et à maintenir. Pour opérer la compression, il suffira de serrer la vis placée à l'extrémité inférieure des deux branches.

La délivrance, dans les cas d'hydrocéphalie du fœtus, ne présente rien d'extraordinaire; seulement si, dans le cas de brièveté trop grande du cordon ombilical et de détachement prématuré du placenta, où si, par suite de l'atonie de l'utérus qui se remarque quelquefois, mais qui porte plus souvent sur la contractilité organique qué sur celle du tissu, il survenait une hémorrhagie, on dirigerait contre cet accident les secours ordinairement employés en pareil cas.

Conclusions. — De tout ce qui précède, on peut tirer les principales conclusions suivantes :

1° L'hydrocéphalie du fœtus est une affection rare, on ne la rencontre guère qu'une fois sur 3,000 accouchements environ.

2° Le diagnostic en est généralement difficile quand la tête est encore au détroit supérieur, et surtout quand le tronc est hors des parties; car, indépendamment de l'obscurité de ses signes propres, la rareté de la maladie d'une part, de l'autre les nombreuses causes de dystocie avec lesquelles on peut la confondre, détournent l'attention de la véritable cause de l'obstacle actuellement apporté à l'accouchement.

3° L'hydrocéphalie volumineuse, au troisième degré, s'oppose toujours à ce que le travail se termine par les seules forces de la nature, et si on l'abandonne à lui-même, la mère est exposée aux plus grands dangers; d'un autre côté, le fœtus, dans ce cas, naît toujours mort : on ne doit donc pas craindre d'agir sur lui pour terminer l'accouchement, ce qu'il est toujours alors nécessaire de faire.

4° L'indication la plus rationnelle et la plus efficace à remplir pour cela est de perforer le crâne et d'évacuer le liquide contenu dans sa cavité; alors la nature seule ou aidée de quelques tractions opérées avec un doigt ou un crochet mousse introduit dans l'ouverture faite au crâne, ou seulement sur le tronc s'il est au dehors, la version, si la tête est encore au détroit supérieur, le forceps dans tous les cas, mais surtout si la tête est dans l'excavation, facilitent l'expulsion du fœtus; avant la perforation préalable du crâne, on ne devra jamais recourir à la version; l'application du forceps dans le même cas ne devra être tentée qu'au détroit inférieur.

5° On préférera, comme instrument perforateur, les ciseaux de Smellie, appliqués sur un point quelconque de la surface crânienne, sur un os de préférence, s'il on peut.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Le rétablissement de l'irritabilité musculaire après la roideur cadavérique. Note par M. le docteur W. Preyer.

Pendant la roideur cadavérique les muscles des grenouilles sont, comme on le sait, acides, blanchâtres, raccourcis, opaques et durs, et ils sont privés de leur irritabilité et de leur extensibilité.

C'est un fait bien établi par M. Kühne que de tels muscles ne reprennent pas leur irritabilité par la circulation du sang qui au contraire en favorise la putréfaction. MM. Stannins et Brown-Séquard, qui ont cru pouvoir révivifier les muscles morts par le sang, ont opéré sans doute sur des muscles qui ne présentaient pas tous les symptômes de la rigidité cadavérique, et dans ce cas il est souvent facile de restituer l'irritabilité par le sang. C'est pour cela que nous réservons les termes *roide* et *roideur cadavérique* pour les muscles qui présentant toutes les propriétés indiquées, ne reprennent pas leur irritabilité par le rétablissement de la circulation seule, et nous ajoutons que les muscles qui redeviennent irritables par ce moyen seul, quand même ils ont tonte l'apparence d'être roides, ne sont pas partout atteints de la rigidité cadavérique.

D'ailleurs M. Kühne a récemment remarqué qu'un muscle roide traité par une solution de chlorure de soude recouvre tout à fait l'apparence d'un muscle frais, qu'il perd son acidité et reprend son extensibilité, mais qu'il reste inirritable. Je peux y ajouter que des solutions de nitrate et de carbonate de soude produisent le même effet. Elles rendent au muscle roide l'aspect d'un muscle vivant. Seulement l'irritabilité et le courant électrique musculaire ne reparaissent pas. Cependant la restitution des autres propriétés, celle de la couleur, de la mollesse, de l'extensibilité de la réaction chimique, et surtout de la pellucidité, paraît être parfaite. L'opacité, l'acidité, le raccourcissement, la dureté et la couleur luride disparaissent, et la couleur de fleur de pêcher, ce caractère particulier des muscles frais de la grenouille qui disparaît totalement pendant la roideur, reparaît aussi bien après l'action du nitrate ou du carbonate qu'après celle du chlorure de soude.

La restitution des muscles roides par ces sels ne peut guère s'expliquer autrement que par la dissolution du coagulum du muscle qui, découvert par M. Kühne et nommé par lui *myosine*, est très-soluble dans une solution de chlorure de soude. La précipitation de cette substance est l'essence de la roideur cadavérique. Quand elle est dissoute par le sel, l'acide de la chair est neutralisé. Or une solution de chlorure de soude, pas trop concentrée, n'affectant pas la structure des muscles, il n'est pas au premier abord tout à fait concevable pourquoi l'irritabilité ne revient pas comme les autres propriétés des muscles frais aux muscles roides ayant été traités par une solution de chlorure de soude. On peut en trouver la cause dans les diverses circonstances défavorables résultant de l'interruption de la nutrition et de la respiration du muscle. Mais ces conséquences peuvent être écartées entièrement par la circulation du sang. Donc, quand un muscle roide, qui est soustrait à la circulation, a été traité par une solution de chlorure de soude et est rendu de nouveau à la circulation du sang, il n'y a, d'après tout ce que nous savons, plus de cause pour empêcher l'irritabilité de revenir. Et en effet, elle revient.

Les expériences d'où cela résulte sont très-simples. Après avoir mis à chacune des jambes postérieures d'une grenouille une ligature, on les dépouille de la peau, et quand la roideur est produite (par l'eau distillée, par la chaleur, i. e. 40 à 45°, par le chloroforme, etc.), on plonge l'une des deux jambes, en ramenant la peau, dans une solution de chlorure de soude de 7 à 10 pour cent, puis on délie les ligatures. On voit ensuite que les muscles de la jambe traitée par le sel acquièrent les propriétés des muscles vivants et se contractent quand on les excite par un courant électrique, pendant que les muscles de l'autre jambe restent longtemps roides et puis, sans jamais redevenir irritables, échoient à la putréfaction. Il faut que je réserve les détails de mes nombreuses expériences pour un ouvrage plus étendu que cette note. Je vais seulement exposer ici quelques résultats.

1° Sans aucune exception, j'ai remarqué que les muscles revivifiés se contractent par la volonté de la grenouille avant qu'il soit possible de provoquer des contractions par les excitants artificiels, quelque forts qu'ils soient. On voit sauter et nager la grenouille avec des muscles qui ne répondent pas aux incitants électriques, et ce n'est qu'après quelque temps que ceux-ci sont efficaces.

2° L'irritabilité musculaire et l'intensité du courant électrique du muscle, diminuent toutes les deux sensiblement pendant le narcotisme résultant de l'action du chloroforme, et augmentent rapidement après la fin du narcotisme.

3° Les muscles soustraits à la circulation du sang que je privais de leur irritabilité sans les rendre parfaitement roides, deviennent toutefois irritables par le seul rétablissement de la circulation du sang, et en même temps l'intensité du courant musculaire diminuée par les mêmes agents que l'irritabilité augmentait.

4° Les muscles parfaitement roides et privés de la circulation, ne reprennent ni leur irritabilité ni leur puissance électro-motrice, par la seule action du sel, non plus par le seul rétablissement de la circulation du sang.

5° La puissance électro-motrice revient aux muscles entièrement roides et privés de la circulation avec l'irritabilité, c'est-à-dire après l'action du sel et de la circulation du sang.

Je termine cette note en résumant brièvement ce que ces faits nous laissent conclure. Avant tout, l'opinion de M. Brücke sur la nature de la roideur cadavérique, opinion devenue par les recherches de M. Kühne une théorie bien fondée et développée, est appuyée fortement par mes expériences. La roideur cadavérique est une coagula-

tion, et elle est effectuée par la précipitation de la myosine qui, dans le muscle frais, est dissoute dans le mélange de substances albuminéuses constituant la substance contractile. Quand la coagulation a atteint un certain degré, l'irritabilité musculaire disparaît. C'est une propriété du muscle liée solidairement à l'état liquide de la substance contractile, et en tout cas il est inconsidéré de dire qu'un muscle qui ne diffère d'un muscle frais que par sa résistance aux excitants employés par nous, soit inirritable, puisque nous voyons de tels muscles se contracter par la volonté de l'animal. Ce n'est point l'intensité de nos incitants, mais leur application qu'il faut modifier. Comme l'irritabilité, ainsi le courant électrique du muscle dépend de l'état liquide du contenu de la fibre musculaire; elle diminue à mesure que la coagulation de la myosine augmente.

Le rapport intime entre l'irritabilité et le courant électrique du muscle résulte évidemment, abstraction faite de la déviation négative du courant musculaire découvert par M. Dubois-Reymond, des expériences que je viens d'indiquer, car non-seulement l'intensité du courant du muscle diminue quand l'irritabilité diminue, mais elle augmente dans les muscles inirritables quand on leur rend l'irritabilité.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

II. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

(Suite)

Du traitement de la hernie inguinale chez les enfants; par Bedford Davies, M. R. E. S., chirurgien à l'hôpital des Enfants de Birmingham.

Dans les hernies qui sont congénitales ou surviennent peu de temps après la naissance, on peut, par une pression continue et bien dirigée et par l'application constante d'une ceinture bien adaptée, *guérir* généralement les petits malades.

L'auteur anglais rappelle à cette occasion les recherches du professeur J. Cloquet, sur le mode de resserrement et d'oblitération graduelle au moyen duquel ces sortes de hernies se ferment après la seule application, pendant un temps plus ou moins long, d'une petite pelote herniaire.

Mais, comme le fait remarquer l'auteur anglais, il y a des cas de ces hernies chez les très-jeunes enfants où l'emploi d'un handage, si bien adapté qu'il soit, n'amène point la cure radicale de la hernie. Dans ces cas il est nécessaire de faire une opération : sur dix petits malades atteints de hernie et âgés de moins de 8 ans, il a employé tantôt la méthode de Wutzer, d'autres fois une méthode qui lui est personnelle et qu'il a déjà fait connaître dans une publication remontant à quatre années : cette méthode consiste à invaginer une portion du scrotum dans l'ouverture anormale. Sur les dix malades traités ainsi, neuf ont été radicalement guéris; le dernier, atteint de carie vertébrale, se prêtait mal à une opération et à une contention permanente.

M. John Wood, en pareil cas, enfonce dans le sac deux épingles qui le transpercent et amènent ainsi une inflammation adhésive qui oblitère sa cavité. Des deux épingles, l'une réunit le pilier interne et les fibres unitives, la seconde traverse le pilier externe : le tout est maintenu en tordant une des épingles sur l'axe de la seconde; le canal herniaire se trouve aussi oblitéré, sa paroi postérieure étant tirée en avant, et l'antérieure en arrière; le cordon est entre les épingles, mais sans être comprimé par elles.

Voici quelle est la méthode d'opération du docteur Bedford Davies : il enfonce le doigt aussi profondément que possible dans le canal inguinal, il y porte en même temps une aiguille forte et bien courbée et la plonge à travers le pilier interne; on passe alors un fil à ligature ordinaire dans le trou de l'aiguille; à l'aide de laquelle on transperce de la même façon le pilier externe; on remplace ces fils par un fil de cuivre (n° 20), ou plutôt on l'adapte au fil à l'aide d'un petit trou dont son extrémité est percée; après avoir passé le fil, on en tord les deux extrémités, et le canal se trouve ainsi oblitéré. On retire les fils après quelques jours, bien que certains praticiens les y laissent : tel est, par exemple, le professeur Chrisbalin (de Charleston).

Deux ou trois jours après avoir retiré les fils, on met une ceinture, et l'enfant peut marcher comme à son ordinaire.

Pendant les quelques jours qui suivent l'opération, c'est à peine si l'on a à redouter un peu de douleur, et presque jamais de suppuration ou d'ulcération.

Après quelque temps, le fond du sac s'oblitère, forme dans le scrotum une masse solide, et l'on peut à peine reconnaître l'orifice externe du canal inguinal.

Des incisions superficielles (opération extrapéritonéale) dans le traitement de plusieurs variétés de hernie étranglée; modification de procédé; observations anatomiques; par le docteur Furmaur Jordan.

Quand, après avoir chloroformé le malade et essayé en vain le taxis, on peut, avant de recourir à l'opération de la hernie étranglée, essayer d'un moyen plus simple et qui n'empêche pas plus tard de recourir à l'opération, cette méthode est celle des incisions extrapéritonéales : on doit désormais, comme indication de l'opération de la hernie étranglée, de la kélotomie, n'opérer que dans les cas : 1° où il y a gangrène; 2° où l'on ne peut réduire la hernie, après les incisions extrapéritonéales.

Ces indications, comme le fait remarquer l'auteur anglais, sont très-nettes. Par le moyen des incisions extrapéritonéales, on relâche les tissus fibreux qui étranglent le sac et l'on peut immédiatement après, appliquer le taxis avec un plein succès.

Ici l'auteur donne de longs détails sur les signes cliniques qui font reconnaître une hernie sphacelée : il n'y a rien dans sa description qui sorte des descriptions habituelles aux traités classiques.

A l'occasion de cette nouvelle méthode, l'auteur s'élève avec force contre l'habitude qui fait débrider le collet lorsque l'irréductibilité de la hernie tient à la trop grande quantité d'intestins sortis; et qu'une plus large ouverture en ferait sortir davantage encore; nous croyons qu'il se méprend sur la valeur de la critique qu'il formule ainsi, car si le débridement est une large porte ouverte pour la sortie au dehors des masses intestinales, c'est également une large porte pour les y faire rentrer.

L'auteur prétend ensuite que ni la gaine des vaisseaux fémoraux dans la hernie crurale, ni le fascia transversalis (sauf à l'anneau interne) ne sont des agents de constriction. Il admet aussi que dans aucune variété de hernie le fascia graisseux sous-péritonéal n'est un agent d'étranglement, et il se demande pourquoi l'on débride et l'on coupe ces tissus, dans la kélotomie. La règle, suivant lui, est de chercher, par des incisions non pénétrantes, à soulager la tension du ligament de Gimbernat dans la hernie crurale, des anneaux fibreux dans la hernie inguinale.

Voici comment le docteur Jordan décrit son opération, qu'il appelle *prétaxoïde*, parce qu'elle doit toujours être suivie du taxis : on fait près du col de la tumeur une courte incision à travers la peau et les couches superficielles, assez grande cependant pour y admettre le bout du doigt; on détermine alors les limites entre le bord fibreux résistant et le sac; on se sert alors du kélotome qui ne doit jamais dépasser l'ongle, et qu'on ne doit jamais diriger dans le sens de la cavité abdominale.

Après quelques minutes de taxis, on laisse reposer le malade et l'on calme l'intestin enflammé en donnant des opiacés et s'abstenant de tout purgatif irritant.

En résumé, si ce n'est dans le cas de sphacèle, on doit toujours tenter l'incision avant de se livrer à un taxis violent et prolongé, qui, non-seulement ne réduit pas la hernie, mais nuit encore aux opérations ultérieures.

Quelques observations sur les glandes linguales (glandes de Blandin ou de Nuhn); par le docteur T. Deville, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Ces glandes, appelées encore glandes de la pointe de la langue (Henle), glandes du frein (Goodsir), présentent habituellement, suivant Deville, la forme de deux corps ovalaires, ayant à peu près le volume d'un petit haricot; elles sont situées obliquement de chaque côté de la pointe de la langue; leur extrémité antérieure est dirigée en bas et en avant, et converge l'une vers l'autre; un intervalle de 4 lignes sépare ces glandes en avant; leur bord externe est recouvert par les fibres réunies du muscle lingual et du stylo-glosse. Lorsqu'elles sont bien développées, elles font légèrement saillir la muqueuse linguale de chaque côté du *frein*. Leurs canaux excréteurs varient de quatre à six.

Ces glandes sont très-vasculaires et reçoivent un très-grand nombre de rameaux de l'artère ranine; elles sont également très-riches en filets nerveux qui viennent du lingual et forment un véri-

table plexus. Il est probable qu'il n'existe dans le genre humain aucune autre glande aussi abondamment pourvue de filets nerveux tirant leur origine du système cérébro-spinal.

Les lobules qui composent ces glandes sont plus fins que ceux des glandes sous-maxillaires, mais, à part cette différence, ils sont composés des mêmes éléments et offrent la même texture que ces dernières glandes.

Les glandes de Nuhn sont parfaitement isolées et ne se continuent point avec les glandes salivaires ainsi que l'ont prétendu certains anatomistes. L'abondance de leurs filets nerveux et de leurs rameaux vasculaires, qui n'est nullement en rapport avec leur volume, semblerait indiquer qu'elles remplissent des fonctions physiologiques importantes.

En faisant une préparation pour le professeur Goodsir, Deville eut l'occasion d'observer une disposition remarquable de ces glandes: elles étaient soudées à leur partie antérieure et à ce niveau offraient un développement très-marqué. La glande du côté droit était plus volumineuse et plus allongée que celle du côté opposé.

Observation d'obstruction intestinale; par le professeur Laycock.

W. S., âgé de 46 ans, cordonnier : depuis plusieurs semaines garde-robes, tantôt de caractère normal, tantôt dures et ovillées. Apparition subite d'une douleur vive au niveau de l'ombilic; constipation opiniâtre; vomissements bilieux abondants, mais jamais stercoraux; hoquet; quantité des urines aussi abondante qu'autrefois. L'introduction d'une sonde œsophagienne dans le rectum permet de constater un obstacle à une hauteur de 7 pouces. Distension énorme de l'abdomen; sonorité tympanique qui remonte jusqu'au niveau de la quatrième côte. Ponction du cœcum avec un gros trocart pour évacuer les gaz. Le cœcum est fixé au moyen d'un fil à la paroi abdominale. Mort vingt-quatre heures après.

A l'autopsie, adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale. Ce n'est qu'après avoir incisé l'intestin que l'on découvrit un rétrécissement situé à l'orifice supérieur du rectum. Ce rétrécissement était tellement considérable que l'eau n'y passait que goutte à goutte. Hypertrophie très-grande de toutes les tuniques intestinales au niveau et au-dessus du rétrécissement; rien de spécifique dans la lésion, qui s'était probablement développée sous l'influence d'une inflammation chronique.

Dans ce cas plusieurs raisons firent diagnostiquer un rétrécissement inflammatoire vers la fin du canal intestinal. Tout d'abord le malade déclara que depuis un ou deux mois ses garde-robes étaient formées de petites masses dures, recouvertes de mucus; de plus, en même temps que le colon, énormément dilaté, refoulait le poumon jusqu'à la quatrième côte, les lavements étaient rejetés aussitôt après avoir été administrés. L'abondance des urines prouvait encore que le siége de l'obstruction n'était pas à la partie supérieure de l'intestin, car généralement, lorsqu'il en est ainsi, l'urine diminue notablement de quantité.

Il existait néanmoins une circonstance qui était contraire à l'hypothèse d'un rétrécissement, à savoir le début subit de la douleur; ce mode de début est un signe presque caractéristique du volvulus. Il est possible qu'à ce moment l'intestin ait subi une sorte de torsion.

D'après M. Laycock, la douleur ombilicale n'implique point forcément une affection des parties sous-jacentes; on l'observe dans beaucoup d'autres cas, et toute douleur intra-abdominale peut très-bien n'être rapportée qu'à l'ombilic. Ce serait un phénomène analogue à la douleur apportée à l'extrémité de la verge dans les cas de calculs vésicaux, etc.

La paracentèse du cœcum, pratiquée chez ce malade, peut être tentée dans les cas de tympanite extrême. Elle n'entraîne point, en général, de suites fâcheuses, et elle soulage immédiatement. Si l'on avait fait la gastrotomie dans ce cas, il eût été impossible de trouver le siége réel de l'obstruction, puisque, à l'autopsie, ce ne fut qu'après l'incision de l'intestin qu'on le découvrit.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MORIN.

L'Académie apprend avec peine que les tristes circonstances qui empêchent depuis plusieurs mois M. Andral de prendre part à ses travaux n'ont pas cessé d'exister. Prévoyant le cas où son absence se prolongerait au delà d'une année, M. Andral croit devoir dès à présent demander l'autorisation mentionnée à l'article 11 du règlement.

M. le Président est invité à transmettre à M. Andral le témoignage de la profonde sympathie de tous ses confrères.

De l'élément buccal dans la fièvre typhoïde et de l'heureuse influence de gargarismes acidulés abondants.

M. A. Netter communique sous ce titre un mémoire dont le contenu est résumé dans la lettre suivante :

« Dans la fièvre typhoïde, l'intérieur de la bouche est le siége d'altérations dont le rôle me paraît avoir été jusqu'ici méconnu : matière saburrale abondante, se corrompant au passage incessant de l'air, devenant brune, fuligineuse, noire, attirant des parasites, et laissant dégager des émanations fétides. Or ce foyer de putréfaction siégeant ainsi dans la bouche, c'est-à-dire immédiatement au devant des conduits aériens, il se trouve que chaque inspiration introduit violemment de la matière putride dans les poumons, et dès lors la question est de savoir si les phénomènes généraux dits *putrides* dont s'accompagne la maladie ne proviennent pas en plus ou moins grande partie de cette source d'infection.

« Dans la note que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, je relate des faits qui me paraissent démontrer que cette source d'infection joue un rôle considérable, et mettent en évidence l'influence heureuse de gargarismes acidulés fréquemment répétés. » (Commissaires : MM. Rayer, Bernard, Cloquet.)

— M. N. de Khanikof lit un travail intitulé : *Influence des croisements sur le perfectionnement des formes des races humaines.* (Voy. au *Feuilleton.*)

Analyse des follicules de séné. Extrait d'une lettre de M. Batka à M. Dumas.

Je me suis occupé cet été de l'analyse chimique qualitative des feuilles de séné pour ma monographie du genre *Senna*; j'y ai constaté la présence de l'acide chrysophanique, qui y a été découvert par M. le docteur Martius; j'y ai trouvé en outre les matières suivantes, en dehors de l'analyse de MM. Lassaigne et Fennelle, que je me suis proposé de répéter, savoir :

Légumine (au lieu d'albumine. Gomme et sucre. Sennacrine (au lieu de catharine) sans amertume. Sennarétine.

Alcalis : Magnésie et soude,

Acides : Sennatannique. Oxalique et carbonique. Silicique. Phosphorique. Sulfurique. Hydrochlorique.

Le principe amer des autres chimistes manque totalement, s'il n'y a pas mélange avec feuilles de *Cynanchum Arguel.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1864. — PRÉSIDENCE DE M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Privat, sur le service médical de la Malou-les-Bains (Hérault). (Commission des eaux minérales.)

La correspondance non-officielle comprend :

1° Une lettre de M. Quetelet, secrétaire de l'Académie royale des sciences de Belgique, accompagnant l'envoi des bulletins et mémoires de cette compagnie, pour l'année 1863-1864.

2° M. Charrière soumet à l'examen de l'Académie un nouvel appareil destiné à l'emploi des médicaments que l'on peut faire prendre à l'état de vapeur, et particulièrement pour l'iode, employé si souvent pour les maladies de poitrine.

L'avantage de cet appareil est de faire passer l'air saturé d'iode à l'état de vapeur seulement, et de pouvoir régler à volonté la production de cette vapeur à l'aide d'un thermomètre.

Un nouveau moyen de diriger la vapeur d'iode sur une partie quelconque du corps, en se servant d'une bouteille en gomme munie d'une soupape.

Enfin, un diminutif du premier appareil, ayant les mêmes avantages, et que le malade peut tenir constamment à la bouche.

— M. Larrey, au nom de M. Giraldès, fait hommage à l'Académie de deux brochures, l'une relative aux anesthésiques, l'autre aux malformations de l'anus et à l'anus artificiel.

— M. Regnauld, en son nom et au nom de M. Adrian, pharmacien, offre à l'Académie une brochure sur le dosage de l'éther sulfurique et sur les moyens de l'obtenir chimiquement pur. MM. Regnault et Adrian, ayant prié M. Gosselin de faire quelques expériences d'anesthésie avec

cet agent, ils ne doutent pas que l'Académie n'entende avec intérêt ce que M. Gosselin pourra communiquer à ce sujet.

M. Gosselin prend la parole et dit qu'il était peu disposé, pour son compte, à abandonner le chloroforme, qui offre sur l'éther l'avantage de ne pas provoquer la période d'agitation qui rendait si longue et si difficile l'éthérisation. Mais MM. Regnault et Adrian lui ayant remis de l'éther chimiquement pur, c'est-à-dire ne contenant pas d'alcool, M. Gosselin, après avoir essayé cet agent nouveau sur plusieurs animaux, le fit respirer dix-sept fois à des malades (hommes et femmes) qui avaient à subir quelque opération. Le savant chirurgien a pu constater que les effets anesthésiques de l'éther pur sont plus rapides et plus sûrs que ceux de l'éther ordinaire; que la période d'agitation manque; qu'il ne faut que quatre à huit minutes pour obtenir une insensibilité complète, et qu'en somme, l'éther pur doit être mis sur la même ligne que le chloroforme. Il doit donc être préféré puisque le chloroforme a causé déjà la mort d'un certain nombre de malades, tandis que l'emploi de l'éther n'a déterminé jusqu'ici aucun accident.

— M. Depaul présente, au nom de M. Tarnier, un mémoire sur l'hygiène des hôpitaux des femmes en couches.

M. Depaul présente ensuite, au nom de M. Foucher, la note suivante :

SUR LE TRAITEMENT DE LA RÉTENTION D'URINE PAR INERTIE DE LA VESSIE ET DU CATARRHE VÉSICAL.

L'inertie ou l'atonie de la vessie est une cause fréquente de rétention d'urine chez les vieillards, et le défaut de contractilité est quelquefois la seule cause qui s'oppose à l'émission de l'urine. Cependant il existe quelquefois au col de la vessie un obstacle dû soit à la présence d'une valvule prostatique, soit à une déviation de l'urètre causée par un développement anormal de la prostate. Dans bon nombre de cas, cet obstacle serait insuffisant pour empêcher le libre cours des urines si celles-ci étaient chassées par une puissance assez énergique ; quand on parviendra à donner à la vessie sa contractilité habituelle, l'émission des urines pourra redevenir normale. On reconnaît facilement que la rétention d'urine est causée, soit en totalité, soit en partie, par l'inertie de la vessie, en pratiquant le cathétérisme, car alors l'urine s'écoule par la sonde sans former de jet.

Le cathétérisme peut encore être facile même quand il existe un obstacle au col de la vessie; mais si la rétention d'urine est due à ce seul obstacle, l'urine forme un jet en s'écoulant par la sonde.

Chez les vieillards dont la vessie se vide mal par suite de son inertie, on rencontre presque toujours du catarrhe vésical produit par le séjour prolongé de l'urine et son évacuation complète. Ce catarrhe augmente insensiblemet, la muqueuse s'altère de plus en plus, l'urine offre des dépôts muqueux et muco-purulents de plus en plus abondants et prend une odeur fétide.

Cet état inflammatoire chronique des parois vésicales entretient et accroît leur inertie, si tant est qu'il n'en soit pas souvent le point de départ.

En tout cas, le catarrhe en s'aggravant amène des accidents souvent redoutables.

On peut donc dire que l'inertie et le catarrhe de la vessie sont deux états morbides qui sont souvent liés l'un à l'autre, et qui s'influencent réciproquement en jouant alternativement le rôle de cause ou d'effet.

Rendre aux parois vésicales leur contractilité et modifier la muqueuse enflammée chroniquement, telle est la double indication que je parviens à remplir au moyen des douches capillaires intravésicales et des injections de liquide pulvérisé.

La douche capillaire intravésicale se pratique au moyen d'une sonde dont l'extrémité présente un orifice capillaire, et sur lequel se visse l'appareil à pulvérisation de M. Luër.

On obtient ainsi un jet très-fin, mais très-énergique, qui vient frapper avec force les parois de la vessie en produisant une sensation de froid assez intense, et de cette double façon il excite la contractilité de la vessie. Mais les douches capillaires intravésicales n'ont d'effet que sur l'inertie.

Dans le but d'agir à la fois sur toute l'étendue de la muqueuse au moyen d'un liquide se pulvérisant dans la vessie, j'ai fait construire par MM. Robert et Collin une sonde spéciale qui remplit très-bien le double but que je me propose.

Cette sonde est munie de deux conduits, dont l'un s'ouvre en avant du talon de la sonde et est pourvu d'un robinet ; à ce conduit peut s'adapter une boule en caoutchouc qui sert à pousser de l'air dans la vessie.

L'autre conduit se termine à son extrémité par deux petits tubes capillaires inclinés l'un vers l'autre et masqués dans l'extrémité de la sonde.

En adaptant l'appareil à pulvérisation de M. Luër ou même une seringue ordinaire à cette sonde, on obtient deux jets capillaires qui se brisent l'un contre l'autre, et se pulvérisent d'autant plus facilement qu'on a au préalable rempli la vessie d'air.

Le fonctionnement de cet appareil est rendu évident par l'expérience suivante : on fixe une vessie de porc à l'extrémité de la sonde, on la distend avec de l'air, puis on y pousse un liquide coloré en rouge.

On voit aussitôt à travers les parois transparentes le liquide former dans la vessie une sorte de poussière rosée qui se dépose sur toute la face interne.

Chez un vieillard de quatre-vingt-quatre ans atteint d'inertie vésicale, et qui depuis quinze jours n'avait pas uriné une seule fois sans sonde, quatre douches à l'eau froide ont suffi pour ramener la contractilité de la vessie et la miction spontanée. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un an, ce vieillard n'a plus eu d'accident.

Un homme de quarante-cinq ans, chez lequel l'inertie était la conséquence d'une distension extrême de la vessie, et qui depuis vingt jours n'urinait que très-incomplétement, a été guéri par les douches intravésicales faites deux fois par jour pendant trois jours.

Un paraplégique dont la rétention d'urine était complète, a pu uriner, quoique incomplétement, après l'usage des injections d'eau froide pulvérisée.

L'eau de goudron pulvérisée a modifié rapidement l'état de la muqueuse vésicale dans six cas de catarrhe chronique. L'urine est devenue plus claire et a été expulsée plus facilement. Ces malades ont quitté l'infirmerie, et depuis n'y ont plus reparu.

Toutes les fois qu'il sera utile de faire un lavage de la vessie sans fatiguer l'organe, les injections de liquide pulvérisé rempliront l'indication mieux que tout autre moyen.

Ce mode de traitement n'entraîne aucune douleur ; le malade accuse seulement une sensation de froid dans la région hypogastrique. Ainsi :

1° La rétention d'urine causée par l'inertie de la vessie peut être guérie rapidement par les douches intravésicales faites au moyen de la sonde à pulvérisation des liquides.

2° Les injections de liquide pulvérisé (eau, eau de goudron, eau de feuilles de noyer, eau de Baréges, eau de huchu) constituent un traitement immédiat et efficace du catarrhe chronique de la vessie. »

M. le Président annonce que M. le docteur Wleminckx (de Bruxelles), associé étranger de l'Académie, est présent à la séance.

RAPPORT. — PROPHYLAXIE DES TEIGNES.

M. Devergie continue et termine la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Bergeron, relatif à la prophylaxie des teignes.

M. Devergie commence par déclarer qu'il ne partage pas les convictions de M. Bergeron sur la possibilité d'éteindre la teigne en France, même dans un avenir éloigné. Selon M. le rapporteur, il faut réserver la question d'origine, qui, malgré toutes les recherches entreprises jusqu'à ce jour, reste obscure et controversable. « En admettant, dit-il, qu'on pût guérir tous les teigneux qui sont actuellement en France, la teigne ne sera pas éteinte pour cela, si elle peut se développer spontanément ou sous l'influence de causes générales ou spéciales, accidentelles ou permanentes; et dès lors, les efforts accomplis, tout en apportant dans l'état actuel des choses une amélioration considérable, n'auraient pas atteint le but que s'est proposé M. Bergeron. »

M. le rapporteur examinant ensuite, au point de vue de leur cause originelle, la plupart des maladies parasitaires, les dermatoses notamment, montre les incertitudes qui enveloppent encore le problème des générations spontanées, puis il apprécie de la manière suivante les mesures proposées par M. Bergeron :

« L'une de ces mesures consisterait à porter à la connaissance des ministres de l'intérieur et de l'instruction publique les renseignements topographiques de la teigne, qui résultent des recherches de M. Bergeron. Une autre consisterait à rappeler l'article 7 du règlement pour les écoles communales, qui prescrit de n'admettre que les enfants vaccinés et qui ne sont pas atteints de maladies ou d'infirmités de nature à nuire à la santé des autres élèves. Une autre encore consisterait à appeler l'attention du ministre de l'intérieur sur la nécessité d'ouvrir les portes des hôpitaux des départements aux malades affectés de la teigne, et d'établir dans les hôpitaux des traitements externes. »

En résumé, dit en terminant M. Devergie, félicitons M. Bergeron d'être entré dans une voie que Villermé et Parent-Duchâtelet ont si utilement parcourue pour l'hygiène publique ou professionnelle, et dont M. Boudin a pris l'initiative pour les questions de géographie médicale. Faisons toutefois remarquer que l'œuvre de M. Bergeron a peut-être sur d'autres statistiques du même genre l'avantage immense de conduire à des inductions essentiellement pratiques et de réaliser un progrès en médecine.

La commission, par l'organe de son rapporteur, propose d'adresser une lettre de remercîments à M. Bergeron, et de renvoyer son mémoire au conseil d'administration, qui prendra telle mesure qu'il jugera convenable pour donner suite aux vœux exprimés par l'auteur.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE. — VACCINATION ANIMALE.

M. Lanoix lit un travail dans lequel il expose les faits qu'il a recueillis à Naples durant un voyage entrepris dans le but d'y étudier la méthode

de la vaccination animale, et soumet au jugement de l'Académie cette méthode étrangère consacrée par cinquante ans de pratique.

Après avoir rendu compte des circonstances qui ont déterminé son voyage à Naples et des faits dont il a été témoin pendant son séjour dans cette ville, l'auteur étudie successivement les questions suivantes :

1° Du vaccin animal;
2° De l'organisation d'un établissement fondé dans le but de propager ce vaccin;
3° Du manuel opératoire et des inoculations reproductrices;
4° Des vaccinations;
5° De la prophylaxie.

Voici en quels termes il résume les faits exposés dans ces cinq divisions :

Transmission toujours possible du vaccin de la vache à la vache, à toutes les époques de l'année, en aussi grande quantité que pourront l'exiger les besoins d'un grand service.

Régénération et non pas affaiblissement de ce vaccin par son passage à travers l'organisme de l'animal.

Pratique facile des vaccinations.

Innocuité de la marche de l'éruption vaccinale.

Prophylaxie certaine. (Commission de vaccine).

COMMISSIONS PERMANENTES.

L'Académie, pendant les lectures qui précèdent, a procédé au renouvellement, par le scrutin, des commissions permanentes pour l'année 1865.

Ont été élus :

Pour la commission des épidémies : MM. Blache et Delpech.
Commission des eaux minérales : MM. Gobley et Pidoux.
Commission des remèdes secrets : MM. Devergie et Chevalier.
Commission de vaccine : MM. Depaul et Jacquemier.
Comité de publication : MM. Tardieu, Sappey, Danyau, Lélut et Boutou.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section de médecine vétérinaire pour l'élection qui doit avoir lieu dans la séance prochaine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE, par M. le docteur DUMONTPALLIER, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ALTÉRATION GRANULO-GRAISSEUSE DE L'ÉPITHÉLIUM DES GLANDES DE L'ESTOMAC DANS UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE; par MM. V. CORNIL et G. BERGERON. (Communication faite le 18 juin 1864.)

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Tardieu, à l'autopsie d'une jeune fille empoisonnée par le phosphore, une lésion des glandes de l'estomac (1) caractérisée par l'état trouble et la dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales, lésion anatomique qui avait jusque-là passé inaperçue. Voici le résultat de la nécropsie faite le 11 juin 1864 :

Les poumons présentent des adhérences anciennes et des masses tuberculeuses isolées peu abondantes.

Le *cœur* est d'un rose pâle tirant un peu sur le jaune; il est mou et ses cavités sont complétement vides, sans trace de caillots. A sa face postérieure, et vers la base des ventricules, autour des vaisseaux coronaires, on voit un certain nombre de petits épanchements sanguins, bleuâtres, de quelques millimètres de diamètre, disséminés sous le feuillet séreux viscéral. A la coupe, les parois ventriculaires sont jaunâtres et évidemment altérées.

Il existe des diffusions sanguines nombreuses, en larges plaques, dans le tissu cellulaire qui entoure la portion descendante de la crosse et de la portion thoracique de l'aorte. Le sang est aussi infiltré dans les mailles de la tunique externe de ce vaisseau.

On retrouve des épanchements semblables dans le tissu cellulaire péri-œsophagien.

Le sang qui s'écoule des veines caves ne présente pas de caillots; le sérum a de la tendance à se séparer de la partie colorante qui offre un aspect grenu et pulvérulent.

Le foie, médiocrement volumineux, un peu globuleux dans sa forme, présente une altération évidente dans sa coloration. Toute la surface est jaune, marbrée de rouge, et présente un aspect granitique très-prononcé. On voit que les taches rouges n'existent qu'à la surface, et qu'elles dépendent de l'injection des vaisseaux situés au-dessous de la capsule fibreuse. A la coupe, la consistance de l'organe est faible, et l'on ne trouve plus qu'une coloration jaune uniforme; les deux substances ne se distinguent plus par leur couleur, cependant la coupe n'est pas lisse, mais manifestement grenue.

La vésicule biliaire n'est qu'à moitié remplie.

La rate est d'apparence normale; les glomérules sont très-apparents.

Les reins présentent à la coupe une altération marquée; la substance corticale est jaunâtre, anémiée; elle se sépare d'une façon très-nette de la substance tubuleuse qui est d'un rouge brun.

L'utérus est normal, le col est celui d'une femme qui n'a pas eu d'enfants.

Le tube digestif ne présente extérieurement rien à noter, à part une injection marquée de sa portion duodénale.

La muqueuse de l'estomac offre de nombreuses ecchymoses superficielles, déchiquetées sur les bords; quelques-unes sont très-petites, sous forme de pointillés. D'autres ont 1 à 2 centimètres de diamètre et paraissent formées par la réunion d'ecchymoses plus petites. Elles sont en grand nombre au voisinage du pylore; on les retrouve très-marquées sur la muqueuse du duodénum.

En outre, la muqueuse de l'estomac offre une coloration jaune très-remarquable, et les glandes forment des saillies plus prononcées qu'à l'état normal, ce qui lui donne un aspect particulièrement mamelonné.

Les muscles psoas sont mous et peu colorés. Le cerveau n'a pas été examiné.

Examen microscopique fait par M. Cornil. — *Cœur.* Les fibres musculaires du cœur sont friables; elles se déchirent très-facilement dans la préparation. Toutes ces fibres musculaires sont altérées, en dégénération graisseuse, à un degré plus ou moins avancé. La striation transversale a disparu sur le plus grand nombre, et la striation longitudinale est seule conservée. Les fibres primitives sont remplies de granulations graisseuses qui les rendent opaques à un faible grossissement. Les fibres musculaires du psoas offrent aussi une dégénération graisseuse moins avancée et partielle.

Foie. Les cellules hépatiques sont dégénérées dans toute l'étendue des lobules, aussi bien à leur centre qu'à leur périphérie. Les cellules sont tantôt infiltrées de granulations fines avec conservation de leur membrane cellulaire, tantôt elles sont remplies de grosses gouttelettes huileuses. Ces derniers éléments peuvent aussi se trouver dans le tissu intermédiaire aux cellules, ou occuper leur place sans qu'on puisse distinguer le vestige des cellules hépatiques préexistantes.

Estomac. La surface de la muqueuse était mamelonnée et jaunâtre. Ces saillies mamelonnées et la coloration étaient dues à une lésion très-manifeste des glandes sur toute la surface de l'estomac, aussi bien à son grand cul-de-sac qu'à la région pylorique; les glandes en tube, examinées par dissection simple aussitôt après l'autopsie, étaient opaques à un faible grossissement, et à la lumière directe, blanches à la lumière réfléchie. A un plus fort grossissement, de 200 à 400 diamètres, de grosseur normale ou un peu augmentées, ces glandes se montraient avec leur membrane d'enveloppe mince et saine, et un contenu composé de cellules épithéliales remplies de fines granulations. Dans un grand nombre de ces glandes, on ne pouvait plus distinguer les cellules épithéliales, marquées ou remplies par des granulations plus grosses, jaunâtres et réfringentes (mesurant de 1 à 3 millièmes de millimètre). Toutes ces glandes étaient altérées; aucune d'elles n'avait sa transparence normale. En les traitant par l'acide acétique, on les modifiait à peine, mais la soude dissolvait une partie des granulations. Il en restait néanmoins encore un grand nombre, notamment les plus grosses, qui ne se dissolvaient qu'avec l'éther; ainsi le contenu épithélial des glandes était infiltré de granulations protéiques et graisseuses, absolument comme le rein et le foie; les fibres musculaires de l'estomac n'étaient pas altérées.

Reins. Sur les coupes de la substance corticale, on voyait à l'œil nu, et mieux avec un faible grossissement, que les glomérules de Malpighi étaient rouges et fortement congestionnées, ainsi que le réseau capillaire. A un faible grossissement (20 diamètres), les tubes urinifères sont blancs à la lumière réfléchie et noirs à la lumière directe. Ces tubes sont remplis de cellules épithéliales pleines elles-mêmes de granulations albumineuses et graisseuses; dans la majorité des tubuli, les parois des cellules sont conservées, et les granulations ne dépassent pas 3 millièmes de millimètre; mais un certain nombre de tubes possèdent des gouttelettes huileuses atteignant jusqu'à 7 millièmes, et là on ne reconnaît plus distinctement la forme primitive des cellules. Cette altération des tubes rénaux est générale dans toute la substance corticale; aucun d'eux n'y a échappé. Dans la substance tubuleuse, les tubes droits ne sont pas tous altérés. Les vaisseaux capillaires et ceux des glomérules sont normaux.

Ainsi, les glandes de l'estomac subissent dans l'empoisonnement phosphoré les mêmes modifications que les tubuli rénaux; les cellules

(1) Dans les leçons professées à la Faculté en juin 1864, M. Tardieu a rapporté *in extenso* cette observation et insisté sur l'analogie des altérations de l'épithélium des glandes de l'estomac avec celles des épithéliums rénal et hépatique.

épithéliales sont dans les deux cas infiltrées de granulations albumineoses et graisseuses. La muqueuse stomacale était complétement altérée dans ce cas, et il est probable qu'il en est de même dans la majorité des empoisonoements par le phosphore. La lésion des glandes était ici la même que dans la terminaison de la gastrite glandulaire par dégénération graisseuse. et l'on pourrait, au point de vue de l'anatomie microscopique, établir entre ces deux maladies le même parallele qu'entre la néphrite albumineuse (stade de dégénération graisseuse) et la steatose du rein due au phosphore.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU CŒUR, D'APRÈS LES LEÇONS DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD; par le docteur ERNEST AUBURTIN.

La *Gazette médicale* est depuis longtemps en retard envers le livre de M. Auburtin, et celui des collaborateurs de ce journal qui a été chargé d'en rendre compte doit des excuses à cet auteur. Il espère qu'il voudra bien les lui accorder lorsqu'il saura que son humble critique est un obscur médecin de campagne, voué aux exigences de sa pénible profession et ne pouvant disposer d'heures régulières pour le travail du cabinet.

L'ouvrage du docteur Auburtin est de ceux qui sont beaucoup trop rares dans la littérature médicale. Nous voyons se multiplier à l'infini les traités d'oculistique, de pathologie des voies urinaires, d'accouchements, les monographies de la syphilis, etc.; mais les traités ou même les simples études sur les maladies du cœur sont rares. Malheureusement le savoir des praticiens se ressent de cette pénurie, et il semble que la connaissance exacte et complète des graves affections organiques du cœur ne soit réservée qu'à quelques grands maîtres. Un livre clinique comme celui de M. Auburtin est donc un service rendu à la science et surtout à la pratique.

Nous ne mentionnerons qu'en passant trois discours académiques de M. le professeur Bouillaud, qui précèdent le corps de l'ouvrage. Ces discours ont l'attrait que ne peuvent manquer d'inspirer un vaste savoir, une autorité imposante et une chaleureuse éloquence; mais rien ne vieillit plus vite qu'un discours, aucune production de l'esprit ne perd plus vite son actualité, et nous craignons que peu de ceux de nos confrères qui ne les ont pas lus lors de leur apparition dans les discussions académiques n'entreprennent de les lire à présent que ces discussions appartiennent à l'histoire.

M. Auburtin commence par des généralités sur l'anatomie et la physiologie du cœur, généralités qui ont le mérite de la clarté et de la concision. Dans l'analyse des mouvements du cœur l'auteur adopte, comme on devait s'y attendre, la théorie de M. Rouannet modifiée par le professeur Bouillaud, et s'efforce de réfuter celle de M. Beau. Cependant cette théorie, qui paraissait avoir reçu un coup mortel par les expériences de MM. Chauveau et Marey, a été encore assez vivace pour se défendre vaillamment dans une récente discussion académique, et son auteur, qui était son unique défenseur et qui ne comptait que des adversaires, a paru sortir de ces débats aussi convaincu qu'il y était entré. Nous croyons cependant que pour ceux qui, dans l'appréciation des deux théories qui sont en présence, n'apportent point d'idées préconçues, ce qui a été dit avec tant de clarté et de précision par le professeur Gavarret a dû dissiper tous les doutes, et il nous semble que la cause de la prédominance des oreillettes ne peut être soutenue que par amour-propre d'auteur.

Dans les généralités sur les maladies du cœur, nous voyons que cet organe, qui pour un très-grand nombre de praticiens n'est malade que lorsqu'il est hypertrophié ou affecté de rétrécissements ou d'insuffisances, fournit cependant des maladies aux douze classes de lésions établies par M. Bouillaud dans sa *Nosographie*.

M. Auburtin signale la rareté des lésions des cavités droites. Sur ce point il faut s'entendre; oui, la lésion isolée des cavités droites est extrêmement rare, mais ne serait-il pas tout aussi rare de rencontrer une lésion grave, profonde et ancienne des cavités gauches avec un état normal des cavités droites? Les deux moitiés du cœur sont étroitement solidaires, et si la maladie commence à gauche, pour peu qu'elle ait de l'intensité et de la durée, elle s'étend à droite.

Le docteur Auburtin n'admet pas de lésion fonctionnelle sans lésion organique, ce qui serait selon lui un effet sans cause; mais si la lésion organique existe toujours, elle ne peut pas toujours être démontrée, et elle ne peut alors être admise invariablement qu'en principe et d'une manière abstraite. Nous rencontrons à chaque page dans ce livre les mots de névroses, troubles nerveux du cœur, folie du cœur (expression de M. Bouillaud), sans que l'auteur nous ait donné l'anatomie pathologique des lésions correspondantes à ces diverses affections, d'où nous concluons que ces lésions, qui sont peut-être très-admissibles en principe, sont encore à l'état d'hypothèses en tant que fait palpable, visible et démontré.

Dans le chapitre qui traite du diagnostic, M. Auburtin signale l'influence de l'hypertrophie du cœur sur l'apoplexie et le ramollissement du cerveau; le fait qui sert de lien entre cette cause et sa conséquence serait la dégénérescence crétacée des artères du cerveau. Ainsi, contrairement à l'idée qu'on s'en fait généralement, l'apoplexie ne procéderait point ici d'une trop violente impulsion de l'ondée sanguine, mais bien d'une altération des parois vasculaires.

Nous trouvons plus loin que l'hypertrophie du cœur droit prédispose aux hémorrhagies pulmonaires, mais on ne nous dit pas si c'est en raison d'altérations artérielles analogues.

Senac et Corvisart admettaient les causes morales dans l'étiologie des affections organiques du cœur. M. Auburtin nie leur influence pour cet ordre d'affections et ne l'admet que pour les affections nerveuses. Mais nous avons vu plus haut que, pour lui, tout trouble fonctionnel suppose une lésion organique. Or une perturbation nerveuse est bien une perturbation fonctionnelle. Ce ne sont là, du reste, que des disputes de mots, et si nous revenons aux principes d'étiologie qui ont été si souvent exposés dans ce journal, nous reconnaitrons que toute altération de fonction, de forme, de texture et de nutrition, est précédée d'une altération d'innervation. L'altération d'innervation n'est-elle pas le premier degré de l'échelle étiologique? En vertu de quelle loi une cause quelconque qui aurait déterminé ce degré s'arrêterait-elle au premier échelon, tandis qu'une autre cause poursuivrait sa marche ascendante?

Le pronostic des maladies du cœur, très-grave selon Corvisart, a été de beaucoup adouci par les modernes. Les déformations des valvules et les rétrécissements considérables des orifices sont des maladies mortelles, mais à long terme; l'hypertrophie moyenne permet une assez longue existence; les productions accidentelles du péricarde sont compatibles avec la vie, mais celles de l'endocarde ne la permettent pas longtemps.

Abordant l'histoire de la péricardite, M. Auburtin nous montre cette maladie, si obscure pour Senac, Corvisart et Laënnec, éclairée tout à coup par les travaux modernes de M. Bouillaud et devenue d'un diagnostic aussi sûr que la pleurésie et la pneumonie. Nous ne nous arrêtons pas sur les signes propres à son diagnostic, et nous arrivons à l'endocardite. Si l'histoire de la péricardite était dans l'obscurité, il y en avait encore plus pour celle de l'endocardite, puisqu'elle n'existait pas dans la science et qu'elle a été créée de toutes pièces par les mémorables travaux de M. le professeur Bouillaud. M. Auburtin, comme l'auteur que nous venons de citer, en admet deux espèces, l'endocardite typhoïde et l'endocardite inflammatoire. La première accompagne les fièvres éruptives et typhoïdes, la seconde la pleuro-pneumonie et l'arthrite rhumatismale. Nous nous rappelons très-bien avoir constaté au début des fièvres typhoïdes, alors que le diagnostic était encore obscur, des signes d'endocardite qui contribuaient quelquefois à augmenter encore notre incertitude.

L'endocardite est, comme on sait, le point de départ le plus ordinaire des maladies organiques du cœur; M. Auburtin s'est étendu, avec raison, sur les détails de son diagnostic, détails qui sont peu susceptibles d'analyse et pour lesquels nous devons renvoyer au livre lui-même. Cette inflammation laisse sur la membrane interne du cœur, et surtout sur les valvules et les orifices, des sécrétions plastiques qui plus tard s'organisent et arrivent, après plusieurs transformations, à l'état fibro-cartilagineux et à l'état osseux. C'est alors qu'existent les insuffisances volontaires et les rétrécissements d'orifices et que se produisent les bruits anormaux déterminés par ces lésions. L'étude de ces bruits est une des parties les plus délicates du diagnostic médical, et il n'est pas donné à tous les praticiens de se reconnaître dans ce dédale de sons pathologiques infiniment variés de tons, de siége et de valeur, et qui cependant se rencontrent tous dans un espace de 8 à 10 centimètres de diamètre. Notons sommairement le bruit de claquement parcheminé, qui est un signe d'hypertrophie valvulaire; le tintement du second bruit, qui annonce l'ossification commençante de l'aorte et des valvules sygmoïdes; le frémissement cataire ou vibratoire, perceptible à l'oreille et à la main, et que Corvisart croyait causé par le rétrécissement de l'aorte ou l'altération de ses valvules, mais qui s'entend dans la péricardite, dans la chlorose et non-seulement au cœur, mais aussi sur le trajet des artères, ce qui prouve qu'il n'est pas dû uniquement à un excès

de frottement; et enfin le triple ou quadruple mouvement, qui se rattache toujours à un rétrécissement et qui dépend d'un défaut de synchronisme dans le jeu des valvules droites et gauches. Le siége des bruits et le temps auquel ils se passent aideront au diagnostic différentiel des lésions auriculo-ventriculaires et des lésions aortiques. Les bruits qui indiquent les premières sont plus intenses à la base, et ceux qui indiquent les secondes plus intenses à la pointe de l'organe. Un bruit anormal au premier temps est le signe d'une lésion aortique, et au deuxième temps d'une lésion auriculo-ventriculaire.

M. Auburtin admet ici ce que nous disions au début de cette analyse en parlant des lésions du cœur droit, c'est que pour peu qu'une lésion à gauche soit considérable, et quel que soit son siége, la circulation veineuse est toujours plus ou moins entravée; un rétrécissement à gauche est forcément suivi d'une insuffisance à droite.

Après avoir étudié l'endocardite et ses conséquences, le docteur Auburtin traite de la cardite ou de l'inflammation du tissu musculaire du cœur, maladie dont le premier degré nous échappe toujours, dit-il, et qu'on ne peut constater que par les états anatomo-pathologiques qui la terminent et qui sont les ramollissements rouge et blanc, le premier, dû à une infiltration sanguine couleur lie de vin; le second, qui n'est qu'un degré plus avancé, à une infiltration purulente. Le tissu musculaire du cœur peut être aussi le siége d'ulcérations et d'hémorrhagies ou apoplexies cardiaques; l'ulcération peut se terminer par un sac anévrismal formé par le feuillet viscéral du péricarde et doublé presque toujours par son feuillet pariétal. Telle était la lésion que portait Talma.

Le diagnostic de la cardite isolée est des plus obscurs.

Nous arrivons à l'histoire de l'hypertrophie, que M. Auburtin divise en trois formes : l'hypertrophie simple, l'hypertrophie avec dilatation et enfin celle avec épaississement. Cette dernière est plus fréquente à droite qu'à gauche, selon le professeur Bouillaud, mais alors il y a le plus souvent communication entre les cavités gauches et droites.

L'hypertrophie peut aussi être générale ou partielle; cette dernière est plus fréquente. Les signes de l'hypertrophie sont ceux qui indiquent une augmentation du volume de l'organe et de l'étendue et de l'intensité de ses battements. L'hypertrophie concentrique donne lieu à des bruits sourds, celle dite excentrique à des bruits clairs et au tintement métallique. Les causes en sont l'endocardite, les rétrécissements et les insuffisances.

Après ce long exposé nosographique, il nous reste à examiner la question thérapeutique, et c'est bien ici le lieu de répéter ces paroles de Senac : « A mesure qu'on avance dans l'étude des maladies du cœur, la médecine paraît devenir stérile, elles ne demandent que peu de remèdes. »

Quelles ressources thérapeutiques nous fait connaître le docteur Auburtin? La saignée ou plutôt les saignées, selon la célèbre formule de M. Bouillaud, pour les phlegmasies aiguës, et encore la saignée à intervalles éloignés et aidée de la digitale, pour les affections chroniques et organiques. Ce sont de bien minimes ressources. Peu de médecins, par le temps actuel, oseraient employer dans toute sa rigueur la méthode des saignées coup sur coup, et peu de malades consentiraient à s'y soumettre. En somme, les péricardites et les endocardites doivent guérir par les mêmes moyens que les pleurésies, les pneumonies et les arthrites rhumatismales, pour lesquelles une ou deux saignées et le tartre stibié, et souvent le tartre stibié tout seul, sont des remèdes suffisants. Pour ce qui est de la saignée contre les affections chroniques et organiques du cœur, nous pouvons nous tromper, mais nous la croyons complétement inutile. Que peut une émission sanguine quelconque contre une transformation fibro-cartilagineuse ou osseuse dans l'intérieur du cœur? Rien, assurément.

Si le cœur doit être considéré à l'état pathologique comme une articulation interne, selon l'expression de M. le docteur Auburtin, et s'il est affecté par les mêmes causes que les articulations, pourquoi ne partirait-on pas de cette donnée étiologique pour le traiter par les mêmes moyens que les jointures atteintes de rhumatisme chronique? Alors trouveraient place dans cette thérapeutique, et peut-être avec quelque succès, les sudorifiques, les altérants, les dissolvants spéciaux, la squine, le gaïac, le colchique, l'ellébore, l'iodure de potassium, les arsenicaux, les antimoniaux et surtout l'arséniate d'antimoine, dont une longue expérimentation nous a démontré l'efficacité. Il serait trop pénible pour ceux qui s'occupent des maladies du cœur de se voir réduits à une étude contemplative de l'affection, et n'avoir pour toute médication qu'un unique palliatif auquel, en définitive, l'économie ne tarde pas à s'habituer et qui alors devient inerte. Quand nous disons inerte, nous nous trompons, car la digitale, lorsque son action est usée sur le cœur, n'en a pas moins une influence très-active sur le cerveau qu'elle stupéfie, sur les sens qu'elle trouble et sur la digestion qu'elle pervertit.

Nous terminerons cette longue analyse en remerciant M. le docteur Auburtin, au nom des médecins praticiens, pour le bon et utile ouvrage qu'il a mis entre leurs mains, et en l'engageant à compléter son œuvre à une prochaine édition, en changeant ses recherches cliniques en un traité complet qui prendra sa place à côté de celui de notre savant maître M. le professeur Bouillaud.

Dr Henri Almès.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 10 novembre, ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

De Saint-Bonaventure (nº 96), à Marseille, M. Coste, pharmacien;

De la commune de Montpont-sur-Lisle (Dordogne), M. Léonardon, médecin, maire;

De la commune de Montignac (Dordogne), M. Ducluzeau, médecin.

De la commune de Habas (Landes), M. Massie, docteur en médecine, maire;

De la commune de Craon (Mayenne), M. Jamet, docteur en médecine, membre du conseil général.

— Par décret en date du 21 décembre 1864, M. le docteur Biniot, médecin-major de deuxième classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 26 décembre, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Songy, médecin-major de première classe;

Au grade de chevalier : MM. Paté, vétérinaire en premier, et Humbert, vétérinaire en deuxième.

— Nous lisons dans le dernier numéro du *Bulletin de la Société d'anthropologie*, que M. Duruy, ministre de l'instruction publique, a été récemment élu, à l'unanimité des suffrages, membre honoraire de cette savante compagnie.

— La séance de la distribution des prix des élèves internes et externes des hôpitaux a eu lieu lundi dernier. M. Husson présidait. Au début de la séance, il a annoncé que par suite d'une nouvelle mesure le traitement des internes était augmenté, que les élèves de troisième et de quatrième année recevraient une indemnité de 100 fr. ajoutée à leur traitement de l'année qui précède.

MM. A. Després, Guibaut, Laillier, ont ensuite prononcé les discours d'usage au nom du jury de l'internat et de l'externat.

Les prix ont été distribués et les nouveaux internes et externes ont été proclamés.

— Nous venons de recevoir le compte rendu de la séance de rentrée de l'École de médecine et de pharmacie de Limoges.

Après un discours très-remarqué de M. le docteur Boulland, le directeur de l'École, l'honorable M. Bardinet, a retracé rapidement l'histoire de l'année scolaire qui vient de s'écouler : « C'est le meilleur temps qu'ait eu cette École depuis sa fondation. » Le nombre des élèves s'était élevé à 54; cette année, il y a déjà 48 inscriptions.

La parole est ensuite accordée à M. Mazard, pour la lecture des noms des lauréats.

Médecine. — Deuxième année. Premier prix, M. Lagrange; deuxième prix, M. Quinquaud; mention honorable, M. Martin.

Première année. Mention honorable, M. Girodolle.

Chimie et histoire naturelle. — Deuxième année. Prix, M. Lagrange; mention honorable, M. Martin.

Première année. Prix, M. Hillairet; mention, M. Papon.

Concours pour l'internat. — Internes titulaires :

1° *Ex æquo* MM. Girodolle et Lagrange.

2° *Ex æquo*. MM. Gillet et Nicolas.

Interne provisoire, M. Queyssac.

— Une épidémie de variole sévit en ce moment dans plusieurs quartiers de la ville de Rouen. L'asile des aliénés de Saint-Yon en compte déjà plus de cinquante cas.

— Clinique chirurgicale et ophthalmologie des enfants. M. Giraldès commencera des conférences cliniques le jeudi 5 janvier, et les continuera toutes les semaines.

Les maladies chirurgicales, les maladies des yeux, l'orthopédie, seront le sujet de ces entretiens.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME DIX-NEUVIÈME

DE LA TROISIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1864.

A

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

TABLE DES AUTEURS.

